

Fatores associados a queixas subjetivas de memória em idosos residentes em áreas rurais

Factors associated with subjective memory complaints in the elderly living in rural areas

Jéssica Meira Mendes
Saulo Vasconcelos Rocha
Clarice Alves dos Santos
Lélia Renata Carneiro Vasconcelos
Keila de Oliveira Diniz

RESUMO: Este estudo exploratório tem como objetivo analisar os fatores associados às queixas subjetivas de memória de idosos. O estudo é transversal e analisa a informação de 104 indivíduos. Foram colhidas informações de natureza sociodemográfica, sobre estado de saúde, hábitos de vida, assim como se avaliaram as queixas subjetivas de memória recorrendo ao questionário MAC-Q.

Palavras-chave: Envelhecimento; Cognição; Memória.

ABSTRACT: *This study aims to analyze the factors associated with subjective memory complaints in the elderly. Cross-sectional study included 104 individuals. Information on sociodemographic characteristics, health status, lifestyle and assessment of subjective memory complaints (MAQ) were evaluated. There was a high prevalence of memory complaints (22.3%).*

Keywords: *Aging; Cognition; Memory.*

Introdução

Nos últimos anos o perfil demográfico da população brasileira apresentou mudanças significativas na estrutura etária, caracterizada pelo aumento da população idosa. As projeções indicam que, em 2050, a quantidade de idosos brasileiros ultrapassará os 22,71% da população total do país (IBGE, 2008). O caso que aprofundamos (Município de Jequié, Bahia) é um bom exemplo, já que possui uma população de 187.541 habitantes, sendo que cerca de 8,7 % são idosos e destes aproximadamente 5,2% residem em áreas rurais (IBGE, 2009; SIAB, 2010).

O envelhecimento populacional constitui um desafio para o setor saúde. As mudanças no perfil de morbimortalidade, que decorrem do aumento das doenças crônico-degenerativas, como por exemplo, as demências, são mais prevalentes entre os idosos (Fechine, & Trompiere, 2012).

Salientam-se também os sintomas demenciais e depressivos em idosos que podem estar associados a alterações neuropsicológicas, como déficits cognitivos, alterações na memória, na velocidade de raciocínio, no sono, manifestação de episódios de confusão, além de distúrbios psicológicos e alterações nas atividades da vida diária (Carameli, & Beato, 2008; Fechine, & Trompiere, 2012; Zanini, 2010). Tais alterações podem ser influenciadas por fatores biológicos, sociais, econômicos e comportamentais, como a idade, escolaridade, estado civil, condição de trabalho e renda, situação funcional e presença de sintomas psicossociais (Almeida, Soldera, Carli, Gomes, & Resende, 2012; Haseen, Adhikari, & Soonthorndhada, 2010).

Estudos sugerem que a percepção do funcionamento da memória é um indicador importante, pois há queixas que tanto podem indicar alterações normais do processo de envelhecimento, quanto podem ser indicativo de déficit cognitivo (Aguiar, Ribeiro, & Jacinto, 2010; Jessen, *et al.*, 2006; Treves, Verchovsky, Klimovitzky, & Korczyn, 2005).

As queixas subjetivas de memória, na maioria das vezes, não estão relacionadas a um prejuízo cognitivo atual, mas aumentam o risco de declínio cognitivo futuro (Caramelli, & Beato, 2008; Paulo, & Yassuda, 2010). Além disso, as queixas subjetivas de memória tendem a potencializar morbidades psicológicas, como depressão e ansiedade (Paulo, & Yassuda, 2010).

Segundo Ribeiro, *et al.* (2010), os fatores mais associados ao desempenho cognitivo dos idosos são: a escolaridade, o estado civil e a saúde geral percebida. Contudo, são também relevantes os acidentes vasculares cerebrais, a hipertensão arterial, diabetes, uso de bebidas alcoólicas, tabagismo e engajamento em atividades físicas e mentais (Predovan, Fraser, Renaud, & Bherer, 2012; Scalco, Van Reekum, & Bazarella 2006; Wilbur, 2012).

No Brasil, informações sobre os fatores associados à queixa de memória entre idosos, especialmente daqueles residentes em áreas rurais, são escassas na literatura. Essas informações são fundamentais para o planejamento em saúde, especialmente na população rural, cuja intercorrências no estado de saúde são maiores quando comparados aos idosos da área urbana, devido a fatores peculiares como o baixo nível educacional, condições precárias de moradia, limitações no transporte, maiores problemas crônicos de saúde, maior dependência para as atividades básicas, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, dentre outros (Bertuzzi, Paskulin, & Morais, 2012; Morais, Rodrigues, & Gerhardt, 2008). Por esse motivo os indivíduos idosos residentes em áreas rurais e as suas queixas de memória subjetivas devem ser aprofundadas e debatidas.

Nesse sentido, o presente estudo exploratório tem como objetivo avaliar fatores associados às queixas subjetivas de memória de idosos residentes numa zona rural: o município de Jequié, nordeste do Brasil.

Método

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, de base populacional, realizado com 104 idosos, com idade igual ou superior a sessenta anos, residentes na zona rural do município de Jequié, Bahia, Brasil, no segundo semestre de 2011.

Localizado na região sudoeste do estado baiano, a 365 km da capital Salvador, o município de Jequié compreende a zona limítrofe entre a caatinga e a zona da mata, é cercado de montanhas e possui uma área territorial de 3.035,42 km², com população estimada para o ano de 2010 de 151.895 habitantes (IBGE, 2009).

Os idosos incluídos nesta amostra estão cadastrados numa Unidade de Saúde da Família que cobre a zona rural do município e não apresentam um quadro instituído como diagnóstico de doença de Alzheimer, Demência, ou qualquer transtorno psiquiátrico ou neurológico que impossibilitasse a aplicação do questionário (a partir de informações no prontuário dos usuários, disponibilizados pela Unidade). Considerando as perdas em decorrência dos critérios de inclusão e exclusão adotados e da recusa em participar do estudo, a população final analisada foi composta por 94 idosos.

Os dados foram coletados por meio de questionário estruturado, que continha perguntas pessoais, sobre as condições de saúde e hábitos de vida, respondido pelo participante em seu próprio domicílio e aplicados por estudantes de cursos de graduação e pós-graduação da área de saúde devidamente treinados para esse fim. O instrumento de coleta de dados foi organizado em blocos contendo: informações sociodemográficas (sexo, faixa etária situação conjugal, escolaridade, renda, religião e classificação da cor da pele); condição de saúde (percepção de saúde e doenças autorreferidas); hábito de vida (nível de atividade física habitual); condição da saúde mental (avaliação da percepção de queixas de memória); e avaliação nutricional.

A percepção subjetiva do funcionamento da memória a que nos propusemos foi avaliada com base no Questionário de Queixas de Memória (MAC-Q) (Crook, Feher, & Larrabee, 1992; Mattos, Lino, Rizo, Alfano, Araújo, & Roggio, 2003). Esse instrumento consta de seis perguntas que refletem situações abrangentes do cotidiano sobre o uso de memória atual, comparadas com a memória aos 40 anos de idade. Segundo os autores, essa medida passou por exame de validação, apresentando uma correlação significativa ($r=41$, $p<0,0001$) com vários questionários de memória já validados (Crook, Feher, & Larrabee, 1992).

Tal questionário é avaliado segundo a escala *Likert*, as cinco primeiras perguntas admitem valores que variam de um a cinco pontos. A sexta pergunta apresenta como valores de pontuação dois, quatro, seis, oito e dez. Quanto maior a pontuação, maior será a percepção de perda de memória (Mattos, Lino, Rizo, Alfano, Araújo, & Roggio, 2003). O número máximo de pontos obtido no MAC-Q é 35 e reflete a percepção de muitas queixas; o mínimo de pontos é sete (Benites, & Gomes, 2007). Para um melhor entendimento por parte dos idosos, as perguntas foram lidas pelo aplicador do instrumento no momento da entrevista.

Para avaliação do estado nutricional, foi utilizado o Índice de Massa Corporal, o qual foi determinado pelas medidas de massa corporal (kg)/estatura²(m). Os pontos de corte do IMC utilizados foram ≤ 22 (kg/m²) baixo peso; > 22 e < 27 adequado ou eutrófico; ≥ 27 sobrepeso (Lipschitz, 1994).

Para análise dos dados, foram utilizados procedimentos da estatística descritiva por meio do pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences – SPSS for Windows* versão 15.

A análise da associação entre queixa subjetiva de memória, características sociodemográficas, condição de saúde e atividade física foi realizada através do teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2), adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, atendendo as normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. (Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996).

Resultados

A média de idade dos entrevistados foi de 73,54 \pm 9,43 anos, (variando entre 60 e 96 anos), sendo 57,9% do sexo feminino e 42,1% do sexo masculino.

Em relação à situação conjugal, a modalidade mais frequente foi de casado(a)/união estável (47,4%).

Entre os entrevistados, 69,5% referiram ter a cor da pele parda.

A religião católica foi a mais citada entre os respondentes (69,9%).

Em relação à renda, 96,2% desses idosos recebem até um salário mínimo (Tabela 1).

Tabela 1- Características sociodemográficas dos idosos avaliados nesse estudo (n=95). Jequié, Bahia, 2011

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	55	57,9
Masculino	40	42,1
Faixa etária		
60-79	72	75,8
80 ou mais	23	24,2
Situação Conjugal		
Casado(a)/união estável	45	47,4
Viúvo (a)	34	35,8
Solteiro(a)	08	8,4
Outros ¹	08	8,4
Raça/cor da pele		
Parda	66	69,5
Preta	22	23,2
Não sabe	05	5,3
Branca	02	2,1
Religião		
Católica	65	69,9
Protestante	23	24,7
Outras	05	5,4
Renda*		
Até 1 SM	76	96,2
1 ou mais SM	03	3,8
Escolaridade		
Não alfabetizado	62	65,3
Alfabetizado	33	34,7

* Salário Mínimo (SM) na época = R\$ 622,00 (2012)

¹Divorciado(a) / Separado(a) / Desquitado(a)

Ao avaliar as condições de saúde, observou-se que não houve diferença percentual entre uma percepção de saúde positiva e regular (43%). No entanto, 14% dos idosos percebem sua saúde de forma pessimista.

A prevalência de hipertensão e diabetes foi de 47,4% e 14,7%, respectivamente. Com relação ao estado nutricional, 35,8% apresentam sobrepeso. A frequência de indivíduos sedentários foi de 35,8% (Tabela 2).

Tabela 2– Avaliação das condições de saúde da população de idosos avaliados nesse estudo (n=95). Jequié, Bahia, 2011

Variável	N	%
Percepção de saúde		
Positiva	40	43,0
Regular	40	43,0
Negativa	13	14,0
Pressão alta		
Sim	45	47,4
Não	50	52,6
Diabetes		
Sim	14	14,7
Não	81	85,3
Histórico de queda		
Sim	26	27,4
Não	69	72,6
Estado nutricional		
Baixo peso	26	32,1
Normal ou eutrófico	26	32,1
Sobrepeso	29	35,8
Atividade Física		
Sedentário	34	35,8
Não sedentário	61	64,2

Entre os entrevistados, a prevalência de queixa de memória foi de 22,3%. Identificou-se uma maior prevalência de queixa de memória nos indivíduos de sexo masculino (27,5%); com faixa etária de 60-79 anos (22,5%); solteiros (57,1%); a renda de até 1 salário mínimo (23,3%); que reportaram cor da pele preta (31,8%); e entre os não alfabetizados (26,2%). No entanto, não houve uma associação estatisticamente significativa entre essas variáveis ($p > 0,05$) (Tabela 3).

Tabela 3- Queixas subjetivas de memória segundo características sociodemográficas de idosos avaliados nesse estudo (n=95). Jequié, Bahia, 2011

Características Sociodemográficas	Indicativo de risco de perda subjetiva de memória					
	Sim		Não		χ^2	Valor de <i>p</i>
	n	%	n	%		
Sexo						
Feminino	10	19,6	41	80,4	0,787	0,375
Masculino	11	27,5	29	72,5		
Faixa etária						
60-79	16	22,5	55	77,5	0,006	0,937
80 ou mais	05	21,7	18	78,3		
Renda						
Até 1 SM	17	23,3	56	76,7	0,161	0,688
>1SM	01	33,3	02	66,7		
Situação conjugal						
Casado(a)/união estável	09	20,9	34	79,10	6,793	0,079
Viúvo (a)	05	15,2	28	84,8		
Solteiro (a)	04	57,1	03	42,9		
Outros ¹	03	37,5	05	62,5		
Religião						
Católico(a)	15	24,6	46	75,43	0,135	0,713
Não católico(a)	05	20,8	19	79,20		
Classificação da cor da pele						
Preta	07	31,8	15	68,2	1,729	0,631
Parda	13	21,0	49	79,0		
Branca	00	00,0	02	100		
Escolaridade						
Não alfabetizado	16	26,2	45	73,8	1,515	0,218
Alfabetizado	05	15,2	28	84,8		

¹Divorciado(a) / Separado(a) / Desquitado(a)

Observou-se que 87,5% dos indivíduos que referem uma percepção de saúde positiva não apresentam risco de perda subjetiva de memória.

O indicativo de perda subjetiva de memória foi mais prevalente entre os indivíduos que reportaram estado de saúde regular e negativo (28,2% e 36,4% respectivamente) e hipertensão (27,9%) e entre os sedentários (30,3%). Não foi observada diferença percentual quanto à alteração de memória entre indivíduos diabéticos e com estado nutricional de baixo peso. No entanto, esses resultados não foram estatisticamente significantes ($p>0,05$) (Tabela 4).

Tabela 4- Associação entre as queixas subjetivas de memória e as condições de saúde em idosos avaliados nesse estudo (n=95). Jequié, Bahia, 2011

Condições de saúde	Indicativo de risco de perda subjetiva de memória					
	Sim		Não		χ^2	Valor de <i>p</i>
	n	%	n	%		
Percepção de Saúde						
Positivo	05	14,5	35	87,5	4,268	0,118
Regular	04	28,2	28	71,8		
Negativa	04	36,4	07	63,6		
Pressão alta						
Sim	12	27,9	31	72,1	1,071	0,301
Não	09	18,8	39	81,3		
Diabetes						
Sim	02	16,7	10	83,3	0,320	0,572
Não	19	24,1	60	75,9		
IMC						
Baixo peso	06	23,1	20	76,9	0,134	0,935
Normal	07	26,9	19	73,1		
Sobrepeso	07	26,9	19	73,1		
Atividade física						
Sedentário	10	30,3	23	69,7	1,858	0,173
Não sedentário	11	18,0	50	82,0		

Discussão

Os resultados deste estudo demonstram uma perda subjetiva de memória prevalente entre os idosos do sexo masculino, nos que se afirmam negros e nos que têm menor nível de escolaridade e de renda.

Entre os fatores considerados como bons preditores do estado de saúde reportado pela população idosa na literatura encontra-se a idade, escolaridade, estado civil, condição de trabalho, renda, situação funcional, o número de doenças crônicas, número de sintomas psicossociais (Almeida, Soldera, Carli, Gomes, & Resende, 2012; Haseen, Adhikari, & Soonthorndhada, 2010).

Estudo conduzido por Caramelli, e Beato (2008), comparando dois grupos de idosos com e sem queixas subjetivas de memória, não encontraram diferenças estatisticamente significantes na prevalência de queixas de memória e as variáveis idade, gênero e escolaridade, corroborando com os resultados do presente estudo.

No entanto, a associação entre fatores sociodemográficos e desempenho cognitivo tem sido bem documentado na literatura. Ribeiro e colaboradores (2010), em levantamento realizado com 158 idosos na faixa etária de 60 a 99 anos, observaram melhor desempenho cognitivo, associado a mais anos de escolaridade, menor idade e viver com companheiro.

Em outro estudo, Jorm, *et al.* (2004) identificaram uma associação estatisticamente significativa entre características sociodemográficas como gênero e escolaridade e queixas de memória nos idosos; indivíduos do sexo feminino e com maior escolaridade apresentaram menor ocorrência das queixas subjetivas de memória.

A situação conjugal é uma característica que merece atenção, pois contrapondo-se aos resultados encontrados no presente estudo, Seeman, *et al.* (2001) observaram melhor funcionamento cognitivo entre idosos não casados. Ainda segundo os autores, mulheres casadas com parceiros mais velhos apresentaram efeitos negativos na cognição decorrentes da sobrecarga com cuidados dedicados ao cônjuge, o mesmo não acontecendo com os não casados, cuja condição lhes possibilita o engajamento em diversos aspectos da vida, trazendo benéficos a sua cognição.

Vale ressaltar que, embora o presente estudo não tenha evidenciado uma diferença significativa entre as variáveis estudadas, a associação entre fatores sociodemográficos e desempenho cognitivo tem sido bem-documentada na literatura.

Diante disso, torna-se importante considerar o fato de que a carência de estudos investigando a população idosa rural dificulta a comparação dos resultados encontrados com os dados da literatura, uma vez que a maioria dos estudos que envolvem essa temática é realizada em populações urbanas, as quais apresentam características sociais, econômicas e comportamentais diferentes da população rural.

Outro indicador bastante utilizado na avaliação do estado de saúde e mudanças na mortalidade em diferentes grupos populacionais é a autopercepção de saúde. Esta medida prediz importantes desfechos, como a utilização dos serviços de saúde e a capacidade funcional do idoso, sendo decorrente de um processo ativo cognitivo que não se limita por regras formais ou definições patológicas específicas (Jylha, 2009; Rodrigues, & Maia, 2010; Wang, & Satariano, 2007).

Com o avançar da idade, as queixas relacionadas às condições de saúde se tornam mais frequentes. Embora tenha sido observado um percentual elevado de idosos que referiram estado de saúde positivo, não foi verificada associação entre queixa subjetiva de memória, autopercepção de saúde e doenças referidas.

A literatura tem apontado uma relação entre um desempenho de memória satisfatório com melhor saúde percebida (Ribeiro, Oliveira, Cupertino, Neri, & Yassuda, 2010; Rabelo, 2009).

Contudo, apesar de ter sido observado um percentual elevado de idosos que referiram estado de saúde positivo, não foi verificada associação entre queixa subjetiva de memória, autopercepção de saúde e doenças referidas no presente estudo.

Montejo, *et al.* (2012) afirmaram que queixas subjetivas de memória não podem ser isoladas de outros problemas relacionados com a saúde, uma vez que indivíduos saudáveis, independentes, com boa qualidade de vida e relações sociais satisfatórias, tendem a apresentar uma percepção de memória mais objetiva, menos probabilidade de reclamar da saúde e da memória.

Estudo conduzido por Jorm, *et al.* (2004) com 2.551 idosos com idades entre 60-64 anos, na Austrália, identificou que os participantes com queixas de memória apresentaram pior desempenho no teste de memória, além de maior prevalência de sintomas de depressão e ansiedade, escores mais altos de traços de personalidade que envolve afeto negativo e pior saúde física.

No presente estudo, não foi observada associação entre queixas de memória e diabetes. Contudo, associação significativa entre diabetes e síndromes da terceira idade tem sido evidenciada na literatura (Ott, Stolk, Van Harskamp, Pols, Hofman, & Breteler, 1999; Pittito-Almeida, Filho, & Cendoroglo, 2008). A forte relação observada entre diabetes e alterações cognitivas tem despertado o interesse acerca dessa temática.

Ott, *et al.* (1999) realizaram estudo de coorte prospectivo de base populacional realizado em Rotterdam na Holanda com indivíduos sem diagnóstico demencial acompanhados por aproximadamente dois anos; observaram que o índice de acometimento por Diabetes mellitus quase dobrou o risco de demência na população investigada.

Maineri, *et al.* (2007) ressaltam que a presença de fatores de risco para eventos cerebrovasculares manteve-se associada com pior *performance* cognitiva em funções de memória e em funções executivas em idosos, sendo que, entre os fatores observados, o diabetes estava associado ao pior desempenho de memória.

Segundo Hassing, *et al.* (2004), um trabalho com delineamento longitudinal realizado com 238 idosos diabéticos e 36 não diabéticos também identificou uma maior proporção de desenvolvimento de demência no grupo de idosos com diabetes.

Não foi observada associação entre atividade física e queixas de memória, contrastando com os achados da literatura. Incrementos nos níveis de atividade física estão associados à melhora do desempenho cognitivo, mais especificamente no desempenho das funções executivas e memória (Predovan, Fraser, Renaud, & Bherer, 2012; Wilbur, 2012).

Este estudo apresentou limitação para a avaliação temporal do fenômeno observado, por conta do desenho de estudo utilizado, corte transversal, que produz resultados instantâneos sobre a situação de saúde; portanto, estes não podem avaliar adequadamente causalidade entre eventos.

Outra limitação metodológica importante é o viés de sobrevivência: apenas indivíduos que apresentaram o efeito investigado no momento da pesquisa foram analisados.

É importante relatar a dificuldade de comparação entre os achados do presente estudo com os dados disponíveis na literatura, devido à escassez de pesquisas com idosos residentes em áreas rurais.

Esses limites devem ser considerados na análise dos resultados obtidos. No entanto, deve-se considerar ainda que o estudo avaliou um contingente considerável da população idosa residentes em áreas rurais de um município de médio porte na Bahia, considerado o maior estado do nordeste brasileiro, além do fato de que idosos residentes em áreas rurais constitui um grupo populacional pouco investigado no país.

Portanto, os achados do presente estudo poderão servir de insumos para políticas de saúde direcionadas a essa população, uma vez que os achados reportam para o fato de que as variáveis associadas às queixas de memória são passíveis de intervenções preventivas.

Conclusão

Em síntese, observou-se uma considerável prevalência de queixas de memória entre os sujeitos investigados. Apesar de ter identificado que algumas variáveis sociodemográficas e hábitos de vida aumentam essa prevalência, não foi verificada associação entre as variáveis investigadas e as queixas de memória. Considerando a importância das queixas subjetivas de memória e sua relação com as características sociodemográficas e vários aspectos relacionados à saúde e qualidade de vida da população idosa, faz-se necessário uma maior atenção dos profissionais de saúde na avaliação e no desenvolvimento de medidas de promoção e prevenção desse agravo.

Além disso, recomenda-se a condução de estudos de seguimento e de base populacional para uma melhor compreensão de fatores modificáveis relacionados à ocorrência de queixas subjetiva de memória em idosos, especialmente aqueles residentes em áreas rurais.

Referências

- Almeida, S.T., Soldera, C.L.C., Carli, G.A., Gomes, I., & Resende, T.L. (2012). Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predisõem a quedas em idosos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58(4), 427-433.
- Aguiar, A.C.P.O., Ribeiro, M.I., & Jacinto, A.F. (2010). Subjective memory complaints in the elderly may be related to factors other than cognitive deficit. *Dement Neuropsychol*, 4(1), 54-57.
- Benites, D., & Gomes, W.B. (2007). Tradução, adaptação e validação preliminar do Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ). *Psico-USF*, 12(1), 45-54.
- Bertuzzi, D., Paskulin, L.G.M., & Morais, E.P. (2012). Arranjos e rede de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 21(1), 158-166.
- Brasil. (1997). Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- Caramelli, P., & Beato, R.G. (2008). Subjective memory complaints and cognitive performance in a sample of healthy elderly. *Dementia & Neuropsychologia*, 2(1), 42-45.
- Crook, T.H.III, Feher, E.P., & Larrabee, G.J. (1992). Assessment of memory complaint in age-associated memory impairment: the MAC-Q. *International. Psychogeriatrics*, 4(2), 165-176.
- Fechine, B.R.A., & Trompiere, N. (2012). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Interscienceplace. Revista Científica Internacional*, 1(7), 107-132.
- Haseen, F. Adhikari, R., & Soonthorndhada, K. (2010). Self-assessed health among Thai elderly. *BMC Geriatrics*, 10(30), 1-9.
- Hassing, L.B., Grant, M., Hofer, S.M., Pedersen, N.L., Nilsson, S.E., Berg, S., McClearn, G., & Johansson, B. (2004). Type 2 diabetes mellitus contributes to cognitive decline in old age: a longitudinal population-based study. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10(4), 599-607.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2008). Recuperado em 17 julho, 2012, de: <http://www.ibge.gov.br/>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2009). Recuperado em 17 julho, 2012, de: <http://www.ibge.gov.br/>.
- Jessen, F., Feyen, L., Freymann, K., Tepest, R., Maier, W., Heun, R., Schild, H.H., & Scheef, L. (2006). Volume reduction of the entorhinal cortex in subjective memory impairment. *Neurobiology of Aging*, 27(12), 1751-1756.
- Jorm, A.F., Butterworth, P., Anstey, K.J., Christensen, H., Easteal, S., Maller, J., Mather, K.A., Turakulov, R.I., Wen, W., & Sachdev, P. (2004). Memory complaints in a community sample aged 60-64 years: associations with cognitive functioning, psychiatric symptoms, medical conditions, APOE genotype, hippocampus and

amygdala volumes, and white matter hyperintensities. *Psychological Medicine*, 34(8), 1495-1506. (DOI: 10.1017/S0033291704003162).

Jylha, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69(3), 307-316. (DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.05.013).

Kivipelto, M., Helkala E.L., Haninen, T., Hallikainen, M., Alhainen, K., Soininen, H., Tuomilehto, J., & Nissinen, A. (1996). Midlife vascular risk factors and Alzheimer's disease in later life: longitudinal, population based study. *BMJ*, 322 (7300), 1447-1451.

Lipschitz, D.A. (1994). Screening for nutritional status in the elderly. *Primary Care*, 21(1), 55-67.

Maineri, N.L., Xavier, F.M.F., Berleze, M.C.C., & Moriguchi, E.H. (2007). Fatores de risco para doença cerebrovascular e função cognitiva em idosos. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 89(3), 158-162. (DOI: org/10.1590/S0066-782X2007001500003).

Mattos, P., Lino, V., Rizo, L., Alfano, A., Araújo, C., & Roggio, R. (2003). Memory Complaints and Test Performance in Healthy Elderly Persons. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61(4), 920-924.

Montejo, P., Montenegro, M., Fernández, M., & Maestú, F. (2012). Memory complaints in the elderly: Quality of life and daily living activities. A population based study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(2), 298-304. (DOI: 10.1016/j.archger.2011.05.021).

Morais, E.P., Rodrigues, R.A.P., & Gerhardt, T.E. (2008). Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 17(2), 374-383.

Ott, A., Stolk, R.P., Van Harskamp, F., Pols, H.A., Hofman, A., & Breteler, M.M. (1999). Diabetes mellitus and the risk of dementia: The Rotterdam, *Neurology*, 53(9), 1937-1942.

Paulo, D.L.V., & Yassuda, M.S. (2010). Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(1), 23-26.

Pittito-Almeida, B., Filho, C.M.A., & Cendoroglo, M.S. (2008). Deficit cognitivo: mais uma complicação do diabetes melito? *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia & Metabologia*, 52(7), 1076-1083.

Predovan, D., Fraser, S.A., Renaud, M., & Bherer, A. (2012). The effect of three months of aerobic training on stroop performance in older adults. *Journal of aging research*, 2012 (Article ID 269815, 7 pages). (DOI:10.1155/2012/269815).

Rabelo, D.F. (2009). Comprometimento Cognitivo Leve em Idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. *Revista Kairós Gerontologia*, 12(2), 65-79. URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/4414/2986>.

Ribeiro, P.C.C., Oliveira, B.H.D., Cupertino, A.P.F.B., Neri, A.L., & Yassuda, M.S. (2010). Desempenho de Idosos na Bateria Cognitiva CERAD: Relações com Variáveis Sociodemográficas e Saúde Percebida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(1), 102-109.

- Rodrigues, C.G., & Maia, A.G. (2010). Como a posição social influencia a autoavaliação do estado de saúde? Uma análise comparativa entre 1998 e 2003. *Caderno de Saúde Pública*, 26(4), 762-774.
- Scalco, M.Z., Van Reekum, R., & Bazzarella, M. (2006). Estratégias de prevenção da demência. In: Bottino, C.M.C., Laks, J., & Blay, S.L. (Orgs.). *Demência e transtornos cognitivos em idosos*, 335-343. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.
- Seeman, T.E., Lusignolo, T.M., Albert, M., & Berkman, L. (2001). Social relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: MacArthur studies of successful aging. *Health Psychology*, 20(4), 243-255.
- Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). (2010). Recuperado em 17 julho, 2012, de: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>.
- Treves, T.A., Verchovsky, R., Klimovitzky, S., & Korczyn, A.D. (2005). Incidence of dementia in patients with subjective memory complaints. *International Psychogeriatrics*, 17(2), 265-273.
- Wang, C., & Satariano, W.A. (2007). Self-rated current and future health independently predict subsequent mortality in an aging population. *The Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(12), 1428-1434.
- Wilbur, J., Marquez, D.X., Fogg, L., Wilson, R.S., Staffileno, B.A., Hoyem, R.L., Morris, M.C., Bustamante, E.E., & Manning, A.F. (2012). The relationship between physical activity and cognition in older Latinos. *The Journals of Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(5), 525-534. (DOI: 10.1093/geronb/gbr137).
- Zanini, R.S. (2010). Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. *Revista de Neurociências*, 18(2), 220-226.

Recebido em 28/12/2014

Aceito em 20/03/2015

Jéssica Meira Mendes – Fisioterapeuta. Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié (BA).

E-mail: jel_bdo_jj@hotmail.com

Saulo Vasconcelos Rocha – Professor de Educação Física. Doutorando em Educação Física. Professor Adjunto do Departamento de Medicina na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié (BA).

E-mail: svrocha@uesb.edu.br

Clarice Alves dos Santos - Professora de Educação Física. Doutoranda em Saúde Coletiva. Professora do Departamento de Medicina na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié (BA).

E-mail: claricealvesef@yahoo.com.br

Lélia Renata Carneiro Vasconcelos – Fisioterapeuta. Professor Adjunto do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié (BA).

E-mail: renatavcarneiro@gmail.com

Keila de Oliveira Diniz – Professora de Educação Física. Mestranda em Educação Física pela Universidade Federal de Sergipe, Aracaju (SE).

E-mail: keilaodiniz@gmail.com