

**FATORES ASSOCIADOS A
RASTREAMENTO
COGNITIVO ALTERADO EM
PESSOAS IDOSAS
ACOMPANHADAS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE: ESTUDO
TRANSVERSAL**

**FACTORS ASSOCIATED WITH ABNORMAL COGNITIVE SCREENING AMONG
COMMUNITY-DWELLING OLDER ADULTS IN PRIMARY CARE: A CROSS-
SECTIONAL STUDY**

Ciências da Saúde • 01/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/790704450](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/790704450)

Natalya Salerno¹

Augusto Ossamu²

Bruno Arashiro³

João Pedro de Alcântara⁴

Julia Larese⁵

Lara Albrechet⁶

Luisa Cezare⁷

Luciano Sencovici⁸

Thuam Silva Rodrigues⁹

RESUMO

Objetivo: analisar fatores associados a rastreamento cognitivo alterado em pessoas idosas acompanhadas na Atenção Primária à Saúde. Métodos: estudo transversal com 368 pessoas com 60 anos ou mais, avaliadas entre agosto de 2024 e junho de 2025 em uma Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo. O desfecho foi a presença de alteração no domínio cognitivo registrado na Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB), interpretado como achado de rastreamento e não como diagnóstico de comprometimento cognitivo leve ou demência. Foram estimadas odds ratios (OR) brutas e ajustadas por regressão logística, com intervalos de confiança de 95% (IC95%). Resultados: 188 participantes (51,1%) apresentaram rastreamento cognitivo alterado. Após ajuste por idade e sexo, permaneceram associados ao desfecho humor alterado (OR=2,21; IC95% 1,41-3,46), audição alterada (OR=1,96; IC95% 1,22-3,16), incontinência urinária (OR=1,67; IC95% 1,06-2,63) e autoavaliação negativa de saúde (OR=1,66; IC95% 1,06-2,59). Idade e sexo não apresentaram associação estatisticamente significativa no modelo final. Conclusão: o rastreamento cognitivo alterado foi frequente e esteve associado a dimensões emocionais, sensoriais, urinárias e de percepção global de saúde. Os achados apoiam uma abordagem multidimensional na Atenção Primária, mas devem ser interpretados com cautela devido ao delineamento transversal, à amostragem por conveniência e ao caráter de rastreamento do desfecho.

Palavras-chave: Cognição; Pessoa idosa; Atenção Primária à Saúde; Avaliação geriátrica; Saúde auditiva; Incontinência urinária.

ABSTRACT

Objective: To analyze factors associated with abnormal cognitive screening among older adults receiving primary health care.

Methods: Cross-sectional study including 368 adults aged 60 years or older assessed between August 2024 and June 2025 at a primary care unit in São Paulo, Brazil. The outcome was an abnormal cognitive-domain record in the Multidimensional Assessment of Older People in Primary Care (AMPI-AB), interpreted as a screening finding rather than a diagnosis of mild cognitive impairment or dementia. Crude and adjusted odds ratios (ORs) with 95% confidence intervals (95% CIs) were estimated using logistic regression. Results: Abnormal cognitive screening was observed in 188 participants (51.1%). After adjustment for age and sex, altered mood (OR=2.21; 95% CI 1.41-3.46), hearing impairment (OR=1.96; 95% CI 1.22-3.16), urinary incontinence (OR=1.67; 95% CI 1.06-2.63), and negative self-rated health (OR=1.66; 95% CI 1.06-2.59) remained associated with the outcome. Age and sex were not statistically significant in the final model. Conclusion: Abnormal cognitive screening was frequent and associated with emotional, sensory, urinary, and global health-perception domains. These findings support multidimensional assessment in primary care but should be interpreted cautiously because of the cross-sectional design, convenience sampling, and the screening nature of the cognitive outcome.

Keywords: Cognition; Aged; Primary Health Care; Geriatric Assessment; Hearing Loss; Urinary Incontinence.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico brasileiro ocorre em ritmo acelerado. Dados e projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística mostram expansão sustentada da participação de pessoas idosas na população, ampliando a demanda por estratégias de prevenção, detecção precoce de vulnerabilidades e coordenação

longitudinal do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) [1]. Nesse cenário, alterações cognitivas assumem especial relevância por sua relação com autonomia, funcionalidade, segurança, participação social e necessidade de apoio familiar e comunitário.

Comprometimento cognitivo não constitui uma entidade única. Queixas subjetivas, alterações detectadas por instrumentos breves, comprometimento cognitivo leve e síndromes demenciais ocupam níveis distintos de um continuum clínico e exigem diferentes etapas de confirmação diagnóstica. Diretrizes contemporâneas recomendam que sinais ou sintomas cognitivos sejam avaliados de forma estruturada, integrando história clínica, informação de familiar ou cuidador, funcionalidade, humor, exame clínico e instrumentos cognitivos validados; nenhum teste breve deve ser interpretado isoladamente como diagnóstico [2,3].

A avaliação multidimensional é particularmente pertinente na APS porque alterações cognitivas coexistem frequentemente com problemas sensoriais, sintomas emocionais, multimorbidade, polifarmácia e perda funcional. A AMPI-AB foi desenvolvida no município de São Paulo para organizar a identificação de necessidades complexas em pessoas idosas e orientar planos de cuidado e encaminhamentos. Estudos de validação indicam boa confiabilidade e capacidade do escore global de discriminar fragilidade e prever desfechos adversos, enquanto revisões recentes reforçam o valor da avaliação multidimensional no cuidado primário [4,5].

Entre fatores potencialmente relacionados à trajetória cognitiva, evidências recentes destacam sintomas depressivos, fragilidade física, perda auditiva e outros determinantes modificáveis. A

Comissão Lancet de 2024 ampliou o conjunto de fatores potencialmente modificáveis associados à demência ao longo do curso de vida e reforçou a importância de intervenções combinadas e contextualizadas [2]. Em meta-análise de 87 estudos com pessoas idosas da comunidade, sintomas depressivos, ansiedade, multimorbidade e fragilidade física estiveram entre os fatores associados à incidência de comprometimento cognitivo leve [6].

Apesar desses avanços, há menor produção sobre como diferentes dimensões clínicas, funcionais, sensoriais e subjetivas se agrupam em pessoas idosas avaliadas rotineiramente na APS brasileira. Investigar essas associações pode contribuir para a definição de prioridades de avaliação e para a construção de linhas de cuidado mais integradas, sem confundir rastreamento com diagnóstico.

Assim, o objetivo deste estudo foi analisar fatores associados a rastreamento cognitivo alterado em pessoas idosas residentes na comunidade e acompanhadas no contexto da Atenção Primária à Saúde no município de São Paulo.

2. MÉTODOS

2.1. Desenho, Cenário e Período

Estudo observacional, analítico e transversal, conduzido com pessoas idosas acompanhadas por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de São Paulo, Brasil. A coleta ocorreu entre agosto de 2024 e junho de 2025. O relato foi reorganizado de acordo com os princípios da declaração STROBE para estudos observacionais [7].

2.2. Participantes e Recrutamento

Foram elegíveis pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, cadastradas no território da UBS. À época da coleta, aproximadamente 5.000 pessoas idosas constavam no sistema local. O recrutamento foi por conveniência e integrado às ações de avaliação multidimensional, incluindo atendimentos na unidade e visitas domiciliares. As avaliações foram realizadas por pesquisadoras previamente treinadas. Após a coleta, as fichas da AMPI-AB foram devolvidas à equipe da UBS para subsidiar o cuidado.

2.3. Critérios de Elegibilidade

Foram incluídas pessoas com 60 anos ou mais, residentes no território acompanhado pela UBS, que aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídas pessoas com déficit cognitivo grave que impedisse a compreensão das perguntas e aquelas que recusaram participação ou consentimento.

2.4. Tamanho da Amostra

O cálculo amostral original considerou população finita de aproximadamente 5.000 pessoas idosas, nível de confiança de 95%, erro absoluto de 5% e proporção esperada de 50%, resultando em tamanho mínimo de 357 participantes. A amostra analisada foi de 368 participantes.

2.5. Instrumento e Definição das Variáveis

A AMPI-AB é um instrumento multidimensional desenvolvido para a APS paulistana e contempla domínios clínicos, funcionais, sensoriais, emocionais e sociais. Seu uso no município é descrito em manual

técnico específico, e evidências de validade e confiabilidade do instrumento global foram publicadas previamente [4,8].

O desfecho foi a presença de alteração registrada no domínio cognitivo da AMPI-AB, codificada na base analítica como “sim” versus “nenhuma alteração”. Para fins deste artigo, esse desfecho é denominado rastreamento cognitivo alterado. Essa classificação não equivale a diagnóstico clínico de comprometimento cognitivo leve ou demência e deve ser interpretada como sinal de necessidade de avaliação cognitiva mais aprofundada. O manual da AMPI-AB incorpora orientação para avaliação cognitiva complementar e descreve o 10-Point Cognitive Screener (10-CS), instrumento breve validado no Brasil, como uma das estratégias de rastreamento [8,9].

As variáveis independentes disponíveis para análise incluíram idade, sexo, diabetes mellitus, hipertensão arterial, depressão autorreferida/registrada como condição crônica, doença arterial coronariana, anemia, obesidade, incontinência urinária, humor alterado, audição alterada, visão alterada, dependência em atividades básicas de vida diária (ABVD), dependência em atividades instrumentais de vida diária (AIVD), polifarmácia e ocorrência de quedas. As categorias seguiram o registro padronizado da AMPI-AB na base utilizada.

2.6. Análise Estatística

A análise foi conduzida no Stata, versão 16. Variáveis categóricas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas, e idade foi descrita por média e desvio-padrão e por mediana e intervalo interquartil. Regressão logística foi utilizada para estimar odds ratios (OR) brutas e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). O

modelo multivariado incluiu idade e sexo como variáveis de ajuste e variáveis selecionadas a partir da análise bivariada e de plausibilidade clínica. Adotou-se nível de significância de 5%. Como o desfecho apresentou elevada frequência, as ORs devem ser interpretadas como medidas de odds e não como razões de prevalência; em estudos transversais com desfechos comuns, modelos que estimam diretamente razões de prevalência podem fornecer medidas de associação de interpretação mais intuitiva [10].

2.7. Aspectos Éticos

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo, parecer nº 6.877.049, em conformidade com a Resolução CNS nº 466/2012.

3. RESULTADOS

3.1. Características da Amostra

Foram analisados 368 participantes. Rastreamento cognitivo alterado foi identificado em 188 (51,1%), enquanto 180 (48,9%) não apresentaram alteração no registro cognitivo. A idade média foi de $70,4 \pm 7,2$ anos entre participantes sem alteração e $71,8 \pm 8,0$ anos entre aqueles com alteração; as medianas foram, respectivamente, 70 anos (IIQ 65-74) e 71 anos (IIQ 65-78). A maior parte da amostra era composta por mulheres em ambos os grupos.

Tabela 1. Caracterização da amostra segundo o rastreamento cognitivo.

Variável	Categoria / medida	Sem alteração n=180	Alterado n=188
Idade, anos	Média ± DP	70,4 ± 7,2	71,8 ± 8,0
	Mediana (IIQ)	70 (65–74)	71 (65–78)
Sexo	Feminino	140 (77,8%)	151 (80,3%)
	Masculino	40 (22,2%)	37 (19,7%)
Autoavaliação de saúde	Muito boa/boa	113 (62,8%)	82 (43,6%)
	Regular/ruim/muito ruim	67 (37,2%)	106 (56,4%)
Incontinência urinária	Não	123 (68,3%)	92 (48,9%)
	Sim	57 (31,7%)	96 (51,1%)
Audição	Sem alteração	136 (75,6%)	106 (56,4%)
	Alterada	44 (24,4%)	82 (43,6%)
Humor	Sem alteração	122 (67,8%)	82 (43,6%)
	Alterado	58 (32,2%)	106 (56,4%)
Dependência em AIVD	Não	151 (83,9%)	133 (70,7%)
	Sim	29 (16,1%)	55 (29,3%)
Polifarmácia	Não	114 (63,3%)	102 (54,3%)
	Sim	66 (36,7%)	86 (45,7%)

DP: desvio-padrão; IIQ: intervalo interquartil; AIVD: atividades instrumentais de vida diária. Percentuais calculados dentro de cada grupo de rastreamento cognitivo.

3.2. Análise Bivariada

Na análise bivariada, doença arterial coronariana, incontinência urinária, humor alterado, audição alterada, dependência em AIVD, autoavaliação negativa de saúde e visão alterada apresentaram associação estatisticamente significativa com rastreamento cognitivo alterado. Um episódio de queda apresentou associação limítrofe ($p=0,059$), assim como polifarmácia ($p=0,078$) e idade ($p=0,077$).

Tabela 2. Associação bivariada entre variáveis clínicas/sociodemográficas e rastreamento cognitivo alterado.

Variável	OR bruta	IC 95%	p
Sexo masculino	0,86	0,52-1,42	0,549
Idade (por ano)	1,02	1,00-1,05	0,077
Diabetes mellitus	1,35	0,87-2,08	0,177
Hipertensão arterial	1,43	0,91-2,26	0,125
Depressão	1,24	0,80-1,94	0,335
Doença arterial coronariana	2,34	1,18-4,67	0,015
Anemia	0,84	0,42-1,68	0,626
Obesidade	0,89	0,45-1,80	0,754
Incontinência urinária	2,25	1,47-3,44	<0,001
Humor alterado	2,72	1,78-4,16	<0,001
Audição alterada	2,39	1,53-3,73	<0,001
Dependência em ABVD	1,69	0,65-4,38	0,284

Dependência em AIVD	2,15	1,30-3,57	0,003
Autoavaliação negativa de saúde	2,18	1,44-3,31	<0,001
Polifarmácia	1,46	0,96-2,21	0,078
Visão alterada	1,78	1,18-2,70	0,006
1 episódio de queda	1,77	0,98-3,21	0,059
≥2 quedas	1,48	0,79-2,76	0,222

OR: odds ratio; IC 95%: intervalo de confiança de 95%; ABVD: atividades básicas de vida diária; AIVD: atividades instrumentais de vida diária. Referências: sexo feminino; ausência da condição/alteração; autoavaliação boa/muito boa; nenhuma queda.

3.3. Modelo Multivariado

No modelo ajustado por idade e sexo, autoavaliação negativa de saúde, humor alterado, audição alterada e incontinência urinária permaneceram associadas ao rastreamento cognitivo alterado. Humor alterado apresentou a maior magnitude de associação (OR=2,21; IC95% 1,41-3,46).

Tabela 3. Modelo multivariado para rastreamento cognitivo alterado.

Variável	OR ajustada	IC 95%	p
Idade (por ano)	1,01	0,98-1,04	0,613
Sexo masculino	0,95	0,54-1,65	0,847
Autoavaliação negativa de saúde	1,66	1,06-2,59	0,026

Humor alterado	2,21	1,41-3,46	<0,001
Audição alterada	1,96	1,22-3,16	0,006
Incontinência urinária	1,67	1,06-2,63	0,028

OR: odds ratio; IC 95%: intervalo de confiança de 95%. Modelo contendo simultaneamente idade, sexo, autoavaliação de saúde, humor, audição e incontinência urinária. Referências: sexo feminino; autoavaliação boa/muito boa; ausência de alteração/condição.

Figura 1. Odds ratios ajustadas (OR) e intervalos de confiança de 95% do modelo multivariado. A linha vertical em OR=1,0 indica ausência de associação.

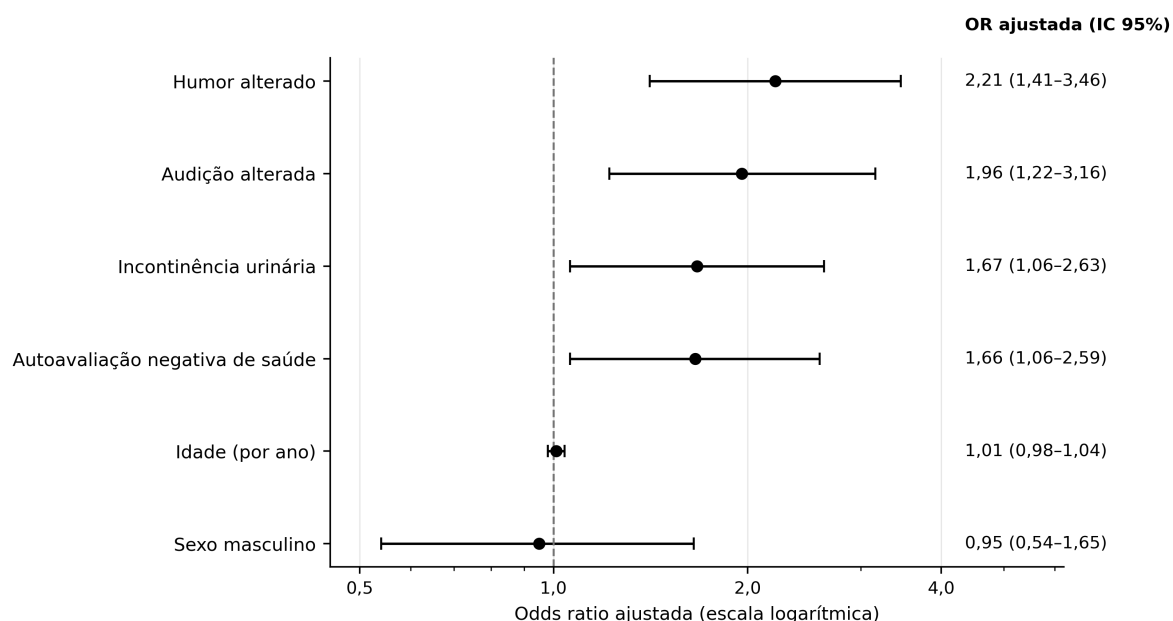
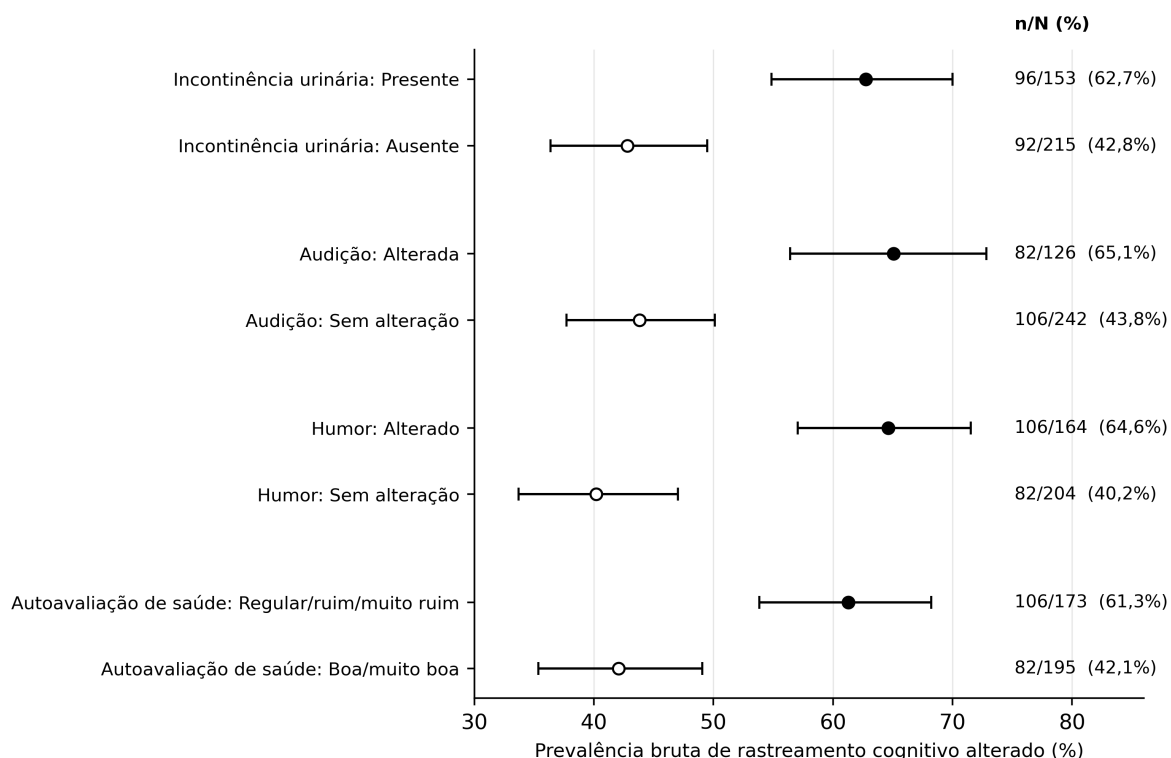


Figura 2. Prevalência bruta de rastreamento cognitivo alterado segundo os quatro fatores retidos no modelo final. Pontos representam as proporções observadas e barras horizontais os IC 95% binomiais (método de Wilson).



4. DISCUSSÃO

Neste estudo com 368 pessoas idosas acompanhadas na APS, 51,1% apresentaram rastreamento cognitivo alterado. Após ajuste por idade e sexo, humor alterado, alteração auditiva, incontinência urinária e autoavaliação negativa de saúde permaneceram associados ao desfecho. O conjunto de achados sugere que sinais cognitivos identificados na APS podem coexistir com vulnerabilidades de diferentes domínios, reforçando a utilidade de uma avaliação multidimensional em vez de uma abordagem centrada exclusivamente em desempenho cognitivo.

A frequência de 51,1% deve ser interpretada com especial cautela. O desfecho empregado é um marcador de rastreamento derivado do domínio cognitivo da AMPI-AB e não um diagnóstico de comprometimento cognitivo leve ou demência. Portanto, essa proporção não deve ser comparada diretamente a estimativas populacionais de prevalência dessas condições. A amostragem por conveniência em uma única UBS, a inclusão de pessoas avaliadas em contexto assistencial e a própria estratégia de classificação

podem ter produzido uma amostra com maior carga de vulnerabilidade do que a população idosa geral. Diretrizes atuais reforçam que resultados de instrumentos breves precisam ser integrados à história clínica, funcionalidade, avaliação de humor e informação de um interlocutor confiável antes de qualquer formulação diagnóstica [3].

O humor alterado apresentou a maior magnitude de associação no modelo ajustado. Esse resultado é coerente com evidências longitudinais que relacionam sintomas depressivos e outros sintomas neuropsiquiátricos à incidência de comprometimento cognitivo leve [6]. Entretanto, a interpretação causal não é possível neste estudo. Sintomas de humor podem anteceder alterações cognitivas, compartilhar determinantes vasculares, sociais e comportamentais ou surgir como consequência da percepção de perda funcional e cognitiva. Além disso, sobreposição entre queixas cognitivas subjetivas e sintomas depressivos pode aumentar a correlação entre essas dimensões em avaliações transversais.

A alteração auditiva também permaneceu associada ao desfecho. A consistência externa desse achado é relevante: meta-análise recente de 50 estudos de coorte, com mais de 1,5 milhão de participantes, encontrou associação entre perda auditiva de início adulto e maior incidência de comprometimento cognitivo, demência e doença de Alzheimer; observou-se ainda relação dose-resposta com piora auditiva [11]. Contudo, associação não implica que a correção auditiva previna declínio em todos os grupos. No ensaio clínico ACHIEVE, a intervenção auditiva não reduziu o declínio cognitivo na análise primária da amostra total, embora análises pré-especificadas tenham sugerido benefício em participantes com maior risco basal [12]. Assim, a audição deve ser entendida tanto como marcador

clínico relevante quanto como potencial alvo de cuidado, sem extrapolar os presentes dados para efeito terapêutico causal.

A autoavaliação negativa de saúde manteve associação após ajuste. A autopercepção de saúde é uma medida sintética que pode integrar carga de sintomas, multimorbidade, restrição funcional, sofrimento emocional e percepção de reserva física e social. Evidência longitudinal publicada em 2026, baseada em análise coordenada de 15 coortes e mais de 140 mil participantes de 38 países, mostrou que melhor saúde autorreferida se associou a melhor função cognitiva e a menor probabilidade de comprometimento cognitivo ou demência ao longo do seguimento, mesmo após consideração de covariáveis de saúde [13]. No presente estudo, porém, não é possível estabelecer se a pior autopercepção precedeu a alteração cognitiva ou se ambas refletem um estado global de maior vulnerabilidade.

A incontinência urinária também permaneceu associada ao rastreamento cognitivo alterado. A relação entre continência, cognição e funcionalidade é complexa e provavelmente bidirecional. Declínio de função executiva, limitações de mobilidade e dificuldade para reconhecer ou responder adequadamente à urgência miccional podem favorecer episódios de incontinência, enquanto condições neurológicas, medicamentos e maior carga de fragilidade podem afetar simultaneamente ambos os domínios. Em mulheres idosas da comunidade, declínios cognitivo e físico já foram relacionados à incontinência [14]. Mais recentemente, meta-análise global mostrou elevada frequência de incontinência em pessoas com demência, com grande heterogeneidade entre contextos e métodos de aferição [15]. Esses dados apoiam a coexistência das

condições, mas não definem a direção causal observada no presente estudo.

Algumas variáveis apresentaram associação apenas na análise bivariada. Dependência em AIVD, visão alterada e doença arterial coronariana perderam significância no modelo final. Isso pode refletir confusão entre domínios, sobreposição de mecanismos, precisão limitada das estimativas ou especificação do modelo. A ausência de significância estatística para idade e sexo também não deve ser interpretada como evidência de ausência de relação dessas características com cognição em outras populações; pode resultar da distribuição etária da amostra, do processo de seleção e das covariáveis incluídas.

Os achados têm implicações pragmáticas para a APS. Diante de um rastreamento cognitivo alterado, avaliação de humor, audição, funcionalidade, continência e percepção global de saúde pode ajudar a identificar necessidades potencialmente tratáveis e a organizar encaminhamentos. A AMPI-AB oferece uma estrutura compatível com esse raciocínio multidimensional, e sua validade global foi demonstrada em contexto de atenção primária com recursos limitados [4]. A resposta clínica, contudo, deve avançar do rastreamento para avaliação diagnóstica estruturada quando houver suspeita clínica, como recomendado em diretrizes recentes [3].

Este estudo apresenta pontos fortes, incluindo tamanho amostral superior ao cálculo inicialmente previsto, uso de instrumento multidimensional integrado à rotina da APS e análise de múltiplos domínios clinicamente relevantes. As limitações, entretanto, são importantes. Primeiro, o delineamento transversal impede estabelecer temporalidade ou causalidade. Segundo, o

recrutamento por conveniência e a realização em uma única UBS limitam a validade externa. Terceiro, a exclusão de pessoas com déficit cognitivo grave capaz de impedir a compreensão das perguntas pode ter introduzido viés de seleção e sub-representado os quadros mais graves. Quarto, várias exposições derivam de registros autorreferidos ou de rastreamento, sujeitos a erro de classificação. Quinto, o modelo ajustou idade e sexo, mas o manuscrito original não apresenta ajuste por escolaridade e condições socioeconômicas, fatores potencialmente relevantes para desempenho e queixas cognitivas; confusão residual, portanto, permanece possível. Sexto, a estratégia de seleção de variáveis com base em associação bivariada pode produzir instabilidade e deve ser substituída, em análises futuras, por um conjunto de covariáveis definido a priori com base em plausibilidade causal. Por fim, devido à alta frequência do desfecho, as ORs podem apresentar magnitudes superiores às razões de prevalência correspondentes; para uma submissão definitiva, uma reanálise por regressão de Poisson com variância robusta seria metodologicamente preferível [10].

5. CONCLUSÃO

Rastreamento cognitivo alterado foi frequente entre as pessoas idosas avaliadas e permaneceu associado, após ajuste por idade e sexo, a humor alterado, alteração auditiva, incontinência urinária e autoavaliação negativa de saúde. Os resultados reforçam a natureza multidimensional das vulnerabilidades que acompanham sinais cognitivos na APS e apoiam a integração entre avaliação cognitiva, emocional, sensorial, funcional e urinária. Entretanto, os achados não permitem inferência causal nem equivalem a diagnóstico de comprometimento cognitivo leve ou demência. Estudos

longitudinais, amostras probabilísticas e modelos analíticos com controle mais amplo de confundidores são necessários para confirmar essas associações e sua utilidade para o planejamento do cuidado.

6. DECLARAÇÕES

Aprovação ética: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo, parecer nº 6.877.049.

Consentimento: Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Financiamento: Este estudo foi financiado com recursos próprios dos autores, não tendo recebido financiamento específico de agências de fomento dos setores público, comercial ou sem fins lucrativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação: revisão 2024. Rio de Janeiro: IBGE; 2024.
2. Livingston G, Huntley J, Liu KY, Costafreda SG, Selbæk G, Alladi S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *Lancet*. 2024;404(10452):572-628. doi:10.1016/S0140-6736(24)01296-0.
3. Atri A, Dickerson BC, Clevenger C, Karlawish J, Knopman D, Lin PJ, et al. Alzheimer's Association clinical practice guideline for the Diagnostic Evaluation, Testing, Counseling, and Disclosure

of Suspected Alzheimer's Disease and Related Disorders (DETeCD-ADRD): executive summary of recommendations for primary care. *Alzheimers Dement.* 2025;21(6):e14333. doi:10.1002/alz.14333.

4. Saraiva MD, Venys AL, Abdalla FLP, Fernandes MS, Pisoli PH, Sousa DMRV, et al. AMPI-AB validity and reliability: a multidimensional tool in resource-limited primary care settings. *BMC Geriatr.* 2020;20:124. doi:10.1186/s12877-020-01508-9.
5. Siqueira FM, Delgado CE, Carbogim FC, Castro EAB, Santos RC, Cavalcante RB. Avaliação multidimensional de pessoas idosas na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de escopo. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2023;26:e230051. doi:10.1590/1981-22562023026.230051.pt.
6. He CY, Zhou Z, Kan MMP, Chan DHY, Wong ACT, Mok KHY, et al. Modifiable risk factors for mild cognitive impairment among cognitively normal community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2024;99:102350. doi:10.1016/j.arr.2024.102350.
7. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet.* 2007;370(9596):1453-1457. doi:10.1016/S0140-6736(07)61602-X.
8. São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Manual de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção

9. Apolinario D, Lichtenthaler DG, Magaldi RM, Soares AT, Busse AL, Amaral JR, et al. Using temporal orientation, category fluency, and word recall for detecting cognitive impairment: the 10-point cognitive screener (10-CS). *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016;31(1):4-12. doi:10.1002/gps.4282.
10. Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003;3:21. doi:10.1186/1471-2288-3-21.
11. Yu RC, Proctor D, Soni J, Pikett L, Livingston G, Lewis G, et al. Adult-onset hearing loss and incident cognitive impairment and dementia: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Ageing Res Rev*. 2024;98:102346. doi:10.1016/j.arr.2024.102346.
12. Lin FR, Pike JR, Albert MS, Arnold M, Burgard S, Chisolm T, et al. Hearing intervention versus health education control to reduce cognitive decline in older adults with hearing loss in the USA (ACHIEVE): a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet*. 2023;402(10404):786-797. doi:10.1016/S0140-6736(23)01406-X.
13. Graham EK, et al. Associations between indicators of self-rated health, cognitive function, risk of cognitive impairment, and dementia: a coordinated data analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2026;gbag168. doi:10.1093/geronb/gbag168.

14. Huang AJ, Brown JS, Thom DH, Fink HA, Yaffe K. Urinary incontinence in older community-dwelling women: the role of cognitive and physical function decline. *Obstet Gynecol.* 2007;109(4):909-916. doi:10.1097/01.AOG.0000258277.01497.4b.
15. Moradi Sarcheshmeh MS, Shahedi A, Zabihirad J, Taghipour M, Kargar Jahromi H, Delam H. Global prevalence of urinary incontinence in individuals with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Neurourol Urodyn.* 2026. Online ahead of print. doi:10.1002/nau.70390.
-

¹ Graduanda em Fisioterapia pela Faculdade Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil. Autora correspondente. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail.](#)

² Graduando em Fisioterapia pela Faculdade Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil.

³ Graduando em Fisioterapia pela Faculdade Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Graduando em Fisioterapia pela Faculdade Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil.

⁵ Graduanda em Fisioterapia pela Faculdade Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil.

⁶ Graduanda em Fisioterapia pela Faculdade Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil.

⁷ Graduanda em Fisioterapia pela Faculdade Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil.

⁸ Doutor em Ciências pelo Programa de Cardiologia e docente da Faculdade Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil.

⁹ Doutorando em Ciências pelo Programa de Fisiopatologia Experimental da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Mestre em Gerontologia, especialista em Gerontologia e fisioterapeuta. Docente da Faculdade Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0834-8285>