

# Relação da cognição e qualidade de vida entre idosos comunitários: estudo transversal

*Cognition and quality of life relationship among the elderly community: a cross-sectional study*

*Relación de cognición y calidad de vida en la comunidad mayor: estudio de estudio transversal*

**Barbara Maria Lopes da Silva Brandão<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-6652-9615

**Alice Maria Barbosa da Silva<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0001-7700-709X

**Rafaella Queiroga Souto<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-7368-8497

**Fabia Alexandra Pottes Alves<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-2478-5346

**Gleicy Karine Nascimento de Araújo<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-4395-6518

**Viviane Cristina Fonseca da Silva Jardim<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0003-2529-7579

**Hulda Vale de Araújo<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-0474-7158

<sup>I</sup> Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

## Como citar este artigo:

Brandão BMLS, Silva AMB, Souto RQ, Alves FAP, Araújo GKN, Jardim VCFS, et al. Cognition and quality of life relationship among the elderly community: a cross-sectional study.

Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 3): e20190030.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0030>

## Autor Correspondente:

Rafaella Queiroga Souto

E-mail: [rafaellaqueiroga7@gmail.com](mailto:rafaellaqueiroga7@gmail.com)



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa  
EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 17-01-2019    Aprovação: 28-07-2019

## RESUMO

**Objetivo:** avaliar as funções cognitivas e sua associação com a qualidade de vida entre idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família (USF) da Atenção Primária à Saúde da cidade do Recife-PE. **Métodos:** pesquisa quantitativa, descritiva, transversal, na qual foram estudados idosos com idade igual ou superior a 60 anos. **Resultados:** 76,7% dos idosos eram mulheres e faixa etária era menor ou igual a 70 anos. 68,6% possuíam déficit cognitivo, e na avaliação da qualidade de vida verificou-se que a faceta participação social apresentou o maior escore médio entre os idosos (14,25), enquanto que o menor foi observado na faceta funcionamento do sensorio (9,10). Houve associação entre declínio cognitivo e qualidade de vida. **Conclusão:** a maioria dos idosos apresentou bons índices de qualidade de vida, porém, baixo nível cognitivo. Utilizar instrumentos de rastreio permite detectar precocemente problemas de saúde, nortear a equipe de enfermagem na construção de medidas preventivas.

**Descritores:** Idoso; Cognição; Qualidade de Vida; Atenção Primária à Saúde; Saúde Pública.

## ABSTRACT

**Objective:** to assess cognitive functions and their association with quality of life among elderly people enrolled in a Family Health Unit (FHU) of Primary Health Care in Recife-PE. **Methods:** a quantitative, descriptive, cross-sectional study in which elderly aged 60 years and over were studied. **Results:** 76.7% of the elderly were women and the age group was less than or equal to 70 years. 68.6% had cognitive impairment, and in the quality of life assessment it was found that the social participation facet had the highest mean score among the elderly (14.25), while the lowest was observed in the sensory functioning facet (9.10). There was an association between cognitive decline and quality of life. **Conclusion:** most of the elderly had good quality of life rates, but low cognitive level. Using screening tools allows early detection of health problems, guiding the nursing staff in the construction of preventive measures.

**Descriptors:** Aged; Cognition; Quality of Life; Primary Health Care; Public Health.

## RESUMEN

**Objetivo:** para evaluar las funciones cognitivas y su asociación con la calidad de vida de las personas de edad avanzada inscritas en una Unidad de Salud Familiar (USF) de Atención Primaria de Salud en Recife-PE. **Métodos:** estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, en el que se estudiaron ancianos de 60 años y más. **Resultados:** El 76,7% de los ancianos eran mujeres y el grupo de edad era menor o igual a 70 años. El 68,6% tenía deterioro cognitivo, y en la evaluación de la calidad de vida se encontró que la faceta de participación social tenía la puntuación media más alta entre los ancianos (14,25), mientras que la faceta de funcionamiento sensorial fue la más baja (9,10). Hubo una asociación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida. **Conclusión:** la mayoría de los ancianos presentaron índices de buena calidad de vida, pero de bajo nivel cognitivo. El uso de instrumentos de detección permite la detección temprana de problemas de salud, guiando al personal de enfermería en la construcción de medidas preventivas.

**Descritores:** Anciano; Cognición; Calidad de Vida; Atención Primaria de Salud; Salud Pública.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional traduz-se como um fenômeno dinâmico e progressivo, o qual está intrinsecamente associado ao aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)<sup>(1)</sup>. Essas doenças configuram-se pelo progresso lento, etiologia múltipla e longa duração, em destaque para as doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias, hipertensão e Diabetes Mellitus, as quais avançam conforme a idade e refletem em um impacto financeiro para os sistemas de saúde. Além disso, afetam diretamente a qualidade de vida e a capacidade cognitiva dos idosos, a exemplo do Diabetes Mellitus tipo 2 e sua relação com a evolução de formas mais graves de comprometimento cognitivo<sup>(2-3)</sup>.

Estima-se que em 2070 a população idosa brasileira atinja um percentual acima de 35%, superando os índices de países desenvolvidos. Com o aumento na expectativa de vida, surge a necessidade de ações de promoção à qualidade de vida e redução de incapacidades nesses indivíduos<sup>(4)</sup>. A qualidade de vida pode ser definida como uma percepção individual, baseada em critérios de satisfação pessoal e bem-estar coletivo, que se relaciona com os objetivos, expectativas, padrões e preocupações no ambiente em que se vive<sup>(5-6)</sup>. Deste modo, uma vez que, na velhice, a qualidade de vida compreende aspectos, como saúde, condições de moradia, trabalho, relações sociais e autonomia, a sua avaliação é indispensável ao processo de cuidar do idoso e deve estar incluída nas ações dos serviços de saúde<sup>(5-7)</sup>.

No que se refere aos marcadores para um envelhecimento bem-sucedido e com qualidade de vida, a função cognitiva constitui-se como um importante integrante. O envelhecimento bem-sucedido representa uma perspectiva subjetiva e positiva, diante da individualidade e diferenças socioculturais, com funcionamento satisfatório e sem incapacidades<sup>(8)</sup>. Este processo pode ser alcançado ao promover o bem-estar físico, psíquico e social dos longevos, incentivando a inclusão e participação social<sup>(9)</sup>.

Por conseguinte, as mudanças nas funções cognitivas são consideradas normais com o processo de envelhecimento, por meio da perda biológica gradual de habilidades de raciocínio, percepção e memória<sup>(10)</sup>. Entretanto, quando o declínio cognitivo prejudica a independência da pessoa idosa e suas relações pessoais e sociais, isto contribui para a diminuição da capacidade de autocuidado e autonomia, acarretando sentimentos de insegurança, baixa autoestima e isolamento social e, conseqüentemente, declínio na qualidade de vida desses indivíduos<sup>(11-12)</sup>.

Dentre os fatores que influenciam o perfil cognitivo dos idosos, estudos apontam que educação, idade, sexo, perfil socioeconômico e psicológico, e estado civil reproduzem diferenças significativas no desempenho cognitivo<sup>(13)</sup>. Não obstante, ao passo que algumas dessas influências estão conectadas com o ambiente, as desigualdades na saúde exprimem um desafio para que o idoso estabeleça uma qualidade de vida adequada e digna, compatível aos seus direitos<sup>(14)</sup>.

Apesar de as políticas públicas assegurarem os direitos sociais à pessoa idosa e proporem condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, bem como direito à saúde, a efetivação destas políticas ainda é falha na promoção do envelhecimento bem-sucedido, por necessitar de uma mudança

na assistência à saúde que priorize as medidas de prevenção frente ao tratamento de problemas de saúde já instalados<sup>(15)</sup>.

Desta forma, uma vez que estudos de avaliação entre as funções cognitivas e a qualidade de vida são limitados, acredita-se que realizar investigações sobre esse tema de relevância social colabora para a ampliação de pesquisas na área, possibilitando a elaboração de políticas e ações efetivas para contribuir no planejamento da atenção à saúde, assistência e tratamento para essa população, visando à promoção de uma vida saudável, de prevenção de doenças, aprimorando a gestão dos recursos públicos<sup>(16)</sup>.

## OBJETIVO

Avaliar as funções cognitivas e sua associação com a qualidade de vida entre idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família (USF) da Atenção Primária à Saúde da cidade do Recife-PE.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

A pesquisa é um recorte do projeto de pesquisa aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (CEP-UFPE). A mesma respeitou a regulamentação nacional sobre a pesquisa envolvendo seres humanos<sup>(17)</sup>.

### Desenho, local do estudo e período

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, do tipo transversal, norteada pela ferramenta STROBE. Executada em uma USF localizada na Microárea III do Distrito de Saúde IV no município de Recife. A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2016 a abril de 2017.

O critério de escolha deste local foi a sua proximidade com a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), permitindo atuar na responsabilidade social da universidade com o seu entorno.

### Amostra; critérios de inclusão e exclusão

A amostra foi composta por 159 idosos (calculada por meio da fórmula para estudos epidemiológicos de população finita), eleitos por amostragem sistemática e proporcional em relação às três equipes de saúde da família da unidade acima referida. Os critérios de inclusão foram: pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, que compreenderam as informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido acerca da finalidade da pesquisa e residiam permanentemente no domicílio cadastrado.

### Protocolo do estudo

A coleta de dados foi realizada por meio de instrumentos para avaliação multidimensional do idoso, instrumentos de identificação pessoal e condições sociodemográficas concebidas por meio do *Brazil Old Age Schedule* (BOAS)<sup>(18)</sup>, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM)<sup>(19-20)</sup> e o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-OLD)<sup>(21)</sup>. O procedimento de coletas ocorreu na

própria residência do idoso, no qual cada dupla de entrevistadores foi acompanhada por um Agente Comunitário de Saúde. Aos idosos que aceitavam participar da pesquisa, procedia-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, posteriormente, sua assinatura e aplicação dos instrumentos. As perguntas e respostas eram lidas para o idoso, e os entrevistadores aguardavam que ele apontasse a alternativa que melhor lhe conviesse. O tempo médio das entrevistas foi de uma hora e meia.

Antes do início da coleta de dados, discentes e docentes foram capacitados durante dois treinamentos para utilização dos instrumentos de coleta de dados. A equipe de coleta foi composta por aproximadamente 30 alunos de diferentes cursos e, dentre esses, quatro foram responsáveis pela digitação do banco de dados e organização das escalas semanais de coleta, nos turnos da manhã e tarde.

O questionário BOAS é um instrumento funcional e multidimensional que envolve diversos âmbitos da vida do idoso, incluindo aspectos físicos e mentais, atividades diárias e situação socioeconômica. Ele é dividido em nove seções, todavia, para este estudo, foram selecionadas somente algumas variáveis (sexo, idade, escolaridade, estado conjugal, renda e aposentadoria)<sup>(18)</sup>. Este recorte foi realizado a partir da verificação de que apenas essas questões seriam suficientes para alcançar o objetivo proposto neste manuscrito.

O segundo questionário utilizado foi o MEEM, que é um teste breve composto por 30 itens, com aplicação rápida, que investiga o comprometimento das funções cognitivas. O instrumento abrange sete categorias de funções específicas como: orientação espaço/temporal, atenção, memória de curto prazo, cálculo, linguagem, registro e capacidade construtiva visual<sup>(19-20)</sup>. Este instrumento foi escolhido por ser utilizado em diversos países e por pesquisadores renomados, permitindo avaliar o déficit cognitivo dos idosos participantes do estudo.

O WHOQOL-OLD, instrumento validado para avaliação da qualidade de vida em idosos, foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde. É composto por 24 questões divididas em seis domínios: Funcionamento do Sensório (FS), Autonomia (AUT), Atividades Passadas, Presentes e Futuras (PPF), Participação Social (PSO), Morte e Morrer (MEM) e Intimidade (INT). Cada domínio contém quatro perguntas, e as respostas seguem uma escala de 1 a 5, representando uma escala positiva, ou seja, quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida<sup>(21)</sup>. Optou-se por utilizar o WHOQOL-OLD, por se tratar de um instrumento largamente aplicado, utilizado internacionalmente e específico para o grupo etário avaliado no estudo.

Foi determinada como variável dependente do estudo o déficit cognitivo, enquanto que as independentes foram as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, estado conjugal, arranjo de moradia) e a qualidade de vida.

### Análise dos resultados e estatística

Antes da digitação, os protocolos foram conferidos e corrigidos por um supervisor da coleta de dados. Os dados foram digitados e analisados no SPSS versão 21.0 por meio de estatística descritiva (frequência absoluta, relativa, média, desvio padrão, mínimo e máximo) e inferencial (Teste Qui-Quadrado de Pearson, Teste Exato de Fisher e o Modelo de Regressão Múltipla Ajustada).

O critério de entrada das variáveis no modelo de regressão logística múltipla foi estabelecido para  $p < 0,02$ , baseado no

resultado da análise bivariada. Ao final, o valor de 0,05 ou menos foi considerado significativo.

## RESULTADOS

Os idosos em estudo eram, em sua maior proporção, do sexo feminino (76,7%), encontrando-se na faixa etária menor ou igual a 70 anos (54,1%). 34% eram casados (as)/moravam juntos, 71,1% possuem renda de até um salário mínimo e 66,7% tiravam o sustento de sua aposentadoria. Em relação à escolaridade, 66,7% eram alfabetizados e 44,7% cursaram até o ensino primário.

Quanto ao MEEM, o domínio atenção/cálculo demonstrou menor escore ( $1,24 \pm 1,33$ ). Por outro lado, o domínio orientação apresentou maior escore ( $8,65 \pm 1,92$ ). Ademais, 68,6% dos idosos apresentaram baixo desempenho cognitivo neste instrumento.

Sobre a análise bivariada das variáveis sociodemográficas e qualidade de vida com o MEEM, foi observada associação estatística significativa em escolaridade, estado conjugal e qualidade de vida (Tabela 1). O déficit cognitivo predominou em mulheres, com faixa etária maior de 70 anos, analfabeto, solteiro, que mora sozinho, recebe acima de 1 salário e com baixa qualidade de vida.

**Tabela 1** - Associação entre as variáveis sociodemográficas, qualidade de vida e déficit cognitivo entre os indivíduos participantes, Recife, Pernambuco, Brasil, 2016-2017, N=159

Variáveis	MEEM		Valor de p*
	Com déficit n (%)	Sem déficit n (%)	
Sexo			
Masculino	11 (29,7)	26 (70,3)	0,79
Feminino	39 (32,0)	83 (68,0)	
Idade			
≤70 anos	27 (31,4)	59 (68,6)	0,98
> 70 anos	23 (31,5)	50 (68,5)	
Escolaridade			
Alfabetizado	30 (28,3)	76 (71,7)	0,22
Analfabeto	20 (37,7)	33 (62,3)	
Estado conjugal			
Casado/morando junto	38 (74,5)	13 (25,5)	0,001
Viúvo/divorciado/nunca casou	35 (79,5)	9 (20,5)	
Arranjo de moradia			
Mora sozinho	12 (54,5)	10 (45,5)	0,01
Mora com alguém	38 (27,7)	99 (72,3)	
Renda			
Até 1 salário	35 (31,0)	78 (69,0)	0,840
Acima de 1	15 (32,6)	31 (67,4)	
Qualidade de vida			
Baixa	14 (58,3)	10 (41,7)	0,001
Média/alta	34 (25,8)	98 (74,2)	

Nota: \* Teste Qui-Quadrado de Pearson; MEEM - Mini Exame do Estado Mental.

Verifica-se, na Tabela 2, o Modelo de Regressão Logística Múltipla do déficit cognitivo. Foram incluídas no modelo apenas as variáveis que apresentaram  $p < 0,02$  nas análises bivariadas (estado conjugal, arranjo de moradia e qualidade de vida). Os dados permitem inferir que os indivíduos viúvos, divorciados e que nunca casaram possuem 3,87 vezes a chance de apresentar déficit cognitivo. Ademais, os idosos com baixa qualidade de vida têm 3,41 vezes a chance de ter esse déficit.

**Tabela 2** - Variáveis associadas a déficit cognitivo por meio de regressão logística ajustada, Recife, Pernambuco, Brasil, 2016-2017

Variáveis	OR	IC	Valor de p*
Estado conjugal			
Casado/morando junto	1,00	-	-
Viúvo/divorciado/nunca casou	3,87	[1,57-9,56]	0,003
WHOQOL			
Baixa qualidade de vida	3,41	[1,34-8,64]	0,010
Média/alta qualidade de vida	1,00	-	-

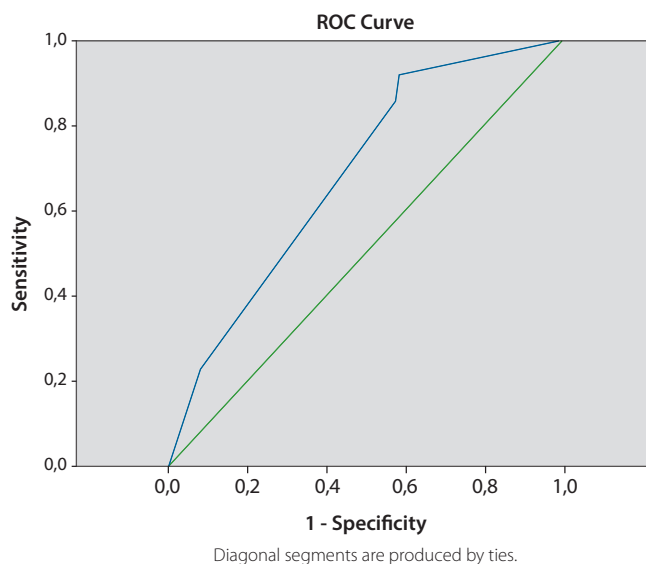
R<sup>2</sup> ajustado: 0,166

Nota: WHOQOL: World Health Organization Quality of Life; OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de confiança; \*Significância do teste.

**Tabela 3** - Confiabilidade dos itens da escala do Mini Exame do Estado Mental, Recife, Pernambuco, Brasil, 2016-2017

	Média da Escala sem item	Variável da Escala sem item	$\alpha$
Qual dia é hoje?	20,50	19,85	0,83
Em que mês estamos?	20,33	20,31	0,83
Em que ano estamos?	20,50	19,22	0,83
Que dia da semana estamos?	20,36	20,57	0,84
Que horas são aproximadamente?	20,42	20,87	0,84
Em que local nós estamos?	20,26	21,30	0,84
Que local é este aqui?	20,28	20,95	0,83
Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?	20,27	21,21	0,83
Em que cidade nós estamos?	20,35	20,49	0,83
Em que estado nós estamos?	20,35	20,49	0,83
Entrevistado repetir a palavra carro	20,35	20,79	0,84
Entrevistado repetir a palavra vaso	20,38	20,74	0,84
Entrevistado repetir a palavra tijolo	20,30	21,13	0,84
O valor de 100-7	20,68	19,53	0,83
O valor de 93-7	21,06	20,49	0,84
O valor de 86-7	21,00	20,21	0,84
O valor de 79-7	20,93	19,97	0,83
Entrevistado repetir a palavra carro	20,60	20,10	0,84
Entrevistado repetir a palavra vaso	20,79	20,17	0,84
Entrevistado repetir a palavra tijolo	20,62	20,56	0,84
Mostre um RELÓGIO e peça ao entrevistado que diga o nome	20,23	21,91	0,84
Mostre uma CANETA e peça ao entrevistado que diga o nome	20,24	21,75	0,84
Repetir a frase: "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ"	20,41	20,56	0,84
Pegar a folha com a mão correta	20,31	21,41	0,84
Dobrar corretamente a folha	20,27	21,31	0,84
Colocar a folha no chão	20,30	20,73	0,84
Fazer o que está escrito na frase: feche os olhos	20,65	19,56	0,83
Fazer uma frase	20,81	19,82	0,84
Fazer o desenho igual	20,79	19,67	0,83
Escore total			0,84

A área sob a curva Receiver Operating Characteristics (ROC) para o Modelo de Regressão Logística foi de 0,68 (IC 0,59–0,76; p<0,001) para déficit cognitivo (figura 1).



**Figura 1** – Curva Receiver Operating Characteristics, baseada no Modelo de Regressão Logística para déficit cognitivo entre idosos comunitários, Recife, Pernambuco, Brasil, 2016-2017

Foi executado um teste de confiabilidade dos itens do MEEM, foi analisada a média da escala sem item, a variável da escala sem item e a Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), em que apresentou um escore total de 0,84 (Tabela 03).

No que se refere ao WHOQOL-OLD, o domínio funcionamento do sensorio, o qual avalia o funcionamento cognitivo e as habilidades sensoriais, apresentou o menor escore, enquanto o domínio participação social, que avalia a participação nas atividades da comunidade, os idosos obtiveram o maior escore (Tabela 4).

**Tabela 4** - Distribuição das facetas da qualidade de vida dos idosos estudados, Recife, Pernambuco, Brasil, 2016-2017

Facetas	Média	Desvio Padrão	Amplitude	Mínimo	Máximo
Escore total	85,29	13,04	62	52	114
FS	9,10	2,75	13	4	17
AUT	13,09	2,97	14	6	20
PPF	14,02	3,06	15	5	20
PSO	14,25	3,08	14	6	20
MEM	9,36	4,20	16	4	20
INT	13,48	4,02	16	4	20

Nota: WHOQOL: World Health Organization Quality of Life; FS = Funcionamento do Sensorio; AUT = Autonomia; PPF = Atividades Passadas, Presentes e Futuras; PSO = Participação Social; MEM = Morte e Morrer; INT = Intimidade.

## DISCUSSÃO

No que diz respeito aos dados sociodemográficos, verificou-se predominância do sexo feminino, podendo ser resultado da maior procura por assistência à saúde em relação aos homens. Homens, de modo geral, demonstram-se mais resistentes em buscar os serviços de saúde associado a sentimentos de fragilidade e dependência<sup>(22)</sup>. A morbimortalidade masculina é maior devido a altas taxas de mortalidade por causas externas ou violentas (homicídios, acidentes de trânsito, suicídios e afogamentos)<sup>(23)</sup>, caracterizando a feminização do envelhecimento. Sobre a faixa

etária, grande parte dos idosos encontrava-se com idade entre 60-70 anos. Esse número se aproxima das estimativas oficiais de expectativa de vida no país, que é de 75,5 anos<sup>(24,25)</sup>.

Em relação à escolaridade, a maioria dos participantes apresentou baixa escolaridade. Verificou-se que as oportunidades de ingresso às instituições escolares eram poucas no século XX<sup>(26)</sup>, o que demonstrou esse baixo nível de instrução, além de que o acesso era mais difícil, principalmente para mulheres e pessoas de baixa renda<sup>(21,27)</sup>.

Houve o predomínio de idosos que recebiam até 1 salário mínimo, corroborando com a literatura<sup>(5,8,18,22)</sup>. A baixa condição socioeconômica entre os idosos pode limitar as condições de vida desses indivíduos, acarretando em consequências negativas, tais como retraimento do convívio social, que pode agravar, à medida em que estes permanecem contribuindo expressivamente no orçamento familiar<sup>(18,22)</sup>.

Sobre a avaliação cognitiva, verificou-se que o domínio atenção/cálculo obteve o menor escore. Neste caso, o nível de escolaridade pode intervir diretamente nesta habilidade. Este é, inclusive, um dos déficits cognitivos mais vistos no curso do envelhecimento. O domínio orientação alcançou maior escore. Nesta situação, estudos mostram que essa pontuação normalmente é baixa por ser uma habilidade pouco usada, já que os idosos não se lembravam de datas, por não ter o costume de olhar o calendário, mas no caso deste estudo, há o destaque positivo, por ser observada a manutenção deste domínio. Isso pode ser explicado pela maior independência desses idosos em realizar suas atividades mantendo, dessa forma, esse domínio funcional<sup>(24,28)</sup>.

Não foi encontrada associação entre sexo e desempenho dos participantes no MEEM. Informações acerca desta associação, retratadas na literatura, são conflitantes, visto que as mulheres estão mais expostas à vulnerabilidade social durante o percurso da vida, e não existem estudos que demonstrem o impacto do envelhecimento nos diferentes sexos. A diferença entre sexo e cognição pode ser, entre outros motivos, ressaltada pela escolaridade, além de oportunidades e estímulos vividos de modo diferente durante a vida por mulheres e homens idosos<sup>(11,29)</sup>.

Não foi detectada associação significativa entre o desempenho no MEEM e a idade, divergindo de estudos nacionais e internacionais. Isso pode ser explicado porque, neste estudo, é predominante o número de idosos jovens, o que difere de uma grande parte de outras pesquisas. Além disso, a idade cronológica separadamente não justifica de forma satisfatória o envelhecimento cognitivo<sup>(27,29-30)</sup>.

No que se refere à escolaridade, idosos que possuem mais anos de estudo costumam apresentar melhores resultados na avaliação cognitiva. Porém, contrastando com outras pesquisas, a escolaridade não mostrou influência no desempenho dos idosos no MEEM<sup>(30-31)</sup>.

No entanto, o que é reafirmado nesta pesquisa é que a maior parte dos idosos apresentou déficit cognitivo, mesmo com predomínio de idosos alfabetizados, que pode se apresentar ao longo do processo do envelhecimento e que se relaciona com as perdas biológicas referentes ao tempo, além da vivência pessoal do indivíduo. Os tipos de déficits cognitivos mais comuns verificados nos idosos são o esquecimento de acontecimentos recentes, dificuldade em realizar cálculos, alterações no estado de atenção, diminuição do raciocínio e da concentração, e a lentificação das atividades motoras, com diminuição das habilidades

motoras finas. Esses déficits podem modificar a rotina do idoso, levando à dependência<sup>(24)</sup>.

Como o MEEM é um instrumento de rastreio do comprometimento cognitivo, identificar o nível de cognição dos idosos pode viabilizar a elaboração de intervenções direcionadas a suprir suas demandas, melhorando a qualidade de vida. Uma vez que o desempenho físico e a interação social do idoso são dependentes das suas funções cognitivas, é primordial a manutenção da cognição apropriada e satisfatória, permitindo ao sujeito entender e solucionar problemas do dia a dia, os definindo assim como seres racionais e pensantes<sup>(24)</sup>. Nesse ínterim, os resultados deste estudo foram apresentados às equipes da USF, a fim de direcionar o planejamento das ações para minimizar e/ou prevenir os danos causados pelo declínio cognitivo.

A associação significativa entre estado civil e arranjo de moradia com o déficit cognitivo aponta que os idosos viúvos/divorciados/nunca casaram e que residem sozinhos apresentam maior déficit cognitivo. Esse dado foi reforçado no modelo de regressão uma vez que os idosos sem companheiro têm 3,87 vezes a chance de desenvolver esse declínio cognitivo. Esse resultado pode ser justificado pela companhia de alguém configurar-se como uma organização de suporte para esse idoso e, conseqüentemente, prevenir/minimizar a ocorrência de alterações cognitivas<sup>(32-33)</sup>. A perda de um ente querido, aliado ao desprezo da família, é um fator que agrega consigo consequências desastrosas para a pessoa idosa, ocasionando em prejuízos progressivos que levam à diminuição da qualidade de vida desse indivíduo<sup>(33-34)</sup>.

Quanto à análise entre o MEEM e o WHOQOL-OLD, verificou-se que existe associação significativa, uma vez que a baixa qualidade de vida tem 3,41 vezes a chance de exibir declínios cognitivos. Esse dado converge com a literatura uma vez que as funções cognitivas apresentam implicações práticas relevantes e impactos diretos sobre a qualidade de vida da pessoa idosa<sup>(35)</sup>.

O declínio cognitivo ocasiona prejuízos na capacidade funcional do idoso em seu cotidiano, resultando na diminuição da independência e autonomia, que varia segundo o grau de gravidade e acarreta diminuição na qualidade de vida desse indivíduo<sup>(36)</sup>.

Neste estudo, a maioria dos idosos apresentou bons índices de qualidade de vida, no entanto, a faceta funcionamento do sensorio mostrou o menor escore. Uma vez que o envelhecimento se traduz como um processo de mudanças contínuas e declínios fisiológicos, o comprometimento sensorial reflete em danos significativos para o idoso, em especial, nas atividades de vida diárias, autonomia, segurança, interações pessoais e, conseqüentemente, um baixo desempenho na qualidade de vida<sup>(35)</sup>.

É notório que a participação social dos idosos na comunidade reflete positivamente na qualidade de vida e constitui-se como um determinante no envelhecimento ativo. A inserção desses indivíduos nas atividades em grupo reduz o isolamento social, favorece a melhora da autoestima e o desenvolvimento de comportamentos positivos associados ao autocuidado e promoção da saúde. Em vista disso, a faceta participação social obteve o maior escore, corroborando o que preconiza o Ministério da Saúde e divergindo de estudos nacionais que avaliaram essa faceta com o resultado inferior às demais<sup>(16,35,37-38)</sup>.

Diante disso, a avaliação do déficit cognitivo durante a assistência à pessoa idosa é imprescindível, uma vez que este apresenta

importantes fatores predisponentes, necessitando que metas de prevenção e detecção precoce sejam estabelecidas com a finalidade de proporcionar maior qualidade de vida no âmbito individual e coletivo a esse público.

### Limitações do estudo

O delineamento desta pesquisa, por se tratar de corte transversal, limita as implicações do estudo, por não permitir uma avaliação de causalidade nem de longitudinalidade. É possível realizar apenas comparações e associações, levantando prováveis fatores de risco.

### Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Os dados deste estudo contribuem para o aperfeiçoamento da assistência de enfermagem à pessoa idosa, uma vez que se torna evidente a necessidade de atenção a avaliação das funções cognitivas entre os idosos comunitários. Os resultados aqui expostos denotam a importância do diagnóstico inicial do déficit cognitivo, almejando um tratamento operativo e que torne

possível o desenvolvimento de medidas hábeis de promoção da qualidade de vida durante o processo de envelhecimento.

### CONCLUSÃO

Os dados analisados permitem concluir que a maioria dos participantes era do sexo feminino com faixa etária ativa e com renda de até 1 salário mínimo constituída pela aposentadoria. A função cognitiva desses idosos apresentou baixo escore, em especial na categoria de atenção/cálculo, contudo, a qualidade de vida da maioria dos idosos foi classificada como média ou alta de acordo com o escore total do WHOQOL, apesar do baixo índice na faceta funcionamento sensorial.

Consoante a esses resultados, sublinha-se a necessidade da avaliação multidimensional dos idosos nas ações da Atenção Primária à Saúde, principalmente das funções sensoriais e cognitivas. O(a) enfermeiro(a) poderá orientar cuidados e intervenções de enfermagem, incluindo a aplicação do MEEM e dos testes para avaliação das acuidades visual e auditiva, que permitem identificar precocemente os problemas de saúde condicionantes do declínio funcional em idosos, prevenindo incapacidades e promovendo o envelhecimento ativo nessa população.

### REFERÊNCIAS

1. Silva AR, Sgnaolin V, Nogueira EL, Loureiro F, Engroff P, Gomes I. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. *J Bras Psiquiatr.* 2017;66(1):45-51. doi: 10.1590/0047-2085000000149
2. You Y, Wang J, Teng W, Ma G, Liu P. Blood pressure and noncommunicable diseases in middle-aged and older adults in China. *PLoS One.* 2018;13(11):e0206635. doi: 10.1371/journal.pone.0206635
3. Silzer T, Barber R, Sun J, Pathak G, Johnson L, O'Bryant S, et al. Circulating mitochondrial DNA: New indices of type 2 diabetes-related cognitive impairment in Mexican Americans. *PLoS One.* 2019;14(3):e0213527. doi: 10.1371/journal.pone.0213527
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais (SIS): uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE;2016 [cited 2018 Sept 03]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novportal/sociais/trabalho/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?=&t=o-que-e>
5. Silveira MM, Portuguese MW. Analysis of life quality and prevalence of cognitive impairment, anxiety, and depressive symptoms in older adults. *Estud Psicol.* 2017;34(2):261-8. doi: 10.1590/1982-02752017000200007
6. Silva JA, Souza LE, Ganassoli C. Quality of life in the elderly: prevalence of intervening factors. *Rev Soc Bras Clín Méd [Internet].* 2017 [cited 2018 Sep 05];15(3):146-9. Available from: [http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875192/sbcm\\_153\\_146-149.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875192/sbcm_153_146-149.pdf)
7. Oliveira BC, Barbosa NM, Lima MSM, Guerra HS, Neves CM, Avelar JB. Quality of life assessment in elderly from the community. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2017;30(3):1-10. doi: 10.5020/18061230.2017.5879
8. Rinaldi J, Souza GC, Camozzato AL, Chaves MLF. Sixteen-year predictors of successful aging from a Southern Brazilian cohort The PALA study. *Dement Neuropsychol.* 2018;12(3):228-34. doi: 10.1590/1980-57642018dn12-030002
9. Antunes MDCP, Moreira, MC. Educação intergeracional e envelhecimento bem sucedido. *Rev Bras Ciênc Envel Hum.* 2018;15(1):21-32. doi: 10.5335/rbceh.v15i1.6052
10. Carneiro DN, Vilela ABA, Meira SS. Avaliação do déficit cognitivo, mobilidade e atividades da vida diária entre idosos. *Rev APS [Internet].* 2016 [cited 2018 Sep 07];19(2):203-9. Available from: <https://aps.uff.br/emnuvens.com.br/aps/article/view/2303/967>
11. Borges EGS, Vale RGS, Pernambuco CS, Cader SA, Sá SPC, Pinto FM, et al. Effects of dance on the postural balance, cognition and functional autonomy of older adults. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl 5):2302-9. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0253
12. Bernardes FR, Machado CK, Souza MC, Machado MJ, Belaunde AMA. Subjective memory complaints and their relationship with verbal fluency in active older people. *CoDAS.* 2017;29(3):e20160109. doi: 10.1590/2317-1782/20172016109
13. Lima CMB, Alves HVD, Mograbi DC, Pereira FF, Fernandez JL, Charchat-Fichman H. Performance on cognitive tests, instrumental activities of daily living and depressive symptoms of a community-based sample of elderly adults in Rio de Janeiro, Brazil. *Dement Neuropsychol.* 2017;11(1):54-61. doi: 10.1590/1980-57642016dn11-010009

14. World Health Organization (WHO). World Aging and Health Report [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [cited 2018 Sept 17]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811\\_eng.pdf;jsessionid=89FBF0BE89743BB02A46776E2D902F39?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=89FBF0BE89743BB02A46776E2D902F39?sequence=1)
15. Alves DSB, Barbosa MTS, Caffarena ER, Silva AS. Caracterização do envelhecimento populacional no município do Rio de Janeiro: contribuições para políticas públicas sustentáveis. *Cad Saúde Colet*. 2016;24(1):63-9. doi: 10.1590/1414-462X201600010272
16. Santos SC, Tonhom SFR, Komatsu RS. Saúde do idoso: reflexões acerca da integralidade do cuidado. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2018 Dec 04]; 29(Suppl 5):118-27. Available from: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6413/5220>
17. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. *Diário Oficial, Brasília*, 2016 May 24. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2018 Sep 21]. Available from: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html)
18. Porciúncula RDCR, Carvalho EF, Barreto KML, Leite VMM. Socio-epidemiological profile and autonomy of elderly in the city of Recife, northeastern Brazil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(2):315-25. doi: 10.1590/S1809-98232014000200009
19. Menezes AV, Aguiar AS, Alves EF, Quadros LB, Bezerra PP. Função executiva de idosos institucionalizados e comunitários: relação com capacidades cognitivas e funcionais. *Saúde Pesqui* 2016;9(3):405-14. doi: 10.17765/2176-9206.2016v9n3p405-414
20. Melo DMD, Barbosa AJG. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(12):3865-76. doi: 10.1590/1413-812320152012.06032015
21. Rocha RE, Mineiro L, Boscatto EC, Mello MF. Aptidão funcional e qualidade de vida de idosos frequentadores de uma universidade aberta da maior idade. *J Phys Educ*. 2016;27:e2725. doi: 10.4025/jphyseduc.v27i1.2725
22. Barbosa LR, Silva TDCS, Santos MF, Carvalho FR, Marques RVDA, Matos Júnior EM. Perfil sociodemográfico e clínico dos idosos de um Centro de Convivência. *Rev Kairós-Gerontol*. 2018;21(2):357-73. doi: 10.23925/2176-901X.2018v21i2p357-373
23. Carmo ÉA, Souza TS, Nery AA, Vilela ABA, Filho IEM. Trend of mortality from external causes in elderly. *Rev Enferm UFPE*. 2017;11(Suppl.1):374-82. doi: 10.5205/reuol.7995-69931-4-SM.1101sup201717
24. Martins JB, Lange C, Lemões MAM, Llano PMP, Santos F, Avila JA. Evaluation of cognitive performance in older adult residents of a rural área. *Cogitare Enferm*. 2016;21(3):01-09. doi: 10.5380/ce.v21i3.48943
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tábua de Mortalidade de 2015 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [cited 2018 Nov 03]. Available from: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas\\_Completas\\_de\\_Mortalidade/Tabuas\\_Completas\\_de\\_Mortalidade\\_2015/tabua\\_de\\_mortalidade\\_analise.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2015/tabua_de_mortalidade_analise.pdf)
26. Soares MRP, Istoé RSC. Alfabetização e inclusão de pessoas idosas: uma proposta interdisciplinar mediada pelas tecnologias da informação e da comunicação. *Rev Cient Interdisc*. 2015;2(3):165-75. doi: 10.17115/2358-8411/v2n3a17
27. Melo BRS, Diniz MAA, Casemiro FG, Figueiredo LC, Santos-Orlandi AA, Haas VJ, Orlandi FS, Gratão ACM. Cognitive and functional assessment about elderly people users of health public service. *Esc. Anna Nery*. 2017;21(4):e20160388. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2016-0388
28. Cruz TJP, Sá SPC, Lindolpho MC, Caldas CP. Cognitive stimulation for older people with Alzheimer's disease performed by the caregiver. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(4):450-6. doi: 10.1590/0034-7167.2015680319i
29. Ferreira LS, Pinho MDSP, Pereira MWDM, Ferreira AP. Perfil cognitivo de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Brasília-DF. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(2):247-51. doi: 10.5935/0034-7167.20140033
30. Langa KM, Levine DA. The Diagnosis and Management of Mild Cognitive Impairment: A Clinical Review. *JAMA*. 2014;312(23):2551-61. doi: 10.1001/jama.2014.13806
31. Sposito G, Neri AL, Yassuda MS. Advanced Activities of Daily Living (AADLs) and cognitive performance in community-dwelling elderly persons: Data from the FIBRA Study-UNICAMP. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(1):7-20. doi: 10.1590/1809-9823.2016.15044
32. Miranda ACC, Sérgio SR, Fonseca GNS, Coelho SMC, Rodrigues JS, Cardoso CL, Cassiano JG. Avaliação da presença de cuidador familiar de idosos com déficits cognitivo e funcional residentes em Belo Horizonte-MG. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(1):141-50. doi: 10.1590/1809-9823.2015.13173
33. Grden CRB, Rocha JHL, Cabral LPA, Sousa JAV, Reche PM, Borges PKO. Factors associated with performance in the Mini Mental State Examination: a cross-sectional study. *O Braz J Nurs*. 2017;16(2):170-8. doi: 10.17665/1676-4285.20175607
34. Cruz DT, Cruz FM, Ribeiro AL, Veiga CL, Leite ICG. Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos. *Cad Saúde Colet*. 2015;23(4):386-93. doi: 10.1590/1414-462X201500040139
35. Santos CAD, Ribeiro AQ, Rosa CDOB, Ribeiro RDCL. Depressão, déficit cognitivo e fatores associados à desnutrição em idosos com câncer. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(3):751-60. doi: 10.1590/1413-81232015203.06252014
36. Chaves AS, Santos AMD, Alves MTSSB, Salgado Filho N. Association between cognitive decline and the quality of life of hypertensive elderly individuals. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(3):545-56. doi: 10.1590/1809-9823.2015.14043
37. Paula GR, Souza BN, Santos LF, Barbosa MA, Brasil VV, Oliveira LMAC. Quality of life assessment for health promotion groups. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016;69(2):222-9. doi: 10.1590/0034-7167.2016690206i
38. Rodrigues LR, Tavares DS, Dias FA, Pegorari MS, Marchiori GF, Tavares DMS. Quality of life of elderly people of the community and associated factors. *Rev Enferm UFPE*. 2017;11(Suppl 3):1430-8. doi: 10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1103sup201715