



Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA



Capacidade cognitiva, estilo e qualidade de vida dos idosos: estudo transversal

Laura Ligiana Dias Szerwieski¹, Diógenes Aparício Garcia Cortez^{2,3},
Rose Mari Bennemann¹, Eraldo Schunk Silva³, Lucia Elaine Ranieri Cortez¹

1 Centro Universitário de Maringá

2 Centro de Ensino Superior de Maringá

3 Universidade Estadual de Maringá

RESUMO

Objetivo: verificar a capacidade cognitiva, estilo e qualidade de vida dos idosos usuários da atenção primária.

Método: estudo transversal, correlacional, analítico e descritivo, com abordagem quantitativa. Foram aplicados 252 questionários semiestruturados aos idosos urbanos, contendo informações sociodemográficas, avaliação da capacidade cognitiva e questões referentes ao estilo e qualidade de vida. **Resultado:** houve predomínio do sexo feminino, com baixa escolaridade, presença de declínio cognitivo em 68,25% (n=172) dos idosos e associação significativa entre as Unidades de Saúde (p=0,0351). **Discussão:** destaca-se que idosos que não apresentam declínio possuem melhor escore no componente nutrição, esse dado enfatiza que manter bons hábitos alimentares influencia positivamente na capacidade cognitiva. **Conclusão:** os entrevistados são idosos jovens que apresentam declínio cognitivo, enfatiza-se a importância de o enfermeiro atuar como promotor da saúde, favorecendo o envelhecimento ativo.

Descritores: Envelhecimento; Cognição; Estilo de Vida; Qualidade de Vida.

INTRODUÇÃO

O panorama demográfico mundial destaca que atualmente tem ocorrido o envelhecimento populacional, trazendo consigo o desafio de manter os idosos ativos pelo maior tempo possível, prolongar a perda da capacidade cognitiva e prevenir o surgimento de doenças que possam comprometer a qualidade de vida desses indivíduos à medida que envelhecem^(1,2).

O processo de envelhecimento implica em um aumento do risco para o desenvolvimento de vulnerabilidades de natureza biológica, social, econômica e psicológica, em virtude das várias mudanças que ocorrem nesse período da vida. Além disso, traz consigo alterações na parte cognitiva, dificultando ao idoso aprender coisas novas, receber informações atuais, podendo, ainda, apresentar comprometimento da orientação espacial. Pesquisa recente destaca que esses fatores se agravam com o decorrer dos anos, ou seja, idosos mais velhos tendem a apresentar maiores declínios cognitivos^(2,3).

Assim, os idosos que apresentam comprometimento cognitivo começam a demonstrar limitações que interferem desde a realização de atividades cotidianas, perda da autonomia, até a sobrecarga de cuidadores. Essas perdas funcionais e psicossociais podem repercutir no surgimento de patologias como a depressão e demências, que irão prejudicar a vivência do idoso no ambiente familiar e social⁽²⁾.

Destaca-se que o comprometimento cognitivo acomete o indivíduo em sua integralidade, assim, torna-se necessária a adoção de medidas que previnam e avaliem essa perda da função cognitiva. Alguns instrumentos foram criados para avaliar a função cognitiva e a capacidade funcional do idoso, e podem determinar o grau de comprometimento cognitivo. A partir de

então, é possível que a equipe de saúde, em especial o enfermeiro, identifique precocemente o declínio cognitivo e consiga realizar estratégias de prevenção e intervenção individuais, de forma precoce e eficiente⁽⁴⁾.

Considerando esses aspectos, é primordial que os idosos ativos, capazes de realizar as atividades básicas e instrumentais da vida diária, assim como os que já apresentam diminuição da capacidade cognitiva e estão com comprometimento funcional, participem de ações que promovam a saúde, busquem ter boa qualidade de vida e desenvolvam um estilo de vida saudável, prevenindo assim que ocorram mais perdas cognitivas e a evolução para um quadro de demências⁽²⁾.

O estilo e qualidade de vida são fatores determinantes na busca pela melhoria da capacidade cognitiva. O idoso que possui bons hábitos alimentares, pratica atividades físicas periodicamente, dorme o suficiente, evita o consumo de produtos maléficos, possui moradia, acesso ao serviço de saúde, mantém o convívio social e possui capacidade para realizar tarefas e atividades intelectuais, é considerado um indivíduo que possui fatores positivos que podem aumentar sua qualidade e expectativa de vida^(2,3,5).

Mesmo com diversas pesquisas enfatizando que a capacidade cognitiva sofre a influência do estilo e da qualidade de vida, poucos estudos foram realizados em idosos, e estes estão voltados somente para as perdas biológicas, diminuição dos vínculos sociais e alterações psicológicas^(2,3). Diante do exposto, considera-se a necessidade de pesquisas que desvelem as particularidades do envelhecimento e contribuam para o planejamento de ações da enfermagem. Visando preencher a lacuna existente, este estudo tem por objetivo verificar a capacidade cognitiva, estilo e qualidade de vida dos idosos usuários da atenção primária.

MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal, correlacional, analítico e descritivo, com abordagem quantitativa. Participaram 252 idosos residentes do meio urbano, do município de Itaipulândia (PR), que possui uma população estimada de 10.236 habitantes e apresenta 12% de idosos, transcendendo as taxas esperadas de idosos no Brasil⁽⁷⁾. Existem quatro Unidades Básicas de Saúde que prestam cuidado à população, uma central que atende o maior fluxo de pessoas e três periféricas que fornecem atendimento aos demais bairros, todas possuem um sistema informatizado, o E-SUS, para o cadastro e acompanhamento dos pacientes. Em média, são atendidos 250 idosos por semana, que procuram por atendimento médico, de enfermagem, nutrição, odontologia e orientações com os agentes de saúde.

Primeiramente, foi realizado um levantamento no sistema informatizado do efetivo de idosos, junto às Unidades Básicas de Saúde: Santa Inês, São José do Itavó, Caramuru e UBS Central. Consideraram-se elegíveis os idosos com idade igual ou superior a 60 anos. No total, foram considerados 754 idosos cadastrados para as quatro UBS's (Quadro 1).

Quadro 1. Distribuição dos idosos por Unidade Básica de Saúde, Itaipulândia (PR).

Local	Urbano	Rural	Total
UBS Santa Inês	68	114	182
UBS São José do Itavó	64	00	64
UBS Caramuru	93	00	93
UBS Centro	415	00	415

Para o cálculo do tamanho da amostra considerou-se uma prevalência de doenças crônicas na população de idosos igual 50% ($p=0,5$). A regra para o cálculo de amostras para proporções, considerando-se o fator de correção para populações finitas é dada pela seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (z_{\alpha/2})^2}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (z_{\alpha/2})^2 + (N - 1) \cdot erro^2}$$

Considerou-se um total populacional de ($N=754$) idosos, um nível de confiança de 95% ($Z=1,96$) e um erro de 5% ($erro=0,05$). Para se manter a representatividade na amostra dos idosos a serem entrevistados, a amostra de idosos ($n=252$) foi selecionada diretamente proporcional ao número de idosos atendidos nas UBS. Todavia, devido às dificuldades encontradas para coleta dos dados nas UBS's periféricas (Santa Inês, São José do Itavó, Caramuru), nestas, a seleção da amostra foi não-probabilística. Para a UBS localizada na região central a seleção da amostra foi aleatória.

Foram excluídas as pessoas acima de 60 anos que apresentaram deficiências sensoriais (cegueira, surdez, mudez) e motoras (ortopédicas, reumatológicas) que podem impedir a realização das avaliações.

As entrevistas para coleta de dados foram realizadas no domicílio dos idosos de fevereiro a abril de 2016. A pesquisadora principal identificou os idosos elegíveis para o estudo, seguido da apresentação dos objetivos da pesquisa e convite para participar. Em caso de aceite, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou realizado a impregnação da polpa digital, e em seguida aplicou-se um questionário com questões sociodemográficas referentes à idade, sexo, escolaridade, renda mensal, ocupação, arranjo familiar, se frequenta academia da terceira idade, e questões que avaliam a capacidade cognitiva, estilo e qualidade de vida.

Como instrumentos de coleta dos dados, foi utilizado o Questionário Mini Exame do Estado Mental⁽⁸⁾ que avalia a capacidade cognitiva do idoso em orientação temporal e espacial, registro, atenção e cálculo, lembranças e linguagem, com escores de 0 ponto, o qual indica

maior comprometimento cognitivo, a 30 pontos, que corresponde à melhor capacidade cognitiva. Os entrevistados foram classificados em com ou sem declínio cognitivo. O questionário do Perfil do Estilo de Vida Individual⁽⁹⁾ avalia: nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social e controle do estresse classificados segundo escala *Likert* de 0-3 em cada componente. E o questionário *Whoqol Old*⁽¹⁰⁾ avalia seis facetas da qualidade de vida: funcionamento do sensório, autonomia, atividades passadas presentes e futuras, participação social, morte e morrer, intimidade, com pontuação de 4 a 20 em cada faceta e escore total de 24 a 120 pontos, em que escores baixos sinalizam baixa percepção de saúde e escores altos boa percepção de saúde.

Os dados foram descritos por meio de tabelas de frequências. A associação entre as categorias foi testada por meio do teste Qui-quadrado (χ^2) ou Teste Exato de *Fisher*. A diferença entre grupos foi testada por meio do teste de *Wilcoxon*. A decisão de se rejeitar a H_0 ou não foi tomada considerando-se um nível de confiança de 95% ($\alpha=0,05$), ou seja, p-valor menor que 0,05. Os dados foram analisados no Programa *Statistical Analysis Software* (SAS, version 9.4, a partir de uma base de dados construída por meio do aplicativo *Excel*).

Este estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas éticas para pesquisa envolvendo seres humanos, seguindo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Maringá - Unicesumar e aprovado sob parecer n° 1.401.270.

RESULTADOS

A média de idade foi de 70,22 anos, 62,69% (n=158) declararam ser do sexo feminino e

37,70% (n=94) do sexo masculino. Quanto à presença de declínio cognitivo, verifica-se associação significativa entre os gêneros (p=0,0451). Em relação ao estado civil, predominaram os casados, com 59,92% (n=151), sendo também estatisticamente significativa a presença do declínio entre as diferentes condições (p=0,0492).

Quanto à escolaridade, pode-se verificar que a maioria dos idosos são analfabetos ou possuem até quatro anos de estudo, sendo 70,23% (n=117) e 44,44% (n=112) respectivamente. Já em relação à renda mensal 96,81% (n=244) recebem até um salário mínimo, e 85,31% (n=215) referem ser inativos economicamente. Ao ser observado o arranjo familiar, é possível verificar associação significativa (p=0,0215) entre os que moram acompanhados e os sozinhos (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas e declínio cognitivo dos idosos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Itaipulândia (PR), 2016.

Perfil	Declínio Cognitivo		p-valor
	Não n (%)	Sim n (%)	
Gênero			
Mulheres	55 (68,75)	103 (59,98)	0,0451*
Homens	25 (31,25)	69 (40,12)	
Idade (anos)			
60 - 69	46 (57,50)	81 (47,09)	
70 - 79	29 (36,25)	68 (39,53)	0,1481
80 ou +	5 (6,25)	23 (13,37)	
Estado civil			
Solteiro	1 (1,25)	10 (5,81)	
Casado	55 (68,75)	96 (55,81)	0,0492*
Viúvo	16 (20,00)	55 (31,98)	
Divorciado	8 (10,00)	11 (6,40)	

Escolaridade			
Não alfabetizado	49 (61,25)	68 (39,53)	
1 a 4 anos de estudos	27 (33,75)	85 (49,42)	----
5 a 8 anos de estudos	4 (5,00)	17 (9,88)	
9 a 11 anos de estudos	0 (0,00)	2 (1,16)	
Renda mensal (salários mínimos)			
< 1 sm	14 (17,50)	25 (14,33)	
1 sm	64 (80,00)	141 (81,98)	0,7771
2 a 3 sm	2 (2,50)	6 (3,49)	
Ocupação econômica			
Ativo	15 (18,75)	22 (12,79)	0,0689
Inativo	65 (81,25)	150 (87,21)	
Arranjo familiar			
Sozinho	14 (17,50)	49 (28,49)	0,0215*
Acompanhado	66 (82,50)	123 (71,51)	
Frequenta Academia da Terceira Idade			
Sim	21 (26,25)	54 (31,40)	0,0847
Não	59 (73,75)	118 (68,60)	
Classe Econômica			
B	0 (0,00)	3 (1,74)	
C	15 (18,75)	24 (13,95)	----
D-E	65 (81,25)	145 (84,30)	

*significativo ao nível de confiança de 95%

A Tabela 2 apresenta o número de idosos por Unidade Básica de Saúde (central e periféricas) quanto ao declínio cognitivo. Pode ser observado que independente da unidade de saúde, a maior parte dos idosos possui declínio cognitivo, numa totalidade de 68,25% (n=172).

Verifica-se que a ausência de declínio cognitivo é maior nas unidades periféricas (34,16%), enquanto a presença de declínio é mais expressiva (78,00%) na Unidade Central, com associação significativa entre ambas (p=0,0351).

Tabela 2. Unidades Básicas de Saúde e presença de declínio cognitivo em idosos, Itaipulândia (PR), 2016.

Declínio Cognitivo	Unidades Periféricas	Unidade Central	p-valor
	n (%)	n (%)	
Não	69 (34,16)	11 (22,00)	
Sim	133 (65,84)	39 (78,00)	0,0351*
Total	202 (100)	50 (100,00)	

*significativo ao nível de confiança de 95%

Em relação à presença de declínio cognitivo para o Estilo e Qualidade de vida dos idosos, apenas 31,74% (n=80) dos idosos não apresentam declínio cognitivo. Ao ser observado os domínios do Estilo e Qualidade de vida, verifica-se associação significativa (p=0,0350) no componente nutrição, sendo que os idosos com ausência de declínio cognitivo apresentam escore médio maior neste componente, assim, verificou-se que bons hábitos alimentares influenciam positivamente na capacidade cognitiva (Tabela 3).

A Tabela 4 apresenta a avaliação do Estilo e Qualidade de vida dos idosos usuários das Unidades Básicas de saúde, com associação significativa entre ambas. A Unidade Central apresentou melhores pontuações no Escore total do Estilo de Vida (p=0,0005), no componente nutrição (p=0,0191), comportamento preventivo (p=0,0272) e controle do estresse (p=0,0174). Ao ser observada a Qualidade de vida, também é possível verificar associação significativa, em que as Unidades Periféricas apresentam escore médio maior no Escore total da Qualidade de vida (p=0,0444) e na faceta Atividades passadas presentes e futuras (p=0,0461). Destaca-se que os idosos da Unidade Central referem melhor estilo de vida enquanto que os idosos das Unidades periféricas apresentaram uma percepção da qualidade de vida melhor.

Tabela 3. Comparação dos escores (Teste de *Wilcoxon*), na presença ou não de declínio cognitivo para o Estilo e a Qualidade de vida dos idosos usuários das Unidades Básica de saúde de Itaipulândia (PR), 2016.

Domínios	Declínio cognitivo				p-valor
	Não (n = 80)		Sim (n = 172)		
	Mediana	Escore médio	Mediana	Escore médio	
Estilo de Vida					
Escore total	31,00	130,89	30,00	124,46	0,2571
Nutrição	8,00	138,47	7,00	120,93	0,0350*
Atividade física	3,00	118,80	3,00	130,08	0,1244
Comportamento preventivo	6,00	129,21	6,00	125,23	0,3408
Relacionamento social	7,00	137,04	6,00	121,60	0,0564
Controle do estresse	8,00	126,20	8,00	126,64	0,4822
Qualidade de Vida					
Escore total	88,50	118,96	89,00	129,29	0,1469
Funcionamento do sensório	12,00	124,44	12,00	127,46	0,3785
Autonomia	14,00	125,86	14,00	126,79	0,4620
Atividades passadas presentes e futuras	15,00	122,35	15,00	128,43	0,2681
Participação social	13,00	118,91	14,00	130,03	0,1288
Morte e morrer	16,00	121,57	16,00	128,79	0,2258
Intimidade	18,00	125,01	18,00	127,19	0,4115

*significativo ao nível de confiança de 95%

Tabela 4. Comparação dos escores (Teste de *Wilcoxon*) do Estilo e Qualidade de vida dos idosos usuários das Unidades Básica de saúde de Itaipulândia (PR), 2016.

Domínios	Unidade Básica de Saúde				p-valor
	Periféricas (n=202)		Central (n = 50)		
	Mediana	Escore médio	Mediana	Escore médio	
Estilo de Vida					
Escore total	29,00	119,00	34,00	156,79	0,0005*
Nutrição	7,0	121,85	8,0	145,28	0,0191*
Atividade física	3,0	125,93	3,5	128,81	0,4007
Comportamento preventivo	6,0	122,19	8,0	143,90	0,0272*
Relacionamento social	6,0	123,81	7,0	137,36	0,1167
Controle do estresse	8,0	121,79	8,0	145,52	0,0174*
Qualidade de Vida					
Escore total	90,00	129,89	85,00	110,36	0,0444*
Funcionamento do sensório	12,00	129,56	12,00	114,13	0,0867
Autonomia	14,00	128,24	14,00	119,46	0,2216
Atividades passadas presentes e futuras	15,00	130,32	14,00	111,05	0,0461*
Participação social	14,00	126,83	13,50	125,15	0,4420
Morte e morrer	20,00	127,54	16,00	122,31	0,3204
Intimidade	18,00	129,63	18,00	113,84	0,0816

*significativo ao nível de confiança de 95%.

DISCUSSÃO

Neste estudo, houve predomínio de participantes do sexo feminino, com baixa escolaridade, renda mensal de até um salário mínimo, que residem com acompanhante, não frequentam a Academia da Terceira Idade e pertencem à classe econômica D-E. Esses dados corroboram com estudos que afirmam que atualmente tem ocorrido a feminização do envelhecimento, associado à baixa escolaridade e classe econômica desfavorecida^(5,11).

Ao ser avaliada a capacidade cognitiva 68,25% dos entrevistados, estes apresentaram declínio cognitivo, com diferença estatisticamente significativa entre os gêneros ($p=0,0451$), sendo que as mulheres apresentam mais comprometimento do que os homens. Isto tem ocorrido porque a estimativa de vida feminina é mais alta, o que influencia na perda da capacidade cognitiva⁽⁶⁾. Além da longevidade, um estudo destaca que o comprometimento cognitivo pode ser associado a fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, sendo considerada a escolaridade como um dos fatores determinantes para a presença de declínio cognitivo. Os autores ressaltam que a disfunção cognitiva sofre a influência das condições individuais, sociais e ambientais, assim, idosos com baixa escolaridade estão na maioria das vezes expostos a condições precárias de vida e escassa estimulação neuropsicomotora, podendo contribuir para o declínio cognitivo e comprometer a qualidade de vida⁽¹²⁾.

Em relação à atividade econômica e presença de declínio cognitivo, não ocorreu diferença significativa, porém pesquisadores relatam que idosos inativos possuem mais declínio cognitivo do que os ativos. Destaca-se que permanecer economicamente ativos os torna autônomos e mais independentes, podendo resolver os problemas, manter a interação social e gerir a realização de tarefas cotidianas, além de auxiliar

na prevenção de incapacidades cognitivas e na perda de memória⁽¹³⁾.

A avaliação da capacidade cognitiva dos idosos permite compreender que a perda cognitiva pode limitar a capacidade de desempenhar as atividades básicas da vida diária, assim é possível, a partir desse panorama, que o enfermeiro possa intervir com estratégias que contribuam para minimizar e retardar as incapacidades, como também é possível que toda a equipe de saúde realize treinos cognitivos e atividades psicomotoras que possam reabilitar as incapacidades detectadas, buscando melhorar a qualidade de vida⁽¹⁴⁾.

Outro dado que merece destaque é que os entrevistados encontram-se na faixa etária principal de 60 a 69 anos, sendo considerados idosos jovens. Pesquisas evidenciaram que o aumento da idade relaciona-se com a presença de declínio cognitivo, sendo duas vezes maiores naqueles com idade igual ou acima de 80 anos⁽¹⁵⁾. Neste estudo pode-se perceber que a presença de declínio cognitivo em idosos mais velhos (80 ou +) está coincidente com a literatura. Esses resultados sinalizam para a necessidade de manter os idosos ativos, diminuir ou retardar as fragilidades causadas pelo envelhecimento⁽¹⁾.

Autores verificaram que residir com uma ou mais pessoas, incluindo netos, filhos ou cônjuge reflete positivamente na vida do idoso, fazendo com que possuam melhor interação social e bem estar subjetivo, sentindo-se mais úteis do que os que residem sozinhos⁽¹¹⁾. Para outros pesquisadores, o idoso que reside acompanhado possui menos declínio cognitivo do que os que moram sozinhos e apresentaram melhores escores ao serem questionados sobre a qualidade de vida⁽²⁾. No presente estudo, 59,92% referem morar acompanhados, esse fato ressalta que mesmo com diversos fatores negativos como baixa escolaridade, classe econômica D-E e presença de

declínio cognitivo, esses idosos possuem fatores positivos para a qualidade de vida.

A partir desses resultados, percebemos a necessidade de verificar a presença de declínio cognitivo por Unidades Básicas de Saúde, facilitando a realização de estratégias voltadas para as necessidades locais⁽¹⁶⁾. Assim, foi constatado que a ausência de declínio cognitivo é maior nas Unidades periféricas enquanto que a presença de declínio é mais expressiva na Unidade Central, sendo estatisticamente significativa entre ambas. Isso ocorre porque a estimativa de vida no centro é mais alta do que nos bairros ao redor, além disso, este estudo demonstrou que os idosos que residem nesta região central possuem um estilo de vida melhor, o que reflete na longevidade⁽⁵⁾. Desse modo, é necessário pensar em estratégias voltadas para a promoção de saúde desses idosos que estão envelhecendo. Uma pesquisa realizada na região nordeste do Brasil também verificou essa necessidade e desenvolveu, junto com um grupo de idosos, ferramentas lúdicas e construtivas, como oficinas, rodas de conversas, dinâmicas de grupo e recursos audiovisuais, facilitando a reflexão e a construção de saberes entre extensionistas e idosos, buscando minimizar as perdas causadas pela velhice e melhorar a capacidade cognitiva⁽²⁾. Outro estudo destacou que os idosos que participam de grupos sociais, realizam atividades físicas, intelectuais e sociais, mantêm um comportamento preventivo para doenças. Além disso, os idosos que estão envolvidos socialmente conseguem manter boa capacidade mental e possuem menos estresse⁽²⁾.

Além disso, destacamos que, tanto na Unidade Central como nas periféricas, os idosos estão apresentando declínio cognitivo, desse modo, salientamos que mesmo vivenciando uma situação de vulnerabilidade econômica ou baixa escolaridade, o idoso pode manter-se ativo participando de oficinas ou outras atividades

grupais que favoreçam conhecimentos para a promoção da saúde, prevenção de doenças, possibilitando a interação social, compartilhando saberes e trocas de experiência e fortalecendo os laços familiares, pois esses fatores influenciam positivamente a capacidade cognitiva^(13,17).

A literatura apresenta que as funções mnésicas sofrem a influência de diversos fatores, tanto ambientais, biológicos, como comportamentais^(4,6,11), e pode-se evidenciar que o estilo e qualidade de vida interferem no estado cognitivo do idosos.

Destaca-se neste estudo o componente nutrição, visto que idosos com a ausência de declínio cognitivo, apresentam melhores escores. Esse dado enfatiza que manter bons hábitos alimentares influencia positivamente na capacidade cognitiva⁽³⁾. Pesquisadores ressaltam que o estado nutricional influencia na realização de atividades da vida diária, e manter bons hábitos alimentares traz inúmeros benefícios para a saúde⁽¹³⁾.

Uma investigação pioneira realizada na região nordeste com idosos verificou a importância da alimentação nos níveis de hemoglobina. Os autores descrevem que estes indivíduos apresentam uma alimentação insuficiente em ferro, ácido fólico e vitamina B12, o que leva a baixas concentrações de hemoglobina no organismo e este fato está relacionado com a presença de distúrbios cognitivos. Salientaram que quanto menor a concentração de hemoglobina, maior o comprometimento da memória dos idosos⁽¹⁸⁾.

Pesquisadores descrevem que a atividade física promove a autonomia, ajuda a minimizar as perdas causadas pela velhice, auxilia na circulação sanguínea melhorando a memória, e pode retardar as perdas cognitivas^(1,2). Resultados contraditórios foram observados neste estudo, já que uma maior parte dos idosos com declínio cognitivo relataram praticar alguma atividade física. Como no questionamento desses idosos

não foi mensurado o número de vezes, bem como o tempo e início da prática de atividade física, este pode ter sido um fator limitante. Mesmo havendo essa divergência de resultados, os estudiosos ressaltam que para alcançar a qualidade de vida, o idoso deve estar integrado à sociedade, ser independente e autônomo, manter a capacidade funcional com condições físicas e cognitivas⁽¹⁹⁾.

Nos outros componentes não houve diferença significativa, porém, percebe-se que os idosos sem comprometimento cognitivo apresentaram escore médio maior no relacionamento social. Estudos salientam que manter uma rede social permite ao idoso continuar envolvido, fazendo parte da sociedade e influencia positivamente na melhora da capacidade cognitiva, podendo retardar déficits neurológicos⁽¹³⁾.

Diversos estudos descrevem que manter relacionamentos sociais⁽¹¹⁾, prevenir o surgimento de doenças⁽⁴⁾, manter hábitos saudáveis⁽⁵⁾, ser autônomo e independente são alguns determinantes que ajudam a minimizar as perdas cognitivas e promovem a qualidade de vida⁽¹⁶⁾.

Ao ser verificada a Qualidade de vida por Unidade de Saúde, é possível verificar diferença significativa entre a Central e as Periféricas, sendo que as Unidades Periféricas apresentam o escore total e a faceta Atividades Passadas Presentes e Futuras maior do que na Unidade Central. Em Pesquisa recente realizada em um Centro Dia, esta faceta também apresentou uma boa pontuação, para os autores esse fato demonstra que a oportunidade de amar e sentir-se amado, estar satisfeito com os objetivos alcançados e com os projetos realizados durante o percurso da vida tem uma influência muito intensa sobre a Qualidade de vida dos idosos, independentemente da classe econômica ou faixa etária que eles se encontram, mas destacam ainda que, sendo os idosos frequentadores do Centro dia, têm uma melhor qualidade de vida em relação

aos não frequentadores, devido à inclusão social oferecida pelas atividades do Centro dia⁽¹⁷⁾.

Pesquisa ressalta que conhecer o estado cognitivo e a qualidade de vida dos idosos contribui para o planejamento de cuidados. Além disso, permite que o profissional da saúde busque estratégias voltadas para a promoção da saúde, visando minimizar as perdas cognitivas⁽¹⁵⁾. Desse modo, ressaltamos que o enfermeiro como precursor dos cuidados deve desenvolver grupos de apoio a esses idosos que fazem parte da comunidade, além disso, deve ofertar entretenimento e ajudar nas relações psicoafetivas, sendo que essas condutas contribuem para o aumento da autoestima do indivíduo^(2,15).

Para promover a qualidade de vida do ser que está envelhecendo é necessário conhecê-las nas dimensões fisiológicas, sociais, espirituais e emocionais, sendo necessário estimulá-los de forma contínua e com graus de complexidade crescentes. Em contrapartida, o idoso como protagonista de sua vida deve perceber que manter a capacidade cognitiva depende do esforço individual. Pesquisadores evidenciaram que os programas de treinamento e reabilitação trazem bons resultados quando o idoso acredita na sua capacidade para realizar as mudanças⁽²⁰⁾.

Diante dessas considerações, é primordial que o enfermeiro atue como promotor da saúde e incentive os idosos a manterem-se ativos física e mentalmente. Ações simples promovem a qualidade de vida e ajudam o envelhecimento ativo e saudável⁽²⁰⁾.

CONCLUSÃO

O declínio cognitivo está presente na maioria dos entrevistados, sendo mais expressivo em idosos mais velhos. Existe uma relação entre o estilo e a qualidade de vida na capacidade cog-

nitiva, evidenciando uma maior influência no componente nutrição para os idosos.

Este estudo apresentou como fator limitante ser realizado em um município de pequeno porte, também focou apenas a relação entre os dados sociodemográficos e determinantes da qualidade de vida que não podem ser avaliados com precisão. Mas ao ser comparado com outros estudos, podemos salientiar que refletiu a realidade local. Foi capaz de atingir o objetivo proposto, verificando a capacidade cognitiva, estilo e qualidade de vida dos usuários da atenção primária, conseguindo detectar as principais fragilidades vivenciadas por esses idosos e, possibilita, a partir desses resultados, a realização de estratégias de promoção à saúde.

Sugerem-se novos estudos com uma abrangência maior de idosos, a fim de verificar a relação entre estilo e qualidade de vida. Salientamos sobre a importância de o enfermeiro atuar como promotor da saúde, incentivando os idosos na realização de atividades físicas, sociais e intelectuais, uma vez que foi verificado que a qualidade de vida ajuda a retardar perdas cognitivas, favorecendo o envelhecimento ativo.

REFERÊNCIAS

1. Walker A. Active ageing: Realising its potential. *Australasian Journal on Ageing*. [internet]. 2015 [Cited 2016 June 22];34(1):2-8. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajag.12219>.
2. Oliveira FA, Souza FS, Cavalcante SL, Couto ARM, Almeida ANS, Branco MFCC. Atividades de educação em saúde realizadas com grupo de idosas para promoção do autocuidado em saúde. *Extensão: R. Eletr. de Extensão* [internet]. 2018 [Cited 2018 May 29];15(28):137-50. Available from: DOI: 10.5007/1807-0221.2018v15n28p137
3. Bertoldi JT, Batista AC, Ruzanowsky S. Cognitive impairment on institutionalized elderly: a literature review. *Cinergis* [internet]. 2015 [Cited 2018 May 28];16(2):152-156. Available from: <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/download/5411/4351>
4. 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. *Online braz j nurs* [internet] 2017 Jun [Cited 2018 May 29]; 16 (2):170-178. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5607>
5. May AM, Struijk EA, Franssen HP, Onland-Moret NC, de Wit GA, Boer JM, et al. The impact of a healthy lifestyle on Disability-Adjusted Life Years: a prospective cohort study. *BMC med*. [internet]. 2015 [Cited 2016 May 08];13(39). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25858161>.
6. Inouye K, Orlandi FS, Pavarini SCL, Pedrazzani ES. Impact of the Third Age Open University on the Quality of Life of the Elderly. *Educ. Pesqui*. [internet]. 2018 [Cited 2018 May 29];44(142931). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-4634201708142931>
7. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação, 2016*. [Cited 2016 July 12]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_tcu.shtm
8. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq neuro-psiquiatr*. [internet]. 2003 [Cited 2016 June 15];61(3B):777-81. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014.
9. Nahas MV, Barros MVG, Francalacci V. O pentágulo do bem estar- base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupo. *Rev bras ativ fis saúde*. [internet] 2000. [Cited 2016 June 15];5(2):48-59. Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/1002>.
10. Power M, Quinn K, Schimdt S. Whoqol-Old Group. *Qual life res*. [internet] 2005. [Cited 2016 June 15];14:2197-14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16328900>.

11. Luchesi BM, Brito TRP, Costa RS, Pavarini SCI. Social support and intergenerational contact: studying elderly patients with cognitive alterations. *Rev. Eletr. Enf.* [internet]. 2015 [Cited 2016 Aug 02];17(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.25597>.
12. Gurian MBF, De Oliveira RC, Laprega MR, Rodrigues Júnior AL. Rastreamento da função cognitiva de idosos não-institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* [internet] 2012 [Cited 2016 Aug 04];15(2):275-84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000200010>.
13. Ribeiro DKM, Lenardt MH, Michel T, Setoguchi LS, Grden CRB, Oliveira ES. Contributory factors for the functional independence of oldest old. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2015 [Cited 2016 Aug 04];49(1):89-95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100012>.
14. Chaves AS, Santos AM, Alves MTSSB, Salgado Filho N. Association between cognitive decline and quality of life of hypertensive elderly individuals. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [internet]. 2015 [Cited 2016 July 30];18(3):545-56. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14043>.
15. Coimbra VSA, Silva Andrade RMCR, Joaquim FL, Pereira ER. Contribuições gerontológicas para assistência de idosos em instituição de longa permanência. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2018 May 29]; 71(Suppl 2):912-19. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0357>.
16. Nunes WA, Dias FA, Nascimento JS, Gomes NC, Tavares DMS. Cognition, functionality and depression indicative among elderly. *Rev Rene.* [internet]. 2016 [Cited 2016 Aug 01] 17(1):103-11. jan-fev. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/2611>.
17. Fernandes FCS, Martins MR. Evaluation of quality of life of elderly goers of day centers care. *Rev. Uningá.* [internet]. 2014 [Cited 2018 May 30];36:31-41. Available from: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1145/767>.
18. Souza NDS, Menezes T, Silva N, Paiva AA, Eulálio MC. Prevalence of anemia and correlation between the concentration of hemoglobin and cognitive factors among the elderly. *Ciênc. saúde colet.* [internet] Mar 2018 [cited 2018 May 29];23(3). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.09082016>
19. Confortin SC, Schneider IJC, Antes DL, Cembranel F, Ono LMo, Marques LP, et al. Condições vida y salud de adultos mayores: resultados del estudio de cohortes EpiFloripa Idoso. *Epidemiol. Serv. Saúde* [internet]. 2017 Jun [Cited 2018 May 29] ; 26(2):305-17. Available from: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000200008>.
20. Oliveira C, Pena O, Silva M. Aging, Memory and Cognitive Stimulus, *Journal of Aging & Innovation.* [Internet]. 2015 [Cited Aug 18];4(2):21–31. Available from: <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp=content/uploads/3-Envelhecimento-memoria-estimulo-cognitivo.pdf>.

Todos os autores participaram das fases dessa publicação em uma ou mais etapas a seguir, de acordo com as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participação substancial na concepção ou confecção do manuscrito ou da coleta, análise ou interpretação dos dados; (b) elaboração do trabalho ou realização de revisão crítica do conteúdo intelectual; (c) aprovação da versão submetida. Todos os autores declaram para os devidos fins que são de suas responsabilidades o conteúdo relacionado a todos os aspectos do manuscrito submetido ao OBJN. Garantem que as questões relacionadas com a exatidão ou integridade de qualquer parte do artigo foram devidamente investigadas e resolvidas. Eximindo, portanto o OBJN de qualquer participação solidária em eventuais imbróglis sobre a matéria em apreço. Todos os autores declaram que não possuem conflito de interesses, seja de ordem financeira ou de relacionamento, que influencie a redação e/ou interpretação dos achados. Essa declaração foi assinada digitalmente por todos os autores conforme recomendação do ICMJE, cujo modelo está disponível em http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recebido: 21/09/2016
 Revisado: 30/05/2018
 Aprovado: 30/05/2018