

Artigo Original

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO COGNITIVA E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA DA MULHER IDOSA

FUNCTION ASSESSMENT LEARNING AND ITS RELATION TO THE WOMAN 'S LIFE QUALITY ELDERLY

Elaine Santos da Silva¹, Cinoélia Leal de Souza¹, Núbia Rêgo Santos¹, Jaqueline Pereira Alves¹
Victor Neves Reis¹, Simone Aline Ferreira¹, Vanda Santana Gomes¹, Roberta Lopes da Silva¹

1. Centro Universitário UniFG – Guanambi, Bahia – BA – Brasil.

RESUMO

Objetivo: avaliar a relação do declínio da função cognitiva com a qualidade de vida da mulher idosa. **Método:** quantitativo, descritivo transversal, realizado com 550 mulheres, em Guanambi-Bahia no ano 2016. Para a avaliação da função cognitiva foi utilizado o Mini-exame do estado Mental, e para a qualidade de vida o *World Health Organization Quality of Life*, além de um instrumento de diagnóstico situacional. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva, com posterior caracterização da amostra por meio da análise univariada, utilizando as frequências absolutas, e relativas para as variáveis qualitativas e média e desvio padrão para as variáveis quantitativas. Para análise bivariada, foi utilizado o teste de qui quadrado de Pearson, com o *software Stata* versão 10. **Resultados:** a percepção das idosas sobre sua qualidade de vida foi afetada pelo declínio da função cognitiva. Após a análise múltipla, permaneceram associados à capacidade cognitiva: a faixa etária de 80 anos ou mais (OR=2,16; IC=1,38 – 3,41) e a inadequada qualidade de vida. **Conclusão:** percebe-se que, não apenas o avanço da idade predispõe o declínio da cognição, pois fatores como escolaridade e acesso a melhores condições de vida e saúde estiveram associados a melhor avaliação da função cognitiva e à melhor percepção da qualidade de vida das idosas.

Palavras-chave: Envelhecimento cognitivo; Saúde Mental; Saúde da Mulher; Pessoa idosa.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the relation between the decline of cognitive function and the quality of life of the elderly woman. **Method:** a quantitative, descriptive, cross-sectional study was carried out with 550 women in Guanambi - Bahia in the year 2016. For the evaluation of cognitive function, the Mental State Mini-Exam was used, and the World Health Organization Quality of Life, as well as a situational diagnostic tool. The data were analyzed through descriptive statistics, with subsequent characterization of the sample through univariate analysis, using the absolute and relative frequencies for the qualitative variables and mean and standard deviation for the quantitative variables. For bivariate analysis, the Pearson chi-square test was used with Stata software version 10. **Results:** the perception of the elderly about their quality of life was affected by the decline of cognitive function. After the multiple analysis, they remained associated with cognitive ability: the age group of 80 years or older (OR = 2.16, CI = 1.38 - 3.41) and the inadequate quality of life. **Conclusion:** it is noticed that not only the advancement of age predisposes the decline of cognition, because factors such as schooling and access to better living and health conditions were associated with a better evaluation of cognitive function and better perception of the quality of life of the elderly.

Keywords: Cognitive Aging; Mental Health; Women's Health; Aged.

Contato: Elaine Santos da Silva, e-mail: elaine-ss@live.com

Enviado:	junho de 2017
Revisado:	Dez de 2017
Aceito:	Jan de 2018

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa mundial vem sendo observado ao longo dos últimos anos. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo, e, em 1998, quase cinco décadas depois, esse número avançou para 579 milhões, um aumento de quase oito milhões por ano. As projeções indicam que em 2050 a população idosa será de 1,9 bilhão de pessoas¹. No Brasil, nas últimas décadas, houve um aumento da população acima dos 60 anos de idade, isso se deu

graças a alguns fatores, como a melhora na infraestrutura sanitária e na situação socioeconômica e a baixa taxa de natalidade².

As mulheres idosas estão em maior número na população de todas as regiões do mundo, e as estimativas são que as mulheres vivam, em média, de cinco a sete anos a mais do que os homens; no entanto, observando esses dados sob outro ponto de vista, entende-se que viver mais não é sinônimo de viver melhor, pois as mulheres ainda possuem diferenças e

desvantagens historicamente construídas em relação aos homens, como salários inferiores, dupla jornada de trabalho, discriminação, violência, solidão pela viuvez e níveis mais baixos de escolaridade³.

É importante considerar que o envelhecimento da população traz a necessidade de reorientação das políticas públicas, sobretudo na saúde, pois o envelhecimento vem acompanhado de alterações físicas, sociais e mentais. Dentre essas alterações, há o comprometimento da função cognitiva pela idade, pois o cérebro é sensível a inúmeros fatores que resultam em danos às redes neurais, entretanto ele possui a capacidade de autorreparação e autoadaptação, que podem ser estimulados quando o comprometimento ainda é inicial⁴.

Há também um risco maior de quedas em mulheres idosas, devido ao declínio da função cognitiva. Esse achado tem sido relacionado com a maior prevalência de algumas doenças crônicas em relação aos homens, como a osteoporose, e ao maior vínculo com as atividades domésticas; sabendo-se que, quanto mais grave é a alteração cognitiva, pior é o equilíbrio e a funcionalidade⁴. Os idosos também podem apresentar déficits cognitivos específicos que implicam na redução da qualidade de vida, por isso, existe uma necessidade urgente de estudar meios de reduzir os impactos negativos, decorrentes do envelhecimento, que podem melhorar a qualidade de vida desse público⁵.

O declínio cognitivo pode estar relacionado a diferentes variáveis em idosos, tendo em vista que os distúrbios funcionais implicam em perdas importantes e dificuldades consideráveis nas atividades de vida diária, e que muitas vezes são desconsiderados ou passam despercebidos até a evolução negativa do caso⁶.

Sabe-se que a qualidade de vida tem difícil conceituação, e somente na década de 90 formou-se uma definição que mais se aproximou da realidade de diferentes pessoas e culturas. Foi em 2002 que a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirmou ser necessária levar em consideração a opinião de cada indivíduo sobre sua qualidade de vida, ou seja, a percepção das pessoas em relação à posição em que cada um está inserido, de acordo com os propósitos e expectativas⁷.

A velhice deve ser acompanhada por melhorias na qualidade de vida através da promoção da saúde, ao lado do tratamento das doenças, com a criação de um ambiente social saudável, e é de grande importância reconhecer possíveis casos de déficit

cognitivo, que podem ser precursores de demência com consequências para o indivíduo, a família e a sociedade⁸.

Sendo assim, é necessária a realização de estudos que visem conhecer as implicações das alterações cognitivas na qualidade de vida e saúde das idosas, buscando identificar precocemente esses distúrbios e criar estratégias de saúde para minimizá-los, e evitar o seu surgimento quando possível. Nesta perspectiva, este estudo teve como objetivo avaliar a relação do declínio da função cognitiva com a qualidade de vida das mulheres idosas de uma população geral.

MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa quantitativa descritiva e de caráter transversal, da qual as participantes foram mulheres idosas residentes da cidade Guanambi - Bahia. O cálculo da amostra ocorreu conforme amostragem probabilística simples, sem reposição. Para o cálculo amostral foi considerando o número total de mulheres do município estudado (N= 40 352), segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, adotando a frequência esperada de mulheres idosas de 12%, e 3% por diferença estatisticamente significativa de 95%, o que resultou em 485 idosas. Considerando as perdas acrescentou-se 20%, que resultou em 582 mulheres, a partir da amostra, incluindo a perda de 32 participantes, 29 por desistência e três por óbito, no final do estudo foram incluídas 550 idosas. Os critérios de inclusão do estudo foram: mulheres com idade maior ou igual a 60 anos e que aceitaram participar da pesquisa⁹.

A pesquisa foi realizada de acordo com a resolução n. 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde¹⁰, aprovada pelo Comitê de ética e Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR), sob o protocolo CAAE: 50695415.5.0000.5578, e todas as participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada com base no cadastro das 15 Unidades de Saúde da Família (USF) do município, e proporcional pelo número de usuárias cadastradas nas unidades. Primeiramente, foi realizado o levantamento aleatório da localização das idosas em cada área de abrangência, em parceria com a USF, para posteriormente as mesmas serem abordadas em sua residência, pela equipe de coleta de dados, composta por nove coletadores, estudantes do quinto ao nono semestre do curso de graduação em

Enfermagem, previamente treinados na aplicação dos instrumentos de coleta de e na análise dos dados.

A técnica de coleta de dados foi a entrevista direta, devido à dificuldade de leitura, possíveis problemas na visão e a baixa escolaridade das participantes. Os dados foram coletados no período de fevereiro a junho do ano 2016, sendo que, cada entrevista, com todos os instrumentos, durou aproximadamente 40 minutos.

Para a coleta de dados, foi utilizado o Mini Exame de Estado Mental (MEEM), instrumento previamente testado e validado. A aplicação do MEEM é rápida e leva cerca de cinco a dez minutos. Por meio dele, é possível avaliar as funções cognitivas, como: a orientação temporal, espacial, atenção e cálculo, memória, linguagem e capacidade construtiva visual. O escore do minixame varia de 0 a 30, quanto maior, melhor é a capacidade cognitiva. A sugestão de classificação para a população brasileira é a seguinte: 18 para analfabetos; 21 para 1 a 3 anos de escolaridade; 24 para 4 a 7 anos de escolaridade; 26 para pessoas com mais de 7 anos de escolaridade¹¹.

Também foi utilizado o *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref)*, instrumento elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é constituído por 26 perguntas, que considera como a pessoa avalia a sua qualidade de vida e o quão satisfeita está com a sua saúde, levando em consideração informações sobre os aspectos físico, meios de relações sociais, psicológico e integração ao meio ambiente, com uma pontuação de um a cinco. O escore médio em cada domínio indica a percepção do indivíduo quanto à sua qualidade de vida, e quanto maior a pontuação, melhor essa percepção¹².

Além dos instrumentos de coleta de dados supracitados, foi aplicado um diagnóstico situacional, elaborado pelos pesquisadores para levantamento de características sociodemográficas, como: escolaridade, renda e condições gerais de vida e saúde.

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva, com posterior caracterização da amostra com a análise univariada, utilizando as frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas e média e desvio padrão para as variáveis quantitativas. Para análise bivariada, foi utilizado o teste de qui quadrado de Pearson, adotando o valor de $p \leq 0,05$ para associação estatisticamente significativa. Foi utilizado também o intervalo de confiança e a medida de associação baseada em razões, o Odds Ratio (OR). Posteriormente, foi realizado a regressão logística exploratória para avaliar o efeito simultâneo das variáveis estudadas. Para a regressão logística,

realizou-se seleção das variáveis para inclusão na análise por meio do teste de razão de verossimilhança, adotando valor de $p < 0,20$. Foi utilizado o procedimento backward, adotando o critério de significância de $p < 0,05$ para permanência no modelo final. A normalidade dos dados foi verificada com o uso do teste de Kolmogorov-Smirnov. Toda a análise foi realizada com o programa Stata versão 10TM.

RESULTADOS

Participaram do estudo 550 idosas residentes do município de Guanambi – Bahia no ano de 2016. No que se refere às características sociodemográficas, observou-se uma maior concentração na faixa etária de 66 a 70 anos (30,5%), seguidos das que estavam entre 71 a 80 anos (26,0%). Segundo a escolaridade, 78,4% das idosas possuíam baixa escolaridade, ou seja, menos de oito anos de estudos, 59,1% se autodeclararam da raça/cor da pele negra (união de pretas e pardas), 53,8% viviam sem companheiro e 98,0% não eram profissionalmente ativas (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização segundo dados sociodemográficos das idosas. Guanambi, Bahia, 2016.

Variáveis	N (%)
Faixa etária	
60 a 65	129 (23,5%)
66 a 70	168 (30,5%)
71 a 80	143 (26,0%)
81 a 85	64 (11,6%)
86 a 90 anos	30 (5,5%)
> 90 anos	16 (2,9%)
Situação Conjugal	
Com companheiro	254 (46,2%)
Sem companheiro	296 (53,8%)
Escolaridade	
Baixa escolaridade	431 (78,4%)
Alta escolaridade	119 (21,6%)
Raça	
Negra	325 (59,1%)
Não negra	225 (40,9%)
Profissão	
Não Ativa	539 (98,0%)
Ativa	11 (2,0%)

A frequência de idosas classificadas com inadequada capacidade cognitiva, a partir dos resultados do MEEM, foi de 24,0% (n=124), cuja média de pontuação foi de 22,3±5,3 pontos, numa variação de 0 a 30, apresentando média maior no domínio da

orientação (8,1±1,8), e uma média menor no domínio evocação (2,0±1,1) (Tabela 2).

Tabela 2. Avaliação da capacidade cognitiva das idosas. Guanambi, Bahia, 2016.

Domínios	Média	S	Mín.	Máx.
Orientação	8,1	1,8	00	10
Memória	2,7	0,8	00	08
Atenção	3,0	1,9	00	09
Evocação	2,0	1,1	00	06
Linguagem	6,5	1,9	00	09
Total	22,3	5,3	00	30

Na avaliação da qualidade de vida, foi evidenciado que 344 (62,5%) consideraram a sua qualidade de vida como boa e apenas uma (0,25%) como muito ruim, e 372 (67,6%) destas foram classificadas com adequada qualidade de vida. Em relação à qualidade de vida, é possível ainda avaliar que os melhores níveis de concentração, assim como os sentimentos negativos estão relacionados com a adequada percepção da qualidade de vida, no entanto apenas a concentração foi significativa estatisticamente ($p=0,003$), visto na tabela 3.

Tabela 3. Avaliação da qualidade de vida das idosas, segundo o WHOQOL. Guanambi, Bahia, 2016.

Variáveis	Qualidade de vida		p
	Adequada n (%)	Inadequada n (%)	
Concentração			0,003
Boa	222 (73,0%)	82 (27,0%)	
Ruim	150 (61,0%)	96 (39,0%)	
Sentimentos			0,323
Bom	09 (56,2%)	07 (43,8%)	
Ruim	02 (68,0%)	171 (32,0%)	

Na relação entre as variáveis sociodemográficas e a capacidade cognitiva, notou-se que entre as participantes do estudo que apresentaram capacidade cognitiva inadequada, a maioria estava na faixa etária de idade mais avançada. Dentre essas variáveis analisadas em relação à capacidade cognitiva, apenas a faixas etárias, no teste do qui-quadrado, apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p=0,006$) (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição das variáveis sócio-demográficas segundo a capacidade cognitiva das idosas. Guanambi, Bahia, 2016.

Variáveis	Cognição		p
	Adequada n (%)	Inadequada N (%)	
Faixa etária			0,006
60 a 65	105 (81,4%)	24 (18,6%)	
66 a 70	138 (82,1%)	30 (17,9%)	
71 a 80	103 (72,0%)	40 (28,0%)	
81 a 85	39 (60,9%)	25 (39,1%)	
86 a 90 anos	20 (66,7%)	10 (33,3%)	
> 90 anos	11 (68,8%)	05 (31,3%)	
Situação Conjugal			0,982
Com companheiro	192 (75,6%)	62 (24,4%)	
Sem companheiro	224 (75,7%)	72 (24,3%)	
Escolaridade			0,628
Baixa escolaridade	328 (76,1%)	103 (23,9%)	
Alta escolaridade	88 (73,9%)	31 (26,1%)	
Raça			0,713
Negra	244 (75,1%)	81 (24,9%)	
Não negra	172 (76,4%)	53 (23,6%)	
Profissão			0,629
Ativa	407 (75,5%)	132 (24,5%)	
Não ativa	09 (81,8%)	02 (18,2%)	

Na comparação entre a qualidade de vida, em relação às variáveis sociodemográficas, os resultados evidenciaram que apenas a faixa etária indicou as proporções estatisticamente significantes ($p=0,001$) (Tabela 5).

Na análise da regressão logística simples, foi identificada como variáveis de interesse do estudo a qualidade de vida, a faixa etária e a escolaridade. Após a análise múltipla, permaneceram associados à capacidade cognitiva: a faixa etária de 80 anos ou mais ($OR=2,16$; $IC=1,38 - 3,41$) e a inadequada qualidade de vida ($OR=1,52$; $IC=1,01 - 2,29$) para o modelo final.

Tabela 5. Distribuição das variáveis sociodemográficas segundo a percepção da qualidade de vida das idosas. Guanambi, Bahia, 2016.

Variáveis	Qualidade de Vida					p
	Muito ruim (%)	Ruim (%)	Nem ruim e nem bom (%)	Boa (%)	Muito boa (%)	
Faixa etária						0,000
60 a 65	0,0	0,8	32,6	56,6	10,1	
66 a 70	0,0	0,6	31,0	63,7	4,8	
71 a 80	0,0	2,1	33,6	60,8	3,5	
81 a 85	0,0	3,1	26,6	68,8	1,6	
86 a 90 anos	0,0	3,3	20,0	73,3	3,3	
> 90 anos	6,3	0,0	25,0	68,8	0,0	
Situação Conjugal						0,860
Com companheiro	0,0	1,2	30,3	63,0	5,5	
Sem companheiro	0,3	1,7	31,1	62,2	4,7	
Escolaridade						0,139
Baixa escolaridade	0,2	1,6	32,0	62,2	3,9	
Alta escolaridade	0,0	0,8	26,1	63,9	9,2	
Raça						0,501
Negra	0,3	1,9	32,3	61,2	4,3	
Não negra	0,0	0,9	28,4	64,4	6,2	
Profissão						0,965
Ativa	0,2	1,5	30,8	62,5	5,0	
Não ativa	0,0	0,0	27,3	63,6	9,1	

DISCUSSÃO

O envelhecimento populacional traz preocupações para o setor de saúde, principalmente no que se refere à melhor qualidade de atendimento aos idosos, pois, têm-se muitas vezes, situações de vulnerabilidade do idoso, o que implica num olhar diferenciado dos serviços de saúde para este público¹³.

Sabe-se que o avançar da idade acarreta alterações importantes para a saúde do idoso, tanto sociais, quanto fisiológicas. Nesse contexto, as perdas funcionais e cognitivas são características do envelhecimento, contudo podem ser minimizadas com assistência adequada à saúde e acesso a ferramentas e atividades que estimulam o envelhecer com melhor qualidade de vida.

Um estudo de base populacional destacou que o número de pessoas do sexo feminino é maior do que o masculino na população idosa, e devido o número ser superior, é possível identificar características significativas das idosas em relação à capacidade funcional em nível de idade, déficit cognitivo, sintomas depressivos, incapacidade física e escolaridade dessas mulheres¹⁴.

Em relação às características sociodemográficas, observou-se neste estudo, uma maior concentração de idosas na faixa etária de 66 a 70 anos, seguidos das que têm entre 71 a 80 anos. Essas possuíam ainda baixa escolaridade, ou seja, menos de oito anos de estudos, se autodeclararam da raça/cor da pele negra (união de pretas e pardas) e a maioria vive sem companheiro, ainda se observou que quase a totalidade não desempenha nenhuma atividade remunerada e/ou profissional.

É notório que as mulheres com nível de instrução mais elevado têm melhor acesso aos serviços de saúde, e que as negras mais velhas se tornam ainda mais vulneráveis socialmente, pois a discriminação impacta o acesso à saúde adequado. Dessa forma, as mulheres negras experimentam diferentes tipos de discriminação de raça e gênero, nos quais as desigualdades impostas pelo racismo e sexismo as diferencia no acesso aos serviços de saúde, assim como no processo de adoecimento¹⁵.

Quando se relaciona a idade com a escolaridade, a média etária tem predominado em 65 a 69 anos (32,26%), pois a maioria apresentou baixo nível de escolaridade¹⁶, como no estudo em questão. E quando se avalia o estado civil das idosas, estudo

realizado em Fortaleza-Ceará, com idosos de ambos os sexos, apontou que o número de mulheres viúvas e sozinhas é quatro vezes maior do que o de homens viúvos¹⁷. Esse resultado pode ser atribuído ao fato da mulher ter uma maior expectativa de vida, contudo, é um grupo com menor probabilidade de casar novamente.

As pesquisas vêm demonstrando que o elevado número de idosas residindo em domicílios unipessoais é um fenômeno tipicamente urbano. Além disso, morar sozinho na velhice pode ter um determinante etário, na medida em que quanto mais a idade avança, maiores são as perdas funcionais do indivíduo e menor a sua autonomia, o que pode refletir diretamente na função cognitiva e psicológica⁹.

A constatação da maior morbidade entre as mulheres, mesmo após a anulação do efeito da idade e de variáveis socioeconômicas, sugere que o efeito independente da condição do sexo sobre o estado de saúde, além das condições diretamente materiais e biológicas (expressas pela idade), interferem na determinação do estado de saúde de homens e mulheres¹⁸.

Neste contexto, é importante conhecer as implicações do envelhecimento e de fatores que afetam nas idosas. Sendo assim, o uso do MEEM em pesquisas com idosos é caracterizada por padronizações e evidências de validade no cenário brasileiro¹⁹.

A aplicação do teste MEEM mostrou resultados que são comparados e analisados com valores referenciais para o grupo aqui investigado. Neste estudo, a frequência de idosas classificadas com capacidade cognitiva inadequada foi de 24,0%, com média maior no domínio da orientação e média menor no domínio da evocação. O que corrobora com estudo realizado no Rio Grande do Sul, no qual 57,9% das participantes apresentava resultado normal na avaliação do MEEM, e que o déficit cognitivo é menor em idosos que residem com o companheiro²⁰.

Em termo de validade, nos aspectos do estado cognitivo, na versão do MEEM, as variáveis facilmente identificam fatores relacionados à orientação, memória e atenção. A idade, no entanto, não foi um fator influenciador nesses resultados, uma vez que esteve associada à idade maior do que 80 anos, percentual de mulheres reduzido no estudo, e que, quando associado aos aspectos sociodemográficos, a relação foi mais significativa.

Essa informação é bastante relevante, pois o avançar da idade está correlacionada à fragilidade do idoso, sobretudo no declínio das funções cognitivas²¹,

entretanto as condições de vida e saúde se mostraram mais associadas ao declínio cognitivo, mesmo nas idosas com idade maior do que 80 anos.

O presente estudo confirma o descrito num estudo Português²², no qual, os resultados demonstraram um efeito significativo da escolaridade na função cognitiva ($p=0,030$). Os resultados da interação escolaridade versus idade também foram significativos na função cognitiva ($p=0,010$) e na capacidade intelectual ($p=0,032$). Os indivíduos mais velhos e com nível de escolaridade superior apresentaram resultados mais elevados na função cognitiva e na capacidade intelectual, concluindo que em idosos mais velhos, a escolaridade é a variável mais determinante da função.

Nessa perspectiva, outros achados demonstram que a idade mais elevada associada à outras condições patológicas, como dislipidemias e diabetes mellitus tipo 2, estão associados com o declínio cognitivo²³, mostrando que a idade influencia, mas não é o único fator associado à baixa na função cognitiva.

É importante reconhecer que as incapacidades funcionais não estão unicamente relacionadas com o avançar da idade, e que o acesso aos serviços de saúde e a equipamentos básicos ao longo da vida, favorece um envelhecimento saudável e com menor prevalência de déficits cognitivos.

Neste sentido, chama-se atenção para o fato de que as idosas que tiveram oportunidade de estudar, e possuem melhor poder aquisitivo apresentaram melhores resultados, o que faz com que a idade não seja o único fator determinante no declínio da condição cognitiva, mas também a falta de oportunidade e acesso a serviços básicos ao longo da vida, como a educação.

As correlações entre o estado mental e a escolaridade são mais significativas do que com a idade. A baixa escolaridade influencia de forma negativa o desempenho cognitivo, a pontuação média dos idosos mais escolarizados (4 anos e mais) é significativamente maior em comparação àqueles que não frequentaram a escola²⁴, o que também apontou os resultados em questão.

O melhor desempenho nas tarefas das funções executivas e o funcionamento cognitivo global pode levar a uma melhor percepção de qualidade de vida das idosas, uma vez que essa percepção é influenciada pela visão subjetiva do indivíduo sobre a sua posição na vida, verificando-se ainda que, quanto melhor a qualidade de vida geral, melhor o funcionamento cognitivo global MEEM²⁴.

Grande parte das idosas percebeu a sua qualidade de vida como boa, e os melhores níveis de concentração estiveram relacionados à melhor qualidade de vida, principalmente naquelas que tem melhor avaliação no MEEM, então quanto “melhor” a idosa percebe o seu estado de concentração e integração e independência com as atividades diárias, melhor ela avalia a sua qualidade de vida²⁴.

Ressalta-se que as mulheres de praticamente todas as populações costumam referir pior avaliação do próprio estado de saúde e maior frequência de morbidade do que os homens. Algumas explicações para esse fato se baseiam nas diferenças hormonais e genéticas entre os sexos, considerando apenas o ponto de vista biológico, entretanto, há os diferentes papéis sociais dos homens e mulheres que acabam por determinar diferentes percepções sobre o processo de saúde doença, assim como comportamentos distintos em relação à doença¹⁸.

Deve-se considerar ainda que alguns fatores levam as mulheres a identificarem a velhice como uma etapa ruim e triste da vida, como a dependência dos filhos, a solidão, a perda de habilidades, o cansaço, as restrições decorrentes de problema de saúde, as dores e a menor aceitação pela sociedade⁴.

O aumento da população idosa e as demandas, crescentes, de um envelhecimento saudável representam desafios importantes para o Sistema Único de Saúde do Brasil²⁵. Assim, notou-se que os fatores citados acima estão também diretamente associados à menor qualidade de vida das idosas, principalmente ao se analisar a faixa etária acima dos 80 anos de idade, que foram as que referiram a menor qualidade de vida.

Portanto, avaliar o estado cognitivo é importante para rastrear estágios de deterioração da função cognitiva, contudo muitos idosos não costumam realizar essas avaliações²⁶, fato que pode estar associado ao pouco uso dos instrumentos e métodos que possibilitam utilizá-las na prática cotidiana dos serviços de saúde.

O presente estudo reafirmou que a qualidade de vida das idosas está intimamente relacionada com a percepção que elas têm de si mesma, e que quando possuem alguma incapacidade funcional, tendem a avaliar o seu bem-estar como ruim. Cabe salientar que envelhecer é um processo natural com mudanças tanto físicas quanto psicossociais, que deve ser acompanhado com dedicação específica pelo setor saúde. Nesse sentido, é importante compreender como o declínio da função cognitiva afeta a qualidade

de vida dos idosos, sobretudo das mulheres, que são as que mais procuram os serviços de saúde.

Ressalta-se que o MEEM tem um conteúdo simples, capaz de fornecer informações sobre diferentes parâmetros cognitivos do indivíduo avaliado, sendo um instrumento difundido mundialmente, todavia é pouco utilizado pelos profissionais de saúde, sobretudo na atenção básica, uma vez que, os estudos realizados na área são predominantemente clínicos e hospitalares.

Sugere-se que outros estudos abordem comparativamente a avaliação das idosas e dos idosos sobre a capacidade cognitiva, sendo necessário que se trace também um paralelo entre a qualidade de vida e as incapacidades funcionais nos diferentes sexos. É patente também que muitas das alterações cognitivas costumam ter evolução lenta e crônica, sendo possível planejar a assistência à saúde das mulheres idosas, para que o envelhecimento ocorra com o mínimo de dependência e com menos agravos.

Contribuição dos autores – todos os autores participaram do processo integral da elaboração do presente manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Almeida AV, Mafra SCT, Silva EP, Kanso S. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos & Contextos*. 2015;14(1):115-131.
2. Alonso FRB. The elderly women living in single-person households: a regional characterization from the 2010 census. *Rev. Kairos Gerontologia*. 2015;18(especial):99-122.
3. Argimon ILL. et al. Gênero e escolaridade: estudo através do minixame do estado mental (MEEM) em idosos. *Aletheia*. 2012 maio/dez.;38(39):153-161.
4. Auyeung Tung Way et al. Physical frailty predicts future cognitive decline - a four-year prospective study in 2737 cognitively normal older adults. *The Journal of nutrition, health and aging, Hong Kong*. 2011;15(8):690-4.
5. Azevedo L M. et al. Perdas da capacidade funcional em idosos institucionalizados no município de Natal/RN. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, Natal*. 2014;6(2):285-292.
6. Barata R B. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection. 120 p. ISBN 978-85-7541-391-3. Disponível em: SciELO

Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 02 de setembro de 2016.

7. Pereira EF, Stefani TC, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev. bras. educ. fís.* 26(2): 241-250;2012.
8. Gurian MBF, Oliveira RC, Laprega MR, Rodrigues-Júnior AL. Screening cognitive function of non-institutionalized elderly. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 15(2): 275-284;2012.
9. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. Rio de Janeiro (RJ), 2010. Acesso em: 15 de junho de 2016. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.
11. Almeida OP. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [Internet]. 1998;56(3B):605-612.
12. Bortoli CG, Piovezan MR, Piovesan EJ, Zonta MB. Equilíbrio, quedas e funcionalidade em idosos com alteração da função cognitiva. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2016;18(3):587-597.
13. Dantas CMHL, Bello FA, Barreto KL, Lima LS. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em instituições de longa permanência. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(6):914-920.
14. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2012;21(4):529-532.
15. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the clinician. *J Psychiatric Res.* 1975;12:189-98.
16. Goes EF, Nascimento ER. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde em Debate.* Rio de Janeiro. 2013;37(99):571-579.
17. Hiroyuki U. et al. Factors associated with cognitive decline in older adults with type 2 diabetes mellitus during a 6-year observation. *Geriatrics and gerontology international*, 2015;(15)3:302-310.
18. Langlois F, Minh Vu TT, Chassé K, Dupuis G, Kergoat MJ, Bherer L. Cognition and Quality of Life in Frail Older Adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2012;68(3): 400-404.
19. Matos AIP. Efeito de dois programas: intervenção psicomotora e treino cognitivo, na função cognitiva e depressão em idosos [dissertação]. Vila

Real - Portugal: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro; 2016.

20. Melo DM, Barbosa AJG. O uso do Mini-Exame do estado mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2015;20(12):3865-3876.
21. Menezes TN, Lopes FJM, Marucci MFN, Estudo domiciliar da população idosa de fortaleza/CE: aspectos metodológicos e características sócio-demográficas. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2007;10(2):168-177.
22. Paula AFM, Ribeiro LHM, D'elboux MJ, Guarinto ML. Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de geriatria. *Rev Bras Clin Med.* 2013;11(3):212-218.
23. The Whoqol Group: The word Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. *Soc. Sci. Med.* 1995; 41(10):1403-1409.
24. Trindade APNT, Barbosa MA, Oliveira FB, Borges APO. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. 2013;26(2):281-289.
25. Vikas Kotagal MD. Et al. Factors associated with cognitive evaluations in the United States. *Neurology*, 2015;84(1): 64-71.
26. Zortea B, Gautério-Abreu DP, Santos SSC, Silva BT, Ilha S, Cruz VD. Avaliação cognitiva de pessoas idosas em atendimento ambulatorial. *Rev Rene.* 2015 jan-fev;16(1):123-31.