



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**JACQUELANE SILVA SANTOS**

**QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE COGNITIVA DE IDOSOS  
PARTICIPANTES DE GRUPOS DE CONVIVÊNCIA**

**CAMPINA GRANDE-PB**

**2016**

**JACQUELANE SILVA SANTOS**

**QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE COGNITIVA DE IDOSOS  
PARTICIPANTES DE GRUPOS DE CONVIVÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Enfermagem da Universidade Estadual  
da Paraíba, em cumprimento à exigência  
para a obtenção do grau de Bacharel em  
Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>Ms. Alecsandra  
Ferreira Tomaz.

**CAMPINA GRANDE - PB**

**2016**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S237q    Jacquellane Silva Santos  
Qualidade de vida e capacidade cognitiva de idosos  
participantes de grupos de convivência [manuscrito] / Jacquellane  
Silva Santos. - 2016.  
23 p.

Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em  
ENFERMAGEM) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de  
Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.  
"Orientação: Profa Ms Aleksandra Ferreira Tomaz,  
Departamento de Fisioterapia".

1. Qualidade de vida. 2. Capacidade cognitiva. 3. Saúde do  
Idosos. I. Título.

21. ed. CDD 613.043 8

JACQUELANE SILVA SANTOS

QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE COGNITIVA DE IDOSOS PARTICIPANTES  
DE GRUPOS DE CONVIVÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Enfermagem da Universidade Estadual  
da Paraíba, em cumprimento à exigência  
para a obtenção do grau de Bacharel em  
Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>Ms. Alecsandra  
Ferreira Tomaz.

APROVADO EM: 19/02/2016

Alecsandra Ferreira Tomaz

Prof<sup>ª</sup>. Ms. Alecsandra Ferreira Tomaz (Orientadora)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Fabíola de Araújo Leite Medeiros

Prof<sup>ª</sup>Dr<sup>ª</sup> Fabíola de Araújo Leite Medeiros (Examinadora)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Maria José Gomes de Moraes

Prof<sup>ª</sup>. Esp. Maria José Gomes de Moraes (Examinadora)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo seu cuidado e proteção incondicional, pelas bênçãos concebidas, por ser meu guia nessa ardente jornada.

Aos meus pais Maria José e Gilvo, que são meus maiores tesouros, minha maior referência do que são seres mais belos e admiráveis. Obrigada por sonharem comigo e acreditarem nos meus sonhos, por serem consolo abrigo e me darem tanta força, pelo apoio incondicional e por não medirem esforços em tudo que fizeram para que eu chegasse até aqui.

Aos meus irmãos Joseane e Gildean, obrigada por todo apoio incondicional, carinho, pela admiração e incentivo.

Ao meu sobrinho lindo Kauan, pelas palavras ditas nos momentos certos e pelos elogios que só você sabe fazer.

A Lucas, meu namorado, pela força que tem me dado nos momentos que tanto precisei.

Aos meus queridos professores da graduação, vocês contribuíram diretamente e indiretamente para minha formação profissional e pessoal.

A minha orientadora, professora, amiga, que tanto admiro Alessandra Ferreira Tomaz. Obrigada por tudo, à senhora foi indispensável em muitos momentos da minha vida. Graças a você conquistei muitos objetivos na graduação e cresci como pessoa e profissional. Obrigada por ser assim tão linda por dentro e por fora. Essa parceria começou no PET, PIBIC e será para a vida. Quero a senhora sempre comigo.

Aos meus queridos idosos dos Grupos de Convivência, sem vocês esse estudo não aconteceria. Obrigada por disponibilizarem os espaços, a disponibilidade de vocês, pela troca de experiências, pelo amor transmitido nas ações, simpatia e alegrias compartilhadas.

Agradeço aos membros participantes da banca examinadora Prof<sup>ª</sup>Dr<sup>ª</sup> Fabíola de Araújo Leite Medeiros e a Prof<sup>ª</sup>. Esp. Maria José Gomes (Deinha) coordenadora adjunta, por aceitarem o convite e por contribuírem na minha formação acadêmica.

Aos funcionários da Universidade, em especial Dona Janete e Sr José dos Santos (Dedé). Obrigada por demonstrarem tanta dedicação nas funções que realizam, pelas conversas que tivemos e pelo respeito que temos.

Aos colegas e amigos de turma por todos os momentos compartilhados, em especial a Milca Correia, Ana Carla e Mahayna Carvalho, amigas, vocês são verdadeiras parceiras de caminhada. Obrigada pelo apoio, amizade e por serem tão presentes, amo vocês.

A palavra que define esse momento é GRATIDÃO!

## QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE COGNITIVA DE IDOSOS PARTICIPANTES DE GRUPOS DE CONVIVÊNCIA

SANTOS, Jacquellane Silva<sup>1</sup>; TOMAZ, Alecsandra Ferreira<sup>2</sup>.

### RESUMO

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades, no Brasil, as modificações acontecem de forma acelerada e significativa e, conseqüentemente, despreparada nos âmbitos social, econômico e cultural, minimizando a qualidade de vida nessa etapa da vida. São diversas as questões que acompanham o envelhecimento da população, a diminuição no nível cognitivo em pessoas acima de 60 anos de idade, em geral, é uma constatação frequente. Os idosos queixam-se de dificuldades com a memória e outras habilidades cognitivas, particularmente quando comparam o desempenho atual com o do passado. Nesta perspectiva destaca-se a importância das atividades de grupo praticadas regularmente, as quais objetivam conferir significado e satisfação à existência, seja pelo compromisso e responsabilidade social nela implícitos, ou oportunidade de manter convívio social, evitando dessa forma a introspecção e o isolamento. Assim, observa-se a relevância dos centros de convivência, para a manutenção dos aspectos biopsicossociais do idoso. Desse modo, o presente estudo visa analisar a qualidade de vida e capacidade cognitiva de idosos vinculados a grupos de convivência da cidade de Campina Grande/PB. A pesquisa tem caráter descritivo, transversal, de abordagem quantitativa. Foi desenvolvido em cinco centros de convivência localizados nos bairros de Campina Grande-PB, com uma amostra constituída de 120 idosos com idade acima de 60 anos e que aceitassem participar da pesquisa. Foram utilizados recursos padronizados e validados de mensuração: o questionário de qualidade de vida WHOQOL-OLD, o WHOQOL-BREF e o Mini Exame do Estado Mental. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética, sob o protocolo 35607914.7.0000.5187. Houve uma representatividade expressiva da população feminina (85,8%), com uma predominância de idosos sem companheiro (74,0%), faixa etária prevalente de 70 a 79 anos (44,0%), pelo menos 28,3% (n=34) idosos, apresentam diabetes mellitus, 60,8% (n=73) são acometidos por hipertensão arterial sistêmica e 56,7% (n=68) apresentam alguma outra doença diagnosticada. Apresentou-se uma qualidade de vida relativamente satisfatória, com a maior média encontrada na faceta Habilidades Sensoriais (16,60±2,67). Já com a aplicação do instrumento WHOQOL- BREF foi obtido na faceta Relações sociais e Qualidade de vida global e percepção geral da saúde os maiores valores na média, com 15,38±2,53 e 15,38±2,56, respectivamente. Embora que o percentual de cognição tenha representatividade elevada 68,3% (n=82), isso não configura déficit cognitivo total. Todos foram classificados como tendo déficit parcial. Conclui-se que a qualidade de vida assim como a cognição de idosos apresentou-se favoráveis. E que os Centros de Convivência apresentam-se como suportes para que esses parâmetros tenham sido positivos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Qualidade de vida. Capacidade cognitiva. Idosos.

---

<sup>1</sup>Acadêmica do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: jack\_laane@hotmail.com

<sup>2</sup>Professora Mestre do departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: alecsandratomaz@hotmail.com

## 1 INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações acontecem de forma acelerada, significativa e conseqüentemente despreparada nos âmbitos social, econômico e cultural. Acredita-se que o país será, em 2025, o sexto do mundo em número absoluto de idosos, totalizando 33,8 milhões de indivíduos nessa faixa etária, com sua proporção evoluindo de 2,7% para 14,7% da população (SILVA; VIEIRA; ARANTES, 2009).

Diante do aumento do número de idosos na população, é necessário um conhecimento maior de suas necessidades e mudanças, afinal, são diversas as questões que acompanham o envelhecimento da população. As características de vida do indivíduo e o processo de envelhecimento podem estar associados ao declínio das capacidades físicas e cognitivas e conseqüentemente influencia na qualidade de vida (BRITO; COSTA; PAVARINI, 2012).

A senescência desvenda alterações neuropsicológicas como: déficits cognitivos, mudanças na memória, no raciocínio e sono, episódios de confusão, distúrbios psicológicos e modificações nas atividades da vida diária, que podem estar relacionados com sintomas demenciais e depressivos (ZANINI, 2010). A diminuição no nível cognitivo em pessoas acima de 60 anos de idade, é uma constatação bastante frequente, uma vez que os idosos, em geral, se queixam de dificuldades com a memória e outras habilidades cognitivas, particularmente quando comparam o desempenho atual com o do passado (ÁVILA; BOTTINO, 2006).

Atualmente se tem dado grande importância à concepção de qualidade de vida e esta por sua vez associa-se a uma maior longevidade. Nesta perspectiva há alguns indicadores de bem-estar inerentes à qualidade de vida na velhice, dentre esses fatores encontram-se: saúde biológica e mental, controle e eficácia cognitiva, competência social, produtividade, atividade, satisfação, status social, renda, continuidade de relações informais em grupos primários e rede de amigos. Os idosos constituem um grupo particular e, como tal, apresentam especificidades relevantes para a qualidade de vida. Diante disso, destaca-se a importância das atividades interpessoais praticadas regularmente as quais objetivam conferir significado e satisfação à existência pelo compromisso e responsabilidade social nela implícitos e pela oportunidade de manter convívio social, evitando dessa forma a introspecção e o isolamento (YOKOYAMA; CARVALHO; VIZZOTTO, 2006).

Nesse contexto de mudanças sociais e permanência do idoso na sociedade, surgem alternativas de acolhimento que vem sendo implementadas pelas políticas e programas nacionais de saúde e direito dos idosos. A Portaria MPAS/SEAS nº 73, de 10 de maio 2001,



estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, integrando a regulamentação da Política Nacional do Idoso e propõe novas modalidades de atenção que poderão ser adequadas à realidade de cada município, entendendo que é fundamental a participação do idoso, da família, da sociedade, dos fóruns e dos conselhos nas formas de organização dos serviços de atenção ao idoso, a saber: família natural; família acolhedora; residência temporária; centro dia; centro de convivência; casa lar; república; atendimento integral institucional e assistência domiciliar/atendimento (BRASIL, 2001a).

Atividades desenvolvidas em grupos também constituem uma alternativa para a assistência à saúde, no qual é valorizado o saber com intervenção criativa no processo saúde-doença dos indivíduos. Entre idosos, estas atividades podem contribuir para a valorização da vida, autocuidado, crescimento pessoal e busca ativa de sua saúde com o objetivo de preservação das capacidades e do potencial de desenvolvimento do idoso (TAVARES; DIAS; MUNARI, 2012).

Diante do contexto, o presente estudo tem a finalidade de analisar a qualidade de vida e capacidade cognitiva de idosos vinculados a grupos de convivência da cidade de Campina Grande/PB.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

Atualmente é perceptível o processo de envelhecimento populacional mundial e, em especial, o Brasil que apresenta taxas elevadas, crescimento rápido e exacerbado de indivíduos idosos e, conseqüentemente, esse fenômeno não possibilita o acompanhamento dos setores econômicos, sociais e culturais. Como resultado do processo de senescência e dos demais fatores, pode-se evidenciar que há uma forte tendência das pessoas envelhecerem com precárias condições de independência funcional interferindo na qualidade de vida, necessitando de um maior desprendimento de dinheiro por parte dos cofres públicos (MORAES; MARINO, 2010).

Torna-se imprescindível falar do processo de envelhecimento associado ao termo qualidade de vida, que consiste na percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Neste contexto, qualidade de vida boa ou excelente é aquela que oferece um mínimo de condições para que os indivíduos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, vivendo, sentindo ou amando, trabalhando, produzindo bens e serviços, ou simplesmente existindo. As atividades de lazer e a convivência em grupo contribuem para a

manutenção do equilíbrio biopsicossocial do idoso e para atenuar possíveis conflitos ambientais e pessoais (ALVES et al., 2012).

Com o aumento da expectativa de vida e a importância de uma vida longa com independência e qualidade, é essencial que se avalie a saúde mental em idosos como fator fundamental para uma boa qualidade de vida (FERREIRA, et al., 2014). Sabe-se que o processo de envelhecimento acarreta alterações físicas, psíquicas e sociais, e o declínio biológico natural atinge as pessoas de modo extremamente diverso. Ao centrar o olhar em idosos com habilidade comunicativa preservada, leva-se a refletir brevemente sobre as capacidades cognitivas em geral. As informações existentes na literatura apontam prioritariamente aos problemas relativos à memória (GAMBURGO; MONTEIRO, 2007).

Nesse cenário, torna-se relevante rastrear e monitorar a evolução dos sintomas de déficit cognitivo para determinar possíveis intervenções, de acordo com as demandas e as potencialidades de saúde e de vida do indivíduo. Diante disso, estudos de rastreamento de déficit cognitivo entre a população idosa são importantes e podem se constituir em instrumento balizador na elaboração de políticas públicas de atenção a saúde para esse estrato populacional (LEITE et al., 2012b).

É necessário que os profissionais de saúde conheçam os idosos e suas dificuldades vivenciadas, principalmente em suas atividades cotidianas. Sabe-se que muitas delas podem estar limitadas por incapacidades físicas e cognitivas. A avaliação global e multidimensional do idoso, incluindo a avaliação cognitiva, pode possibilitar o reconhecimento das reais e potenciais necessidades e fragilidades, auxiliando na elaboração de intervenções que possam evitar ou postergar os danos decorrentes do envelhecimento e ainda reabilitar a saúde dos idosos que já possuam incapacidades evidentes (LEONARDO et al., 2014).

Outro fator crucial para a qualidade de vida na velhice é a construção de uma imagem mais positiva do envelhecimento. Isso pode ser iniciado no ambiente familiar, uma vez que o suporte da família e o convívio com os entes queridos são fatores primordiais para um envelhecimento saudável. Porém, considerando que o idoso enfrenta diversas barreiras no usufruto do lazer, é necessário promover a sua inclusão em diversificadas oportunidades dessa natureza, sendo importante o incentivo de políticas públicas para construção de espaços apropriados, onde possa desfrutar de ambientes saudáveis e interagir com outras pessoas, trocando experiência e praticando atividades físicas e recreativas (CASAGRANDE; SILVA; CARPES, 2013)

Atualmente os grupos de convivência tem apresentado papel fundamental no envelhecimento do indivíduo, pois oferece estímulo para a melhoria do nível cognitivo, por

meio da realização de atividades manuais, artesanais, culturais, artísticas e da efetivação de técnicas de animação grupal e da dança. Dessa forma, o grupo oferece à pessoa idosa um aumento no suporte social e outros aspectos significativos para o bem estar (LEITE et al., 2012a).

### 3 METODOLOGIA

A atual pesquisa possui um caráter descritivo, transversal, de abordagem quantitativa. Fez parte do Projeto de Pesquisa inerente ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), intitulado “Qualidade de Vida e Capacidade Funcional de Idosos Participantes de Grupos de Convivência”, cota 2014-2015. Foi realizada em cinco Grupos de Convivência de idosos nos Bairros da Liberdade, Ramadinha, Cuités e Monte Castelo, localizados na cidade de Campina Grande/PB.

Inicialmente os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, onde uma ficava com o entrevistado e outra com o pesquisador, obtendo respaldo nos aspectos éticos relativos à pesquisa com sujeitos humanos, conforme a Resolução N°466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS (BRASIL, 2012b). O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, seguindo a aprovação com obtenção do Certificado de Apresentação para Apreciação ética (CAEE) n° 35607914.7.0000.5187.

A coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2014 a maio de 2015, com amostra constituída por 120 idosos. Os critérios de inclusão abrangeram: idosos que frequentem os grupos de convivência elencados; faixa etária igual ou superior a 60 anos e que voluntariamente desejassem participar da pesquisa. Foram considerados como critérios de exclusão: indivíduos com algum tipo de agravo que não permitisse a comunicação verbal e que não aceitassem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Nesta investigação foram utilizados recursos padronizados e validados de mensuração: o questionário de qualidade de vida WHOQOL-OLD, o WHOQOL-BREF (versão abreviada do *World Health Organization Quality of Life*) e o Mini Exame do Estado Mental.

O questionário WHOQOL-OLD analisa os seguintes domínios que retratam a qualidade de vida do idoso em seis facetas contendo 24 itens cada e o escore de cada uma dessas pode oscilar de 4 a 20: Funcionamento do Sensório; Funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais nas atividades da vida diária e da capacidade de interação com outras pessoas na qualidade de vida de idosos; Autonomia na velhice; Atividades Passadas, Presentes e Futuras, descrevendo a satisfação sobre conquistas na vida e

projetos anseios futuros; Participação Social especialmente na comunidade em que se está inserido; Morte e Morrer, que por sua vez está relacionada às preocupações, inquietações, expectativas e temores sobre a morte e morrer e o sexto domínio que consiste no fator Intimidade avaliando-se então a capacidade de ter relações pessoais e íntimas. Cada uma dessas facetas contém 4 itens e o cujo o escore pode oscilar de 4 a 20 (ALENCAR et al., 2010).

O WHOQOL-BREF por sua consiste em uma versão reduzida do questionário completo original (WHOQOL-100). O WHOQOL-BREF é composto por 26 questões, sendo duas delas gerais de qualidade de vida e 24 representantes de cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Compreende quatro domínios da qualidade de vida, sendo que cada domínio tem por objetivo analisar, respectivamente: a capacidade física, o bem-estar psicológico, as relações sociais e o meio-ambiente onde o indivíduo está inserido (SERBIM; FIGUEIREDO, 2011);

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é uma escala composta por itens que avaliam orientação para tempo e local, registro de palavras, atenção e cálculo, lembrança de palavras, capacidade construtiva visual e linguagem, e essa por sua vez exige leitura, escrita, atenção e cálculo. Estes itens apresentam um grau considerável de dificuldade quando se trata de pessoas que apresentem pouca ou nenhuma escolaridade ou que são portadores de algum processo demencial (SOUZA et al., 2007).

Após a coleta dos dados, os mesmos foram submetidos à análise através da estatística descritiva com o uso de planilha do Excel (Office do Microsoft, versão 2007) e os resultados foram expostos em gráficos e tabelas e logo em seguida analisados e confrontados com a literatura pertinente. Para a análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico StatisticalPackage for Social Sciences (SPSS) 19. Em todas as análises foi considerado um intervalo de confiança de 95% (IC95%) e significância estatística de  $p < 0,05$ . Os resultados foram expostos em gráficos e tabelas, analisados, e confrontados com a literatura pertinente.

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A tabela 1 faz alusão a uma representatividade expressiva da população feminina (85,8%), com uma predominância de idosos sem companheiro (74,%), faixa etária prevalente de 70 a 79 anos (44,%). 39,2% demonstrou baixa escolaridade, apresentando de 1-4 anos de estudo e pouquíssimos concluíram o ensino médio; prevaleceu a baixa classificação socioeconômica, aproximadamente 75,6% dos idosos possuem renda de 1 salário mínimo.

Ressalta-se que o N foi modificado para 119 indivíduos, levando em consideração 1 perda existente nessa resposta sobre a renda.

**Tabela 1** - Dados demográficos e socioeconômicos dos idosos participantes dos grupos de convivência. Campina Grande/PB.

<b>CATEGORIAS</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	103	85,8
Masculino	17	14,2
<b>Estado Civil</b>		
Com companheiro	31	25,8
Sem companheiro	89	74,2
<b>Grupo Etário</b>		
De 60 a 69 anos	47	39,2
De 70 a 79 anos	53	44,2
80 anos ou mais	20	16,7
<b>Anos de estudo</b>		
Analfabeto	41	34,2
1-4 anos	47	39,2
5-8 anos	17	14,2
9-11 anos	9	7,5
Mais de 11 anos	6	5,0
<b>Renda</b>		
Menos de 1 salário	10	8,4
1 salário mínimo	90	75,6
Mais de 1 salário mínimo	19	16,0
<b>Restrição ao ambiente domiciliar</b>		
Sim	0	0
Não	120	100

Fonte: dados da Pesquisa, 2016.

A amostra obtida referente à predominância feminina corrobora com o estudo de Nicodemo e Godoi (2010), onde se afirma que as mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo, e as estimativas são de que as mulheres vivam, em média, de cinco a sete anos a mais que os homens. Esse processo corresponde a feminização da velhice, ou seja, a predominância das mulheres na população idosa traz consigo diversos fatores positivos e/ou negativos para si e sua família, quando pode estar associada ao maior risco social e, ao mesmo tempo, a reestruturação do espaço relacional por ser a mulher idosa importante elo para a rede de apoio familiar (ALMEIDA, et., al 2015). A partir dessa discrepância entre homens e mulheres, faz-se necessária intervenção e incentivo das políticas públicas, profissionais de saúde e da família para inserir os homens nestes programas.

Durante o processo de envelhecimento, alguns indivíduos podem apresentar condição específica no surgimento das doenças crônicas, podendo ser a consequência de alguma

doença, fatores genéticos ou lesão, ou pode ser proveniente de comportamentos insalubres que começaram na infância ou na fase de adulto jovem (SMELTZER et al., 2011). A tabela 2 apresenta as doenças e agravos crônicos não transmissíveis na amostra investigada.

**Tabela 2** - Doenças e agravos crônicos não transmissíveis na população idosa dos centros de convivência de Campina Grande/PB.

Fonte: dados da Pesquisa, 2016.

DOENÇAS	N	(%)
Diabetes Mellitus		
Sim	34	28,3
Não	86	71,7
Hipertensão Arterial Sistêmica		
Sim	73	60,8
Não	47	39,2
Alguma outra doença diagnosticada		
Sim	68	56,7
Não	52	43,3
Cardiovascular		
Sim	18	15,1
Não	101	84,9
Reumática		
Sim	27	22,5
Não	93	77,5
Nefrológica		
Sim	1	8,0
Não	119	99,2
Urológica		
Sim	3	2,5
Não	117	97,5
Ortopédica		
Sim	10	8,3
Não	110	91,7
Câncer		
Sim	2	1,7
Não	118	98,3
Psiquiátrica		
Sim	4	3,3
Não	116	96,7
Gastrointestinal		
Sim	11	9,2
Não	109	90,8
Visão		
Sim	15	2,5
Não	105	87,5
Hormonal		
Sim	6	5,0
Não	114	95,0
Vestibular		
Sim	5	4,2
Não	115	95,8

No que se refere à prevalência de doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DACNT), pelo menos 28,3% (n=34) idosos, apresentam diabetes mellitus, 60,8% (n=73) são acometidos por hipertensão arterial sistêmica e 56,7% (n=68) apresentam alguma outra doença diagnosticada. Esse dado sobre hipertensão arterial sistêmica (HAS) corrobora com o que é previsto pelo Ministério da saúde (Brasil, 2006c), onde se afirma que, a hipertensão é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% das pessoas nessa faixa etária.

Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas a outras comorbidades. Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos (BRASIL, 2006c). Diante disso, observou-se hábitos sociais e prática de atividade física em idosos. Devido à existência desses agravos que podem se tornar incapacitantes, observou-se a relevância em estudos sobre a temática DACNT associando-se ao estilo de vida, visto que tais condições podem influenciar negativamente a qualidade de vida do idoso. A tabela 3 apresenta os hábitos sociais e prática de atividade física entre idosos investigados.

**Tabela 3 - Hábitos sociais e prática de atividade física em idosos participantes de grupos de convivência. Campina Grande/PB.**

CATEGORIAS	N	(%)
<b>Fuma</b>		
Sim	6	5,0
Não	114	95,0
<b>Bebe</b>		
Sim	7	5,8
Não	113	94,2
<b>Pratica atividade física</b>		
Sim	65	54,2
Não	55	45,8
<b>Regularidade de atividade física</b>		
Menos de 3x/semana	9	13,8
3-4x/semana	33	50,8
5x ou mais	23	35,4

Fonte: dados da Pesquisa, 2016

Quanto ao tabagismo e etilismo, também considerados fatores de risco para acometimento crônico, 5% dos idosos fumam, e 5,8% dos idosos consomem bebidas alcoólicas. Evitar o fumo e o consumo frequente de bebidas alcoólicas reduz o risco de

doenças graves, como câncer e cirrose, e pode contribuir para melhorar a qualidade de vida (BRASIL, 2006c).

A inatividade física possui alta prevalência entre idosos e é um dos fatores de risco mais importantes para as doenças crônicas, associadas à dieta inadequada e uso do fumo. O estilo de vida moderno propicia o gasto da maior parte do tempo livre em atividades sedentárias, como por exemplo, assistir televisão (SMELTZER et al., 2011).

Diante da análise dos dados, percebeu-se que do total de idosos, 54,2% (n=65) praticam algum tipo de atividade física, desses, 50,8% (n=33) realizam atividade pelo menos 3/4 vezes por semana. Os benefícios da prática de atividade física têm sido amplamente documentados e refletem nos processos biológicos, psicológicos e sociais. Alguns aspectos são facilitadores para a incorporação da prática de atividade física, como o incentivo de amigos e familiares, a procura por companhia ou ocupação, alguns programas específicos de atividade física e, principalmente, a orientação do profissional de saúde estimulando a população idosa a incorporar um estilo de vida mais saudável e ativo. A atenção à pessoa idosa é baseada na tríade do cuidado, formada pelo idoso e familiar, pelo grupo de apoio da comunidade e pela equipe de atenção à saúde, caracterizando como uma forma peculiar ao tratamento das condições crônicas, e essencial no gerenciamento do cuidado do idoso (BRASIL, 2006c).

Na tabela 4 é possível verificar os resultados relativos à qualidade de vida, através do WHOQOL-OLD, o qual consiste em 24 itens da escala de Likert atribuídos a seis facetas: Funcionamento do Sensorio, Autonomia, Atividades Passadas, Presentes e Futuras, Participação Social, Morte e Morrer e Intimidade. Cada uma delas possui o valor de 0 a 20 e quanto maior a pontuação, maior a qualidade de vida, exceto no quesito morte e morrer, em que essa ordem se inverte.

**Tabela 4** – Média e desvio padrão das facetas da qualidade de vida avaliada mediante WHOQOL-OLD. Campina Grande/PB.

FACETAS	Média	Desvio Padrão
Habilidades Sensoriais	16,60	2,67
Autonomia	14,20	2,31
Atividades passadas, presentes e futuras.	15,36	2,37
Participação Social	15,73	2,04
Morte e Morrer	14,86	3,78
Intimidade	15,18	2,52
QV geral	15,32	1,60

Fonte: dados da Pesquisa, 2016.

Cada faceta tem peculiaridades específicas, a faceta Funcionamento do Sensorio avalia o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade vida. A Autonomia refere-se à



independência na velhice e descreve até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões. A faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras descreve a satisfação sobre conquistas na vida e coisas que se anseia. A faceta Participação Social delinea a participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade. A faceta Morte e Morrer relaciona-se a preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer, ao passo que a faceta Intimidade avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas (CHACHAMOVICH; FLECK, 2004).

O presente estudo obteve valores que denotam uma qualidade de vida relativamente satisfatória, com a maior média encontrada na faceta Habilidades Sensoriais ( $16,60 \pm 2,67$ ) e a menor média na faceta de autonomia ( $14,20 \pm 2,31$ ).

**Tabela 5** - Média e desvio padrão das facetas da qualidade de vida mediante o WHOQOL-BREF. Campina Grande/PB

<b>FACETAS</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Domínio físico	15,06	2,08
Domínio psicológico	15,17	2,13
Relações sociais	15,38	2,53
Meio-Ambiente	13,88	1,94
QV Global e Percepção geral da saúde	15,38	2,56
Escore bruto-total	14,78	1,58

Fonte: dados da Pesquisa, 2016

Já com a aplicação do instrumento WHOQOL- BREF foi obtido na faceta Relações sociais e Qualidade de Vida Global e Percepção Geral da Saúde os maiores valores na média, com  $15,38 \pm 2,53$  e  $15,38 \pm 2,56$ , respectivamente. Isso se configura como algo positivo para a qualidade de vida do idoso, pois as relações sociais permitem uma maior interação do indivíduo com os outros e na sociedade. Diante disso, percebe-se a relevância dos centros de convivência na qualidade de vida do idoso. E, embora possam apresentar situações de limitações ou incapacidades inerentes ao processo de envelhecimento, os idosos se auto avaliaram considerando a percepção geral da saúde como satisfatória.

Com relação à cognição dos idosos, os dados obtidos através do Mini Exame de Estado Mental são visualizadas na tabela 6.

**Tabela 6**- Déficit cognitivo global de idosos. Campina Grande/PB

	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
Sim	82	68,3
Não	38	31,7
Total	120	100,0

Fonte: dados da Pesquisa, 2016.

O quesito escolaridade influencia diretamente no valor do escore, visto que são atribuídos valores menores aos idosos sem alfabetização ou escolaridade diminuída, mas

ainda assim houve casos em que a escolaridade é mínima ou ausente e o idoso atingiu escores superiores a 27 pontos, bem como aconteceu de o idoso apresentar escolaridade elevada, porém déficit cognitivo. Considerando as funções cognitivas, um pequeno declínio destas funções pode ocorrer com o passar dos anos, mas declínios rápidos e progressivos, não devem ser considerados normais (ASSIS, 2013).

Embora o percentual de idosos com algum sugestivo de déficit cognitivo tenha representatividade elevada 68,3% (n=82), isso não configura um diagnóstico definitivo. Vale ressaltar que o instrumento avalia parâmetros, onde alguns para serem respondidos corretamente necessitam de um grau de instrução e formação satisfatórios.

## **5 CONCLUSÃO**

Conclui-se que a qualidade de vida apresentou-se favorável, entretanto o estado cognitivo demonstrou-se inadequado. E que os Centros de Convivência caracterizam-se como suportes para que esses parâmetros tenham sido positivos. Percebeu-se a importância da prática do rastreio cognitivo e análise da qualidade de vida do idoso, pois serve como alerta a família, cuidadores e ao próprio idoso de como está sua saúde e conseqüentemente o bem estar desse indivíduo. É crucial buscar conhecimento para fortalecer o cuidado e a assistência à pessoa idosa, para compreender possíveis condições limitantes, alterações psicológicas, biológicas e fisiológicas e principalmente neurológicas, a fim de entender até que ponto as alterações no idoso é pertinente a sua idade ou é algum processo patológico que vai comprometer sua vida.

## QUALITY OF LIFE AND ELDERLY COGNITIVE ABILITY TO LIVE TOGETHER GROUP PARTICIPANTS

### ABSTRACT

The aging, once considered a phenomenon today is part of the reality of most companies in Brazil, changes happen rapidly and significantly and therefore unprepared in the social, economic and cultural, minimizing the quality of life in this stage of life. Several issues that accompany an aging population, the decline in cognitive function in people over 60 years of age, in general, is a frequent finding. The elderly complain of problems with memory and other cognitive skills, particularly when comparing current performance with the past. This perspective highlights the importance of group activities practiced regularly, which aim to give meaning and satisfaction to life, is the commitment and social responsibility implicit in it, or opportunity to maintain social contact, thus avoiding introspection and isolation. Thus, there is the importance of community centers for the maintenance of the biopsychosocial aspects of the elderly. Thus, this study aims to analyze the quality of life and cognitive ability in elderly linked to community groups in the city of Campina Grande / PB. The research is descriptive, transversal, quantitative approach. It was developed in five community centers located in the neighborhoods of Campina Grande-PB, with a sample of 120 elderly aged above 60 years and who agreed to participate. Standardized and validated measurement resources were used: the questionnaire WHOQOL-OLD quality of life, WHOQOL-BREF and the Mini Mental State Examination. The study was approved by the Ethics Committee, under the 35607914.7.0000.5187 protocol. There was a significant representation of the female population (85.8%), with a predominance of unmarried elderly (74%), most prevalent age group 70-79 years (44%), at least 28.3% (n = 34) the elderly, have diabetes mellitus, 60.8% (n = 73) are affected by hypertension and 56.7% (n = 68) have diagnosed some other illness. We have performed a quality relatively satisfying life, with the highest average found in the facet Sensory Skills ( $16.60 \pm 2.67$ ). Now the application of WHOQOL-BREF instrument was obtained in social relations aspect and overall quality of life and general health perception the highest values in the average,  $15.38 \pm 2.53$  and  $15.38 \pm 2.56$ , respectively. Although the percentage of cognition has high representative 68.3% (n = 82), it does not constitute full cognitive impairment. All were classified as having partial deficit. We conclude that the quality of life as well as cognition of elderly presented favorable. And the coexistence centers are present as substrates for these parameters were positive.

**KEYWORDS:** Quality of life. Cognitive ability. Elderly.

## 6. REFERENCIAS

ASSIS, P.O. **Caracterização das oficinas de estimulação cognitiva existentes no Distrito Federal**. 2013. p.45. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia. 2013. Disponível em: <  
[http://bdm.unb.br/bitstream/10483/7664/1/2013\\_PalomaOliveiradeAssis.pdf](http://bdm.unb.br/bitstream/10483/7664/1/2013_PalomaOliveiradeAssis.pdf)>

ALENCAR, N. A. et al. Avaliação da qualidade de vida em idosas residentes em ambientes urbano e rural. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.13 n.1 Rio de Janeiro 2010. Disponível em:  
 <[http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180998232010000100011&lng=pt](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232010000100011&lng=pt)>.

ALMEIDA, A.V; MAFRA, S. C. T; SILVA, E.P; KANSO, S. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 14, n.1, p.115 – 131, jan-jun. 2015. Disponível em:  
 <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/19830/13313>>

ALVES, E. R. P. et al. Qualidade de vida: percepção de idosos de uma unidade de saúde da família. **RevEnfermUFSM**, v.2, n.3, p. 487-495, set-dez. 2012. Disponível em: < <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/5240> >

ÁVILA, R.; BOTTINO, C. M. C. Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v.28, n.4, dez. 2006. Disponível em:  
 <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462006000400013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462006000400013&script=sci_arttext) >

BECKERT, M.; IRIGARAY, T. Q.; TRENTINI, C. M. Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. **Estud. psicol.** (Campinas), Campinas, v.29 n.2, abr-Jun. 2012. Disponível em<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2012000200001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2012000200001&script=sci_arttext)>

BRASIL. **PORTARIA MPAS/SEAS Nº 73, DE 10 DE MAIO DE 2001**. Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil. Brasília, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. **Resolução n.º 466/12**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica - n.º 19 Brasília - DF 2006c.

BRITO, T. R. P.; COSTA, R. S.; PAVARINI, S. C. L. Idosos com alteração cognitiva em contexto de pobreza: estudando a rede de apoio social. **RevEscEnfermUSP**, v. 46, n. 4, p. 906-13. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/18.pdf>>.

BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem medico cirúrgica/ [editores] SMELTZER, S.C; BARE, B. G; HINKLE, J. L; CHEEVER, K. H. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2011.

CASAGRANDE, G. H. J.; SILVA, M. F.; CARPES, P. B. M. Qualidade de vida e incidência de depressão em idosas que frequentam grupos de terceira idade. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano- RBCEH**, Passo Fundo, v. 10, n. 1, p. 52-65, jan-abr. 2013. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/2940>>.

FERREIRA, L. S. et al. Perfil cognitivo de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Brasília-DF, **Rev. bras. enferm.** Brasília, v.67, n.2. mar-abr. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672014000200247&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672014000200247&script=sci_arttext&tlng=es)>

GAMBURGO, L. J. L.; MONTEIRO, M. I. B. Envelhecimento e linguagem: algumas reflexões sobre aspectos cognitivos na velhice. **Revista Kairós**, São Paulo, v.10, n.1, p.35-49, jun. 2007. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2572/1621>>

GONÇALVES, D. et al. Avaliação das funções cognitivas, qualidade de sono, tempo de reação e risco de quedas em idosos institucionalizados. **Estud. interdiscipl. Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 95-108. 2014. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/26009/31003>>.

LEITE, M. T. et al. Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.15, n. 3, p.12, Jul-Set. 2012a. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000300009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000300009&script=sci_arttext)>

LEITE, M. T. et al. Estado cognitivo e condições de saúde de idosos que participam de grupos de convivência. **Rev Gaúcha Enferm**, v.33, n.4, p. 64-71. 2012b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/08.pdf>>

LEONARDO, K. C. et al. Avaliação do estado cognitivo e fragilidade em idosos mais velhos, residentes no domicílio. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n.1, p. 120-127 jan-mar. 2014. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20033>>

MELO, M. C. et al. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.(Supl. 1), p.1579-1586. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000800031&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000800031&script=sci_arttext)>.

MORAES, E. N.; MARINO, M. C. A. Editorial: envelhecimento. **Revista Médica**, Minas Gerais, v.20, n.1, p. 1-140. 2010. Disponível em:< <http://rmmg.org/artigo/detalhes/376> >.

NICODEMO D; GODOI M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **RevCiênc em Extens**, v. 6, n.1.2010. Disponível em: <[http://ojs.unesp.br/index.php/revista\\_proex/article/view/324/341](http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/324/341)>

SERBIM, A. K.; FIGUEIREDO, A. E. P. L. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v.21, n. 4, p.166-172. 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=612048&indexSearch=ID>>.

SILVA, S. L. A.; VIEIRA, R. A.; ARANTES, P.; DIAS, R. C. Avaliação de fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um serviço ambulatorial de Geriatria e Gerontologia. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.16, n.2, p.120-5, abr-jun. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502009000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502009000200005&script=sci_arttext)>.

SOUZA, P. S. et al. Avaliação do desempenho cognitivo em idosos? **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro v.10 n.1. 2007. Disponível em: <[http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180998232007000100003&lng=pt&nrm=iso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232007000100003&lng=pt&nrm=iso)>.

TAVARES, D. M. S; DIAS, F. A.; MUNARI, D. B. Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais. **Acta Paul Enferm**. v.25, n.4, p. 601-6. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/aop2012.pdf>>.

YOKOYAMA, C. E.; CARVALHO, R. S.; VIZZOTTO, M. M. Qualidade de vida na velhice segundo a percepção de idosos frequentadores de um centro de referência. **Psicóloga informação**, v.10, n10, jan-dez. 2006. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/view/542>>.

ZANINI, R. S. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. **RevNeurocienc**, v.46, n. 2, p. 220-226. 2010. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/262%20revisao.pdf>>

CHACHAMOVICH, E.; FLECK, M. P. A. **Manual WHOQOL-OLD**. Organização mundial da saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf>>