

## DECLÍNIO DE MEMÓRIA E RACIOCÍNIO E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS

ALINE CARVALHO<sup>1</sup>; CAMILA CORRÊA COLVARA<sup>2</sup>, KARLA PEREIRA MACHADO<sup>3</sup>, ANDREA HOMSI DÂMASO<sup>4</sup>, RENATA MORAES BIELLEMANN<sup>5</sup>; MARYSABEL PINTO TELIS SILVEIRA<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas – [alinemcpesquisa@gmail.com](mailto:alinemcpesquisa@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – [camilacolvara@gmail.com](mailto:camilacolvara@gmail.com)

<sup>3</sup>Universidade Federal de Pelotas – [karlamachadok@gmail.com](mailto:karlamachadok@gmail.com)

<sup>4</sup>Universidade Federal de Pelotas – [andreadamaso.epi@gmail.com](mailto:andreadamaso.epi@gmail.com)

<sup>5</sup>Universidade Federal de Pelotas – [renatabielemann@hotmail.com](mailto:renatabielemann@hotmail.com)

<sup>6</sup>Universidade Federal de Pelotas – [marysabelfarmacologia@gmail.com](mailto:marysabelfarmacologia@gmail.com)

### 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo intrínseco, ativo e progressivo, acompanhado por alterações físicas, fisiológicas e psicológicas que influenciam a adaptação do idoso ao meio em que vive (TAVARES et al., 2016; CIOSAK, 2011). O aumento da expectativa de vida no Brasil, que deverá ter a quinta maior população idosa do mundo em 2050 (IBGE, 2010), amplia a incidência de doenças crônico-degenerativas e destaca o declínio de memória e raciocínio como determinante de dependência funcional e custos sociais (VIEIRA, 2017). Fisiologicamente, o envelhecimento cerebral envolve atrofia de massa cinzenta e branca, redução do volume hipocampal, diminuição da plasticidade sináptica e da disponibilidade de neurotransmissores como a acetilcolina, o que leva à menor velocidade de processamento, perda de memória e prejuízo no raciocínio lógico (HADADA, 2013; CHAVES, 2023). Esses déficits repercutem negativamente na autonomia, nas atividades de vida diária e na percepção de bem-estar, elementos centrais na avaliação da qualidade de vida (WHOQOL Group, 1994; HUSSENOEDER et al., 2020; SACZYNSKI et al., 2022). Evidências apontam que maior escolaridade e suporte social atuam como fatores protetores, enquanto multimorbidades e sintomas depressivos aceleram a perda de memória e raciocínio e o declínio da qualidade de vida (HUSSENOEDER et al., 2020; SACZYNSKI et al., 2022; VIEIRA, 2017). Nesse cenário, avaliar a magnitude dessa associação é essencial para orientar políticas e estratégias de promoção do envelhecimento saudável (TAVARES et al., 2016; VIEIRA, 2017). O presente estudo pretende avaliar a qualidade de vida em idosos com e sem declínio de memória, participantes do estudo “COMO VAI?” (Estudo longitudinal de saúde do idoso), bem como estimar os fatores associados à qualidade de vida.

### 2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, aninhado à coorte “COMO VAI?”, com idosos (≥60 anos) residentes na zona urbana de Pelotas/RS. A amostragem foi probabilística em dois estágios, a partir de setores censitários do IBGE. Foram incluídos idosos com dados completos sobre memória e raciocínio e qualidades de vida. Entrevistas não realizadas após três tentativas foram consideradas perdas. A coleta foi realizada por equipe treinada, com entrevistas domiciliares, utilizando questionários padronizados que incluíram fatores sociodemográficos, comportamentais, autopercepção e condições de saúde, estratificados por presença ou não de declínio de memória e raciocínio. Para a análise do declínio de memória e raciocínio foi utilizado o Mini-Exame do

Estado Mental (MEEM), e foi utilizado o ponto de corte descrito por Osvaldo P. Almeida (1998), ajustados à escolaridade, reconhecendo o impacto do nível educacional no desempenho do teste. Valores abaixo de 19 pontos para indivíduos analfabetos, e, de 23 pontos para aqueles com qualquer escolaridade formal (ALMEIDA, 1998). Para avaliação da qualidade de vida (QV) foi utilizada a versão curta do instrumento World Health Organization Quality of life Bref (WHOQOL-Bref), traduzido e validado para o Brasil. Este instrumento possui 26 questões, sendo duas gerais, relacionadas à qualidade de vida global e saúde global, e 24 que compõem os quatro domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambientes (FLECK, 2000). O escore geral do WHOQOL-BREF varia de 0 a 100, sendo utilizada nesse artigo a categorização em quartis. As variáveis independentes incluíram sexo, idade, cor da pele, situação conjugal, escolaridade, renda familiar, nível socioeconômico, morar sozinho, tabagismo, consumo de álcool, multimorbidades e sintomas depressivos. Para investigar a associação entre declínio cognitivo e qualidade de vida (QV), foi utilizada regressão logística ordinal. O modelo foi ajustado por sexo, idade, escolaridade, cor da pele, situação conjugal, classe econômica, multimorbidade e sintomas depressivos. Os resultados foram apresentados como odds ratios (OR) com intervalos de confiança de 95% (IC95%). Além disso, calcularam-se as probabilidades ajustadas de cada categoria de QV por meio do comando *margins*, permitindo interpretar diretamente a chance de cada nível de QV em indivíduos com e sem declínio cognitivo, controlando para as demais covariáveis incluídas no modelo.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 649 idosos com 70 anos ou mais de idade, residentes na zona urbana de Pelotas/RS. A média de idade foi de 78 anos (DP±6 anos). A média do escore global de qualidade de vida foi de 67,6 pontos (DP±12,9). A prevalência de declínio cognitivo foi de 30,9% (IC95%: 27,1; 34,9). Na análise de regressão logística ordinal ajustada, o declínio cognitivo manteve associação com significativa com menor QV (OR = 0,63; IC95%: 0,42; 0,95;), indicando 37% menor chance de os idosos com declínio estarem em categorias inferiores de QV. As probabilidades ajustadas reforçaram esse achado: a chance de estar no quartil mais alto de QV foi 29,2% entre os idosos sem declínio e 22,4% entre aqueles com declínio, enquanto a chance de estar no quartil mais baixo foi 20,7% e 25,7%, respectivamente. Esses achados estão alinhados a estudos prévios, que apontam o declínio cognitivo como um fator limitante da autonomia e da funcionalidade em idosos (HUSSENOEDER et al., 2020; SACZYNSKI et al., 2022).

Quanto aos fatores associados, à maior escolaridade mostrou efeito protetor: indivíduos com 12 anos de estudo ou mais apresentaram 2,7 vezes mais chances de melhor QV em relação àqueles com até quatro anos (OR = 2,70; IC95%: 1,22; 6,00). Em contrapartida, pertencer às classes econômicas mais baixas (D/E) esteve associado a 62% menos chances de melhor QV em comparação à classe A (OR = 0,38; IC95%: 0,16; 0,90). Entre variáveis clínicas, possuir cinco ou mais morbididades reduziu em 75% a chance de melhor QV (OR = 0,26; IC95%: 0,17; 0,38), enquanto a presença de sintomas depressivos diminuiu em 93% (OR = 0,06; IC95%: 0,04; 0,11). Variáveis como: cor da pele, sexo, idade e estado civil não apresentaram associação significativa após ajustes.

A relação protetora da escolaridade corrobora a hipótese de que a reserva de memória e raciocínio atua na manutenção do bem-estar, enquanto a presença

de múltiplas condições crônicas e sintomas depressivos reforça a necessidade de abordagens interdisciplinares para preservar a QV no envelhecimento (IRIGARAY; SCHNEIDER, 2008). Foi observada uma associação significativa entre QV e depressão, destacando a saúde mental como um dos principais determinantes da QV, resultado consistente com a literatura sobre depressão em idosos e suas repercussões no bem-estar (DIDONÉ, 2020; MELO 2020). A multimorbidade, também se mostrou associada à pior QV, reforçando evidências de revisões sistemáticas que destacam o impacto cumulativo de doenças crônicas (TAVARES et al., 2016; VIEIRA, 2017).

Os escores médios dos domínios da qualidade de vida avaliados pelo WHOQOL-BREF na amostra foram: domínio físico com média de 63,5 (DP  $\pm$  20,2), domínio psicológico com média de 68,1 (DP  $\pm$ 15,5), relações sociais com média de 74,4 (DP  $\pm$ 14,5) e meio ambiente com média de 64,6 (DP = 14,5). Esses resultados indicam que os idosos apresentaram melhor avaliação nas relações sociais e menor no domínio físico. A análise dos domínios WHOQOL-BREF mostrou um escore médio ligeiramente mais baixo no domínio físico e mais alto no domínio de relações sociais. Isso sugere oportunidades de intervenção em programas de reabilitação funcional, estímulo à atividade física adaptada e estratégias de suporte ambiental, preservando a rede social como recurso de proteção.

#### 4. CONCLUSÕES

O resultado preliminar deste estudo reforça que o declínio de memória e raciocínio compromete de maneira independente a qualidade de vida em idosos não institucionalizados, mesmo após ajuste para variáveis sociodemográficas e clínicas. Sintomas depressivos e multimorbidades emergiram como os fatores de maior impacto negativo na qualidade de vida, corroborando evidências de que a saúde mental e o acúmulo de doenças crônicas são determinantes centrais do bem-estar na velhice (HUSSENOEDER et al., 2020; SACZYNSKI et al., 2022). Por outro lado, a escolaridade apresentou efeito protetor, alinhando-se à hipótese de que boa memória e raciocínio, e as relações sociais mantiveram-se como um recurso relevante para a preservação da qualidade de vida, como apontado em estudos recentes (CHAVES, 2023; SACZYNSKI et al., 2022). Esses resultados ampliam o entendimento sobre a inter-relação entre aspectos de declínio de memória e raciocínio, emocionais e clínicos, destacando a necessidade de abordagens interdisciplinares que integrem promoção da saúde mental, manejo adequado de multimorbidades, programas de estimulação cognitiva, incentivo à escolarização ao longo da vida, fortalecimento das redes de suporte social e comunitário. Considerando o envelhecimento populacional acelerado no Brasil, tais evidências são essenciais para subsidiar políticas públicas efetivas de promoção do envelhecimento saudável e ativo, reduzindo desigualdades em saúde e garantindo maior autonomia aos idosos.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARAMELLI, P.; BARBOSA, M.T. Como avaliar de forma breve e objetiva o estado mental de um paciente? **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 46, n. 4, p. 301-308, 2000.
- CHAVES, E. P. Neurociência cognitiva e envelhecimento. **Rev Neurocienc**, 31(1):45-58, 2023.
- CIOSAK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, 45(2):1763-8, 2011.
- IRIGARAY, Tatiana Quarti; SCHNEIDER, Rodolfo Herberto. Impacto na qualidade de vida e no estado depressivo de idosas participantes de uma universidade da terceira idade. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 25, n. 2, p.213-220, 2008.
- DIDONÉ, Luciana Almeida. Qualidade de vida e suporte social como fatores protetores para sintomas depressivos em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.23, n.6, p. 1-12, 2020.
- FLECK, M.P.A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p.178-183, 2000.
- MELO, Tatiane Lopes de; MELO, Laércio Almeida. Multimorbidade em idosos: prevalência e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 10, HADADA, M. A. et al. Neurofisiologia da memória e do envelhecimento. **J Bras Psiquiatr**, 62(3):203-211, 2013.
- HUSSENOEDER, F. S. et al. Cognitive functioning and quality of life in older adults. **Aging Ment Health**, 24(6):933-940, 2020.
- IBGE. **Censo demográfico 2010**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010
- SACZYNSKI, J. S. et al. Cognitive impairment: an independent predictor of excess mortality. **Ann Epidemiol**, 32(4):287-296, 2022.
- TAVARES, D. M. S. et al. Qualidade de vida de idosos: estudo comparativo entre zona rural e urbana. **Rev Lat Am Enfermagem**, 24:e2736, 2016.
- VIEIRA, E. B. Declínio cognitivo em idosos: impacto na autonomia e na qualidade de vida. **Rev Kairós Gerontologia**, 20(1):89-106, 2017.
- WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley, J.; Kuyken, W. (Eds.). **Quality of Life Assessment: International Perspectives**. Springer, 1994. p. 41-60