



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA



JAQUELINE MARIA DE FRANÇA

**COMPROMETIMENTO COGNITIVO E FATORES
ASSOCIADOS EM IDOSOS LONGEVOS ATENDIDOS NO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

RECIFE

2016

JAQUELINE MARIA DE FRANÇA

**COMPROMETIMENTO COGNITIVO E FATORES ASSOCIADOS EM
IDOSOS LONGEVOS ATENDIDOS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Linha de pesquisa: Envelhecimento e Saúde.

Orientadora: Prof. Dr. Ana Paula de Oliveira Marques
Co-orientador: Prof. Dr. Gilson Edmar Gonçalves e Silva

RECIFE

2016



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA



MESTRADO EM GERONTOLOGIA - DEFESA DE DISSERTAÇÃO

TÍTULO: "Comprometimento Cognitivo e fatores associados em idosos longevos atendidos no Programa de Saúde da Família."

MESTRANDA: **JAQUELINE MARIA DE FRANÇA**
ORIENTADOR: Profa. Dra. Ana Paula de Oliveira Marques
DATA: 15 de Março de 2016.

MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA:
Profa. Dra. Ana Paula de Oliveira Marques (PPGERO/Orientadora);
Profa. Dra. Carla Cabral dos Santos Accioly Lins (PPGERO/Membro Titular Interno);
Profa. Dra. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti (Depto. de Enfermagem /Membro Titular Externo).

PARECER:

*A mestranda atendeu aos pré-requisitos pre-
conizados pelo programa, com pequenas su-
gestões de correção para a entrega do docu-
mento final.*

MENÇÃO

Aprovada

ASSINATURA DA BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Ana Paula de Oliveira Marques
(PPGERO/Orientadora)

Profa. Dra. Carla Cabral dos Santos Accioly Lins
(PPGERO- Membro Titular Interno)

Profa. Dra. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti
(Depto. de Enfermagem - Membro Titular Externo).

Aos meus avós, pais, familiares, esposo e amigos que de muitas formas me incentivaram e ajudaram para que fosse possível a concretização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre estar presente em minha vida derramando bênçãos, me protegendo e guiando em todos os momentos. Obrigado, Pai, por teres me conduzido até aqui com tuas mãos misericordiosas e por todo amor que tens por mim.

Aos meus avós paternos e maternos, em especial os paternos Pedro Nery de França (*in memorian*) e Maria José de França por terem acompanhado passo a passo meu desenvolvimento, crescimento, cada momento de alegria, tristeza, dúvida, medo e tantas outras emoções e sentimentos. Por me ensinar valores preciosos e despertar esse carinho e interesse que tenho por idosos.

Aos meus pais, em especial ao meu pai – José Jerônimo de França (*in memorian*) por ser tudo aquilo que um pai poderia e deveria ser. Sem seu apoio e amor tenho certeza que eu não conseguiria ser o que sou hoje. Diante de tua grandeza não há pós-graduação, mestrado, ou afim que possa ensinar os valores e princípios que deixaste como herança. Te amo muito e gostaria que você tivesse ficado idoso para cuidar de você! A você, o meu eterno agradecimento!

Aos meus tios, em especial titia Sônia e tio Marcos, por todo carinho, dedicação e apoio ao longo da minha vida. Vocês são meus terceiros pais.

Ao meu esposo, Marcelo Leonardo, pelo incentivo, força, amizade, amor, cumplicidade durante todo este tempo em que estamos juntos. Obrigada por participar ativamente de minha vida. Com você tudo fica mais fácil de superar. Obrigada por tudo!

Aos meus irmãos, Jajá, Juninho e Deia, pelos momentos de companheirismo e união. Vocês são muito importantes para mim!

Aos meus cunhados, Cilton, Evellin e Zaine, que me incentivam e apoiam sempre. E a “tia meu amor” Helena, minha sobrinha linda que chegou para alegrar e iluminar nossos dias.

A minha segunda família, Maria José Ferreira e Sebastião Ferreira (*in memoriam*), Elisabete Ferreira, Márcia Bárbara, Robson Oliveira, Maíra Lissa, Gabriela Ranny, Ithan, pelo apoio e carinho.

A todos os familiares que sempre torceram por mim, fico muito grata.

A minha Orientadora, Prof^a. Dr^a. Ana Paula, que faz parte da minha história desde a graduação sempre me apoiando, incentivando e ajudando em tudo que precisava. A cada dia que passa aprendo a admirá-la sempre mais como pessoa e como professora. Obrigada por todo apoio, empenho, paciência e credibilidade. Sem seu apoio e sua tranquilidade eu não teria realizado esse trabalho com tanta leveza e alegria. Obrigada por tudo!

Aos colegas do mestrado conviver é uma arte. Arte de saber respeitar e de aceitar os limites e defeitos do outro. Durante esses dois anos, aprendemos uns com os outros e isso fez com que aprendêssemos também sobre nós mesmos. Todos deram a sua contribuição na construção dessa jornada, deixando um pouco de si e levando um pouco de cada um. Em especial, agradeço a minha amiga Rita Hoffmann que me ajudou desde o processo de seleção até a defesa. Você foi ao longo desses anos uma grande parceira e amiga. Muito obrigada!

Aos mestres pelo ensinamento e disponibilidade, em especial a Prof^a. Dr^a. Márcia Carrera, por todo apoio que sempre me deu ao longo dessa jornada na Universidade que vem desde a monitoria até o mestrado. Você ensina muito com suas atitudes e ações. Como disse Henry Adams “Um professor sempre afeta a eternidade. Ele nunca saberá onde sua influência termina”.

A prof^a. Sandra Carolina Farias pela disponibilidade, atenção, contribuição, gentileza sempre presente quando precisei de você desde a época em que eu era monitora na UnATI até a minha qualificação.

As prof^{as}. Carla Cabral dos Santos Accioly Lins e Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti pelas contribuições, disponibilidade e atenção. A prof^a Carla que participou dos dois processos principais nesse mestrado: minha entrevista para entrar e minha defesa para concluir. Muito obrigada mesmo!!

Aos funcionários, Nalda, Manoel e Isabela, por todo carinho, apoio e disponibilidade. Vocês foram essenciais nesse caminho. A vocês que também fizeram parte dessa história, muito obrigada!

Aos idosos e idosas participantes da pesquisa por permitirem que pudéssemos compartilhar da sua história de vida e proporcionar que este estudo acontecesse. Você me ensinaram mais do que a literatura que existe sobre o envelhecimento, cada um com sua história de vida. Espero chegar aos 100 anos como muito de vocês. Muito obrigada!

Aos funcionários das Unidades de Saúde da Família, em especial a ACS Carminha por sua disponibilidade, que abriram suas portas e nos receberam tão bem, sem pedir nada em troca.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa: Antônio, Edson, Fátima, Marília e Sarah. E aos estudantes da graduação que também conviveram conosco.

Aos meus amigos do NAI, especialmente a Marcilene e Mário, por todo carinho, apoio e disponibilidade. Vocês sempre me ajudaram e ajudam muito. Obrigada!

Aos meus pacientes do NAI que me fazem crescer como pessoa e como profissional a cada dia e me ensinam muito com suas histórias/experiências de vida. Muito obrigada!

Aos idosos da UnATI, na pessoa de Cláudio Laureano, pelos ensinamentos e amizade construída.

Aos meus amigos que sempre estiveram presentes ao longo da minha jornada e com os quais sei que posso contar para o que der e vier como Iranete Ribeiro, Karla Cristina, Lúcia Ferreira, Simone Azevedo, Tereza Caldas, Camila Morgana e Ernando Gouveia.

Aos meus amigos do HRA, em especial a Adeilza, Jeane e Sílvio, por todo apoio que sempre me deram.

Aos meus amigos da Terapia Ocupacional, minha escolha, minha profissão, minha paixão.

A todas as pessoas do meu convívio que acreditaram e contribuíram, mesmo que indiretamente, para a conclusão deste curso. Minha vida não seria tão feliz sem o apoio e a presença de vocês.

MUITO OBRIGADA!

*Daqui a 50 anos eu ainda vou saber seu nome
e vou me lembrar de todas as vezes que você
me fez sorrir. Na minha memória, tão
congestionada - e no meu coração - tão cheio
de marcas e poços - você ocupa um dos
lugares mais bonitos.*

Caio Fernando Abreu

RESUMO

Objetivo: Avaliar o comprometimento cognitivo em idosos longevos assistidos na atenção básica de saúde. **Método:** Estudo descritivo, quantitativo e de corte transversal, integra pesquisa maior intitulada “Envelhecimento bem-sucedido em idosos longevos e fatores associados”. A investigação aconteceu na Microrregião 4.2 assistidos na atenção básica do município do Recife que compreende os bairros do Engenho do Meio e Torrões tendo como critérios de inclusão ter idade mínima equivalente a 80 anos, está cadastrado na Unidade de Saúde da Família e residir na área. Foram excluídos idosos institucionalizados e que possuísem comprometimento de comunicação comprometesse a coleta dos dados. Desse modo, a amostra foi constituída por 119 idosos de ambos os sexos. Utilizou-se para o registro das informações um roteiro de entrevista estruturado com questões fechadas e organizadas em blocos, incluindo: identificação do participante, dados sociodemográficos, condições de saúde e, escalas que avaliaram comprometimento cognitivo (MEEM) e sintomatologia depressiva (GDS). Foi realizada análise dos dados utilizando técnicas de estatística descritiva e inferencial. A análise foi realizada utilizando a abordagem estatística descritiva e analítica. Para a abordagem descritiva foi realizada a distribuição de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas e medidas descritivas como média, mediana, moda e desvio padrão para variáveis contínuas. Na análise estatística inferencial bivariada foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson. Para verificar a associação entre a variável dependente – comprometimento cognitivo - e as variáveis independentes – idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, renda, comorbidades e sintomatologia depressiva – foi realizada uma análise multivariada utilizando um modelo de regressão logístico para determinação da razão de prevalência e seu respectivo intervalo de confiança em nível de 95%. **Resultados:** Dos 119 idosos houve predominância do sexo feminino (76,5%); faixa etária inferior a 85 anos (51,3%); estado conjugal viúvo (a) (63%); escolaridade de 1 a 4 anos de estudo (42,9%); renda de 1 a 2 salários mínimos (79%); a comorbidade diagnosticada em prontuário mais presente é a hipertensão arterial (75,6%); a maioria dos idosos não apresentava sintomatologia depressiva (52,9%), porém mais da metade dos idosos tinha comprometimento cognitivo (58,8%). **Conclusões:** Os idosos longevos aqui investigados apresentaram um alto índice de comprometimento cognitivo, havendo associação estatisticamente significativa entre as variáveis, idade, escolaridade, hipertensão arterial e osteoartrose. Percebe-se que, apesar das dificuldades e limitações enfrentadas pela saúde pública brasileira, muitos idosos conseguem chegar e ultrapassar os 80 anos. Desse modo, é necessário maiores investimentos para a prevenção e cuidados a essa população que possui características de saúde e doença peculiares e, uma melhor preparação para os profissionais que atuam com a mesma para que tenhamos efetivamente um envelhecimento com qualidade de vida.

Palavras-chave: Envelhecimento. Idoso de 80 anos ou mais. Cognição. Comunidade.

ABSTRACT

Objective: To evaluate cognitive impairment in the oldest old assisted in basic health care. **Method:** A descriptive study, quantitative and cross-sectional part of larger research entitled "Successful aging in the oldest old and associated factors." The research took place in Microregion 4.2 assisted in primary care in the city of Recife which includes the neighborhoods of the Middle and Lumps Engenho having as inclusion criteria have minimum age equivalent to 80 years, is registered in the Family Health Unit and reside in the area. institutionalized elderly were excluded and possessing communication commitment compromise data collection. Thus, the sample consisted of 119 elderly of both sexes. It was used to record the information an interview script structured with closed questions and organized in blocks, including: participant identification, sociodemographic data, health conditions and scales that assessed cognitive impairment (MMEE) and depressive symptoms (GDS). data analysis using techniques of descriptive and inferential statistics were performed. The analysis was performed using descriptive and analytical statistical approach. For descriptive approach was carried out the distribution of absolute and relative frequencies for categorical variables and descriptive measures as mean, median, mode and standard deviation for continuous variables. Bivariate inferential statistical analysis was performed using chi-square test of Pearson. To investigate the association between the dependent variable - cognitive impairment - and the independent variables - age, sex, marital status, education, income, comorbidity and depression symptoms - a multivariate analysis was performed using a logistic regression model to determine the prevalence ratio and their respective confidence interval of 95%. **Results:** Of the 119 elderly were predominantly female (76.5%); age less than 85 years (51.3%); widowed marital status (a) (63%); education from 1 to 4 years of education (42.9%); income of 1 to 2 minimum wages (79%); comorbidity diagnosed in more records this is high blood pressure (75.6%); most seniors did not have depressive symptoms (52.9%), but more than half of the elderly had cognitive impairment (58.8%). **Conclusions:** The oldest old investigated here showed a high cognitive impairment index, with a statistically significant association between the variables, age, education, hypertension and osteoarthritis. It is noticed that, despite the difficulties and constraints faced by the Brazilian public health, many older people can reach and exceed 80 years. Thus, it is necessary greater investment in prevention and care to this population that has health characteristics and peculiar disease and better prepare for professionals who work with the same to effectively have an aging with quality of life.

Key-words: Aging. Aged 80 years or more. Cognition. Community.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição de idosos longevos por Equipe de Saúde Família MR 4.2 – Recife/PE, 2014.	31
Tabela 2. Caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas dos idosos longevos assistidos pela ESF da MR 4.2, Recife, 2015.	40
Tabela 3. Caracterização da amostra segundo morbidade diagnosticada em prontuário, sintomatologia depressiva e comprometimento cognitivo em idosos longevos assistidos pela ESF da MR 4.2, Recife, 2015.	41
Tabela 4. Associação entre comprometimento cognitivo e as variáveis sociodemográficas de idosos longevos assistidos pela ESF da MR 4.2 - Análise bivariada – Recife/PE, 2015.	42
Tabela 5. Associação entre comprometimento cognitivo e as condições de saúde de idosos longevos assistidos pela ESF da MR 4.2 – Análise bivariada, Recife/PE, 2015.	43
Tabela 6. Análise ajustada, mediante regressão modelo binário logístico, dos fatores associados ao comprometimento cognitivo em idosos longevos atendidos pela ESF da MR 4.2. Recife/PE, 2015.	44
Tabela 7. Assertividade do modelo ajustado mediante regressão modelo binário logístico, dos fatores associados ao comprometimento cognitivo em idosos longevos atendidos pela ESF da MR 4.2. Recife/PE, 2015.	45

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Pirâmides etárias absolutas	20
Figura 2. Evolução dos grupos etários 2000-2030 – Brasil	21
Figura 3. Evolução da população de 80 anos e mais por sexo – Brasil: 1980 a 2050	22
Figura 4. Espectro do declínio cognitivo	27
Figura 5. Mapa da microrregião 4.2	30
Figura 6. Fluxograma da pesquisa	37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Medicamentos potencialmente capazes de causar alterações cognitivas	26
Quadro 2. Sistemas de Memória	28
Quadro 3. Variáveis independentes da pesquisa	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AO - Osteoartrose

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM – Diabetes Mellitus

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GDS – Geriatric Depression Scale

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

MR – Microrregião

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPGERO – Programa de Pós-Graduação em Gerontologia

RPA – Regiões Político-Administrativas

SPSS - Stastical Package Social for Social Sciences

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

USF – Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
2.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E IDOSOS LONGEVOS	20
2.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE EM IDOSOS LONGEVOS	24
2.3 COGNIÇÃO E ENVELHECIMENTO	26
3 OBJETIVOS	29
3.1 OBJETIVO GERAL	29
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
4 MÉTODO	30
4.1 TIPO DE ESTUDO	30
4.2 LOCAL DO ESTUDO	30
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	31
4.4 AMOSTRA	32
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	32
4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	33
4.7 ELENCO DAS VARIÁVEIS	33
4.8 INSTRUMENTOS DA PESQUISA	34
4.9 COLETA DE DADOS	35
4.10 ANÁLISE DOS DADOS	38
4.11 ASPECTOS ÉTICOS	39
5 RESULTADOS	40
6 DISCUSSÃO	46
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	54
ANEXOS	
1 MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)	60
2 ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS)	62

APÊNDICES

A ROTEIRO DA PESQUISA	64
B TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	66
C CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)	68

1 INTRODUÇÃO

As mudanças no processo de transição demográfica e epidemiológica, ao longo das últimas décadas, provocaram um crescimento acelerado do número de pessoas idosas gerando um aumento na expectativa de vida da população. As projeções da população brasileira para o período de 2000/2060 disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2013a) é que o crescimento populacional continuará até 2042, perfazendo um total de 228,4 milhões de pessoas.

Essas alterações demográficas provocaram mudanças no perfil de morbimortalidade da população e, conseqüentemente, aumentam a necessidade de reestruturação dos modelos assistenciais, visto que, o envelhecimento está associado a fatores biológicos, psicológicos e sociais (GOMES, 2013). Desse modo, o envelhecimento mundial aponta para a necessidade de um olhar diferenciado, evidenciando as peculiaridades desta população, principalmente para o grupo das pessoas com idade equivalente ou superior a 80 anos, designados como idosos longevos, muito idosos ou idosos em velhice avançada.

Os problemas de saúde mais comuns para essa faixa etária em geral são representados por: declínio cognitivo, presença de comorbidades, dependência funcional e depressão. Essas condições de saúde se relacionam entre si e são consideradas importantes preditores de mortalidade. (ROSSET et al., 2011). Ainda percebe-se um aumento das doenças crônicas não transmissíveis que afeta diretamente a funcionalidade e a qualidade de vida dos idosos.

O comprometimento cognitivo é uma das alterações mais significativa na vida de um indivíduo, pois implica em prejuízos em sua independência e autonomia. Porém, o mesmo nem sempre é avaliado de maneira adequada e, geralmente, é associado ao envelhecimento como algo inerente ao processo. Desse modo, torna-se relevante fazer uma avaliação ampla para rastrear o motivo desse déficit para que se identifiquem as possíveis intervenções.

Desta forma, torna-se importante diferenciar o envelhecimento normal do patológico sendo relevante na investigação do comprometimento cognitivo, em função da articulação de diferentes intervenções com necessidades específicas para proporcionar qualidade de vida aos

anos que são acrescentados. Desse modo, há necessidade de verificar a(s) relação(ões), caso exista(m), entre o envelhecimento e o comprometimento cognitivo em idosos longevos.

Nesse estudo foi avaliado o comprometimento cognitivo e os fatores que podem estar relacionados em uma população de idosos com idade igual ou maior a 80 anos, caracterizando a amostra segundo variáveis sociodemográficas e condições de saúde; identificando a prevalência de comprometimento cognitivo entre os idosos; e verificando a associação entre comprometimento cognitivo e as variáveis sexo, idade, situação conjugal, renda, escolaridade, lazer, sintomatologia depressiva e morbidade diagnosticada em prontuário. A hipótese analisada foi: Qual o comprometimento cognitivo apresentado por idosos longevos?

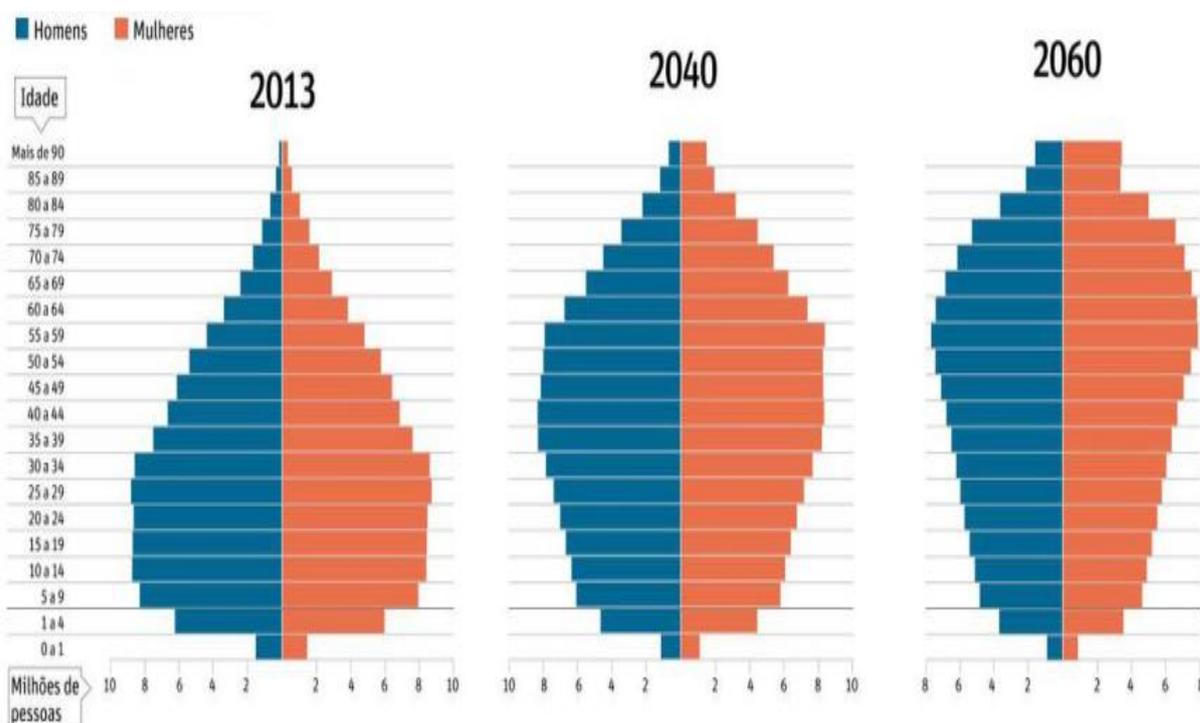
Logo é de fundamental importância que se faça uma abordagem adequada, especialmente na atenção básica de maneira preventiva sabendo-se das implicações que o comprometimento cognitivo provoca e, espera-se que os resultados desse estudo possam contribuir para verificar os fatores de risco e sua relação para o declínio cognitivo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E IDOSOS LONGEVOS

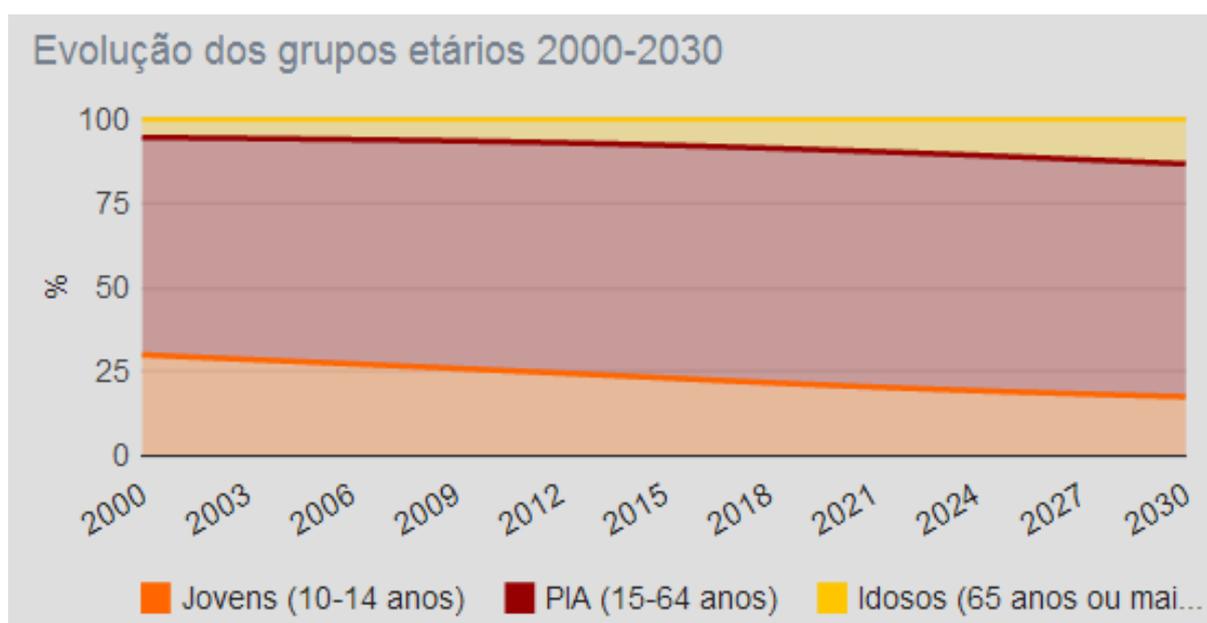
O envelhecimento populacional é um acontecimento mundial e, segundo projeções estatísticas, o Brasil será o sexto país no ranking em termos de população idosa até 2020. A Organização Mundial de Saúde – OMS (2005) considera um indivíduo idoso, nos países desenvolvidos, quando a sua idade é igual ou superior a 65 anos, já nos países em desenvolvimento são aqueles com a idade acima de 60 anos. De acordo com a OMS, as estimativas para o ano de 2050 para a população de 60 anos e mais é de aproximadamente dois bilhões no mundo, onde a maior parte desses estará vivendo em países em desenvolvimento. Vale ressaltar que existirá uma predominância de pessoas idosas com idade acima de 80 anos, como mostra a figura 1 das pirâmides etárias: (NUNES; MENEZES; ALCHIERI, 2010).

Figura 1. Pirâmides etárias absolutas



As projeções da população brasileira para o período de 2000/2060 disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2013a) é que o crescimento populacional continuará até 2042 perfazendo um total de 228,4 milhões de pessoas. Na figura 2 observa-se a evolução dos grupos etários dos brasileiros no período de 2000-2030 ficando evidenciado esse crescimento contínuo:

Figura 2. Evolução dos grupos etários 2000-2030 – Brasil

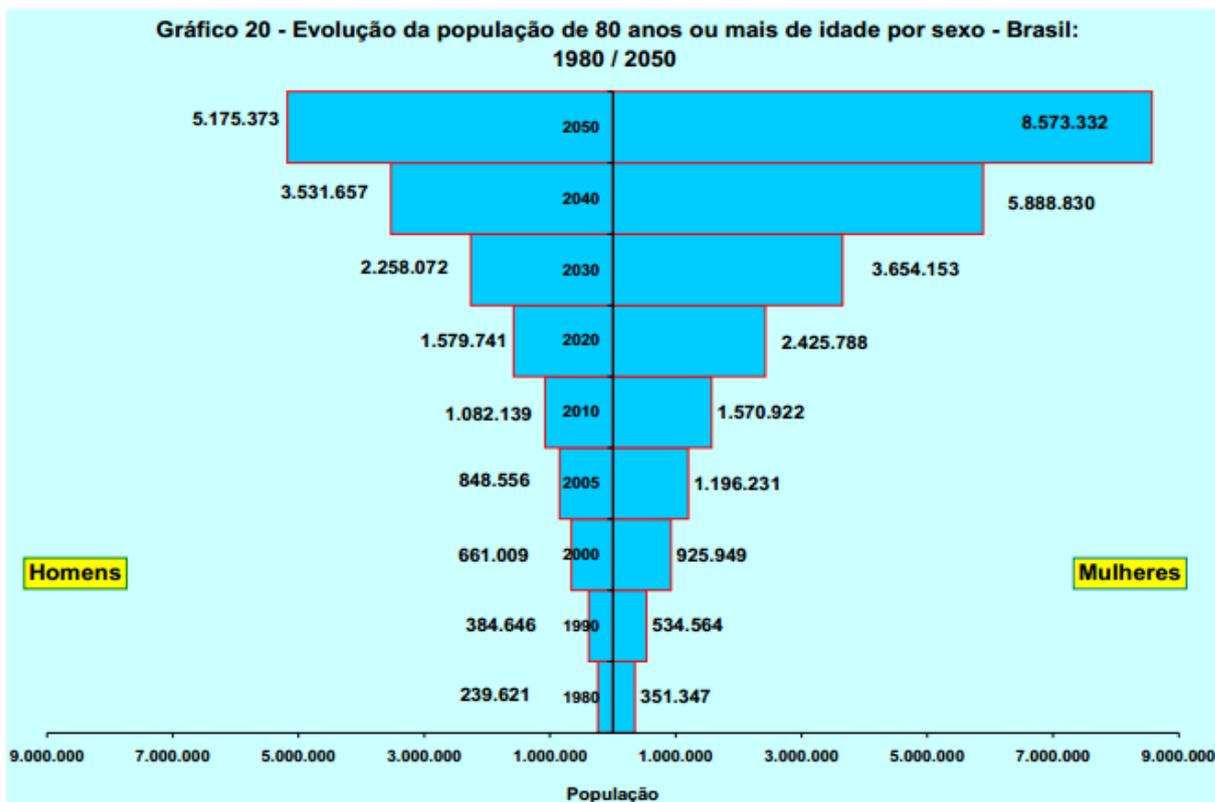


Fonte: IBGE, 2013b.

Essas alterações demográficas geram mudanças no perfil de morbimortalidade da população, aumentando a necessidade de uma reestruturação dos modelos de assistências principalmente aos idosos, visto que, o envelhecimento está associado a fatores biopsicossociais (GOMES, 2013).

O grupo das pessoas mais idosas vem aumentando proporcional e aceleradamente, compondo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, 12,8% da população idosa e 1,1% da população total. A figura 3 apresenta a projeção de crescimento dessa população no intervalo de 70 anos, mostrando o impacto dessas alterações demográficas e epidemiológicas (BRASIL, 2007).

Figura 3. Evolução da população de 80 anos e mais por sexo – Brasil: 1980 a 2050



Segundo Camarano e Kanso (2011), uma pessoa envelhece no mesmo momento em que a sua idade aumenta. Assim, o envelhecimento é um processo irreversível, natural e individual que depende de alguns fatores como a genética e meio ambiente.

O envelhecimento humano é um fato reconhecidamente heterogêneo, influenciado por aspectos socioculturais, políticos e econômicos, em interação dinâmica e permanente com a dimensão biológica e subjetiva dos indivíduos. Desta forma, a chegada da maturidade e a vivência da velhice podem significar realidades amplamente diferenciadas, da plenitude à decadência, da gratificação ao abandono, sobretudo em presença de extremas disparidades sociais e regionais como as que caracterizam o Brasil contemporâneo (ASSIS, 2004, p.11).

Mendes et al. (2009) considera que o envelhecimento é um processo natural que apresenta variadas situações através de mudanças biopsicossociais que acomete os indivíduos e, especialmente, aqueles com sobrevida prolongada. Isto posto, o autor aponta que durante esse período de alterações é necessário adaptar-se e fazer uma reflexão sobre as perdas e os ganhos que obteve sendo a saúde o aspecto mais afetado na concepção da pessoa idosa.

O envelhecimento é um processo que se inscreve na temporalidade do indivíduo, do início ao fim da vida, processo este composto de perdas e ganhos. A velhice, antes vista só como mais uma etapa do ciclo de vida, hoje é considerada como um processo contínuo, em construção. No geral, se costuma ver só o temor à velhice estando esta associada ao pesar, as perdas e a morte (KERTZMAN, 2004).

Logo, a proporção de idosos com 80 anos ou mais provoca uma preocupação ainda maior, devido às implicações decorrentes do processo de envelhecimento, especialmente na área da saúde, pois ocorre um aumento das comorbidades, das alterações cognitivas e do declínio funcional (LOURENÇO et al., 2012). O grupo dos longevos é mais heterogêneo do que o grupo de idosos mais jovens, pois o mesmo pode ser representado por dois extremos: os vigorosos e independentes versus os acamados e dependentes (SCHMIDT, et al. 2009).

Segundo o Censo de 2010, existem cerca de 20.590.597 idosos no Brasil o que corresponde a cerca de 14% onde o grupo de idosos longevos é o segmento populacional que mais cresce. Assim, os octogenários correspondem a 84,7%, os nonagenários a 14,5% e os centenários não chegavam a 1% (IBGE, 2010). Por isto, fica evidenciado que o envelhecimento populacional é um acontecimento complexo que não se restringe apenas a uma modificação de distribuição da população na pirâmide etária, mas com mudanças na vida dos indivíduos, nas estruturas familiares, na demanda por políticas públicas e na distribuição de recursos na sociedade (CAMARANO; KANSO, 2011).

Baseado nas mudanças nas condições de saúde e nos acúmulos dessas morbidades, esse subgrupo provoca uma mobilização significativa na gerontologia por apresentar características bastante heterogêneas, já que embora muitas pessoas acima de 80 anos sigam os padrões esperados de declínio na saúde e na capacidade funcional, alguns são mais resistentes a vários aspectos fisiológicos, emocionais e ambientais (DIPIETRO et. al, 2012). Dessa forma, o aumento de idosos longevos traz grandes desafios e profundas alterações na sociedade e implicações em vários setores desde a economia, os serviços de saúde até o bem-estar social. Considera-se que essas pessoas são mais vulneráveis as patologias e, conseqüentemente, a dependência funcional (NUNES; MENEZES; ALCHIERI, 2010).

2.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE EM IDOSOS LONGEVOS

A longevidade é uma aspiração que o ser humano deseja, porém só é considerada como uma real conquista quando está acompanhada de qualidade aos anos adicionais de vida. Desse modo, a atenção à pessoa idosa deve abranger a prevenção, o cuidado e a integralidade em saúde com foco na capacidade funcional, autonomia, participação, cuidado, auto-satisfação e resignificado para a vida (VERAS, 2009).

O autor acima afirma que o “O Brasil é um “jovem país de cabelos brancos””, pois estamos aumentando o número de pessoas idosas ao mesmo tempo em que cresce o número de indivíduos com doenças crônicas e limitações funcionais.

Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2009, p. 549).

O processo de envelhecimento, geralmente, vem acompanhado pelo declínio das capacidades físicas e cognitivas, que variam de acordo com as características de vida de cada indivíduo. Logo, viver mais pode estar diretamente relacionado às incapacidades, necessidade de cuidados prolongados, dependência, perda de papéis sociais, depressão e falta de um sentido para a própria vida. Um dos maiores e importante desafio a longevidade apresenta é o de conseguir uma maior sobrevida, porém com qualidade de vida (MAUÉS et al., 2010).

O envelhecimento biológico apresenta alterações orgânicas e funcionais, que somados aos fatores sociais e ambientais provocam aumento significativo nas doenças crônicas e de outros agravos, resultando em declínio da funcionalidade (VASCONCELOS; BRUCKI; BUENO, 2007). A funcionalidade é uma interação complexa e dinâmica entre as condições de saúde de um indivíduo e a sua capacidade para exercer as atividades de vida diária (AVD) e de se engajar na vida social sendo influenciada pelas características pessoais e pelos fatores ambientais onde o idoso vive (FARIAS; BUCHALA, 2005).

O comprometimento da funcionalidade provoca implicações significativas na vida desse indivíduo e para todos que estão ao seu redor, além de gerar custos para o sistema de saúde e, conseqüentemente, deixá-lo mais vulnerável (ALVES et al., 2007). As doenças que mais afetam a funcionalidade e provocam incapacidade são as degenerativas e crônicas que estão presentes, geralmente, em idades mais avançadas comprometendo sua qualidade de vida e a dos seus familiares (RABELO; CARDOSO, 2007).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortes no mundo e têm aumentado o número de mortes prematuras, ocasionando perda de qualidade de vida com limitação nas atividades gerais do indivíduo, bem como impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade (BRASIL, 2011).

Essas doenças prevalecem entre os mais velhos e são necessárias ações para a promoção de saúde e prevenção de complicações. Dentre as mais comuns nesse grupo etário temos a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), doenças cardiovasculares e neurológicas que influenciam as condições de saúde e, principalmente, as funções cognitivas.

A depressão é outra doença que pode incapacitar e influenciar fortemente na funcionalidade, além de está associada às doenças crônicas. Ela é caracterizada como um distúrbio multifatorial da área afetiva ou do humor envolvendo aspectos biopsicossociais, tendo como sintomas o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer na execução das atividades, podendo provocar comprometimento cognitivo (CARREIRA et al., 2011).

As doenças mentais que são mais prevalentes na população idosa estão relacionadas a fatores intrínseco-extrínsecos e ocasionam déficits na capacidade cognitiva como alterações de memória, raciocínio lógico, linguagem, orientação tempo espacial, nas relações afetivas e na personalidade (CONVERSO, 2007).

Clemente e Ribeiro-Filho (2008) ressaltam a importância de uma avaliação ampla e aprofundada da pessoa idosa devido à polifarmácia que faz parte do seu cotidiano, já que muitos apresentam comorbidades. Dentre as patologias que acometem o indivíduo no processo de envelhecimento, várias são controladas com medicações que podem interferir na

cognição, como é apresentado no Quadro 1. Esses medicamentos podem potencializar o comprometimento cognitivo provocando alterações no comportamento do idoso.

Quadro 1. Medicamentos potencialmente capazes de causar alterações cognitivas

Cardiovasculares: betabloqueadores, diuréticos, digitálicos, metildopa, hidralazina.
Psicotrópicos: benzodiazepínicos, antidepressivos, hipnóticos e sedativos.
Anticonvulsivantes: fenobarbital, fenitoína e carbamazepina.
Analgésicos e anti-inflamatórios: anti-inflamatórios não hormonais, corticosteroides e derivados de morfina.
Antiparkinsonianos: anticolinérgicos, levodopa, amantadina.
Outros: antiespasmódicos, antitussígenos, antidiarreicos, antibióticos, quimioterápicos, cimetidina, omeprazol.

Fonte: Clemente; Ribeiro-Filho (2008).

Já que a idade avançada é o principal fator de risco para a maioria das doenças crônicas, se faz necessário uma avaliação global do indivíduo para identificarmos quais fatores está interferindo na vida do mesmo e, a partir daí proporcionar que este idoso possa conduzir sua vida com autonomia e independência desde que mantenha as habilidades físicas e cognitivas necessárias (VERAS, 2009).

2.3 COGNIÇÃO E ENVELHECIMENTO

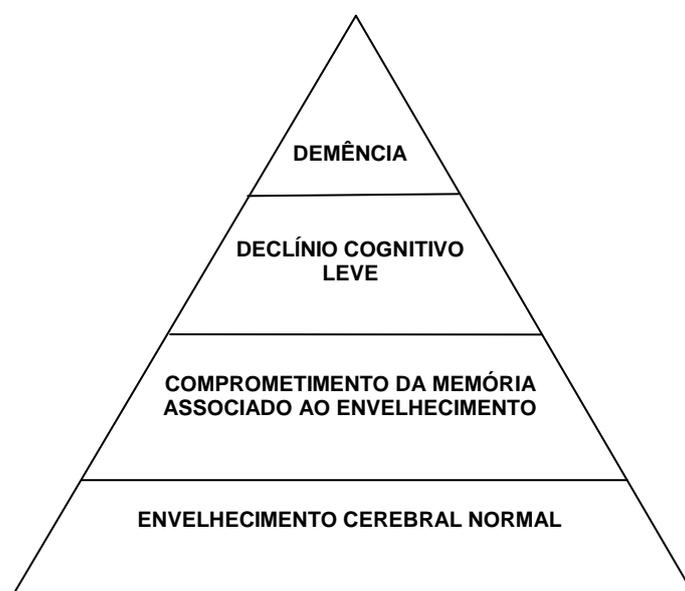
O processo de envelhecimento é acompanhado pelo declínio gradual de algumas funções cognitivas, sendo a principal a memória. As reclamações sobre esquecimento e queixas de memória são comuns entre os idosos, porém estes podem indicar outros problemas de saúde como depressão, ansiedade, ou até mesmo alteração cognitiva.

Alterações características do envelhecimento levam aos déficits cognitivos comumente observados como naturais no envelhecimento: esquecimento de fatos recentes, dificuldades de cálculo, alterações de atenção. Muitas vezes, a perda só pode ser observada se o paciente requer mais de sua memória que o comum; pessoas com uma rotina estabelecida, sem necessidade de muita atividade intelectual, só perceberá quando a perda for mais pronunciada, o que pode atrasar o diagnóstico de algo mais grave (NORDON et al., 2009, p. 5).

Logo, evidencia-se que durante o envelhecimento, naturalmente, existe redução nas habilidades cognitivas se comparados com o desempenho de indivíduos em faixa etárias diferentes, porém devido a dificuldade em diferenciar o envelhecimento normal de uma demência em estado inicial é necessário uma atenção maior e a busca por profissionais preparados para realizar uma avaliação ampla.

Na figura 4 verifica-se um espectro contínuo entre o envelhecimento normal e a demência, podendo ser observado que entre os dois extremos aparecem o “comprometimento da memória associado ao envelhecimento” e o “declínio cognitivo leve” (CARMO, 2009).

Figura 4. Espectro do declínio cognitivo



Fonte: Carmo, 2009.

Alvarez (2006) define a memória como sendo a capacidade de armazenar todas as formas de conhecimento vivenciado pelos indivíduos em suas relações com o meio ambiente. Logo, a memória é parte do indivíduo, onde a partir dela existe a produção de uma história, de uma sequência cronológica dos fatos. Assim, “os processos de memória podem ser subdivididos em três operações básicas: codificação (entrada), armazenamento (manutenção) e evocação (acesso e produção) cada uma representando um estágio no processamento da

memória” (CHARCHAT; MOREIRA, 2008, p. 53). No Quadro 2 verificam-se os sistemas de memória e quais são as atividades relacionadas aos mesmos.

Quadro 2. Sistemas de Memória

Sistemas de Memória	Exemplos
Memória episódica	Lembrar-se de uma pequena história, ou o que comeu no jantar na noite anterior, ou o que fez no último aniversário.
Memória semântica	Saber a cor de um leão. Saber a diferença entre o garfo e a colher.
Memória de procedimentos	Mudança de marchas ao dirigir um carro. Andar de bicicleta. Ler.
Memória de trabalho	Realização de cálculos matemáticos.

Fonte: Clemente; Ribeiro-Filho (2008).

Chariglione (2014) aponta que no envelhecimento normal temos um declínio gradual das funções cognitivas relacionados diretamente a processos neurológicos de acordo com a idade, sendo as perdas de memória as mais evidentes. Para Argimon e Stein (2005, p. 64) “o déficit cognitivo em idosos consiste em lentidão leve, generalizada e perda de precisão, quando estes são comparados com pessoas mais jovens, e pode ser medido por testes objetivos que relacionem situações do cotidiano”. Além dos fatores genéticos, demográficos, a idade, a escolaridade e as doenças crônicas podem causar comprometimento cognitivo em pessoas idosas.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o comprometimento cognitivo apresentado por idosos longevos assistidos na atenção básica.

3.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar a amostra segundo variáveis sociodemográficas e condições de saúde (sintomatologia depressiva e morbidade diagnosticada em prontuário);
- ✓ Identificar a prevalência de comprometimento cognitivo entre os idosos;
- ✓ Verificar a associação entre comprometimento cognitivo e as variáveis investigadas.

4 MÉTODO

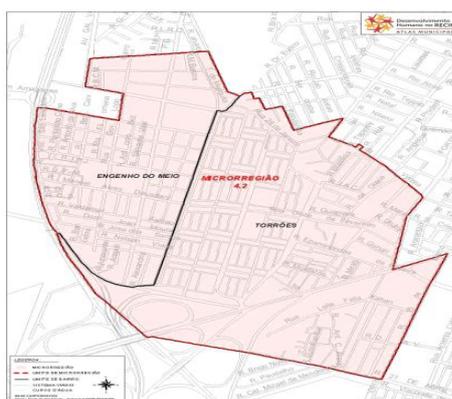
4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, quantitativo e de corte transversal (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003). Esse tipo de estudo apresenta como vantagens o baixo custo, tempo reduzido para sua execução, maior facilidade na representatividade de uma população, além de ser uma boa fonte de hipóteses. Tem como desvantagens a impossibilidade de determinação do que ocorre primeiro (causa – efeito) não abrangendo a incidência, não mostra o risco absoluto, os fatores do passado e a duração da doença (SITTA, et al., 2010).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A cidade do Recife encontra-se dividida em seis Regiões Político-Administrativas (RPA), que por sua vez, são subdivididas em três microrregiões (MR) cada uma. A investigação aconteceu na RPA 4 centrando-se na MR 4.2 que compreende os bairros do Engenho do Meio e Torrões (Figura 5). No primeiro, predominam as casas residenciais unifamiliares de padrão médio, no segundo a predominância é de famílias de baixa renda (RECIFE, 2005). A rede pública de serviços de saúde da RPA-4 compreende unidades dos diversos níveis de atenção.

Figura 5. Mapa da microrregião 4.2



Fonte: Recife, 2005.

Além da diversidade socioeconômica verificada nos bairros da Microrregião escolhida, condição que fortalece a validade externa da pesquisa, a escolha justifica-se pelo fato de ser a RPA-4 um território onde se acha instalado o Campus Recife da Universidade Federal de Pernambuco, constituindo-se em campo de ensino e de pesquisa desta instituição de ensino superior, mediante acordos firmados com a Secretaria de Saúde do Recife. Esta condição de proximidade geográfica, associada ao acúmulo de informações aportado pela experiência de atuação institucional na área em questão, favorece o deslocamento e o trabalho dos pesquisadores.

A MR 4.2 localiza-se na porção centro-oeste de Recife, possui uma extensão territorial de 2,5 Km² e dista 7,5 Km do Marco Zero da cidade. Segundo dados do censo de 2010, a área possui 42.226 habitantes, correspondendo a 2,75% da população do Recife. O número de pessoas acima de 60 era equivalente a 4.319 indivíduos (10,23%).

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população correspondeu a 485 pessoas idosas, com idade equivalente ou superior a 80 anos, de ambos os sexos, não institucionalizadas, residentes na área de abrangência da MR 4.2 e assistidas nas Unidades de Saúde da Família (USF), segundo levantamento realizado pelos pesquisadores junto aos prontuários disponíveis nas diversas USF. A distribuição de idosos longevos por Equipe de Saúde da Família encontra-se descrita na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição de idosos longevos por Equipe de Saúde Família MR 4.2 – Recife/PE, 2015.

Equipe de Saúde Família	Idosos Assistidos N	(%)
Engenho do Meio	251	51,7
Roda de Fogo Cosirof	76	15,7
Roda de Fogo Macaé	32	6,6
Roda de Fogo Sinos	20	4,1
Sítio das Palmeiras	106	21,9
TOTAL	485	100

Fonte: Levantamento em prontuário realizado pelos pesquisadores (2015).

4.4. AMOSTRA

A presente pesquisa está vinculada a um projeto maior intitulado “Envelhecimento bem-sucedido em idosos longevos e fatores associados”, do grupo de pesquisa Saúde do Idoso da Universidade Federal de Pernambuco. Para a seleção dos participantes foi empregada à técnica de amostragem aleatória sistemática a partir do universo de idosos longevos cadastrados e assistidos pelas cinco USF que foram encontrados no levantamento. A amostra foi calculada utilizando-se a fórmula para populações finitas:

$$n = \left(\frac{Z_{\alpha/2} \cdot \sigma}{E} \right)^2$$

Onde:

n = número de indivíduos na amostra;

N = total populacional;

σ = desvio-padrão populacional da variável estudada;

$Z_{\alpha/2}$ = valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado;

E = margem de erro.

Considerando $N = 485$ idosos, $\sigma = 31,3196$; $Z_{\alpha/2} = 1,96$ e $E = 5,4345$, o tamanho amostral necessário foi de 101 idosos, considerando possíveis perdas na coleta dos dados aumentou-se o número da amostra, totalizando, ao final, 119 voluntários.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para participação no estudo:

- ✓ Indivíduos de ambos os sexos, com idade mínima de 80 anos;
- ✓ Idosos cadastrados em uma das unidades de Saúde da Família da MR 4.2 e residir na área.

4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- ✓ Idosos institucionalizados;
- ✓ Idosos com comprometimento de comunicação que possam comprometer a coleta dos dados.

4.7 ELENCO DAS VARIÁVEIS

A **variável dependente** correspondeu ao comprometimento cognitivo, avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental - MEEM validado para o Brasil por Bertolucci (1994). O MEEM é uma escala de rastreio e/ou avaliação do estado mental que pode detectar perdas cognitivas com escore de 0-30 considerando o nível de escolaridade e habilidades prévias do indivíduo. Este instrumento não serve para o diagnóstico sendo necessária uma avaliação ampla e detalhada. O idoso foi identificado nessa escala com ausência ou presença de comprometimento cognitivo.

As **variáveis independentes** encontram-se detalhadas no quadro abaixo:

Quadro 3. Variáveis independentes da pesquisa

Variáveis	Definição	Categorização
Idade	Considerada em anos completos a partir da data de nascimento e data da coleta de dados	Para fins de análise será categorizado em faixas etárias
Sexo	Variável autoexplicativa	Masculino Feminino
Situação conjugal	Situação de um indivíduo em relação ao matrimônio	Solteiro (a) Casado ou tem companheiro (a) Viúvo (a) Separado (a) ou divorciado (a)
Escolaridade	Anos de estudo com aprovação	Analfabeto 1-4 anos 5-8 anos 9-11 anos > 11 anos

Renda	Renda mensal do idoso em salários mínimos (SM)	Sem renda < 1 SM 1 —— 2 SM 2 —— 4 SM > 4 SM
Comorbidades	Diagnóstico em prontuário para as seguintes morbidades: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); Diabetes Mellitus (DM); Doenças Cardiovasculares (DCV); Doenças Neurológicas (DN)	Presente Ausente
Sintomatologia Depressiva	Condição avaliada conforme a escala de YESAVAGE (1983)	Presente Ausente

Fonte: Autor.

4.8 INSTRUMENTOS DA PESQUISA

O registro das informações foi feito utilizando-se um roteiro de entrevista estruturada com questões fechadas e organizadas em blocos (APÊNDICE A), incluindo: dados de identificação, sociodemográficos e condições de saúde. Para a presença/ausência de comprometimento cognitivo e de sintomatologia depressiva foram utilizadas escalas validadas (ANEXO 1 e 2).

O comprometimento cognitivo foi avaliado a partir do MEEM que é uma escala de avaliação do estado mental com escore de 0-30 e quanto menor o escore maior o comprometimento cognitivo. Considera o nível de escolaridade e habilidades prévias do indivíduo sendo semi-estruturado e contendo questões agrupadas em sete blocos: orientação temporal, orientação espacial, registro de três palavras, atenção e cálculo, memória de evocação, linguagem e capacidade construtiva visual (LEITE, et al, 2012).

O MEEM envolve respostas verbais e não verbais. Os subtestes verbais avaliam a orientação espaço-temporal, a memória imediata, a evocação e memória de procedimento, a atenção e a linguagem; os subtestes não verbais medem a coordenação perceptivo-motora e a compreensão de instruções (SOUZA, et al., 2011).

Ao ser validado para o Brasil, Bertolucci et al. (1994) identificaram a escolaridade como o fator que mais teve influência no desempenho dos indivíduos, justificando o uso de escores diferenciados de corte. Neste trabalho foram escolhidos os seguintes cortes: para analfabetos 13 pontos; até oito anos de estudo 18 pontos e acima de oito anos de escolaridade 26 pontos devido à faixa etária, pois apresentam um índice significativo de analfabetismo e baixa escolaridade.

Para avaliação da sintomatologia depressiva foi utilizada uma escala denominada Geriatric Depression Scale - GDS versão abreviada de Yesavage. (YESAVAGE, 1983). É um instrumento para rastreio de transtornos de humor composto por 15 itens mais relacionados com o diagnóstico de depressão. A pontuação dessa escala é realizada da seguinte maneira: marca-se 0 (zero) quando a resposta for diferente do exemplo explicitado entre parênteses e 1 (um) quando a resposta for igual ao exemplo do parênteses. Caso o resultado for abaixo de 5 pontos significa ausência de depressão, entre 5 e 10 pontos corresponde a depressão menor e acima de 10 pontos depressão maior.

4.9 COLETA DE DADOS

Inicialmente foi pactuada a viabilidade de execução da Pesquisa Envelhecimento Bem-Sucedido em Idosos Longevos e Fatores Associados, junto a Gerência Geral do Distrito Sanitário IV, com posterior envio ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPE sob CAAE nº 34900514.0.0000.5208. O projeto aqui apresentado está vinculado à pesquisa anteriormente referida.

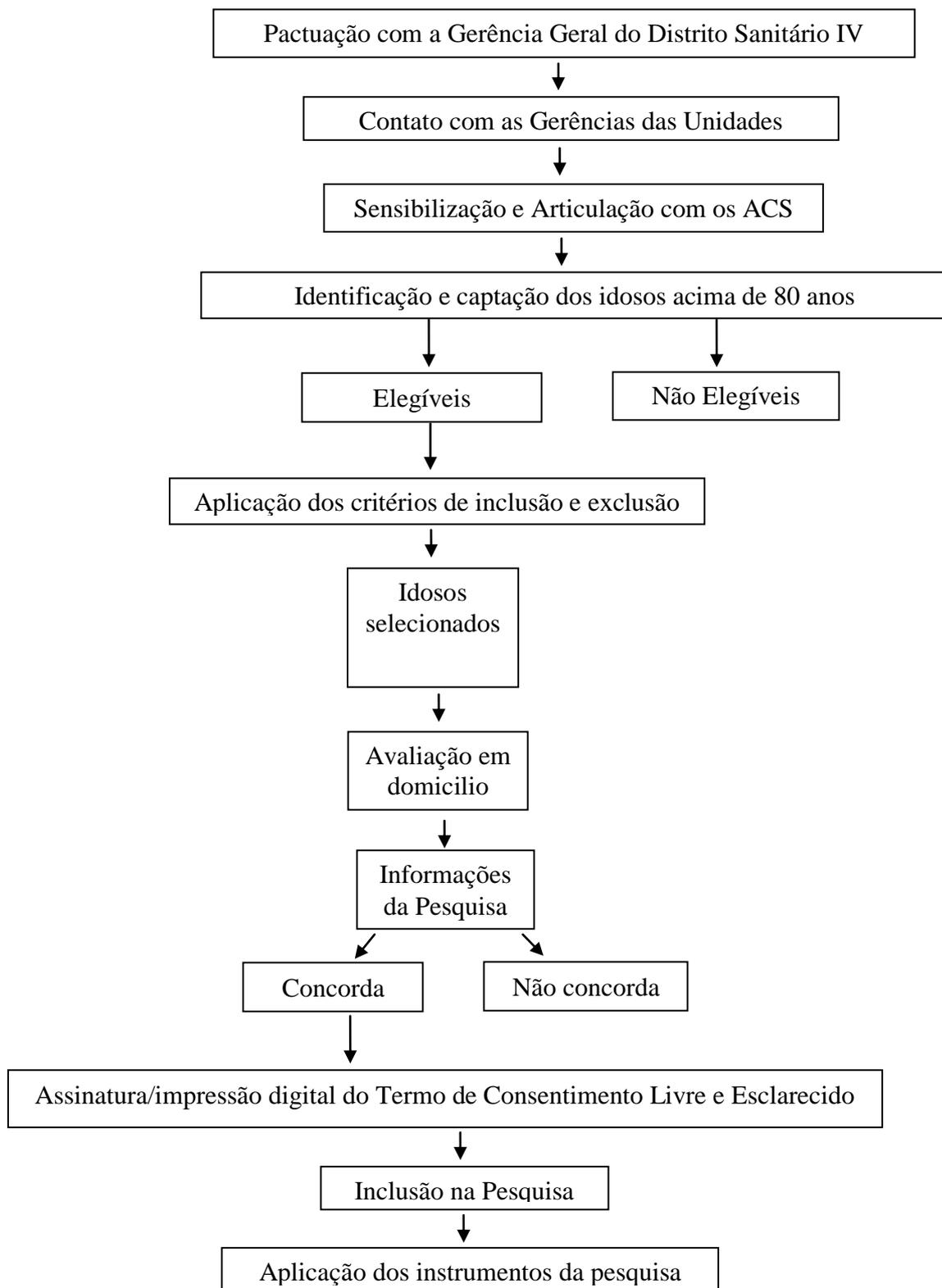
Em seguida, as Gerências das Unidades de Saúde foram contactadas com vistas à exposição dos objetivos da pesquisa e necessidade de articulação junto aos agentes comunitários de saúde (ACS) para operacionalização do trabalho de campo.

Paralelamente, aconteceu o treinamento da equipe executora da pesquisa composta por: 06 discentes de Pós-Graduação (Mestrado Acadêmico), sendo 04 bolsistas de Iniciação Científica e 01 bolsista de Extensão, 05 estudantes de graduação, quanto à utilização dos instrumentos da pesquisa e técnica de entrevista.

Foi realizada uma visita a cada USF da MR 4.2 tendo por objetivo sensibilizar os ACS, no apoio à identificação da população acima de 80 anos cadastrada na área. Após identificação da população do estudo foram agendadas as entrevistas no ambiente domiciliar.

Anterior ao início da entrevista existiu um momento de apresentação do entrevistador e o idoso, que foi resguardado, visando garantir privacidade e minimizar possíveis constrangimentos durante a coleta dos dados. Em seguida, foi realizada a leitura compassada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), com orientações sobre os objetivos da pesquisa, procedimentos operacionais, garantia de preservação do anonimato e continuidade do atendimento em caso de recusa à participação.

Os idosos que concordaram em participar do estudo foram solicitados a assinar ou ter sua impressão digital no documento. O fluxograma da pesquisa encontra-se descrito abaixo.

Figura 6. Fluxograma da pesquisa

Fonte: Autor.

4.10 ANÁLISE DOS DADOS

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, quantitativo e de corte transversal com a amostra constituída por 119 idosos. Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário estruturado, com dados sociodemográficos, local de residência e sintomatologia depressiva. A presença de comprometimento cognitivo foi avaliada por meio da Escala de MEEM.

Para o gerenciamento dos dados foi utilizado o programa Statistical Package Social for Social Sciences (SPSS), versão 19.0. Terminada a coleta, os dados foram introduzidos em um banco de dados com digitação em dupla entrada no programa estatístico, sendo conferidos visando a excluir possíveis inconsistências. A análise foi realizada utilizando a abordagem estatística descritiva e analítica. Para a abordagem descritiva foi realizada a distribuição de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas e medidas descritivas como média, mediana, moda e desvio padrão para variáveis contínuas.

Na abordagem analítica realizou-se análise bivariada utilizando o teste do qui-quadrado de Pearson (χ^2), para se observarem as possíveis associações existentes entre as variáveis independentes e as dependentes, determinando-se nesse passo quais as relações 2 a 2 entre as variáveis. Considerou-se um nível de significância de 10% para os testes de associação realizados, ou seja, foram consideradas variáveis com associação a variável dependente só apenas aquelas que tiveram significância estatística nesse nível ($p < 0,10$).

Após a análise bivariada foi feita a análise multivariada utilizando um modelo de regressão logístico para determinação da razão de prevalência e seu respectivo intervalo de confiança em nível de 95%. A apresentação dos resultados atendeu às normas recomendadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT: NBR 14724.

4.11 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa está vinculada ao projeto intitulado “ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO EM IDOSOS LONGEVOS E FATORES ASSOCIADOS”, que foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco sob CAAE nº 34900514.0.0000.5208.

Os idosos que concordaram em participar da pesquisa assinaram ou fizeram a impressão digital em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - APÊNDICE C). Esse contém informações referentes aos procedimentos da pesquisa e seus objetivos. Os idosos também foram informados de que o estudo não oferece riscos ou danos previsíveis para sua saúde e que sua identidade será mantida em sigilo, por ocasião da publicação dos resultados e de que poderão se recusar a participar e se retirar desta em qualquer momento, sem qualquer prejuízo a sua assistência na atenção básica.

5 RESULTADOS

A amostra que atendeu aos critérios de inclusão estabelecidos na pesquisa correspondeu a 119 idosos. As características sociodemográficas (sexo, idade, situação conjugal, escolaridade e renda) desses idosos encontram-se na tabela 2. Observa-se que há uma predominância do sexo feminino (76%), faixa etária menor que 85 anos (51%), estado conjugal viúvo (a) (63%). Quanto à escolaridade em torno de 43% possui de 1 a 4 anos de estudo e 79% recebem de 1 a 2 salários mínimos de renda mensal.

Tabela 2. Caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas dos idosos longevos assistidos pela ESF da MR 4.2, Recife, 2015.

		Frequência	%
Sexo	Masculino	28	24
	Feminino	91	76
	Total	119	100,0
Idade	Menos que 85 anos	61	51
	85 - 90	46	39
	90 anos ou mais	12	10
	Total	119	100,0
Situação Conjugal	Solteiro (a)	12	10
	Casado (a) ou tem Companheiro (a)	27	23
	Viúvo (a)	75	63
	Separado (a) ou Divorciado (a)	5	4
	Total	119	100,0
Escolaridade	Analfabeto	40	34
	1-4 anos	51	43
	5-8 anos	23	19
	9-11 anos	5	4
	Total	119	100,0
Renda	Menos de 1 salário mínimo (Até R\$ 724,00)	16	13
	De 1-2 salários mínimos (De R\$724,00 a R\$1.448,00)	94	79
	De 2-4 salários (De R\$ 1.448,00 a R\$ 2.896,00)	8	7
	Mais de 4 salários (Mais de R\$ 2.896,00)	1	1
	Total	119	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A Tabela 3 caracteriza a amostra segundo as variáveis: morbidade diagnosticadas em prontuário, sintomatologia depressiva e comprometimento cognitivo. A morbidade predominante entre os idosos foi a HAS (76%) sendo a neoplasia (2%) a de menor incidência. Em relação à sintomatologia depressiva, não foi possível aplicar o GDS em 11 idosos* restando da amostra 98 onde destes 64% dos idosos não apresentavam depressão. O comprometimento cognitivo estava presente em 59% dos idosos.

Tabela 3. Caracterização da amostra segundo morbidade diagnosticada em prontuário, sintomatologia depressiva e comprometimento cognitivo em idosos longevos assistidos pela ESF da MR 4.2, Recife, 2015.

			Frequência	%
Morbidade com diagnóstico	Hipertensão Arterial	Presente	90	76
	Sistólica	Ausente	29	24
Total			119	100,0
	Diabetes Mellitus	Presente	38	32
		Ausente	81	68
Total			119	100,0
	Doenças cardiovasculares	Presente	29	24
		Ausente	90	76
Total			119	100,0
	Osteoporose	Presente	26	22
		Ausente	93	78
Total			119	100,0
	Osteoartrose	Presente	24	20
		Ausente	95	80
Total			119	100,0
	Doenças neurológicas	Presente	8	7
		Ausente	111	93
Total			119	100,0
	Doenças respiratórias	Presente	11	9
		Ausente	108	91
Total			119	100,0
	Neoplasia	Presente	3	2
		Ausente	116	98
Total			119	100,0
Depressão	Presente		35	36
	Ausente		63	64
	Total		98*	100,0
Comprometimento Cognitivo	Com comprometimento		70	59
	Sem comprometimento		49	41
	Total		119	100,0

Fonte: dados da pesquisa, 2015.

A análise do modelo ajustado mostrou que as variáveis mais influentes no comprometimento cognitivo corresponderam à escolaridade, situação conjugal, hipertensão arterial sistólica e osteoartrose. Na tabela 4, pode-se observar que há associação estatística entre as variáveis comprometimento cognitivo, situação conjugal e escolaridade.

As variáveis HAS e AO apresentaram p-valor = 0,081 e P-valor = 0,093 respectivamente. Considerando um nível de significância de 5% pode-se afirmar a princípio que não há associação dessas variáveis com o Comprometimento Cognitivo. Porém, nota-se que as variáveis consideradas sem associação com a variável dependente tiveram um P-valor próximo ao nível de significância adotado. Ao estudarmos a correlação entre as variáveis independentes (Tabela 6 - matriz de correlação) percebe-se que essas variáveis estão associadas com outras variáveis independentes.

Tabela 4. Associação entre comprometimento cognitivo e as variáveis sociodemográficas de idosos longevos assistidos pela ESF da MR 4.2 - Análise bivariada – Recife/PE, 2015.

		Comprometimento Cognitivo				P-valor
		Sem Comprometimento		Com Comprometimento		
		Frequência	%	Frequência	%	
Idade (anos)	< 85	9	14,8%	52	85,2%	0,455
	85 - 90	5	10,9%	41	89,1%	
	≥90	3	25,0%	9	75,0%	
Sexo	Masculino	6	21,4%	22	78,6%	0,217
	Feminino	11	12,1%	80	87,9%	
Situação conjugal	Solteiro (a)	3	25,0%	9	75,0%	0,083**
	Casado (a) ou tem Companheiro (a)	7	25,9%	20	74,1%	
	Viúvo (a)	6	8,0%	69	92,0%	
	Separado (a) ou Divorciado (a)	1	20,0%	4	80,0%	
Escolaridade (anos de estudo)	0	0	,0%	40	100,0%	<0,001**
	1-4	8	15,7%	43	84,3%	
	5-8	5	21,7%	18	78,3%	
	9-11	4	80,0%	1	20,0%	
Renda (salários)	< 1	2	12,5%	14	87,5%	0,272
	1 - 2	12	12,8%	82	87,2%	

mínimos*)	2 - 4	3	37,5%	5	62,5%
	> 4	0	,0%	1	100,0%

Fonte: dados da pesquisa, 2015.

* Salário mínimo vigente em 2015: R\$ 724,00.

** Correlação de Person

Na tabela 5, pode-se observar que há associação estatística entre a variável comprometimento cognitivo, HAS e OA.

Tabela 5. Associação entre comprometimento cognitivo e as condições de saúde de idosos longevos assistidos pela ESF da MR 4.2 – Análise bivariada, Recife/PE, 2015.

		Comprometimento Cognitivo				P-valor
		Com Comprometimento		Sem Comprometimento		
		Frequência	%	Frequência	%	
Depressão	Ausente	8	12,7%	55	87,3%	0,4051
	Presente	3	7,5%	37	92,5%	
Hipertensão Arterial Sistólica	Ausente	7	24,1%	22	75,9%	0,081
	Presente	10	11,1%	80	88,9%	
Diabetes Mellitus	Ausente	13	16,0%	68	84,0%	0,422
	Presente	4	10,5%	34	89,5%	
Doença Cardiovascular	Ausente	12	13,3%	78	86,7%	0,601
	Presente	5	17,2%	24	82,8%	
Osteoporose	Ausente	12	12,9%	81	87,1%	0,415
	Presente	5	19,2%	21	80,8%	
Osteoartrose	Ausente	11	11,6%	84	88,4%	0,093
	Presente	6	25,0%	18	75,0%	
Doenças Neurológicas	Ausente	16	14,4%	95	85,6%	0,881
	Presente	1	12,5%	7	87,5%	
Doenças Respiratórias	Ausente	16	14,8%	92	85,2%	0,605
	Presente	1	9,1%	10	90,9%	
Neoplasias	Ausente	16	13,8%	100	86,2%	0,340
	Presente	1	33,3%	2	66,7%	

Ao gerar o modelo pode-se notar que assim como as outras variáveis explicativas utilizadas, HAS e AO, apresentam nível de significância menor que 5% e IC (95%) que não cobrem o valor 0 (zero), ou seja, apesar de individualmente essas variáveis não apresentarem associação com o Comprometimento Cognitivo, conjuntamente com a variável situação conjugal e escolaridade, elas são importantes nas estimativas dos coeficientes e, consequentemente, na assertividade do modelo ajustado.

Na tabela 6 apresenta-se o resultado do modelo binário logístico que explica a variável dependente - Comprometimento Cognitivo. A variável que apresentou a maior precisão foi situação conjugal e, a mais influente correspondeu à escolaridade por apresentar o maior coeficiente estimado.

Tabela 6. Análise ajustada, mediante regressão modelo binário logístico, dos fatores associados ao comprometimento cognitivo em idosos longevos atendidos pela ESF da MR 4.2. Recife/PE, 2015.

	B	Erro Padrão	Graus de Liberdade	Sig.	Exp(B)	IC com 95% de Confiança	
						Limite Inferior	Limite Superior
Situação conjugal	,438	,392	1	,264	1,549	,719	3,340
Escolaridade	-1,609	,436	1	,000	,200	,085	,470
Hipertensão Arterial Sistólica	1,574	,758	1	,038	4,826	1,092	21,332
Osteoartrose	-1,791	,782	1	,022	,167	,036	,772
Constant	3,918	1,839	1	,033	50,291		

A assertividade foi verificada por meio do modelo ajustado (Tabela 7) com os resultados comparados da estimativa e dos valores reais da variável dependente. A assertividade total foi de aproximadamente 88,2% dos casos, embora quando se observa somente pessoas com comprimento cognitivo é constatado que a assertividade sobe para aproximadamente 96,1%.

Tabela 7. Assertividade do modelo ajustado mediante regressão modelo binário logístico, dos fatores associados ao comprometimento cognitivo em idosos longevos atendidos pela ESF da MR 4.2. Recife/PE, 2015.

		<u>Comprometimento Cognitivo</u>		Percentual Correto (%)
		Ausente	Presente	
Comprometimento Cognitivo	Ausente	7	10	41,2
	Presente	4	98	96,1
Percentual Total				88,2

6 DISCUSSÃO

O Brasil, assim como outros países, tem passado por várias mudanças no perfil demográfico da população com aumento da expectativa de vida. Essas modificações aconteceram em função de avanços técnico-científicos que permitiram uma melhoria na qualidade de vida e maior longevidade, com conseqüente aumento no número de indivíduos mais velhos, sobretudo àqueles com 80 anos ou mais (PEREIRA et al., 2014). A cada ano percebe-se que existem mais longevos em nossa sociedade, sendo esta faixa etária a que mais cresce em termos proporcionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

Fortes e Rabelo (2010) afirmaram existir variabilidade intra e interindividual no funcionamento de diferentes áreas de cada indivíduo, existindo a possibilidade de declínio, bem como o aperfeiçoamento das mesmas. Soares, Coelho e Carvalho (p. 120, 2012) perceberam que "a maior parte da população idosa desenvolve uma trajetória evolutiva estável e benigna, não apresentando declínio cognitivo".

No entanto, o processo de envelhecimento, geralmente, está associado ao declínio das capacidades físicas e cognitivas que varia entre os indivíduos de acordo com as suas singularidades. Um dos maiores desafios atrelados à longevidade é envelhecer com saúde, independência e autonomia, ou seja, com qualidade de vida (MAUÉS et al., 2010).

Rabelo (2009) associa cognição ao funcionamento mental, a diversas habilidades tais como: perceber, pensar, raciocinar, lembrar, sentir e responder aos estímulos. O declínio cognitivo, embora não seja inerente ao processo de envelhecimento, é uma das conseqüências mais temidas pelos idosos em função do impacto adverso à funcionalidade do idoso. Investigar esse declínio e os fatores de risco associados se faz necessário, pois a função cognitiva afeta diretamente as habilidades do indivíduo e, conseqüentemente, provoca dependência e ausência de autonomia (DI NUCCI et al., 2010).

Dos 119 idosos assistidos nas USF da MR 4.2 do município do Recife, 59% dos apresentaram comprometimento cognitivo, aspecto que merece destaque, pelos efeitos adversos à saúde desses indivíduos. Faria et al. (2011), ressaltaram que o envelhecimento enquanto processo favorece alterações cognitivas, como dificuldade de recordar fatos

recentes, na atenção e cálculos. Esta realidade é preocupante e um grande problema de saúde pública, pois é um número muito elevado e necessita da atenção e intervenção de profissionais especializados.

O perfil sociodemográfico encontrado na amostra, se assemelha a outros estudos populacionais brasileiros como o realizado por Machado et al. (2011), Dias et al. (2012), Pereira et al. (2014), Porciúncula et al. (2014) e Nóbrega (2014). Em todos, prevalecem o sexo feminino, a viuvez, o baixo nível de escolaridade (1 a 4 anos de estudos), renda insuficiente de até 2 salários mínimos, e divergem em relação a idade mínima dos participantes, que no caso da investigação ora apresentada, correspondeu a 80 anos, critério particularmente selecionado, face à insuficiência de estudos brasileiros com idosos longevos.

A predominância de mulheres encontrada na amostra que correspondeu a 76% dos idosos longevos, foi similar a observada por Porciúncula et al. (2014), esses autores analisaram o perfil socioepidemiológico e o grau de autonomia e independência de 227 idosos longevos na cidade de Recife, desses 178 (78,4%) eram mulheres. A prevalência de mulheres nos estudos gerontológicos, pode estar relacionada a diversos fatores tais como: maior longevidade feminina em relação ao sexo masculino, caracterizando o processo de feminização do envelhecimento; menor prevalência de tabagismo e uso de álcool; menor exposição a determinados fatores de risco quando comparadas aos homens, como acidentes de trabalho e trânsito, além das mulheres procurarem de forma mais sistemática os serviços de saúde ao longo do curso de vida (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011).

Valle et al. (2009), ao investigarem os fatores associados ao desempenho no teste do MEEM, em amostra composta por 1606 idosos, com idade mínima de 60 anos e com baixa escolaridade, destacam que a ausência de cônjuge se mostrou fortemente associada ao pior desempenho cognitivo. Os autores ainda constataram que existe um maior risco de deterioração cognitiva em idosos solteiros, especialmente entre os que moravam sozinhos, com uma grande chance dos mesmos desenvolverem demência. Na amostra estudada os viúvos e solteiros representaram em torno de 73% dos participantes entrevistados.

Na velhice, ter companheiro ou companheira passa a representar fator de proteção para o idoso, em termos segurança e estabilidade afetiva, emocional e financeira (SOUSA; SILVER, 2008). Na análise do modelo ajustado, a situação conjugal se apresenta junto à

escolaridade, hipertensão arterial e osteoartrose, como variáveis mais influentes na determinação do comprometimento cognitivo.

Porciúncula et al. (2014) afirmaram que a viuvez, estado conjugal mais prevalente entre idosos longevos, apresenta comportamento diferenciado entre homens e mulheres. Em seu trabalho, dos 227 idosos avaliados, 149 eram viúvos sendo 130 do sexo feminino e 19 do sexo masculino. De uma forma geral, a mulher idosa quando fica viúva, dificilmente contrai novo matrimônio, ao contrário do homem idoso, que em geral recasa, com companheira mais jovem, tornando-se uma possível cuidadora nos anos mais tardios de sua vida (NASCIMENTO, 2010).

A escolaridade insuficiente, aspecto que prevaleceu entre os longevos entrevistados, representando 43% da amostra com até quatro anos de estudo, também é uma característica marcante da velhice registrada em outras pesquisas (VERAS, 2009; RABELO, 2009; VALLE et al., 2009). Esses autores chamam a atenção para a relação direta entre anos de estudo e a ocorrência de comprometimento cognitivo. Da mesma forma, o artigo de revisão integrativa proposto por Zimmermann et al. (2015) também destaca a influência da escolaridade como fator preventivo para o desenvolvimento de quadro demenciais, a partir da análise de publicações de 2009 e 2014 e analisadas segundo os instrumentos Critical Appraisal Skills Programme (CASP) e Agency for Healthcare and Research and Quality (AHRQ).

Esta relação pode está diretamente associada ao fato da escolaridade ser um indicador preciso do nível socioeconômico possibilitando "acesso a empregos, renda, utilização dos serviços de saúde e à receptividade aos programas educacionais e sanitários" como visto por Santos et al., (p. 411, 2010) em seu trabalho desenvolvido com 503 idosos, assistidos nas Equipes Saúde da Família de Dourados/MS, onde os idosos apresentavam uma média de anos de estudos muito baixa, entre 3 a 4 anos.

O acesso universal à escolaridade formal não representava um realidade no cotidiano de vida desses indivíduos em fases de vida anterior à velhice, o que vem justificar a baixa escolaridade para os segmentos mais envelhecidos da população, com padrões ainda mais críticos para as mulheres idosas (SOUZA, 2010).

A escolaridade é apontada em alguns estudos (ZIMMERMANN, et al, 2015; SANTOS et al., 2010; LAKS et al., 2010) como fator que implica diretamente no declínio cognitivo, porém percebe-se no estudo desse último autor, que algumas funções cognitivas como a nomeação, o comando em três etapas, o registro de memória e a memória tardia não são alteradas em relação à educação. Laks et al. (2010) avaliaram o impacto da educação nas subescalas e itens do MEEM em idosos da comunidade Santo Antônio de Pádua/RJ. Os autores verificaram que a escolaridade influenciava em alguns pontos dessa escala como orientação temporal e espacial, atenção/cálculo, repetição, leitura, escrita e desenho, porém não influenciava nos pontos citados anteriormente.

A variável escolaridade apresentou significância estatística em relação à ocorrência de comprometimento cognitivo no presente estudo, apresentando similaridade aos resultados obtidos por Santos et al., 2010; Pilger; Menon; Mathias, 2011; Soares; Coelho; Carvalho, 2012; Zimmermann, et al., 2015, no que diz respeito a relação inversa entre escolaridade e ocorrência de comprometimento cognitivo em idosos. Cabe ainda destacar que a influência da escolaridade persistiu, mesmo após os ajustamentos entre as variáveis e, com comportamento independente das outras variáveis investigadas.

O fato de não ter sido observada associação significativa entre a idade dos participantes e a ocorrência de comprometimento cognitivo, é contraditório aos resultados encontrados em outras pesquisas. Segundo Valle et al. (2009) a idade é um fator determinante para o declínio cognitivo. Em seu estudo – Projeto Bambuí, uma coorte de base populacional com 1606 idosos, provenientes de Minas Gerais, os autores examinaram fatores relacionados ao desempenho cognitivo utilizando o MEEM e verificaram que existia uma queda de desempenho com o aumento da idade. Porciúncula et al. (2014) também referem uma maior prevalência de déficit cognitivo na faixa etária acima de 80 anos, enfatizando a evolução da idade *per si* como marcador desfavorável a manutenção e preservação do status cognitivo.

No que concerne ao sexo, percebe-se que não existiu associação estatisticamente significativa, condição similar a observada por Soares, Coelho e Carvalho (2012) em estudo realizado com 57 idosos residentes na cidade de São Paulo. Os autores também não evidenciaram influência da variável sexo em relação à capacidade funcional e função cognitiva. Já na pesquisa de Valle e et al. (2009) foi observado que houve um pior desempenho entre os homens. As discordâncias observadas na literatura, sugerem que possam

existir características peculiares para cada população, considerando que o processo de envelhecimento é heterogêneo e de determinação multifatorial.

Apesar da renda influenciar nas condições de vida das pessoas, a mesma não apresentou significância estatística com o comprometimento cognitivo. Na amostra de idosos longevos avaliados, 79% desses recebem de 1 a 2 salários mínimos. Esse achado corrobora com o dado também observado na pesquisa de Santos et al. (2010) onde o nível de significância foi superior a 5% e a maioria dos idosos eram baixa renda.

Com relação às doenças crônicas, o que foi observado nesse estudo e em outros como, o de Silveira, Pasqualotti e Colussi (2012) e o de Nóbrega (2014) é que essas enfermidades, de curso prolongado, trazem como consequências, maior ocorrência de incapacidades e aumento no risco de mortalidade. Essas morbidades originadas pela combinação de fatores comportamentais, ambientais, sociais e culturais, apesar de não representarem risco de vida imediato, provocam uma sobrecarga para a saúde, gerando elevados custos envolvidos no controle e tratamento, assim como impacto negativo para a qualidade de vida dos indivíduos.

Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Artrose, Osteoartrose, Doença Cardiovascular, Neurológica, Respiratória, Neoplasias e Osteoporose tiveram registro considerável, aspecto ainda mais crítico quando se considera a ocorrência múltipla. Pilger, Menon e Mathias (2011) realizaram um estudo para descrever as características sociodemográficas e as condições de saúde de idosos do município de Guarapuava/PR, com amostra composta por 359 idosos, os autores observaram uma prevalência de 53% de hipertensão arterial com o avançar da idade, estando essa variável associada a fatores de risco, como estilo de vida sedentário e os hábitos alimentares inadequados.

Mendes, Moraes e Gomes (2014) em pesquisa com dados coletados entre 2006 e 2010, identificam a hipertensão arterial presente em torno de 76% dos idosos investigados, mostrando-se ainda associada à ocorrência de comprometimento cognitivo. No estudo realizado por Porciúncula et al. (2014) que teve por objetivo investigar a interferência das doenças crônicas na rotina do dia a dia de idosos longevos de Recife/PE, a hipertensão arterial também se destaca, onde 51% dos idosos relatam a interferência dos problemas de saúde afetando na execução de atividades que desejavam ou precisavam realizar no cotidiano.

Outra morbidade que apresentou significância estatística com o comprometimento cognitivo foi a Osteoartrose. Com elevada prevalência entre os idosos, ela representa a principal causa de incapacidade funcional entre os mais velhos. Apesar da osteoartrose ser um grande problema de saúde pública, Pilger, Menon e Mathias (2011) relatam a insuficiência de estudos na literatura especializada acerca da relação de AO e comprometimento cognitivo e recomendam a necessidade de estudos adicionais mais aprofundados. Machado et al. (2011) realizaram uma pesquisa para avaliar o estado mental e os fatores relacionados à situação de saúde de pacientes com 60 anos ou mais do Programa Municipal da Terceira Idade, em Viçosa - MG, e observaram que existe uma maior susceptibilidade do idoso com déficit cognitivo a desenvolver problema osteoarticular.

No estudo de Pilger, Menon e Mathias (2011) foram verificadas prevalências elevadas de artrose, artrite, osteoartrose entre os idosos, não sendo identificada pelos autores política pública eficaz que melhore o diagnóstico, assim como programas de educação em saúde que valorizem a prevenção de incapacidades e, quando necessário, o acesso à serviços de reabilitação.

Na amostra analisada, 64% dos idosos longevos não apresentaram sintomatologia depressiva, não sendo observada também significância estatística entre rastreio positivo para depressão e a ocorrência de comprometimento cognitivo. Ainda que em caráter hipotético, a maior prevalência de mulheres observada entre os longevos aqui investigados, sugere influência nesse achado. De acordo Nóbrega (2014) as mulheres enfrentarem melhor seus problemas, tendo maior facilidade de expor seus sintomas e buscar por tratamento logo no início dos sintomas.

Diferenciar o envelhecimento normal do patológico é relevante na investigação do comprometimento cognitivo, em função da articulação de diferentes intervenções com necessidades específicas para proporcionar qualidade de vida aos anos que são acrescidos. Logo é de fundamental importância que se faça uma abordagem adequada, especialmente na atenção básica de maneira preventiva.

Os estudos de Domingues, Neri (2009); Souza, Serra e Suzuki (2012); Santos, et al. (2010); Pilger, Menon e Mathias (2011); Groppo et al. (2012); Soares, Coelho e Carvalho (2012); Zimmermann, et al. (2015) destacam a importância na adoção de medidas

preventivas, de promoção à saúde e de reabilitação para pessoas idosas, uma vez que beneficiam a saúde física e o bem-estar subjetivo dessa população.

Santos, et al. (2010); Faria et al. (2011); Silveira, Pasqualotti e Colussi (2011); Pereira, et al. (2014) recomendaram a necessidade de maiores investimentos em estudos de intervenção relacionados com a temática em questão, sugerindo pesquisas longitudinais que possam aprofundar esse conhecimento para atuar de maneira preventiva com vistas à mais qualidade de vida para os mais velhos.

Estudos com amostras representadas por idosos longevos, ainda são insuficientes na literatura especializada, principalmente no Brasil. Dessa forma pesquisas adicionais com metodologias de análise diferenciadas são recomendadas, possibilitando assim, ampliar a compreensão dos fatores associados à ocorrência do comprometimento cognitivo em pessoas idosas. Envelhecer com êxito, ainda requer esforços que extrapolam a esfera familiar exige o engajamento de diversos setores da sociedade, com vistas à longevidade com manutenção de autonomia e funcionalidade e anos tardios livres de comprometimento cognitivo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência de comprometimento cognitivo nos idosos longevos foi muito elevada. Esses dados fomentam a discussão sobre políticas públicas eficazes direcionadas à saúde e qualidade de vida da pessoa idosa, considerando que as alterações nas funções cognitivas comprometem o bem-estar biopsicossocial do indivíduo afetando diretamente na qualidade de vida do idoso e dos familiares.

Envelhecer sem comprometimento cognitivo é possível como foi evidenciado nos achados aqui apresentados. Em função das limitações inerentes a um estudo de natureza transversal, sugere-se a necessidade de pesquisas com modelagem de acompanhamento longitudinal, favorecendo ampliar a compreensão entre a ocorrência de comprometimento cognitivo em idosos e seus possíveis fatores associados, com viabilidade de inferência de causalidade.

Nessa perspectiva, é importante considerar que um dos grandes desafios para atenção à saúde da pessoa idosa na atenção básica consiste em adequar e capacitar seus serviços e profissionais para atender as necessidades específicas que esta população possui. Porém, percebe-se que apesar de todas as limitações e precariedades evidenciadas no cotidiano do sistema de saúde público brasileiro, muitos idosos conseguem chegar à longevidade. Alguns dos longevos que foram investigados no estudo possuem baixa renda (muitos ainda trabalham), baixa escolaridade, moram sós, mais de uma morbidade, com limitações funcionais, mas vivem além de tudo isso, descobrindo e redescobrando possibilidades de ter qualidade na vida que leva.

Em fim, deve-se buscar que as políticas de saúde fortaleçam a atenção básica, pois a mesma consegue intervir captando, orientando e acompanhando os idosos de uma maneira mais próxima a sua realidade para que seja garantido o direito a integralidade, acessibilidade, equidade e que, a partir dessa mudança possa ser vivenciado um envelhecimento com autonomia, independência, saúde e, conseqüentemente, qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, A. **Deu branco**: um guia para desenvolver o potencial de sua memória. Rio de Janeiro: Record, 2006.

ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, 2007.

ARGIMON, I. I. L.; STEIN, L. M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 21, p. 64-72, jan - fev, 2005.

ASSIS, M. Aspectos sociais do envelhecimento. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (orgs). **Saúde do idoso**: a arte de cuidar. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004, p.11-21.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O Mini-exame do Estado Mental em uma população geral: Impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 52, p. 1-7, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011- 2022**. Brasília: MS; 2011.

CAMARANO, A. A; KANSO, S. Envelhecimento da População Brasileira – Uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2011. p. 58-73

CARMO, K. A. A. **Avaliação do Paciente com Suspeita de Demência**. (2009). Disponível em:
http://www.neurocenterbh.xpg.com.br/artigos/art_aval_demencia.html. Acesso em: 10 nov de 2014.

CARREIRA, L. et al. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 268-273, abr.-jun, 2011.

CHARCHAT, H.; MOREIRA, I. Memória e envelhecimento. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 7, n. 1, p. 52-56, 2008.

CHARIGLIONE, I. P. F. **Intervenções Cognitivas para o Aprimoramento da Memória em Idosos com Envelhecimento Cognitivo Normal**. 2014. Tese (Doutorado em Ciências do Comportamento) – Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

CLEMENTE, R. S. G; RIBEIRO-FILHO, S. T. Comprometimento Cognitivo Leve: Aspectos Conceituais, Abordagem Clínica e Diagnóstica. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ, Ano 7, Jan.-Jun., p. 68-77, 2008.

CONVERSO, M. E. R.; IARTELLI, I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n 4, p.267-272, 2007.

DIAS, L. D. et al. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos do município de João Pessoa – PB. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 1, n. 25, p. 86-96, jan./mar., 2012.

DI NUCCI, F. R. C. F. et al. Ausência de relação entre hipertensão arterial sistêmica e desempenho cognitivo em idosos de uma comunidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.37, n. 2, 2010.

DIPIETRO, L. et. al. Successful aging - Editorial. **Journal of aging research**, v. 1, p. 1–2, 2012.

DOMINGUES, P. C.; NERI, A. L. Atividade física habitual, sintomas depressivos e doenças auto-relatadas em idosos da comunidade. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 164-73, 2009.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade, e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 2, n. 8, p. 187-93, 2005.

FARIA, E. C. et. al. Avaliação cognitiva de pessoas idosas cadastradas na estratégia saúde da família: município do Sul de Minas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, p.1748-52, 2011.

FORTES, L. H. S. D.; RABELO, D. F. Fatores associados ao declínio cognitivo de idosos residentes na comunidade de Patos de Minas – MG. **Revista do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão do UNIPAM**, n. 7, v. 1, p. 53-62, ago., 2010.

GOMES, E. C. C. **Risco de quedas em idosos institucionalizados: prevalência e fatores associados**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

GROPPO, H. S. et al. Efeitos de um programa de atividade sobre sintomas depressivos e a qualidade de vida de idosos com demência de Alzheimer. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 543-551, out-dez, 2012.

KERTZMAN, O. F. **Responsabilidade social e envelhecimento: o que as empresas têm a ver com isto?** (2004). Disponível em: <http://www.bancoreal.com.br/download/talentos_maturidade/monografia_olga.pdf>. Acesso em 29 de outubro de 2014.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse dos resultados do Censo 2010**. 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice>.

_____. **População brasileira deve chegar ao máximo (228,4 milhões) em 2042**. 2013a. Disponível em:

<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2455>. Acesso em: 19 nov de 2014.

_____. **Diretoria de pesquisas, coordenação de população e indicadores sociais.** Projeções da população por sexo e idade para o Brasil, grandes regiões e unidades da federação, 2013b.

LAKS, J. et al. Education does not equally influence all the Mini Mental State Examination subscales and items: inferences from a Brazilian community sample. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 223-230, set., 2010.

LEITE M. T., et al. Estado cognitivo e condições de saúde de idosos que participam de grupos de convivência. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v.33, n. 4, p. 64-71, 2012.

LOURENÇO, T. M., et al. Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 2, n. 33, p. 176-185, jun, 2012.

MACHADO, J. C., et al. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 109-121, 2011.

MAUÉS, C. et al. Avaliação da qualidade de vida : comparação entre idosos jovens e muito idosos. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 8, n. 5, p. 405–410, 2010.

MENDES, M. R., et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Revista Brasileira Acta Paulista de Enfermagem**, 2009.

MENDES, G. S.; MORAES, C. F.; GOMES, L. Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – RBMFC**, Rio de Janeiro, v.9, n. 32, p. 273-78, 2014.

NASCIMENTO, M. Feminização do envelhecimento populacional: expectativas e realidades de mulheres idosas quanto ao suporte familiar. In: WONG, L. R. (Org.). **O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade. Subsídios para políticas orientadas ao bem estar do idoso.** Belo Horizonte: Cedeplar/UFMG/ABEP, 2010. p. 191-218.

NÓBREGA, I. R. A. P. **Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Recife.** 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

NORDON, D. G. et al. Perda Cognitiva em Idosos. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 11, n. 3, p. 5 - 8, 2009.

NUNES, V. M. A.; MENEZES, R. M. P.; ALCHIERI, J. C. Avaliação da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. **Acta Scientiarum.** Health Sciences Maringá, v. 32, n. 2, p. 119-126, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2005. Acesso em: 26 set 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.

PEREIRA, L. F. et al. Perfil socioeconômico e demográfico de idosos longevos usuários de uma unidade básica de saúde, **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 4, Out/Dez, p. 709-716, 2014.

PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 5, n. 19, set.-out. 2011.

PORCIÚNCULA, R. D. C. R. et al. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife - PE, Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 2, p. 315-325, 2014.

RABELO, D. F.; CARDOSO, C. M. Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. **Psico-USF**, v. 12, n. 1, p. 75-81, jan./jun. 2007.

RABELO, D. F. Comprometimento Cognitivo Leve em Idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.12, n. 2, p. 65-79, nov., 2009.

RECIFE. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. 2005. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/227.pdf>.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

ROSSET, I. et al. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. **Revista de Saúde Pública**, v. 2, n. 45, p. 391-400, 2011.

SANTOS, C. S. et al. Avaliação da confiabilidade do Mini Exame do Estado Mental em idosos e associação com variáveis sociodemográficas. **Cogitare Enfermagem**, v. 3, n. 15, p. 406-412, Jul/Set., 2010.

SCHMIDT, J. A. et al. Aplicação do teste do relógio em octogenários e nonagenários participantes de estudo realizado em Siderópolis (SC). **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 40, n. 4, p. 525-530, out./dez. 2009.

SITTA, E. I. et al. A contribuição de estudos transversais na área da linguagem com enfoque em afasia. **Revista CEFAC**, v. 12, n. 6, Nov/Dez, p. 1059-1066, 2010.

SILVEIRA, M. M.; PASQUALOTTI, A.; COLUSSI, E. L. Prevalência de doenças crônicas e prática de atividade física em adultos e idosos. **Revista Brasileira de Promoção em Saúde**, Fortaleza, v. 2, n. 25, p. 209-214, abr./jun., 2012.

SOARES, E.; COELHO, M. O.; CARVALHO, S. M. R. Capacidade funcional, declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados: possibilidade de relações e correlações. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 5, p. 117-139, set., 2012.

SOUSA, A. I.; SILVER, L. D. Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda. Escola Anna Nery, **Revista Enfermagem**, v. 12, n. 4, Dez., p. 706-716, 2008.

SOUZA, V. L. et al. Perfil das habilidades cognitivas no envelhecimento normal. **Revista CEFAC**, v. 12, n. 2, p. 186-192, 2010.

SOUZA, D. B.; SERRA, A. J.; SUZUKI, F. S. Atividade física e nível de depressão em idosos. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 16, n. 1, p. 3-6, 2012.

SOUZA, I. S. M. et al. Rastreamento cognitivo de idosos institucionalizados em instituição de longa permanência para idosos. **Revista Brasileira de Economia Doméstica**, Viçosa, v. 22, n. 2, p. 3-18, 2011.

YESAVAGE, JA et al. Development and validation of geriatric depression screening scale: preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**, v.17, p. 37-49, 1983.

VALLE, E. A. et al. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 25, p. 918-926, abr, 2009.

VASCONCELOS, L. G.; BRUCKI, S. M. D.; BUENO, O. F. A. Cognitive and functional assessment tools: review of Brazilian literature. **Dementia and Neuropsychologia**, n. 1, 18-23, 2007.

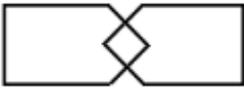
VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, mai./jun. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>>. Acesso em: 20 jul. de 2015.

ZIMMERMANN, I. M. et al. Fatores associados ao comprometimento cognitivo em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, Recife, v. 9, n. 12, p. 1320-1328, dez., 2015.

ANEXOS

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

INSTRUÇÕES:				
DOMÍNIOS			ERRADO	CERTO
1. Orientação temporal (0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano	0	1
		Semestre ou hora aproximada	0	1
		Mês	0	1
		Dia do mês	0	1
		Dia da semana	0	1
2. Orientação espacial (0 - 5 pontos)	Onde estamos?	<u>Estado</u>	0	1
		<u>Cidade</u>	0	1
		<u>Bairro ou rua próxima</u>	0	1
		<u>Local geral</u> – que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo – NAI)	0	1
		<u>Local específico</u> – em que local nós estamos? (consultório)	0	1
3. Memória imediata (repita as palavras) (0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita se necessário (máximo 5x)	Caneca	0	1
		Tijolo	0	1
		Tapete	0	1
4. Cálculo	O (a) Sr (a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)		
4a. Cálculo (0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00, quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total de 5 subtrações ao todo)	100 - 7 = 93	0	1
		93-7 = 86	0	1
		86-7 = 79	0	1
		79-7 = 72	0	1
		72-7 = 65	0	1
5. Memória de evocação (0 – 3 pontos)	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca	0	1
		Tijolo	0	1
		Tapete	0	1

6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	0 0	1 1
7. Linguagem (0-1 ponto)	Repita a frase!	“NEM AQUI, NEM ALÍ, NEM LÁ”.	0	1
8. Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	a) Pegue o papel com a mão direita; b) Dobre-o ao meio; c) Ponha-o no chão;	0 0 0	1 1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	0	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa. O comando é: <u>ESCREVA</u> <u>UMA</u> <u>FRASE</u> <u>QUE</u> <u>TENHA</u> <u>COMEÇO,</u> <u>MEIO E</u> <u>FIM E</u> <u>FACA</u> <u>SENTIDO.</u>	Uma frase com início meio e fim (não precisa ser longa). Implica na presença mínima do sujeito e do verbo, devendo ter sentido. <u>Gramática e pontuação não são pontuadas.</u>	0	1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		0	1
TOTAL DE PONTOS DOS 11 QUESITOS			MEEM _____	

Fonte: FOLSTEIN, 1975.

Classificação de comprometimento cognitivo segundo escolaridade	
Analfabetos	Igual ou abaixo de 13
Baixa e média escolaridade	Igual ou abaixo de 18
Alta escolaridade	Igual ou abaixo de 26
Paciente atual	() Ausência de comprometimento cognitivo
	() Ausência de comprometimento cognitivo

Fonte: BERTOLUCCI, 1994.

ANEXO 2 ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS)

(As perguntas não podem ser alteradas, deve-se perguntar exatamente o que consta no instrumento)	
INSTRUÇÕES: Para cada questão, escolha a opção que mais se assemelha ao que você está sentindo nas últimas semanas.	
1. Você está basicamente satisfeito com sua vida?	Sim () Não ()
2. Você se aborrece com frequência?	Sim () Não ()
3. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	Sim () Não ()
4. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim () Não ()
5. Você sente que sua situação não tem saída?	Sim () Não ()
6. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	Sim () Não ()
7. Você acha que sua situação é sem esperanças?	Sim () Não ()
8. Você acha maravilhoso estar vivo?	Sim () Não ()
9. Você sente que sua vida está vazia?	Sim () Não ()
10. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	Sim () Não ()
11. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	Sim () Não ()
12. Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	Sim () Não ()
13. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	Sim () Não ()
14. Você se sente cheio de energia?	Sim () Não ()
15. Você se sente feliz a maior parte do tempo?	Sim () Não ()
TOTAL DAS RESPOSTAS EM NEGRITO	GDS _____

Fonte: YESAVAGE, 1983.

Classificação de depressão	
Ausência de depressão	() Abaixo de 5
Depressão menor	() Entre 5-10
Depressão maior	() Acima de 10

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DA PESQUISA

A) DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO:

01. Nome: _____ _____
02. N° Prontuário: _____ (ACS responsável: _____) USF: _____ Endereço: _____ _____
Telefones para contato: _____
03. Em caso de comprometimento cognitivo, responsável por oferecer as informações (nome e parentesco) : _____
Entrevistador: _____ Data da entrevista: ____/____/____

B) FATORES SÓCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

04. Data de Nascimento: ____/____/____	05. Idade (anos completos): _____
06. Sexo (1) Masculino (2) Feminino	
07. Situação Conjugal (1) Solteiro (a) (2) Casado ou tem companheiro (a) (3) Viúvo (a) (4) Separado (a) ou divorciado (a)	08. Qual sua escolaridade? (anos de estudo com aprovação) (1) Analfabeto (2) 1-4 anos (3) 5-8 anos (4) 9-11 anos (5) Acima de 11 anos
09. Rendimento mensal individual: (1) Sem renda (2) Menos de 1 salário mínimo (Até R\$ 724,00) (3) De 1-2 salários mínimos (De R\$724,00 a R\$1.448,00) (4) De 2-4 salários (De R\$ 1.448,00 a R\$ 2.896,00) (5) Mais de 4 salários (Mais de R\$ 2.896,00)	10. Lazer Participação em grupos sociais e/ou atividades recreativas: (1) Sim (2) Não

B) REVISÃO PRONTUÁRIOS A CERCA DE CO-MORBIDADES

1. Avaliação de doença crônica	
HAS	(0) Ausente (1) Presente
DM	(0) Ausente (1) Presente
Doenças cardiovasculares	(0) Ausente (1) Presente
Osteoporose	(0) Ausente (1) Presente
Osteoartrose	(0) Ausente (1) Presente
Doenças neurológicas	(0) Ausente (1) Presente
Doenças respiratórias	(0) Ausente (1) Presente
Neoplasia	(0) Ausente (1) Presente

Classificação de doenças crônicas	
() Presente	(lembrar de pontuar depressão se presente)
() Ausente	

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa: **Envelhecimento bem-sucedido em idosos longevos e fatores associados**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Márcia Carréra Campos Leal - Endereço para contato: Departamento de Medicina Social da UFPE - Av. Prof. Moraes Rego, s/n. Cidade Universitária. Recife – PE. CEP: 50670-901, E-mail: marciacarrera@hotmail.com, Telefone: (81): 21268550.

Este Termo de Consentimento pode conter informações que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre sua participação na pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

O objetivo avaliar o envelhecimento bem-sucedido em idosos maiores de 80 anos assistidos na Atenção Básica e os fatores associados a esse envelhecimento. O (a) Sr. (a) responderá a uma entrevista sobre a sua condição física e emocional por meio de instrumento de avaliação da área de envelhecimento.

O estudo poderá trazer risco como o possível constrangimento para o senhor (a) durante a entrevista. Porém, poderá trazer benefícios, como por exemplo, melhorias para a qualidade de vida do idoso, pois ajudará a aumentar os conhecimentos na área da assistência ao idoso não institucionalizado, além disso, durante a entrevista o senhor (a) poderá fazer perguntas e esclarecer suas dúvidas.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.

As informações (entrevistas) serão armazenadas em armário particular, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço acima informado, pelo período de 5 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE C
CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **Envelhecimento bem-sucedido em idosos longevos e fatores associados** como voluntário (a).

Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Local e data _____

Impressão
digital

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:

Assinatura:

Nome:

Assinatura: