



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



IVONEIDE ZIMMERMANN

**COMPROMETIMENTO COGNITIVO E FATORES ASSOCIADOS EM
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE RECIFE-PE**

**RECIFE
2015**

IVONEIDE ZIMMERMANN

**COMPROMETIMENTO COGNITIVO E FATORES ASSOCIADOS EM
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE RECIFE-PE**

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^a. Dr^a. Márcia Carréra Campos Leal
Co-orientador: Prof^a. Dr^o. Rogério Dubosselard Zimmermann

**RECIFE
2015**

Z74c Zimmermann, Ivoneide.
Comprometimento cognitivo e fatores associados em idosos institucionalizados no Município de Recife-PE / Ivoneide Zimmermann. – Recife: O autor, 2015.
62 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientadora: Márcia Carréra Campos Leal.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, 2015.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Idoso. 2. Cognição. 3. Instituição de Longa Permanência para Idosos. I. Leal, Márcia Carréra Campos (Orientadora). II. Título.

618.97 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2015-212)

IVONEIDE ZIMMERMANN

***COMPROMETIMENTO COGNITIVO E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DO RECIFE-PE***

Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, submetida à defesa pública e aprovada pela banca examinadora em 06 de fevereiro de 2015.

Profa. Dra. Márcia Carréra Campos Leal
Orientadora

Profa. Dra. Ana Paula de Oliveira Marques
Membro Interno

Profa. Dra. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti
Membro Externo

RECIFE

2015

Aos meus amados filhos, Reynaldo e Victor que mesmo distantes, se fazem presentes em todos os momentos da minha vida, me apoiando e torcendo pelo meu crescimento profissional.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Quando eu pensei estar sozinha, você esteve ao meu lado segurando a minha mão com paciência e carinho.

Quando eu me senti insegura e temerosa, suas palavras de orientação me conduziram ao caminho seguro e tranquilo.

Quando pensei em desistir, você me mostrou o quanto eu era forte e acreditando em meu potencial me fez ultrapassar todos os obstáculos com confiança e serenidade.

Quando minha ignorância se fazia evidente, você me ensinou a aprender com seus exemplos de determinação e perseverança;

Hoje, ao lembrar-me da jornada e sentir-me forte, confiante e realizada, preciso agradecer a Deus por ter me dado uma amiga que soube me mostrar que é importante sonhar sem esquecer que a vida é realidade.

Obrigada Márcia Carréra, sem você talvez eu até tivesse conseguido, mas nunca teria entendido o verdadeiro significado da palavra dedicação e crescido tanto como ser humano.

Um beijo,

Neide

AGRADECIMENTOS

A Deus, essa força suprema que sempre me ampara e mesmo nos momentos mais difíceis sinto sempre sua presença no meu coração.

Aos colaboradores Manoel, Izabella, Naldinha e Carlos sempre tão atenciosos e prestativos.

Aos meus colegas de mestrado que muito me ajudaram nessa jornada, cada um contribuindo de forma diferente ao meu aprimoramento e crescimento pessoal e profissional.

A Professora Doutora Ana Paula de Oliveira Marques pelo exemplo de dedicação e disciplina, fatores inspiradores nessa jornada.

Ao meu co-orientador Professor Doutor Rogério Dubosselard Zimmermann, presente em todos os momentos da minha vida. Seu apoio foi fundamental para que eu não fraquejasse.

***“O meu sonho é morrer jovem com uma idade bem avançada”
(Henri Jeanson)***

RESUMO

Objetivo: avaliar o comprometimento cognitivo e fatores associados em idosos institucionalizados. **Método:** estudo transversal, analítico, com base em dados secundários, do projeto “Perfil social e epidemiológico de pessoas idosas no contexto asilar”. A amostra foi constituída por 213 idosos. Foi realizada a análise descritiva da distribuição da população por meio de frequências absoluta e relativa (variáveis categóricas). Ainda foi calculado o intervalo de confiança para a média dos escores em cada domínio avaliado. Foram realizados testes de hipóteses para verificar a associação entre a variável dependente e as variáveis independentes. **Resultados:** predominância do sexo feminino (69,5%); faixa etária de 70 a 79 anos (33,8%); estado conjugal solteiro (a) (53,5%); com 01 a 02 filhos (26,3%); frequentaram a escola (74,6%); situação previdenciária, aposentados (75,8%); renda pessoal de até um salário mínimo (73,2%); tempo de institucionalização de menos de um ano (29,6%); morbidade, com até um tipo (76,5%); fazendo uso de 3 a 4 medicamentos (28,6%); a funcionalidade era independente (73,7%) e em relação ao comprometimento cognitivo (67,1%). **Conclusões:** nas Instituições de Longa Permanência para Idosos, do município do Recife, foi encontrado uma alta ocorrência de comprometimento cognitivo, havendo associação estatisticamente significativa entre as variáveis, o sexo, número de filhos, ter frequentado a escola, grau de escolaridade, tempo de permanência na ILPI e capacidade funcional. Ressaltamos, a importância da escolaridade, ou seja, quanto menor a escolaridade maior o comprometimento cognitivo, principalmente no sexo feminino.

PALAVRAS CHAVE: Idoso. Cognição. Instituição de Longa Permanência para Idosos.

ABSTRACT

Objectives: evaluate cognitive impairment and associated factors in institutionalized elders. Method: transversal studying, analytical, based in secondary data of project “Social profile and epidemiologist of elders living in retirement homes.” The sample studied 213 elders and performed descriptive analyzes of population distribution by absolute and relatives (categorical variable). It was measured the confidence recess to the scoring average in each domain evaluated and it was performed hypothesis tests in order to verify the association between dependents variable and independents variable. Results: dominance of female genre (69,5%); age group from 70 to 79 years old (33,8%); conjugal state single (a) (53,5%); with 01 to 02 son (26,3%); went to school (74,6%); welfare state, retired workers (75,8%); personal income up to one minimum wage (73,2%); institutionalization less than one year (29,6%); morbidity, up to one type (76,5%); user of 3 and 4 medicines (28,6%); when functionality was independent (73,7%) and in relation to cognitive impairment (67,1%). Conclusions: in the long-stay institutions for elderly at county of Recife were found a high occurrence of cognitive impairment going on statically significant association between variables, genre, number of sons, being frequent on school, education level, permanence time in ILPI and functional ability. Highlighting the value of education it is possible to conclude that as lower the education level greater is the cognitive impairment, mainly with female genre.

KEY WORDS: Elder. Cognitive. Long-Stay Institutions for Elderly.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas, Recife/PE, 2013.....	30
Tabela 2 Caracterização da amostra segundo as condições de saúde diagnosticada, uso de medicamentos, capacidade funcional e comprometimento cognitivo, Recife/PE, 2013.....	32
Tabela 3 Associação entre comprometimento cognitivo e as variáveis sociodemográficas - Análise univariada – Recife/PE, 2013.....	33
Tabela 4 Associação entre comprometimento cognitivo e as condições de saúde - Análise univariada, Recife/PE, 2013.....	36
Tabela 5 Codificação da variável dependente – Comprometimento Cognitivo em idosos institucionalizados. Recife/PE, 2013.....	36
Tabela 6 Análise ajustada, mediante regressão modelo binário logístico, dos fatores associados ao comprometimento cognitivo em idosos institucionalizados. Recife/PE, 2013.....	37
Tabela 7 Assertividade do modelo ajustado mediante regressão modelo binário logístico, dos fatores associados ao comprometimento cognitivo em idosos institucionalizados. Recife/PE, 2013.....	38

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

AVD – Atividades da vida diária

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BPC/LOAS - Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social/Lei Orgânica da Assistência Social

CC – Comprometimento Cognitivo

CEP – Comitê de ética em pesquisa

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

EI – Estatuto do Idoso

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IASC – Instituto de Assistência Social e Cidadania

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILP – Instituição de Longa Permanência

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

MEEM – Mine Exame do Estado Mental

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNI – Política Nacional do Idoso

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SISAP-IDOSO – Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de políticas do Idoso

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNFPA – United Nations Population Fund (Fundo de população das Nações Unidas)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1 O CENÁRIO ATUAL DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	18
2.2 CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE AS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS.....	20
2.3 ENVELHECIMENTO E COMPROMETIMENTO COGNITIVO.....	22
3 PERGUNTA CONDUTORA.....	24
4 OBJETIVOS.....	24
4.1 OBJETIVO GERAL.....	24
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
5 METODOLOGIA	25
5.1 TIPO DO ESTUDO.....	25
5.2 LOCAL DO ESTUDO.....	25
5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	26
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	26
5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	26
5.6 VARIÁVEIS.....	27
5.6.1 Variável dependente.....	27
5.6.2 Variáveis independentes.....	27
5.7 COLETA DOS DADOS	28
5.8 MATERIAL DE ESTUDO.....	28
5.9 ANÁLISE DOS DADOS.....	29

5.10 ASPECTOS ÉTICOS.....	29
6 RESULTADOS.....	29
7 DISCUSSÃO.....	38
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS.....	46
APÊNDICE.....	54
Apêndice A – Roteiro de Entrevista.....	54
ANEXO.....	60
Anexo A – Autorização do CEP.....	60

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, os países em desenvolvimento se depararam com o envelhecimento da população. Em termos sócio-demográficos, isto pode ser explicado pela queda nas taxas de natalidade e pelo aumento da expectativa de vida, principalmente em função das mudanças ocorridas na economia e em decorrência dos avanços científicos (LEBRÃO, 2007).

No Brasil, desde o século XIX até meados da década de 1940, observa-se a prevalência de altas taxas de natalidade e de mortalidade. Com os avanços da medicina, particularmente com a incorporação dos antibióticos recém-descobertos o país experimentou a primeira fase de sua transição demográfica, que se caracterizou pelo início da queda das taxas de mortalidade. Porém, nesse período a taxa de natalidade teve aumento, provocando elevação no índice de crescimento populacional de 2,39% na década de 1940 para 2,99% na década de 1950. Só em meados da década de 1960 é que a taxa de natalidade inicia uma trajetória decrescente decorrente da introdução e difusão dos métodos anticonceptivos orais (IBGE, 2011).

Nos anos de 1980 a 1990 a propagação da esterilização contribuiu para a continuação na queda das taxas de crescimento populacional, chegando a 1,93% entre 1980 a 1991, de 1,64% entre 1991 a 2000 e de 1,17% entre 2000 a 2010 (IBGE 2011). Nesse diapasão, observa-se que o Brasil caminha a passos largos para um padrão demográfico com predominância da população adulta e idosa. Em um futuro muito próximo espera-se um crescimento elevado da população muito idosa (80 anos e mais), como resultado de altas taxas de natalidade de um passado recente e da contínua redução da taxa de mortalidade em idades avançadas.

O envelhecimento populacional evidencia que será necessária uma reconsideração nas áreas de competência dos profissionais de Saúde, que deverão, cada vez mais, se especializar em técnicas voltadas para esta faixa etária, pois a chamada terceira idade, apresenta problemas peculiares e seu atendimento não representará um aumento de cuidados já previstos e dispensados a outros grupos etários, mas sim, cuidados próprios para esta faixa etária (VAGETTI; WEINHEIMER; OLIVEIRA, 2007).

No processo de envelhecimento natural são observados déficits cognitivos que se apresentam como: esquecimento de fatores recentes, dificuldades em realizar cálculos, mudanças no estado de atenção, diminuição da concentração e do raciocínio e redução de

atividades motoras. O declínio da capacidade cognitiva decorre dos processos de envelhecimento natural ou de um estágio de transição para as demências (TRINDADE ET al, 2013).

A manutenção da capacidade cognitiva está diretamente relacionada com a qualidade de vida dos idosos, sendo que as perdas nas funções cognitivas podem desencadear transtornos no funcionamento físico, social e emocional, e resultar em perda da autonomia e conseqüente dependência desses indivíduos.

O comprometimento cognitivo (CC) em idosos refere-se a indivíduos que apresentam algum grau de perda cognitiva, geralmente a memória, quando comparados a indivíduos normais na mesma faixa etária. Esse comprometimento, no entanto, não chega a interferir substancialmente na capacidade de executar as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), ou seja, esses indivíduos conseguem manter autonomia e independência em suas vidas. O CC não chega ao ponto de preencher os critérios para o diagnóstico de demência (CLEMENTE; RIBEIRO-FILHO, 2008). Alguns estudos, no entanto, têm sugerido que o CC pode representar um fator de risco para a doença de Alzheimer, tendo em vista a taxa de conversão para esta patologia, em torno de 10 a 15% ao ano, contrastando com a de indivíduos normais, em que ela varia de 1 a 2% ao ano (PETERSEN, 2005).

O diagnóstico cognitivo e funcional pode contribuir para o planejamento de ações que favoreçam a promoção da saúde e a manutenção da capacidade funcional do idoso (MACÊDO et al, 2012). A identificação precoce do CC torna-se fundamental, pois proporcionará condições para se prevenir ou minimizar os efeitos degenerativos inerentes ao processo de envelhecimento no sentido de melhorar a qualidade de vida do idoso, reduzindo riscos de acidentes, prolongando a autonomia, diminuindo os níveis de stress dos familiares e cuidadores e em algumas situações evitar ou retardar o declínio progressivo do processo demencial (CLEMENTE; RIBEIRO-FILHO, 2008).

Por outro lado é preciso se observar que a família brasileira vem sofrendo mudanças significativas em sua estrutura, quer seja pela diminuição da fecundidade, mudanças na nupcialidade, participação efetiva da mulher no mercado de trabalho, entre outras e, dessa forma, a família já não consegue cuidar dos seus idosos e se vê obrigada a recorrer ao Estado ou a iniciativa privada. Apesar dessa situação, no Brasil levar os idosos a viver em instituições ainda não é uma prática comum, visto que a origem dessas instituições está ainda muito ligada

à figura dos asilos que eram direcionados a população carente que necessitava de abrigo e proteção (CAMARANO; KANSO, 2010).

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) sugeriu a adoção da denominação de Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) em substituição a denominação de asilo, pois entende essas instituições como residências coletivas que atendem tanto idosos independentes em situação de carência de renda e ou de suporte familiar, quanto aqueles com dificuldades para o desenvolvimento das atividades diárias que necessitam de cuidados (CAMARANO; KANSO, 2010).

Considerando a importância do exposto, justifica-se a necessidade de investigar o comprometimento cognitivo em idosos institucionalizados e os possíveis fatores associados, no intuito de produzir resultados que possam auxiliar no esclarecimento sobre os mecanismos causadores do comprometimento cognitivo em idosos, bem como colaborar para o desenvolvimento de políticas públicas e de práticas de saúde que minimizem a ocorrência dessa patologia, podendo vir a contribuir para uma melhor qualidade de vida do idoso institucionalizado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O CENÁRIO DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento é um fenômeno que ocorre tanto em países desenvolvidos, quanto em países em desenvolvimento. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), em 2050 o número de pessoas com mais de 60 anos de idade será cerca de três vezes maior do que o atual. Os idosos representarão cerca de um quinto da população mundial, ou seja, 1,9 bilhões de indivíduos de um total de nove bilhões, fato esse que torna de suma importância estudos que auxiliem a melhoria e a manutenção da saúde e qualidade de vida dos idosos (UNITED NATIONS, 2011).

No Brasil, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), até 2025 a população idosa crescerá cerca de 16 vezes e tem como estimativa que em 2050 essa população alcançará, em média, 81,29 anos. Estima-se que já em 2020 o Brasil terá a sexta maior população de idosos com um contingente de 30 milhões (VERAS 2009).

O processo de envelhecimento da população brasileira é medido pelo índice de envelhecimento que é obtido pela razão entre o número de pessoas com 60 anos ou mais de idade para cada 100 pessoas com até 14 anos de idade. O Brasil apresenta 51,8% de idosos para cada 100 crianças de 0 a 14 anos e o índice mundial é de 48,2% (IBGE 2012).

O envelhecimento populacional Brasileiro está ocorrendo de forma generalizada, mas com intensidade e velocidades diferenciadas entre as diversas regiões. Até 2030 continuarão existindo as históricas desigualdades sociodemográficas entre as Unidades da Federação Norte/Nordeste e as que integram o Centro/Sul do País. Enquanto os estados do Maranhão e de Alagoas possuirão esperança de vida ao nascer de pouco mais de 75 anos, em Santa Catarina e no Rio Grande do Sul apresentarão 79,5 anos. Portanto, o indicador que representará a média Nacional estimada para 2030 é de 78,33 anos e estará refletindo a realidade dos estados com maior desenvolvimento econômico e social (IBGE, 2006).

Nos anos 70 as ações do governo apresentavam-se com um perfil caritativo e de proteção, tais como os benefícios não contributivos como as aposentadorias para os trabalhadores rurais e a renda mensal vitalícia para os necessitados urbanos e rurais com mais

de 70 anos e que não recebiam benefícios da Previdência Social (FERNANDES; SOARES, 2012).

Com o crescente envelhecimento populacional faz-se necessário à criação de programas específicos de políticas de saúde para o enfrentamento dos problemas sociais nas diversas regiões do País, visto as diferenças socioeconômicas regionais que o Brasil apresenta. Nos dias atuais o Brasil enfrenta o desafio de oferecer qualidade de vida para a imensa população de idosos que cresce a cada dia, sendo na grande maioria de baixo nível sócio econômico, educacional e acometida de doenças crônicas e incapacitantes. Com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD 2009 foi traçado um breve perfil socioeconômico da população de idosos no Brasil. As mulheres são maioria (55,8%), a escolaridade é baixa (30,7%) têm menos de um ano de instrução e cerca de 66% são aposentadas (IBGE, 2011).

O processo de envelhecimento das populações tem se tornado tema de grandes preocupações para a sociedade, órgãos públicos e privados, organizações nacionais e internacionais, envolvendo também a comunidade acadêmica. Todos reunindo forças para o enfrentamento dessa realidade. O Brasil tem se mostrado pioneiro na promulgação de leis que visam à proteção social da pessoa idosa.

Dentre as principais políticas públicas nacionais e de direitos dos idosos pode-se citar: Política Nacional do Idoso (PNI) Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994 – que tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso (pessoas de 60 anos ou mais de idade), criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade; Estatuto do Idoso (EI) Lei nº 10741 de 01 de outubro de 2003 – Regula e reconhece os direitos da pessoa idosa, sendo um instrumento para a realização da cidadania. Dispõe sobre os direitos do idoso à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, aos alimentos, à saúde, à convivência familiar e comunitária entre outros direitos fundamentais, cabendo ao Estado, à comunidade, à sociedade e a família a responsabilidade por assegurar esses direitos; Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) – Portaria MS/GM nº2528 de 20 de outubro de 2006 - Direciona medidas coletivas e individuais de saúde para a população idosa em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como uma das suas prioridades “garantia da atenção integral a saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção”. (SISAP- IDOSO, 2014)

No Brasil a atenção primária e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) apontam para a inespecificidade da atenção ao idoso o que impacta em seu bem estar. O idoso precisa receber do profissional que o assiste um novo olhar, não mais focado na doença, porém na funcionalidade. Para a população idosa, a saúde não se restringe apenas ao controle e a prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis, mas também à interação entre a saúde física e mental, a independência financeira, a capacidade funcional e ao suporte social (BRASIL, 1994).

A preocupação com os prejuízos que a institucionalização pode acarretar aos idosos reflete-se nas políticas públicas brasileiras, como constatado no parágrafo terceiro do EI que estimula a permanência do idoso junto à família, “priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência” (BRASIL, 2003; TOMASINI; ALVES, 2007).

2.2 CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE AS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

O primeiro tipo de instituição conhecido foi o asilo, que se preocupava com a alimentação e a habitação no atendimento aos idosos. Seus fundadores eram em sua maioria religiosos, que se alicerçavam na filosofia do fazer para os idosos, não com os idosos. Os recursos eram fornecidos pela comunidade, porém sem a participação da comunidade, que não conhecia a realidade dos internos. Esses provinham de famílias carentes que não possuíam recursos nem apoio da sociedade, outros eram abandonados por seus familiares ou ainda os que não tinham parentes ou qualquer tipo de recurso (LAFIN, 2004). Ainda hoje no Brasil a maioria das instituições é filantrópica, contam com apoio de congregações religiosas da comunidade e dos próprios idosos que contribuem com grande parte das suas aposentadorias (CAMARANO; KANSO, 2010; TOMASINI; ALVES, 2007; VAGETTI; WEINHEIMER; OLIVEIRA, 2007).

O envelhecimento da população e o aumento da sobrevivência de pessoas com redução da capacidade física, cognitiva e mental requer cada vez mais que os asilos deixem de fazer parte apenas da rede de assistência social e integre a rede de assistência à saúde, oferecendo algo mais que um abrigo (CAMARANO; KANSO 2010).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por considerar a necessidade de prevenção e redução dos riscos à saúde aos quais os idosos residentes em Instituição de Longa Permanência (ILP) estão sujeitos, percebendo ainda a necessidade de definir os critérios mínimos para o funcionamento e avaliação, bem como os mecanismos de monitoramento dessas instituições, por fim a necessidade de qualificar a prestação de serviços públicos e privados, no uso de suas atribuições aprova o regulamento técnico que define as normas de funcionamento para as ILPI, através da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº283 de 26 de setembro de 2005 (ANVISA, 2014).

Essa resolução tem por objetivo estabelecer o padrão mínimo de funcionamento sendo aplicável a toda ILPI, governamental ou não governamental destinada à moradia coletiva de pessoas idosas. Cabe a instituição: propiciar o exercício dos direitos humanos de seus residentes, preservar a identidade e a privacidade do idoso, promover ambiência acolhedora, promover a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência, promover a integração dos idosos nas atividades desenvolvidas na comunidade local, favorecer o desenvolvimento de atividades conjuntas com pessoas de outras gerações, incentivar e promover a participação da família e da comunidade na atenção ao idoso residente, desenvolver atividades para estimular a autonomia, promover condições de lazer, e por fim desenvolver atividades e rotinas para prevenir e coibir qualquer tipo de violência e discriminação contra pessoas nela residentes (ANVISA 2014).

O envelhecimento pode tornar-se doloroso para muitos idosos. A falta de apoio social, a dificuldade de lidar com o próprio envelhecimento, a morte do conjuge, as dificuldades financeiras, o abandono familiar, são situações que podem desencadear doenças físicas e psíquicas tornando o idoso um ser dependente que demandará cuidados especiais. Nesse contexto as ILPI tornam-se uma opção viável e muitas vezes inevitável para muitos indivíduos. Não representando apenas um abrigo e sim um local onde irão vivenciar mais uma etapa de suas vidas, que virá a proporcionar um envelhecimento com dignidade e qualidade de vida.

Apesar de famílias estruturadas e de novos arranjos familiares (filho e netos residindo com idosos) parecer evitar ou retardar a institucionalização, a elevada taxa de ocupação das instituições indica que a dificuldade de acesso parece ser o fator limitante. A maioria das instituições não aceita idosos demenciados ou acamados e chegam a recusar idosos com doenças orgânicas. (ARAÚJO; SOUZA; FARO, 2010).

Um forte fator preditor para a institucionalização é a idade avançada, pois a cada década que passa o risco da incapacidade funcional dobra e há uma maior predisposição as doenças crônicas (DEL DUCA ET al., 2012).

As ILPI oferecem moradia, higiene, alimentação, acompanhamento médico, porém afastam o indivíduo do convívio familiar, favorecendo o isolamento social e a inatividade física e mental, provocando dessa forma grandes prejuízos a sua qualidade de vida (MARIN ET al., 2012; TOMASIN; ALVES, 2007; VITORINO; PASKULIN; VIANA, 2013).

2.3 ENVELHECIMENTO E COMPROMETIMENTO COGNITIVO

A memória não envelhece em idosos saudáveis. Geralmente o que ocorre é que ela passa a ser menos exigida, piorando pela falta de uso. Para que ela seja conservada deve ser exercitada. Estimulação da memória e do corpo devem ser atividades a serem estimuladas para os idosos (DIAS; MORENO, 2012).

O estado físico influencia na autonomia e na capacidade de autocuidado, levando o idoso a sentir-se mais seguro para levar a vida com independência e consequentemente resultando em um melhor funcionamento cognitivo. Idosos que se percebem com boa qualidade de vida psicológica têm melhor senso de auto eficácia e resiliência, vivenciam menos stress em situações que demandam mais esforço pessoal, apresentam-se menos ansiosos e deprimidos e em decorrência conseguem prestar mais atenção, processam melhor às informações. Idosos que vivem em ambientes saudáveis e seguros que possuem recursos financeiros para satisfazer as suas necessidades, que tem oportunidade de lazer, de aquisição de novas informações e habilidades, apresentam melhor funcionamento cognitivo (BECKERT; RIGARAY; TRENTINI, 2012). O comprometimento cognitivo em indivíduos com renda baixa pode estar relacionado ao menor acesso a estímulos, desenvolvem senso de auto eficácia mais baixo ao longo da vida (SANTOS ET al., 2012).

Quanto melhor a percepção da qualidade de vida geral, melhor o funcionamento cognitivo global. Entretanto, na velhice a qualidade de vida parece não estar vinculada apenas a ausência de doenças e incapacidades, mas também aos recursos positivos no meio ambiente e ao bom estado psicológico do idoso. Por se tratar de um processo heterogêneo a velhice apresenta-se diferentemente para cada indivíduo e para o mesmo indivíduo ao longo da vida (SANTOS ET al., 2012). A autopercepção negativa da saúde está relacionada a um maior risco de declínio cognitivo e a autopercepção positiva pode está associada à maior gravidade

dos déficits cognitivos, o que reflete possivelmente uma menor capacidade de crítica quanto ao estado mórbido (FREITAS ET al., 2010).

É alta a queixa de perda de memória dos idosos e as mais afetadas no envelhecimento não patológicos são: A memória de trabalho (ex. realização de cálculos matemáticos) e a memória episódica (ex. o que comeu no jantar). Já a memória de procedimentos (ex. ler) e a memória semântica (ex. saber a diferença entre um garfo e uma colher) costumam estar preservadas. Quando as perdas cognitivas são suficientemente grandes para que venham a interferir na capacidade de executar as AVD, levando à perda da autonomia e da independência, este quadro caracterizará as síndromes demenciais (CLEMENTE; RIBEIRO-FILHO, 2008).

Estudos indicam que a idade e a escolaridade são fatores que estão relacionados diretamente com o declínio da cognição (VERAS, 2009; RABELO, 2009; VALLE ET al., 2009). Alguns autores chegam a afirmar que quanto maior o nível de escolaridade, mais difícil será o desenvolvimento de quadros demenciais e que indivíduos com baixa escolaridade apresentam maior predisposição a desenvolver quadro demencial (VERAS, 2009; VALLE ET al., 2009; FARIA ET al, 2011; SANTOS ET al., 2011).

O declínio cognitivo é maior e mais freqüente em idosos hipertensos. A pressão arterial não controlada associada à diabetes mellitus, tabagismo, álcool e obesidade podem aumentar ainda mais o déficit cognitivo. A prevenção e o controle das doenças crônicas podem auxiliar na manutenção da cognição (CLEMENTE; RIBEIRO-FILHO, 2008; KNECHT ET al.; 2009; SANTOS ET al., 2011).

A baixa escolaridade e a institucionalização contribuem de forma crucial para a degradação cognitiva. Idosos institucionalizados apresentam maiores chances de desenvolver patologias que causam decadência física e psicológica mais expressiva que os idosos não institucionalizados. Observa-se menor desempenho cognitivo que leva ao comprometimento das habilidades funcionais e aumento de depressão nos idosos institucionalizados (TRINDADE ET al., 2013).

3 PERGUNTA CONDUTORA

Qual a ocorrência de comprometimento cognitivo e os fatores associados em idosos institucionalizados no município de Recife-PE?

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o comprometimento cognitivo e fatores associados em idosos institucionalizados

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar a amostra segundo as variáveis sociodemográficas; condição de saúde diagnosticada; uso de medicamentos listados em prontuário e avaliação funcional;

Estimar a ocorrência de comprometimento cognitivo na amostra estudada;

Verificar a existência de associação entre a ocorrência de comprometimento cognitivo e as variáveis investigadas.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo foi transversal, analítico, com base em dados secundários, coletados para a construção de projeto desenvolvido pelo grupo de pesquisa: Saúde do Idoso, coordenado pela Profa. Dra. Márcia Carréra Campos Leal, sob o título “PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO ASILAR”.

5.2 LOCAL DE ESTUDO

Os dados foram obtidos nas Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) públicas e filantrópicas vinculadas ao Instituto de Assistência Social e Cidadania – IASC e cadastradas no Conselho de Assistência Social do município do Recife, de acordo com as informações da Secretaria do Idoso da Prefeitura da cidade do Recife. No Município do Recife existem duas ILPI públicas e sete com caráter filantrópico cadastradas na secretaria supracitada (Quadro 1).

Quadro 1. Instituições de Longa Permanência para Idosos, públicas e filantrópicas conveniadas ao Conselho de Assistência Social do Município de Recife-PE. Recife, 2012.

INSTITUIÇÃO	ENDEREÇO
Públicas	
Casa de Longa Permanência Iêda Lucena	Rua Áureo Xavier, nº 95 - Cordeiro, Recife – PE
Casa de Longa Permanência Porto Seguro	Rua Doutor Aluisio Baltar, 29 - Iputinga, Recife – PE
Filantrópicas	
Abrigo Casa do amor	Rua Ramirez Galvão, 218 – Arruda – Recife/PE
Abrigo Cristo Redentor	Av. Agamenon Magalhães, s/nº – Jangadinha – Curado - Recife/PE
Abrigo Lar de Maria – Centro Espírita Moacir	Rua Paula Batista, 205 – Casa Amarela – Recife/PE

Associação Espírita Batista de Carvalho (Lar das Vovozinhas)	Av. São Paulo, 373 – Jardim São Paulo – Recife/PE
Abrigo Espírita Lar de Jesus	Rua Vitorino Palmares, s/nº – Torre – Recife/PE
Associação Espírita Casa dos Humildes	Rua Henrique Machado, 110 – Casa Forte - Recife/PE
Santa casa Instituto Padre Venâncio	Av. Afonso Olindense, 1764 – Várzea - Recife/PE

Fonte: Instituto de Assistência Social e Cidadania – IASC, Recife – PE, 2012.

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população do estudo correspondeu a 392 idosos institucionalizados, de ambos os sexos, com idade equivalente ou superior a 60 anos, residentes nas ILPI da área selecionada para o estudo. Os registros selecionados no banco de dados foram aqueles que trazem informações para a variável Mine Exame do Estado Mental que indica a classificação dos pacientes quanto ao comprometimento Cognitivo.

Havia no total 215 registros no banco de dados sendo dois deles não válidos, após a filtragem para limpeza dos dados restaram 213 registros.

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pessoas de ambos os sexos que possuíam idade igual ou acima de 60 anos, condição que define a pessoa idosa no Brasil, de acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), institucionalizadas em ILPI públicas ou filantrópicas devidamente regulamentadas pela prefeitura da cidade do Recife e que aceitaram participar do estudo de forma voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos do estudo os idosos que apresentaram transtornos de comunicação verbal que prejudicava a coleta das informações e aqueles que se recusaram a responder aos questionários ou a assinar o TCLE.

5.6 VARIÁVEIS

As variáveis dependentes e independentes foram investigadas mediante aplicação de um roteiro de entrevista (apêndice A).

5.6.1 Variável dependente

- Função Cognitiva: para avaliação foi utilizado o Mini-Exame do Estado Mental – MEEM, que consiste em teste composto por diversas questões, agrupado em sete categorias, cada uma delas desenhada para avaliar funções cognitivas específicas: orientação para o tempo, memória imediata, atenção e cálculo, evocação, lembrança de palavras, linguagem e capacidade construtiva visual. Foram adotados como pontos de corte de acordo com os níveis de escolaridade do entrevistado: analfabeto = 13 pontos, escolaridade baixa/média = 18 pontos, alta escolaridade = 26 pontos (BERTOLUCCI, 1994).

5.6.2 Variáveis independentes

- Dados Sociodemográficos:
 - Sexo: masculino ou feminino;
 - Idade: considerada em anos completos a partir da data de nascimento e data da coleta dos dados;
 - Faixa etária: categorizada em 60 a 69 anos; 70 a 79 anos e 80 a 89 anos; 90 anos e mais;
 - Estado conjugal: casado (a) ou tem companheiro (a), solteiro (a), viúvo (a), separado (a) ou divorciado (a), não informado;
 - Tem/teve filhos: sim ou não;
 - Número de filhos: 01 a 02 filhos, 03 a 04 filhos, 05 ou mais filhos, não informado;
 - Frequentou a escola: sim ou não;
 - Escolaridade: primário incompleto, primário completo, 1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau incompleto, 2º grau completo, superior incompleto, superior completo;
 - Tempo de institucionalização: menos de um ano, de um a menos de três anos, de três a cinco anos, mais de cinco anos;
 - Situação previdenciária: aposentado (a), pensionista, aposentado (a) e pensionista, não é aposentado (a) /pensionista;

- Renda pessoal – em salários mínimos vigentes, por ocasião da coleta de dados, classificado como: até um salário mínimo (R\$ 678,00), entre um e dois salários mínimo, de dois a quatro salários mínimos, mais de quatro salários mínimos, não possui rendimentos, não se aplica/não respondeu;
- Condições de saúde:
 - Morbidades diagnosticadas - dados obtidos dos prontuários existentes nas ILPI: sim e não;
 - Quantidade de morbididades: até um tipo, dois tipos, três ou mais tipos;
- Quantidade de medicamentos utilizados - dados obtidos dos prontuários existentes nas ILPI: nenhum, um a dois, três a quatro, cinco a seis, sete ou mais;
- Capacidade funcional - avaliada por meio da Escala de Atividades Básicas de Vida Diária - Índice de Katz, (1963) adaptado para a população brasileira por Lino *et al.* (2008). Os indivíduos foram classificados como: independente (quando apresentaram dependência para até duas funções), parcialmente dependente (quando apresentaram dependência para três ou quatro funções), dependentes (quando apresentaram dependência para cinco ou seis funções).

5.7 COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados nas ILPI no período de novembro de 2012 a maio de 2013, por meio de entrevistas individuais, face a face. Para registro das informações foi utilizado um roteiro de entrevista (APÊNDICE A), que posteriormente possibilitou a construção do banco de dados.

5.8 MATERIAL DE ESTUDO

O material de estudo foi composto pelo banco de dados da pesquisa “PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO ASILAR”

5.9 ANÁLISE DOS DADOS

Para organização dos dados, foi utilizado banco de dados construído com o auxílio do software *EPIINFO* versão 3.5.3. Após a digitação em dupla entrada os dados foram checados visando excluir possíveis inconsistências. Para análise, o banco criado no *EPIINFO* foi exportado para os programas de análise estatística *Package for Social Sciences for Windows (SPSS)* versão 19.0 e R versão 2.14.2.

A análise descritiva da distribuição da população foi realizada por meio de frequências absolutas e relativas. Foi calculado o intervalo de confiança para a média dos escores em cada domínio avaliado. Foram realizados testes de hipóteses para verificar a associação entre a variável dependente e as variáveis independentes. A apresentação dos resultados atendeu às normas recomendadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT: NBR 14724.

5.10 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa está vinculado ao projeto intitulado “PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO ASILAR” que foi registrado e aprovado (CAAE nº 02013112600005208) pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco, em cumprimento ao que determina a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e a Convenção de Helsinque (ANEXO A).

6 RESULTADOS

Foi realizado o levantamento do quantitativo dos idosos residentes nas nove ILPI públicas e filantrópicas da cidade do Recife devidamente cadastradas no IASC, totalizando 392 idosos, sendo 103 do sexo masculino e 271 do sexo feminino. Das nove ILPI apenas três eram mistas (duas públicas e uma filantrópica) as demais só aceitavam idosos do sexo feminino.

De acordo com o banco o MEEM foi aplicado em 213 idosos, que preencheram os critérios de inclusão estabelecidos na pesquisa.

A Tabela 1 descreve a amostra segundo as variáveis sociodemográficas. Observa-se que na amostra há uma predominância do sexo feminino (69,5%), faixa etária de 70 a 79 anos (33,8%), estado conjugal solteiro (a) (53,5%), idoso com 01 a 02 filhos (26,3%). Quanto à

freqüência escolar (74,6%) freqüentaram a escola, porém (28,6%) não concluíram o primário, em relação à situação previdenciária, 75,8% eram aposentados e 73,2% tinham renda pessoal de até um salário mínimo, e tempo de institucionalização de menos de um ano (29,6%).

Tabela 1. Caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas, Recife/PE, 2013.

		Frequência	%
Sexo	Masculino	65	30,5
	Feminino	148	69,5
	Total	213	100,0
Faixa etária	60 a 69 anos	62	29,1
	70 a 79 anos	72	33,8
	80 a 89 anos	57	26,8
	90 anos ou mais	22	10,3
	Total	213	100,0
Estado Conjugal	Casado ou tem companheiro (a)	18	8,5
	Solteiro (a)	114	53,5
	Viúvo (a)	56	26,3
	Separado (a) ou divorciado (a)	24	11,3
	Não Respondeu	1	,5
	Total	213	100,0
Nº de Filhos	01 a 02 Filhos	56	26,3
	03 a 04 Filhos	35	16,4
	05 ou mais	21	9,9
	NAO INFORMADO	101	47,4
	Total	213	100,0
Frequentou escola	Sim	159	74,6
	Não	54	25,4
	Total	213	100,0
Anos de Estudo	Primário incompleto	61	28,6
	Primário Completo	26	12,2
	1º Grau incompleto	15	7,0
	1º Grau Completo	13	6,1
	2º Grau incompleto	9	4,2
	2º Grau completo	8	3,8
	Superior incompleto	2	,9
	Superior Completo	6	2,8
	Não sabe	19	8,9
	Não se aplica/Não respondeu	54	25,4
	Total	213	100,0
Situação Previdenciária	Aposentado (a)	163	75,8
	Pensionista	17	7,9

	Aposentado (a) e Pensionista	5	2,3
	Não é Aposentado (a) /Pensionista	30	14,0
	Total	215	100,0
Renda Pessoal	Até um salário Mínimo	156	73,2
	Entre um e dois salários mínimos	14	6,6
	De dois a quatro salários	5	2,3
	Mais que quatro salários	1	,5
	Não possui rendimentos	29	13,6
	Não se aplica/Não respondeu	8	3,8
	Total	213	100,0
Renda-Faixa	Não Possui Rendimentos	8	3,8
	Até um salário Mínimo	156	73,2
	Entre um e dois salários mínimos	20	9,4
	Mais que dois salários mínimos	29	13,6
	Total	213	100,0
Tempo de Institucionalização	Menos de um ano	63	29,6
	De um a três anos	66	31,0
	De três a cinco anos	27	12,7
	Cinco anos ou mais	57	26,8
	Total	213	100,0

Fonte: dados da pesquisa, 2013.

A Tabela 2 caracteriza a amostra segundo as variáveis: condição de saúde diagnosticada em prontuário e uso de medicamentos listados em prontuário, funcionalidade e comprometimento cognitivo. Prevalecendo os idosos com uma morbidade (76,5%), fazendo uso de 3 a 4 medicamentos (28,6%), eram independentes 73,7% e com comprometimento cognitivo 67,1%.

Tabela 2. Caracterização da amostra segundo as condições de saúde diagnosticada, uso de medicamentos, capacidade funcional e comprometimento cognitivo, Recife/PE, 2013.

		Frequência	%
Morbidade no Prontuário	Sim	213	100,0
	Total	213	100,0
Quantidade de Morbidades	Até um tipo	163	76,5
	Dois Tipos	49	23,0
	Três ou mais tipos	1	,5
	Total	213	100,0
Quantidade de Medicamentos	Nenhum	25	11,7
	01 a 02	34	16,0
	03 a 04	61	28,6
	05 a 06	53	24,9
	07 ou mais	40	18,8
	Total	213	100,0
Capacidade Funcional	Independente	157	73,7
	Parcialmente dependente	20	9,4
	Dependente	36	16,9
	Total	213	100,0
Comp. Cognitivo	Com comprometimento	143	67,1
	Sem comprometimento	70	32,9
	Total	213	100,0

Fonte: dados da pesquisa, 2013.

Ao utilizar o teste de associação podemos afirmar que pelo menos uma das categorias das variáveis envolvidas no teste tem proporção com relação ao comprometimento cognitivo diferente das demais.

Na tabela 3, pode-se observar que há associação estatística entre as variáveis comprometimento cognitivo, sexo, número de filhos, ter frequentado a escola, grau de escolaridade e tempo de permanência na ILPI.

Tabela 3. Associação entre comprometimento cognitivo e as variáveis sociodemográficas - Análise univariada – Recife/PE, 2013.

		Meen-Cat		Total	P-Valor
		Com Comprometiment o	Sem Comprometiment o		
Sexo	Masculino	36	29	65	0,0155
	Feminino	107	41	148	
Total		143	70	213	
Faixa etária	60 a 69 anos	39	21	60	0,7955
	70 a 79 anos	50	26	76	
	80 a 89 anos	38	18	56	
	90 anos ou mais	16	5	21	
Total		143	70	213	
Estado Conjugal	Casado ou tem companheiro (a)	12	6	18	0,5656
	Solteiro (a)	81	33	114	
	Viúvo (a)	35	21	56	
	Separado (a) ou divorciado (a)	14	10	24	
	Não Informado	1	0	1	
Total		143	70	213	
Nº de Filhos	01 a 02 Filhos	45	11	56	0,0307
	03 a 04 Filhos	21	14	35	
	05 ou mais	10	11	21	
	Não Informado	67	34	101	
Total		143	70	213	
Frequentou escola	Sim	97	62	159	0,0011
	Não	46	8	54	
Total	Total	143	70	213	

Anos de Estudo	Primário incompleto	43	18	61	0,0000
	Primário Completo	12	14	26	
	1º Grau incompleto	9	6	15	
	1º Grau Completo	6	7	13	
	2º Grau incompleto	6	3	9	
	2º Grau completo	2	6	8	
	Superior incompleto	1	1	2	
	Superior Completo	0	6	6	
	Não sabe	18	1	19	
	Não se aplica/Não respondeu	46	8	54	
Total	Total	143	70	213	
Situação Previdenciária	Aposentado (a)	114	48	162	0,1341
	Pensionista Aposentado (a) e Pensionista Não é Aposentado (a) /Pensionista	8	9	17	
		2	3	5	
		19	10	29	
Total	Total	143	70	213	
Renda Pessoal	Até um salário Mínimo	111	45	156	0,0529
	Entre um e dois salários Mínimos	5	9	14	
	De dois a quatro salários	4	1	5	
	Mais que quatro salários	0	1	1	
	Não possui rendimentos	19	10	29	
	Não se aplica/Não	4	4	8	

respondeu					
Total		143	70	213	
Renda-Faixa	Não Possui Rendimento s	4	4	8	0,082 7
	Até um salário Mínimo	111	45	156	
	Entre um e dois salários mínimos	9	11	20	
	Mais que dois salários mínimos	19	10	29	
Total		143	70	213	
Tempo de Institucionalizaçã o	Menos de um ano	39	24	63	0,033 8
	De um a três anos	44	22	66	
	De três a cinco anos	14	13	27	
	Cinco anos ou mais	46	11	57	
Total		143	70	213	

Fonte: dados da pesquisa, 2013.

Em relação à Tabela 4 observa-se que houve associação do comprometimento cognitivo com a funcionalidade, o que indica que pelo menos uma das categorias da capacidade funcional apresenta uma distribuição diferente das demais.

Tabela 4. Associação entre comprometimento cognitivo e as condições de saúde - Análise univariada, Recife/PE, 2013.

		Meen-Cat		Total	P-Valor
		01 - Com compromisso	02 - Sem compromisso		
Quantidade de Morbidades	Até um tipo	109	54	163	0,7805
	Dois Tipos	33	16	49	
	Três ou mais tipos	1	0	1	
	Total	143	70	213	
Quantidade de Medicamentos	Nenhum	16	9	25	0,3269
	01 a 02	24	10	34	
	03 a 04	41	20	61	
	05 a 06	40	13	53	
	07 ou mais	22	18	40	
	Total	143	70	213	
Capacidade Funcional	Independente	97	60	157	0,0195
	Parcialmente dependente	17	3	20	
	Dependente	29	7	36	
	Total	143	70	213	

Fonte: dados da pesquisa, 2013.

A avaliação do efeito conjunto das variáveis independentes e que tiveram associação significativa com o comprometimento cognitivo foi realizada por meio de um modelo logístico bivariado.

A variável dependente foi codificada da seguinte forma apresentada na Tabela 5:

Tabela 5 – Codificação da variável dependente – Comprometimento Cognitivo em idosos institucionalizados. Recife/PE, 2013

Valor	
Original	Código
01 - Com	0
02 - Sem	1

Na tabela 6 demonstra-se o resultado do modelo binário logístico que melhor explicou a variável dependente Comprometimento Cognitivo. A variável que apresentou o menor erro

padrão, ou seja, a maior precisão foi anos de estudo e, a que apresentou a maior influência foi sexo por apresentar o maior coeficiente estimado.

A estimativa de cada um dos betas abaixo é a sua contribuição no *score* para classificação do paciente com ou sem comprometimento cognitivo.

Tabela 6 - Análise ajustada, mediante regressão modelo binário logístico, dos fatores associados ao comprometimento cognitivo em idosos institucionalizados. Recife/PE, 2013

	B	Erro Padrão	Graus de Liberdade	P-Valor	Exp(B)	Intervalo com 95% de confiança para EXP(B)	
						Inferior	Superior
Sexo	-,780	,329	1	,018	,459	,241	,873
Tempo ilpi*	-,208	,137	1	,127	,812	,622	1,061
Anos estudo	-,014	,004	1	,002	,986	,977	,995
Func_Katz_CatNum	-,601	,236	1	,011	,548	,345	,872
Constante	2,210	,741	1	,003	9,118		

Para verificar a assertividade do modelo ajustado apresentamos a Tabela 7 com os resultados comparados da estimativa e dos valores reais da variável dependente. A assertividade total foi de aproximadamente 71% dos casos, sendo que quando lidamos somente com as pessoas com comprimento cognitivo observado essa assertividade sobe para aproximadamente 93%.

Tabela 7 – Assertividade do modelo ajustado mediante regressão modelo binário logístico, dos fatores associados ao comprometimento cognitivo em idosos institucionalizados. Recife/PE, 2013

Observado	Predito		
	Meen-Cat		Percentual Correto
	Com Comprometimento	Sem Comprometimento	
Meen- Com	132	11	92,3
Cat Comprometimento			
Sem Comprometimento	51	19	27,1
Assertividade Total			70,9

7 DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu conhecer o perfil sociodemográfico dos idosos residentes nas ILPI publicas e filantrópicas da cidade do Recife. Os residentes tinham como principais características: predominância do sexo feminino, solteiro (a), frequentaram a escola, porém não concluíram o ensino fundamental, a maioria é aposentada com renda de até um salário mínimo (valor de R\$ 678,00 à época da pesquisa), com tempo de institucionalização de menos de um ano, portador (a) de pelo menos uma morbidade, tomam de três a quatro medicamentos, com independência para AVD e com presença de comprometimento cognitivo.

A feminização da velhice é um fenômeno que acompanha o envelhecimento da população. As mulheres vivem mais do que os homens em quase todas as partes do mundo. Esse fenômeno deve-se a fatores, tais como: diferença de exposição a causas de risco quer seja na sua vida pessoal ou profissional, diferenças no consumo de álcool e tabaco, diferenças de atitudes em relação a doenças e incapacidades, as mulheres são mais atentas ao aparecimento de sintomas e sinais de doenças (LEBRÃO; 2007; SOUZA; SANTOS, 2007; ZANDONA; OSINAGA, 2010; SANTOS ET al., 2012).

Souza ET al. (2010), realizou um estudo com mulheres idosas institucionalizadas e constatou que elas apresentaram desempenho cognitivo melhor que os homens nas avaliações que envolviam habilidades de memória. Soares, Coelho e Carvalho (2012), em pesquisa realizada em uma ILPI em Marília – SP, em relação à capacidade cognitiva não acharam a

diferença significativa entre os sexos. Já Ferreira ET al. (2014), em sua pesquisa com idosas residentes em ILP em Brasília – DF constatou que a perda cognitiva é mais freqüente no sexo feminino que no masculino.

Nesse estudo as proporções de idosos com CC foram diferentes, quando comparados os sexos masculino e o feminino.

Constatou-se no presente estudo que a maioria dos idosos institucionalizados estava na faixa etária de 70 a 79 anos, situação essa também observada em vários estudos realizados nas diversas regiões do Brasil com idosos institucionalizados (LENARDT; MICHEL; TALLMANN, 2009; FERRANTI ET al., 2005).

A predominância de idosos solteiros institucionalizados apresentados nesse estudo sugere a frágil rede de apoio familiar e ou social no atendimento e no cuidado pela família, levando à institucionalização dos seus idosos. Estudos realizados em diferentes regiões brasileiras encontraram amostras com maioria de viúvos, com os solteiros ocupando a segunda posição (LENARRDT; MICHEL; TALLMANN, 2009; SANTOS, FELICIANI; SILVA, 2007).

Em relação ao número de filhos, a proporção de idosos com comprometimento cognitivo que tiveram filhos é diferente das demais categorias, levando-nos a ressaltar que existe significância estatística na associação CC e ter filhos. Em relação a tal fato, não foi encontrada na literatura nenhuma referencia à associação CC e ter filhos. Zandona e Osinaga (2010) realizaram uma pesquisa com idosos institucionalizados na cidade de Piracicaba-SP, onde se constatou grande número de idosos sem filhos (22% das mulheres e 11% dos homens), com um a cinco filhos (42% mulheres e 22% homens) e com seis a dez filhos (2% mulheres e 1% homens), tais dados permitiram deduzir-se que os homens estão mais conscientes das dificuldades de manter a educação e a saúde dos filhos, por se tratar de idosos com mais de 60 anos deduziu-se também que há alguns anos atrás já havia uma preocupação quanto ao número de filhos, especialmente se considerarmos que o estudo foi realizado na região sudeste do país onde esta característica já se observa a mais tempo do que nas demais.

Idosos institucionalizados com baixo nível de escolaridade apresentam maiores alterações cognitivas (FERREIRA et al., 2014; REIS et al., 2009). Pesquisa realizada com idosos institucionalizados concluiu que indivíduos com alta escolaridade (8 a 15 anos) obtiveram melhor desempenho cognitivo nas avaliações de linguagem (SOUZA ET al. 2010).

Autores como Valle ET al. (2009), Veras (2009) e Rabelo (2009) ressaltaram que a idade e a escolaridade são fatores que estão relacionados diretamente com o CC. De acordo com Valle ET al. (2009), Veras (2009), Faria ET al. (2011), Santos ET al. (2012) quanto maior o nível de escolaridade mais difícil será o desenvolvimento de quadros demenciais e indivíduos com baixa escolaridade apresentam maior predisposição a desenvolver quadro demencial.

Para Trindade ET al. (2013), a baixa escolaridade e a institucionalização contribuem de forma crucial para a degradação cognitiva. Idosos institucionalizados apresentam maiores chances de desenvolver patologias que causam decadência física e psicológica mais expressiva que não institucionalizados. Em indivíduos residentes em ILPI observa-se menor desempenho cognitivo favorecendo ao comprometimento das habilidades funcionais e aumento de depressão.

No presente estudo a proporção de idosos com CC foi maior no grupo de pessoas que não frequentaram a escola e esse comprometimento cognitivo foi diferente quando comparado com o grau de escolaridade.

O Art. 34 do Estatuto do Idoso determina que o indivíduo nato ou naturalizado, residente e domiciliado no Brasil a partir dos 65 anos de idade que não possui renda ou se a renda per capita do grupo familiar for inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, tem direito ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social/Lei Orgânica da Assistência Social (BPC/LOAS). Ainda no EI no seu Art. 35 estatui que todas as entidades de longa permanência, ou casa-lar, são obrigadas a firmar contrato de prestação de serviços com a pessoa idosa abrigada e a participação do idoso no custeio da entidade não poderá exceder 70% de qualquer benefício previdenciário ou de assistência social recebido pelo idoso (BRASIL, 2003).

Segundo Soares et al (2012), é inegável o aspecto positivo do aumento da expectativa de vida da população, porém esse indicador termina por provocar problemas de saúde, sociais e econômicos e a falta ou precariedade do suporte social e financeiro à essas famílias termina por induzi-las a institucionalizarem seus idosos.

No Brasil, a institucionalização do idoso ocorre quando ele apresenta baixos níveis de dependência e um dos fatores que leva a isso é o comprometimento cognitivo. O próprio processo de envelhecimento e o déficit na realização de tarefas cotidianas e no estado mental

predispõem o encaminhamento de idosos às instituições de longa permanência (ILP), muitas vezes por familiares (MELLO; HADDAD; DELLAROZA, 2012).

De acordo com Born e Boechat (2006), no Brasil, observa-se frequentemente a institucionalização definitiva de idosos com baixos níveis de dependência, em diferentes faixas etárias, entretanto, a literatura internacional revela a institucionalização de idosos mais velhos ou acima dos 85 anos, vítimas de múltiplas perdas funcionais ou atividade de vida diária comprometida e demenciados.

O isolamento social e a falta de estímulo intelectual que ocorrem nas ILPI podem ser fatores importantes no desenvolvimento e piora do CC (CASTRO; PRUDENTE, 2012). Vários são os trabalhos que referem que a institucionalização favorece o CC quer seja pelo afastamento do idoso da vida em comunidade, quer seja pelo sedentarismo muitas vezes imposto pelas condições das ILPI (BARTON ET al., 2012; BORGES ET al, 2013; REIS ET al., 2009; TRINDADE ET al., 2013).

De acordo com Del Duca ET al. (2012) um fator preditor para a institucionalização é a idade avançada, pois a cada década que passa o risco de incapacidade funcional dobra e há uma maior predisposição às doenças crônicas. Cuidar de idoso não é tarefa fácil, principalmente na realidade brasileira, onde as dificuldades socioeconômicas são imensas. Diante desse quadro a institucionalização passa a ser a única opção.

Embora a grande maioria da população idosa tenha condições de viver e manter-se sozinha ou com a ajuda de familiares, existe uma parcela cuja demanda por institucionalização cresce cada vez mais. Esta parcela geralmente é constituída por idosos pobres com algum tipo de doença, sem condições de viverem sozinhos ou com seus familiares (VAGETTI; WEINHEIMER; OLIVEIRA, 2007).

Autores como Marin et al. (2012); Tomasi; Alves (2007); Vitorino; Paskulin e Viana (2013) concordam que as ILPI oferecem moradia, higiene, alimentação, acompanhamento médico, porém afastam o indivíduo do convívio familiar, favorecendo o isolamento social e a inatividade física e mental, provocando grandes prejuízos a sua qualidade de vida. Foi verificado em vários estudos que a maioria dos idosos institucionalizados apresentou CC (BLÜMEL; KANACRI; KERRIGAN, 2005; SANTOS; FELICIANI; SILVA, 2007).

Nesse estudo a proporção de idosos com CC são diferentes quando comparado o tempo de institucionalização, porém a maioria dos idosos da amostra estava na faixa de menos de três anos de institucionalização.

Para Freitas ET al. (2010), quanto melhor a percepção de qualidade de vida geral, melhor é o funcionamento cognitivo global. Entretanto na velhice a qualidade de vida parece não estar vinculada apenas a ausência de doenças e incapacidades, mas também aos recursos positivos do meio ambiente e ao bom estado psicológico do idoso. A autopercepção negativa da saúde está relacionada a um maior risco de CC e a autopercepção positiva pode estar associada a uma maior gravidade dos déficits cognitivos, o que reflete possivelmente uma menor capacidade de crítica quanto ao estado mórbido.

Com o envelhecimento o sistema nervoso central é o mais comprometido, por ser atingido por fatores intrínsecos (genéticos) e extrínsecos (meio ambiente, metabolismo, radicais livres e outros), os quais afetam as funções mais importantes do organismo, como aquelas que capacitam o indivíduo para a vida social. Assim, verifica-se a redução da capacidade intelectual, seja essa de memória, raciocínio lógico, juízo crítico, funções práticas e gnósicas, afetividade, personalidade e atitude (CONVERSO; IARTELLI, 2007).

À medida que a pessoa envelhece maiores são as chances de contrair uma doença crônica. Apenas 22,6% das pessoas de 60 anos ou mais de idade declararam não possuir doenças. Para os de 75 anos ou mais de idade esta proporção cai para 19,7%. Entre as doenças crônicas a hipertensão é a que mais se destaca com proporção em torno de 50%. Então se pode concluir que envelhecer sem uma doença crônica é uma exceção (IBGE, 2009).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) em vários estudos foi a primeira ou a segunda morbidade mais encontrada entre a população idosa (PELEGRIN ET al., 2008). Pesquisa realizada entre 2006 a 2010 com dados coletados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) demonstrou que a prevalência de HAS foi acima de 55% da população idosa em todas as regiões geográficas, valores superiores ao encontrado nos países de alta renda (MENDES; MORAES; GOMES, 2014). Porém, na presente pesquisa não foi observado significância entre CC e a quantidade de morbidades listadas em prontuário.

O consumo e o uso de medicamentos pelos idosos são bastante prejudicados pelo CC, os idosos institucionalizados apresentam uma maior adesão à terapia medicamentosa, porque sua administração está sob a responsabilidade da instituição (OLIVEIRA; NOVAES, 2012). Segundo Platti ET al. (2006), a subutilização de medicamentos por idosos com CC, deve-se ao status cognitivo dos idosos e, por conseguinte, maior susceptibilidade ao descumprimento da orientação terapêutica. Já nas ILPI a administração dos medicamentos é da responsabilidade dos cuidadores e em muitas situações não existe o cuidado de orientar o

idoso residente quanto à prescrição médica, portanto, essa falta de estimulação cognitiva e a dependência que os idosos vivenciam em muitas instituições interferem no desenvolvimento da cognição.

O sono na velhice pode sofrer influência de fatores como: dor ou desconforto físico, fatores ambientais, desconfortos emocionais e alterações no padrão do sono (dificuldade para dormir, dificuldade para reiniciar o sono, despertar de manhã mais cedo que o desejado), sonolência e fadiga diurna com aumentos de cochilos e CC. Tal situação leva os idosos a consumirem drogas hipnóticas, as quais possuem efeitos colaterais ou de interação medicamentosa e são consumidas concomitantemente com outros medicamentos (polifarmácia), prescritos ou não, interferindo sobremaneira sobre o processo saúde-doença (COSTA; CEOLIM; NERI, 2011). Em nosso estudo não foi percebida associação entre CC e a variável quantidade de medicamentos listados em prontuário.

Idosos que residem em alojamentos privativos e que possuem alguma independência física, ao longo do tempo tendem a apresentar menores problemas de déficit cognitivo (BARTON ET al., 2012). Idosos que residem em ILPI têm seu sedentarismo aumentado, perdem grande parte de sua autonomia, e esses fatores associados ao processo de envelhecimento acentuam o declínio cognitivo (BORGES ET al., 2013).

A idade avançada e atividades de lazer limitadas ou ausentes favorecem o sedentarismo provocando a perda da aptidão física com conseqüente comprometimento da capacidade funcional (PELEGRIN ET al., 2008).

Pesquisa realizada na cidade de Marília-SP com idosos institucionalizados constatou que no contexto da institucionalização, os idosos encontravam-se em evidente situação de fragilidade física, cognitiva e emocional. Tal situação decorre de fatores intrínsecos e extrínsecos às ILPI. Quanto aos fatores intrínsecos destacou-se a própria organização física e administrativa das ILPI, caracterizadas pela rigidez de horários e normas, o que leva o idoso à perda da autonomia. Em relação aos fatores extrínsecos foram apontados: o abandono por parte dos familiares e amigos, patologias pré-existentes, dificuldades econômicas e baixa escolaridade (SUZUKI; DERMATINI; SOARES, 2009).

De acordo com Soares, Coelho e Carvalho (2012), o desempenho cognitivo declina com o aumento da idade e um menor desempenho em relação à realização/autonomia para as AVD pode estar relacionado ao declínio cognitivo, dessa forma os autores apontaram que a

autonomia para as atividades do cotidiano como fator protetor ao CC. Em nosso estudo foi constatada associação significativa entre CC e a dependência funcional.

Verificou-se ainda que existe associação estatística entre sexo, número de filhos, ter freqüentado a escola, grau de escolaridade, tempo de institucionalização e capacidade funcional. As variáveis, número de filhos e ter freqüentado a escola, foram categorizadas como variáveis de confundimento, pois na presença das mesmas a assertividade foi diminuída. Porém dessas variáveis, sexo e escolaridade foram as que apresentaram maior significância, levando-nos a concluir que quanto menor a escolaridade maior o comprometimento cognitivo, principalmente no sexo feminino.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), preconiza o envelhecimento ativo, entendido este como aquele em que há participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais e civis, e não simplesmente como a capacidade de estar fisicamente ou profissionalmente ativo. Tendo como meta principal o desenvolvimento de ações e políticas públicas que venham a proporcionar “a obtenção da melhor qualidade de vida possível pelo maior tempo possível e para o maior número de pessoas possível”. Essa situação almejada por todos os indivíduos é difícil de ser alcançada em nosso País, especialmente considerando as dificuldades socioeconômicas presentes para a maioria da população brasileira, cuja população envelhece rapidamente.

A amostra deste estudo foi caracterizada por idosos na sua maioria do sexo feminino, na faixa etária de 70 a 79 anos, solteiro (a), quantidade de filhos não informada, frequentou a escola, porém não concluiu o ensino fundamental, aposentados, com renda de até um salário mínimo, com um a menos de três anos de institucionalização, apresentando pelo menos uma morbidade, fazendo uso de três a quatro tipos de medicamentos, independente para as AVD e com comprometimento cognitivo. As variáveis escolaridade e sexo foram as que apresentaram maior significância estatística, ou seja, quanto menor a escolaridade maior o comprometimento cognitivo principalmente no sexo feminino.

Ainda não faz parte da cultura nacional à institucionalização dos idosos, o que se vê é o crescimento dessa demanda para a população de baixa renda, com baixa escolaridade, mais vulnerável e que sofre por falta de apoio social. Idosos institucionalizados têm sua fragilidade

aumentada, quer seja pelo sentimento de abandono por parte de familiares e ou amigos, quer pela diminuição e ou perda de sua autonomia. A presença de doenças crônicas e doenças incapacitantes só vêm a piorar ainda mais o quadro de fragilidade dessa população.

O sedentarismo, o sentimento de abandono e o próprio processo do envelhecimento podem transformar indivíduos independentes para AVD/AIVD em indivíduos dependentes e com comprometimento cognitivo, sendo certo que atividades físicas e de estimulação cognitiva são ações que se tornam necessárias para estimular a saúde do idoso institucionalizado. É de suma importância que as ILPI mantenham registros atualizados das condições de saúde dos seus residentes e que as repercussões cognitivas ao longo do tempo sejam acompanhadas desde o primeiro dia da institucionalização a fim de distinguir a senescência da senilidade, possibilitando o desenvolvimento de atividades específicas aos diferentes processos de envelhecer, quer saudável ou não.

Com o crescimento da população idosa e a crescente procura por ILPI, se faz necessário o conhecimento dos problemas que atingem essa população, porém os estudos com idosos institucionalizados do ponto de vista da cognição são escassos na literatura. Registre-se também, que esses estudos são de primordial importância para se entender como se dá a evolução do processo de envelhecimento, pois o conhecimento das suas necessidades e principalmente das possíveis alterações que a institucionalização pode desencadear, proporcionarão subsídios para o enfrentamento de um dos maiores desafios da saúde pública, a promoção da qualidade de vida dos indivíduos em envelhecimento.

Esperamos que o presente trabalho venha a contribuir para um melhor conhecimento da realidade do idoso institucionalizado, fazendo com que profissionais, comunidade acadêmica e a sociedade como um todo, possam avançar na discussão dos problemas relacionados à institucionalização no Brasil.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. RDC nº283 de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. 2014. Disponível em: < <http://www20.anvisa.gov.br/segurançadopaciente/index.php/legislação/item/rdc-283-de-26-de-setembro-de-2005> >. Acesso em: 15/11/2014.

ARAÚJO, C. L. de O; SOUZA, L. A. de; FARO, A. C. M. Trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *HERE – História da Enfermagem Revista Eletrônica*. Brasília, v.1, n.2, p. 250-262, jun/dez. 2010.

BARTON, R; BAUMKER, T; CALLAGHAN, L; HOLDER, J; NETTEN, A; TOWERS, A. H. The characteristics of residents in extra care housing and care homes in England. *Health and Social Care in the Community*. UK, v.20, n.1, p. 87-96, 2012.

BECKERT, M; IRIGARAY, T. Q; TRENTINE, C. M. Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. *Estudos de Psicologia*. Capinas, v.29, n.2, p. 155-162, abr/jun, 2012.

BERTOLUCCI, P. H. F; BRUCKI, S. M. D; CAMPACCI, S.R; JULIANO, Y; O mini exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, São Paulo, v.52, n.1, p.1-7, 1994. Disponível em:< <http://www.Cielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>> Acesso em 18/08/2014.

BLÜMEL, M.; KANACRI, B. C.; KERRIGAN, N. B. Prevalencia de deterioro cognitive en una poblacioón geriátrica institucionalizada. *Psiquiatr Salud Ment*. v.22, n.1-2, p.100-05, 2005.

BORGES, M. O. S.; ROCHA, J. R.; COUTO, E. A. B.; MANCINI, P. C.; Comparação do equilíbrio, depressão e cognição entre idosas institucionalizadas e não institucionalizadas. *Revista CEFAC*, v. 15, n. 5, p. 1073-1079, 2013.

BORN, T.; BOECHAT, N.S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E.V.; PY, I.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; GARZONI, M.L.; ROCHA, S.M. (2.ed). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1131-1141.

BRASIL, DECRETOS E LEIS. Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm > Acesso em: 18/08/2014.

BRASIL, DECRETOS E LEIS. Senado Federal. Subsecretaria de Edições Técnicas. Estatuto do Idoso. Brasília, DF, 2003. 68p.

CAMARANO, A. A; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. R.brs. Est. Pop., Rio de Janeiro, v.27, n.1, p.233-235, jan./jun. 2010.

CASTRO, S. D; PRUDENTE, C. O. M. Perfil sócio-demográfico, mental e funcional de idosos institucionalizados da cidade de Caldas Novas. Revista Eletrônica Saúde e Ciência-RESC, v.II, n. 01, p, 78-102, 2012.

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, p.68-77, Jan./jun. 2008.

CONVERSO, M.E.R.; IAETELLI, I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em Instituição Pública de Longa Permanência. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v.565, n.4, p.267-272, 2007.

COSTA, S. V.; CEOLIM, M. F.; NERI, A. L. Problemas de sono e suporte social: estudo multicêntrico fragilidade em idosos brasileiros. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.19, n. 4, 9 telas, 2011.

DEL DUCA, G. F; SILVA, S. G; THUMÉ, E; SANTOS, I, S; HALLAL, P. C. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. Rev Saúde Pública, v, 46, n.1, p. 147-53, 2012.

DIAS, M. S. L; MORENO, R. Estimulação cognitiva por meio de atividades físicas em idosos: examinando uma proposta de intervenção. Rev Bras Geriatr Gerontol. v. 15, n.2, p.325-34, 2012.

FARIA, E.C.; SILVA, S.A.; FARIAS, K.R.A.; CINTRA, A. 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.

FERNANDES, M. T. O; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. Ver Esc Enferm USP, v. 46, n.6, p. 1494-1502, 2012.

FERRANTIN, A. C.; BORGES, C. F.; MORELLI, J. G. S.; REBELAT, J. R. Qualidade da execução de AVDs em idosos institucionalizados e não institucionalizados que permaneciam sem sair de suas residências por mais de 6 meses. Fisioter. Bras, v. 6, n. 5, p, 372-75, 2005.

FERREIRA, L. S.; PINHO, M. S. P.; PEREIRA, M. W. M.; FERREIRA, A. P. Perfil cognitivo de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência de Brasília-DF. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 67, n.2, p. 247-51, 2014.

FREITAS, D. H. M. de; CAMPOS, F. C. A; LINHARES, L. Q; FERREIRA, C. B; DINIZ, B. S. A autopercepção da saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. Revista de Psiquiatria Clínica, v.37, n.1, p. 32-5, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIAS E ESTATÍSTICA – IBGE. Projeto UNFPA/BRASIL (BRA/02/P02) – População e Desenvolvimento – Sistematização das medidas e indicadores sociodemográficos oriundos da Projeção da população por sexo e idade, por método demográfico, das Grandes Regiões e Unidades da Federação para o período 1991/2030. Rio de Janeiro, out. 2006. 129p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIAS E ESTATÍSTICA – IBGE. Indicadores sócio demográficos e de saúde no Brasil, sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados, 18p. 2009. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf > Acesso em: 17/01/2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIAS E ESTATÍSTICA – IBGE. Projeto UNFPA/BRASIL – Censo Demográfico 2010 – Sinopse do Censo e Resultados Preliminares do Universo. Rio de Janeiro, abril, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/censo2010>> Acesso em: 18/08/2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIAS E ESTATÍSTICA – IBGE. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2012. Rio de Janeiro, n.27. 2012. 287p. Disponível em < ftp://ibge.gov.br/indicadores_sociais/sintese_de_indicadores_sociais_2012/sis_2012.pdf > Acesso em 15/11/2014.

KNECHT, S; WERSCHING, H; LOHMANN, H; DERGER, K; RINGELSTEIN, E.B. How much does hypertension affect cognition. J NeurolSci, v. 283, n.1-2, p.149-52, 2009.

LAFIN, S. H. F. Asilos: algumas reflexões. In: Cortelletti, I; Casara, M; Herédia, V; Idoso Asilado: um estudo gerontológico. Caxias do Sul; Ed. Ucs, p.111-113, 2004.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: Aspectos da transição demográfica e epidemiológica. Saúde Coletiva, v. 4, n. 17, p.135-40, 2007.

LENARDT, M. H.; MICHEL, T.; TALLMANN, A. E. C. A condição de saúde de idosos residentes em ILPI. Cogitare Enferm., v.14, n. 2, p. 227-36, 2009.

LINO, V. T. S; PEREIRA, S. R. M; CAMACHO, L. A. B; RIBEIRO FILHO, S. T; BUTISMAN, S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em atividade de vida diária (Escala de Katz). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p. 103-112, jan, 2008.
MACÊDO, A. M. L; CERCLIARI, E. A. N; ALVARENGA, M. R. M; FACCEUDA, O; OLIVEIRA, M. A. de C. Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. Acta Paul Enferm.v. 25, n.3, p. 358-63, 2012.

MARIN, M. J. S; MIRANDA, F. A; FABBI, D; TIRELLI, L. P; STORNIOLO, L. V. Compreendendo a história de vida de idosos institucionalizados. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 147-154, 2012.

MELLO, B.L.; HADDAD, M.C.L.; DELLAROZA, M.S.G. Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. Acta Scientiarum. Health Sciences, v.34, n.1, p.95-102, 2012.

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.

OLIVEIRA, M. P. F.; NOVAES, M. R. C. G. Uso de medicamentos por idosos de Instituições de Longa Permanência. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília-DF, Brasil, v. 65, n. 5, p. 737-44, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Envelhecimento ativo: uma política de saúde/World Health Organization. Tradução Suzana Gontijo. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2005, 60p.

PELEGRIN, A. K. A. P.; ARAÚJO, J. A.; COSTA, L. C.; CYRILLO, R. M. Z.; ROSSET, I. Idosos de uma ILP de Ribeirão Preto: Níveis de capacidade funcional. Arq. Ciênc. Saúde, v.15, n.4, p. 182-88, 2008.

PETERSEN, R. C. Mild cognitive impairment. 57th Annual Meeting of the American Academy of Neurology. April, v.9, n.16, p.9-28, 2005.

PLATTI, M. C. F.; COVRE, P.; LUKASOVA, K.; MACEDO, E. C. Depressive symyoms and cognitive performance of the elderly: relationship between institutionalization and activity programs. Rev. Bras. Psiquiatr. v. 28, n. 2, p.118-21, 2006.

RABELO, D.F. Comportamento cognitivo leve em idosas: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. *Rev. Kairós Gerontol.* v.12, n.2, p.65-79, 2009.

REIS, L.A.; TORRES, G.V.; ARAÚJO, C.C.; REIS, L. A.; NOVAES, L.K.N. Rastreamento cognitivo de idosos institucionalizados no município de Jequié-BA, *Psicologia em Estudo*, v. 14, n. 2, p. 295-301, 2009.

SANTOS, S.S.C.; FELICIANI, A.M.; SILVA, B.T. Perfil de idosos residentes em ILP: Proposta de ações de enfermagem/saúde, *Ver. RENE*, v.8, n.3, p. 26-33, 2007.

SANTOS, A. R; LOPES, B. M; LORENZINI, M; REZENDE, T. L. Depressão e mobilidade em idosos com dor crônica institucionalizados e não institucionalizados. *Revista da Graduação. Porto Alegre*, v.4, n.2, p.1-18, 2011.

SANTOS, S. B; OLIVEIRA, L. B; MENEGOTTO, I. H; BÓS, A. J. G; SOLDERA, C. L. C. Dificuldades auditivas percebidas por moradores longevos e não longevos de uma instituição de longa permanência para idosos. *Estudos Interdisciplinares sobre envelhecimento. Porto Alegre*, v.17, n.1, p.125-43, 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/revenvcelhecer/article/view/18172/23192>> Acesso em: 18/08/2014

SISAP-IDOSO – Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso – Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br>> Acesso em: 19/11/2014.

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 de Gerontologia*, v.15, n.5, p. 117-139, 2012.

SOARES, E.; DEMARTINI, S.M.; SUZUKI, M.M.; OLIVEIRA, T.P.; KPATSU, P. S. Estudo epidemiológico do perfil do idoso institucionalizado em instituição do interior Paulista. *Revista Ciência em Extensão*, v.8, n.1, p.35-60, 2012.

SOUZA, V.L.; BORGES, M.F.; VITÓRIA, C.M.S.; CHIAPETTA, A.L.M.L. Perfil das habilidades cognitivas no envelhecimento normal. Revista CEFAC, v.12, n.2, 2010. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169316072004.pdf> > Acesso em: 20/11/2014.

SOUZA, D.M.S.T.; SANTOS, V.L.C.G. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão em idosos institucionalizados. Rev. Latino-AM. Enfermagem, v.15, n.5, p.958-64, 2007.

SUZUKI, M.M.; DEMARTINI, S.M.; SOARES, E. Perfil do idoso institucionalizado na cidade de Marília: subsídios para elaboração de políticas de atendimento. Revista de Iniciação Científica da FFC, Marília-SP, n.9, p. 256-68, 2009.

TOMASINI, S.L.V; ALVES, S. Envelhecimento bem sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. RBCEH, Passo Fundo, v.4, n.1, p. 88-102, jan/jun. 2007.

TRINDADE, A.P.N.T; BARBOZA, M.A; OLIVEIRA, F.B; BORGES, A.P. O. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Fisioter.Mov, Curitiba, v. 26, n. 2, p.281-289, abr./jun. 2013.

UNITED NATIONS. World population prospects: the 2010 revision. New York; Department of Social and Economic Affairs. Population Division, 2011.

VALLE, R.A.; CASTRO-COSTA, E.; FIRMO, J.O.A.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M.F. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho do Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. Cad. Saúde Pública, v.25, n.4, p.918-26, 2009.

VAGETTI, G.C; WEINHEIMER, M. S; OLIVEIRA, V. Atendimento integral à saúde do idoso residente em instituição de longa permanência: uma experiência interdisciplinar. Estud. interdiscip. envelhec., Porto Alegre, v.11, p. 53-66. 2007.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.43, n.3, p.548-554, 2009.

VITORINO, L. M; PASKULIN, L. M, G; VIANNA, L. A. C. Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. Rev. Latino-Am. Enfermagem. {internet} Jan/fev. 2013. 21 (Spec):{9 telas} disponível em:< <http://www.eerp.usp.br/rlae> > Acesso em: 18/08/2014.

ZANDONA, E.F.S.; OSINAGA, V.L.M. Depressão e demência em idosos institucionalizados. 18º Congresso de iniciação científica, 8ª Mostra Acadêmica UNIMEP- Tema: Desafios da educação superior na agenda do Novo Milênio, 7.p, de 26 a 28 de outubro de 2010.

APÊNDICE A

Roteiro de Entrevista

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Hora início ____:____ Hora término ____:____

01. Nº Questionário: _____		Nquest: _____	
02. Nº do idoso: _____			
Nidoso: _____			
Nome: _____			

03.	IPLI	(Nome/	Endereço): _____

04. Natureza: (1) pública (2) filantrópica			NatILPI _____
05. Tempo de institucionalização: (1) menos de 1 ano			
TemplPI _____			
└─(2) 1 3 anos └─(3) 3 5 anos (4) > 5 anos			

2. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

06. Sexo: (1) Masculino(2) Feminino		Sexo: _____
07. Data de Nascimento ____/____/____		
Data: ____/____/____		
08. Idade em anos completos _____		
Idadeanos: _____		
09. Faixa etária: (1) 60 a 69 anos		Faixaet: _____
(2) 70 a 79 anos		
(3) 80 a 89 anos		
(4) 90 anos e mais		
10. Estado Conjugal: (1) casado ou tem companheiro (a)		
EstadoConj: _____		
(2) Solteiro (a)		
(3) Viúvo (a)		
(4) Separado (a) ou divorciado (a)		
(9) Não responde		
11. O Sr(a) tem/teve filhos? (1) Sim(2) Não		Filhos: _____

11.1. Número de filhos: _____

Nº filhos: _____

- (0) Nenhum
- (1) 1 e 2 filhos
- (2) 3 e 4 filhos
- (3) 5 ou mais
- (99) Não informado

12. O Sr(a) frequentou a escola? (1) Sim (2) Não

Estud: _____

Se não tiver estudado, pule para a questão 13. Em caso de resposta afirmativa, passe para a 15.1.

12.1. Até que série o senhor(a) estudou?

Anos de estudo: _____

- | | | |
|-------------------------|-------------------------|-------------------|
| (1) Primário incompleto | (5) 2ª grau incompleto | (9) Não sabe |
| (2) Primário completo | (6) 2ª grau completo | (0) Não se aplica |
| (3) 1ª grau incompleto | (7) Superior incompleto | |
| (4) 1ª grau completo | (8) Superior completo | |

13. Rendimento pessoal:

Renda Pessoal: _____

- (1) Até um salário mínimo (Até R\$ 678,00)
- (2) Entre um e dois salários mínimos (De R\$ 678,00 a R\$ 1.356,00)
- (3) De dois a quatro salários (De R\$ 1.356,00 a R\$ 2.034,00)
- (4) Mais de quatro salários (Mais de R\$ 2.034,00)
- (5) Não possui rendimentos

14. Situação previdenciária

- (1) Aposentado(a)
- (2) Pensionista
- (3) Aposentado e pensionista
- (4) Não é aposentado (a)/pensionista

3. CONDIÇÕES DE SAÚDE

15. Morbidade(s) registradas no prontuário: (1) Sim (2) Não

16. MorbDiag: _____

- (1) Até um tipo
- (2) dois tipos
- (3) três ou mais tipos

29. Quantidade de medicamentos utilizados pelo idoso: _____

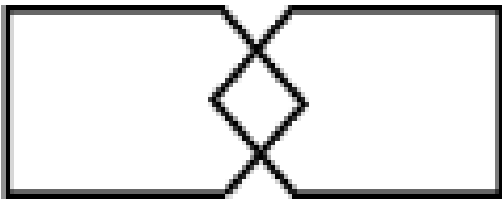
Quantmed: _____

- (1) Nenhum
- (2) 01 a 02 medicamentos
- (3) 03 a 04 medicamentos
- (4) 05 a 06 medicamentos
- (5) mais de 07 medicamentos

4. AVALIAÇÃO COGNITIVA

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

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>Localespecífico</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 os objetos na ordem até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	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 fosse 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
4b. (0 – 5 pontos)	Soletre a palavra MUNDO de	O	0	1
		D	0	1
		N	0	1

	trás para frente	U M	0 0	1 1
5. Memória de evocação (0 – 3 pontos)	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete	0 0 0	1 1 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 UMA FRASE QUE TENHA COMEÇO, MEIO E FIM E FAÇA 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 _____	

Categorização:

Analfabetos – 13 pontos

Escolaridade baixa/média – 18 pontos

Alta escolaridade – 26 pontos

5. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Formulário de Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) – Índice de Katz		
ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (0 Ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (1 Pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se Pontos = _____	(0 Ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio apenas para uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada.	(1 Pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho.
Vestir-se Pontos = _____	(0 Ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos.	(1 Pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido.
Ir ao banheiro Pontos = _____	(0 Ponto) Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(1 Pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre.
Transferência Pontos = _____	(0 Ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis.	(1 Pontos) Necessita de ajuda para sentar-se, deitar-se ou levantar-se da cama ou cadeira.
Continência Pontos = _____	(0 Ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar).	(1 Pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga.
Alimentação Pontos = _____	(0 Ponto) Leva a comida do prato a boca sem ajuda. A preparação da comida pode	(1 Pontos) Necessita de ajuda total ou parcial com a alimentação ou requer

ANEXO A – Parecer do Comitê de ética em Pesquisa (CEP)

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO

Pesquisador: Márcia Carrêra Campos Leal

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02013112.6.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Final

Detalhe:

Justificativa: Envio do relatório final do projeto.

Data do Envio: 09/11/2013

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 468.954

Data da Relatoria: 15/11/2013

Apresentação da Notificação:

Trata-se notificação do protocolo em epígrafe com vistas a apresentar relatório final. O estudo caracterizado como descritivo e de corte seccional quantitativo, estudou idosos institucionalizados no Município do Recife, de ambos os sexos, cadastrados em Instituições de Longa Permanência (ILPIs), com idade mínima igual ou acima de 60 anos (condição que define a pessoa idosa, de acordo com a Lei nº 8842/94, que trata sobre a Política Nacional do Idoso).

Objetivo da Notificação:

O objetivo da pesquisa era identificar o perfil social e epidemiológico de pessoas idosas residentes em ILPIs segundo variáveis sociodemográficas, comprometimento cognitivo, condição de saúde, prática de atividade física, estado nutricional, sintomas de depressão, apoio social e funcionalidade familiar, bem como verificar existência de possível associação entre as variáveis

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

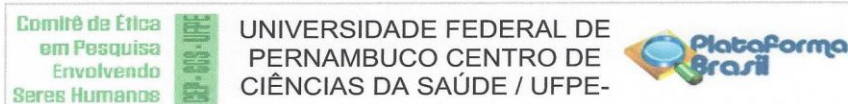
UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

Fax: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO A – Parecer do Comitê de ética em Pesquisa (CEP) (continuação)

Continuação do Parecer: 468.954

investigadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A previsão de riscos indicada restringia-se ao possível constrangimento com a situação de entrevista.

Os benefícios seriam avaliados em termos de melhorias para a qualidade de vida do idoso, tendo em vista a ampliação do conhecimento na área da assistência ao idoso institucionalizado.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Trata-se de pesquisa importante visto que não se pode mais dizer que o Brasil seja um país jovem, já que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera uma população envelhecida quando a proporção de pessoas com 60 anos ou mais atinge 7% com tendência a crescer. De acordo com o Censo Populacional de 2010, os brasileiros com 60 anos ou mais já somam 18 milhões de indivíduos, representando 12% da população total e que os idosos institucionalizados necessitam de intervenções sistematizadas, por meio de uma equipe multidisciplinar em saúde, focada na prevenção de agravos decorrentes do processo de envelhecimento e na manutenção da capacidade funcional.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de notificação obrigatória foram anexados à Plataforma Brasil.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Notificação aprovada.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer da notificação do relatório final da pesquisa, tendo o mesmo sido avaliado e aprovado de forma definitiva.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO A - Parecer do Comitê de ética em Pesquisa (CEP) (continuação)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 468.954

RECIFE, 26 de Novembro de 2013

Assinador por:

GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br