

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

DIEGO FERREIRA DA SILVA

**DISFUNÇÃO FAMILIAR E DECLÍNIO COGNITIVO NO
ENVELHECIMENTO: ESTUDO LONGITUDINAL POPULACIONAL
“SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO” (SABE).**

SÃO PAULO

2021

DIEGO FERREIRA DA SILVA

**DISFUNÇÃO FAMILIAR E DECLÍNIO COGNITIVO NO
ENVELHECIMENTO: ESTUDO LONGITUDINAL POPULACIONAL
“SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO” (SABE).**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Juliana Nery de Souza Talarico.

SÃO PAULO

2021

DIEGO FERREIRA DA SILVA

**DISFUNÇÃO FAMILIAR E DECLÍNIO COGNITIVO NO
ENVELHECIMENTO: ESTUDO LONGITUDINAL POPULACIONAL
“SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO” (SABE).**

Versão corrigida da tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Juliana Nery de Souza Talarico.

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO

2021

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ___/___/_____

Catálogo-na-publicação (CIP)
Biblioteca Wanda de Aguiar Horta
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Silva, Diego Ferreira
Disfunção familiar e declínio cognitivo no envelhecimento: estudo longitudinal populacional "Saúde, Bem-estar e Envelhecimento" (SABE). / Diego Ferreira Silva. São Paulo, 2021.
73 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Juliana Nery de Souza Talarico
Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto.

1. Envelhecimento Saudável. 2. Envelhecimento cognitivo. 3. Disfunção cognitiva. 4. Declínio cognitivo. 5. Família. I. Título

Ficha catalográfica automatizada.
Bibliotecária responsável: Fabiana Gulin Longhi (CRB-8: 7257)

AGRADECIMENTOS

Nome: Diego Ferreira da Silva

Título: Disfunção familiar e declínio cognitivo no envelhecimento: estudo longitudinal populacional “Saúde, Bem-estar e Envelhecimento” (SABE).

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP- SP) para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ___ / ___ / _____

Banca Examinadora

Orientadora Prof^a Dr^a. Juliana Nery de Souza Talarico.

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Marilene e Dejalma Ferreira da Silva, sem vocês não teria chegado aqui.

Ao meu irmão Fernando Ferreira da Silva Neto, obrigado por todo apoio.

Professora Dra. Sandra Teresinha Amarante (in memoriam), obrigado, serei eternamente grato por todos os seus ensinamentos de vida e de profissão, você sempre será uma grande inspiração para mim.

Professora Dra. Solange Diccini, obrigado por acreditar em mim, por todo apoio e incentivo durante a minha trajetória profissional.

Professor Rennan Martins, obrigado por acreditar em mim também, pela paciência e todo apoio durante a minha trajetória profissional.

Aos meus amigos da UTI do Hospital São Paulo, obrigado por todo apoio e carinho.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Prof.^a Dr.^a Juliana Nery de Sousa Talarico, pelo empenho dedicado à minha orientação e pelo carinho e respeito com os quais conduziu-me no caminho da Pós- Graduação. Pelo exemplo de profissional incansável, pelo conhecimento compartilhado de forma generosa, pelas oportunidades que me proporcionou e pelo vínculo de confiança e amizade construída no decorrer desses anos.

Muito Obrigado!

AGRADECIMENTOS

A Deus.

À Prof.^a Dra. Yeda Aparecida de Oliveira Duarte, por disponibilizar usar os dados do Projeto SABE, por ter participado do Exame de Qualificação e pelas valiosas observações feitas ao projeto.

Ao Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos, por contribuir e ajudar nas análises estatísticas do estudo, por ter participado do Exame de Qualificação e pelas valiosas observações feitas ao projeto.

À Prof.^a Dr.^a Sônia Brucki, por ter participado do Exame de Qualificação e pelas valiosas observações feitas ao projeto.

Aos idosos, por autorizarem o acesso aos seus dados para a elaboração desta investigação.

Muito Obrigado.

If we can dream, we can also make our dreams come true.

Walt Disney.

Silva DF. Disfunção familiar e declínio cognitivo no envelhecimento: estudo longitudinal populacional “Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento” (SABE). [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

RESUMO

Introdução: O declínio cognitivo relacionado à idade geralmente se intensifica por volta dos 60 a 65 anos de idade. Alguns fatores, como o estresse psicológico, podem impulsionar o declínio cognitivo no envelhecimento, acentuando prejuízos associados à idade e, conseqüentemente, afetando a independência e bem-estar na velhice; vários estudos já demonstraram que o estresse ao longo do envelhecimento não é incomum e que as relações familiares disfuncionais constituem fontes importantes de estresse nos idosos. Considerando o potencial estressor que a disfunção familiar representa, questiona-se se a exposição prolongada a arranjos familiares disfuncionais pode contribuir para o declínio cognitivo ao longo do envelhecimento. **Objetivo:** Verificar se a disfunção familiar é um fator preditivo de declínio cognitivo no envelhecimento. **Método:** Estudo secundário com análise de dados existentes do estudo longitudinal, de base populacional, “Saúde, Bem-estar e Envelhecimento” (SABE). Foram analisados dados de 791 idosos de duas coortes do estudo SABE entre o período de 2006 e 2015. A disfunção familiar foi avaliada pelo instrumento APGAR familiar, enquanto que o desempenho cognitivo foi avaliado pelo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), fluência verbal (animais) e extensão de dígitos na ordem inversa. O declínio cognitivo foi medido pela diferença dos escores entre os períodos de 2006 e 2015. **Resultados:** Aproximadamente 10% da amostra apresentou disfunção familiar. Embora tenha havido uma diminuição significativa nos escores do MEEM, fluência verbal e extensão de dígitos ao longo do tempo, o apgar familiar não se associou com o declínio cognitivo. A análise multivariada mostrou que os escores relacionados a cognição e a funcionalidade familiar, como: idade, escolaridade, morar sozinho, depressão e Apgar de Família, não explica o declínio cognitivo nos idosos. **Conclusão:** Os achados do presente estudo indicam que a funcionalidade familiar não está associada ao declínio cognitivo de idosos da comunidade. Novos estudos longitudinais são necessários para analisar a influência de características qualitativas das relações familiares no desempenho cognitivo de idosos.

PALAVRAS-CHAVE: família, envelhecimento, declínio cognitivo, enfermagem

Silva DF. Family dysfunction and cognitive decline in the longitudinal population study “Health, Well-being and Aging” (SABE). [Master's Thesis]. São Paulo: University of São Paulo School of Nursing; 2020.

ABSTRACT

Introduction: Age-related cognitive decline usually intensifies around 60 to 65 years of age. Some factors, such as psychological stress, can drive cognitive decline in aging, accentuating age-related losses and, consequently, affecting independence and well-being in old age; several studies have shown that stress throughout aging is not uncommon and that dysfunctional family relationships are important sources of stress in the elderly. Considering the potential stressor that a family dysfunction represents, it is questioned whether prolonged exposure to dysfunctional family arrangements can contribute to cognitive decline over aging. **Objective:** To verify whether family dysfunction is a predictor of cognitive decline in aging. **Method:** Observational, longitudinal association study with a quantitative approach, which compared the proportion of elderly people who evolved with a decline in cognitive performance over 10 years between those who had family dysfunction and those who did not. Data were extracted from the longitudinal population-based study “Health, Well-being and Aging” (SABE). **Results:** There was no association between family functionality (assessed by the Apgar Apgar instrument) with cognitive decline over a 10-year follow-up. The multivariate analysis showed that scores related to family cognition and functionality, such as: age, education, living alone, depression and Apgar Family, do not explain cognitive decline in the elderly. **Conclusions:** These findings may suggest future studies that investigate possible biological or social causes, or both linked, that may be responsible for cognitive decline in the elderly. Understanding these age-related changes in cognition is important, given our growing elderly population and the importance of cognition in maintaining functional and communication independence.

KEYWORDS: Healthy aging. Cognitive aging. Cognitive dysfunction. Cognitive decline. Family.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Representação gráfica das coortes do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento, realizado no município de São Paulo, nos anos 2000, 2006, 2010 e 2015, com projeção para 2020.	34
Figura 2. Fluxograma ilustrado da composição da amostra.	36
Figure 3. Escores dos testes cognitivos em idosos com e sem disfunção familiar ao longo do tempo.	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas, hábitos e antecedentes de saúde, desempenho cognitivo e funcionalidade familiar na amostra total e entre participantes incluídos e perdas 2015. São Paulo (SP), 2021.	41
Tabela 2. Medias dos escores nos testes cognitivos segundo disfunção familiar. São Paulo (SP), 2021.	43
Tabela 3. Regressão logística entre Declínio Cognitivo e Funcionalidade Familiar, ajustado para covariáveis. São Paulo, 2021.	44

LISTA DE SIGLAS

AVD	Atividades da Vida Diária.
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária.
SABE	O Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
BDNF	Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro
EDS	Escala de Depressão Geriátrica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	18
1.1 Envelhecimento populacional e o impacto em habilidades cognitivas.....	18
1.2 Mudanças cognitivas relacionadas ao envelhecimento normal.....	19
1.2.1 Velocidade de processamento.....	19
1.2.2 Atenção e função executiva.....	20
1.2.3 Memória.....	20
1.2.4 Linguagem.....	21
1.2.5 Habilidade Visuoespacial.....	21
1.3 Fatores que influenciam o declínio cognitivo no envelhecimento.....	21
1.4 Família e Funcionalidade familiar.....	22
1.4.1 Avaliação da funcionalidade familiar em idosos.....	25
1.5 Funcionalidade familiar e declínio cognitivo no envelhecimento.....	26
2. OBJETIVOS.....	28
2.1 Objetivos.....	29
2.2 Objetivo geral.....	29
2.3 Objetivo específico.....	29
3. HIPÓTESE GERAL.....	30
4. POPULAÇÃO E MÉTODO.....	32
4.1 Desenho do estudo.....	33
4.1.1 O Estudo SABE e suas coortes.....	33
4.2 População do presente estudo.....	34
4.2.1 Amostra do presente estudo: critérios de inclusão e exclusão.....	36
4.3 Variáveis de estudo e métodos de avaliação.....	38
4.3.1 Variável dependente: declínio cognitivo.....	38
4.3.2 Variável independente: funcionalidade familiar.....	38
4.3.3 Variáveis de controle	38
4.4 Procedimento de coleta de dados do estudo SABE.....	38
4.5 Procedimentos éticos.....	39
4.6 Análise dos dados.....	39
5. RESULTADOS.....	40
6. DISCUSSAO.....	45

7. CONCLUSÃO.....	51
8. REFERÊNCIAS.....	53

APENDICES

ANEXOS

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento populacional e o impacto em habilidades cognitivas

O envelhecimento populacional é um fenômeno em rápida aceleração em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2060, o número de idosos no mundo irá duplicar e será muito maior do que a população com menos de 15 anos, isso decorre tanto do aumento da expectativa de vida pela melhoria nas condições de saúde quanto pela diminuição da taxa de fecundidade, pois o número médio de filhos por mulher vem caindo.¹ Esse é um fenômeno mundial, não só no Brasil.¹

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (IBGE), de 2017, aponta que 14,6% da população brasileira têm 60 anos ou mais de idade, correspondendo a 30,3 milhões de pessoas e grande parte dessa população é do sexo feminino.¹ Apesar dos efeitos danosos do novo Coronavírus, a tendência de aumento da proporção de idosos na população vai continuar aumentando e prosseguindo em ritmo acelerado, tanto no mundo, quanto no Brasil. Este quadro atual implicará novos desafios sociais, ao qual exigirá da sociedade, novas formas de encarar o envelhecimento, de forma mais ativa e saudável.^{1,2}

A promoção do *Envelhecimento Saudável* constitui o ponto norteador de ações na gestão de políticas públicas e de pesquisas científicas.^{2,3} O *Envelhecimento Saudável* é definido como o *processo de desenvolvimento e manutenção de uma capacidade funcional que permita o bem-estar na idade avançada*³. Com isso, a investigação de fatores, que progressivamente comprometem esse processo, torna-se essencial na proposição de estratégias que modulem as diferentes trajetórias de envelhecimento para a direção de um percurso saudável.

Dentre os preditores de sucesso na velhice, destacam-se a independência para a realização das Atividades de Vida Diária (AVDs), prática regular de atividade física, suporte social, relações familiares e de amizade, autopercepção de saúde e bem-estar elevada, além da ausência de depressão e de comprometimento cognitivo.^{4,5}

Determinadas mudanças no desempenho cognitivo têm sido extensivamente detectadas ao longo do processo normal de envelhecimento. Algumas habilidades cognitivas, como o vocabulário, são resistentes ao envelhecimento cerebral e, podem até melhorar com o avançar da idade. Entretanto, habilidades como raciocínio, memória e velocidade de processamento da informação declinam gradualmente ao longo do tempo.⁶ O fato é que há uma heterogeneidade significativa nas taxas de declínio cognitivo entre os idosos, principalmente em medidas de raciocínio perceptual e velocidade de processamento. O declínio cognitivo relacionado à idade

geralmente se intensifica por volta dos 60 a 65 anos de idade.⁷ Evidências de estudos transversais e longitudinais demonstraram que há pouca ou nenhuma variação no desempenho cognitivo entre os 20 a 60 anos de idade, e o declínio fica mais acentuado a partir dos 74 anos.^{8,9,10}

Conceitos como inteligência cristalizada e fluida têm sido utilizados para descrever padrões de mudança na cognição ao longo da vida.¹¹ A inteligência cristalizada se refere a habilidades e conhecimentos que foram aprendidos, praticados e que são familiares. O vocabulário e o conhecimento geral são exemplos de habilidades cristalizadas.¹¹ As habilidades cristalizadas permanecem estáveis ou melhoram gradualmente até a sexta e sétima década de vida.¹² A inteligência cristalizada está relacionada ao acúmulo de informações e às experiências de vida e, possivelmente por isso, os idosos tendem a desempenhar melhor em tarefas que exigem essas habilidades quando comparados a jovens.¹² Por outro, a inteligência fluida está envolvida com habilidades para a solução de problemas e raciocínio sobre coisas menos familiares e que são independentes das experiências aprendidas.¹³ A cognição fluida inclui a capacidade de processar e aprender informações novas, resolver problemas, interagir e manipular o ambiente.¹³ A função executiva, a velocidade de processamento, a memória explícita e a capacidade psicomotora são consideradas domínios cognitivos fluidos. Essas habilidades cognitivas, especialmente a velocidade de processamento, atenção, memória, linguagem, habilidades visuo-espaciais, função executiva e raciocínio atingem o pico na terceira década de vida e depois diminuem gradativamente ao longo dos anos.¹²

1.2 Mudanças cognitivas relacionadas ao envelhecimento normal

1.2.1 Velocidade de processamento

A velocidade de processamento compreende a velocidade com que atividades cognitivas são desempenhadas, bem como a velocidade das respostas motoras. Essa habilidade fluida começa a declinar na terceira década de vida e continua ao longo da vida.^{14,15,16} A maioria das mudanças cognitivas observadas em idosos está relacionada à velocidade de processamento. O retardo na velocidade pode impactar negativamente vários testes neuropsicológicos, como por exemplo, a fluência verbal. Assim, o declínio na velocidade de processamento tem implicações em várias habilidades cognitivas.

1.2.2 Atenção e função executiva

A atenção se refere a habilidade de manter a concentração e foco em determinados estímulos. O desempenho atencional em tarefas mais complexas, como atenção dividida, sofre influência significativa da idade.^{15,16} A atenção dividida, ou seja, a capacidade de se concentrar em duas tarefas simultaneamente, como falar ao telefone enquanto prepara uma refeição, é menor em idosos em comparação com adultos jovens. Assim, idosos, ou mesmo adultos mais velhos podem ter dificuldade em ordenar uma sequência de letras e números na sequência alfanumérica correta ou calcular uma gorjeta na fatura de um restaurante, sem que, no entanto, isso represente um comprometimento cognitivo.¹⁷

A função executiva é uma habilidade complexa bastante complexa que está relacionada com a capacidade de planejamento, organização, raciocínio, solução de problemas, flexibilidade mental e abstração. A função executiva auxilia no comportamento independente, objetivado e coerente ao estímulo com inibição de respostas automáticas.¹¹Essa habilidade é bastante influenciada pela idade. A formação de conceitos, abstração e flexibilidade mental também diminui com a idade, principalmente após os 70 anos. Com isso, idosos tendem a ter pensamentos mais concretos, com pouca abstração, quando comparado à jovens.^{14,18,19,20} O raciocínio verbal e matemático começam a declinar por volta dos 45 anos.²⁰ Além disso, as habilidades executivas que dependem de um componente motor acelerado também diminuem com a idade.²¹

1.2.3 Memória

As mudanças no desempenho da memória estão entre as queixas cognitivas mais comuns entre idosos.²² O declínio da memória durante o envelhecimento pode estar associado à diminuição na velocidade de processamento, à capacidade reduzida de ignorar informações irrelevantes (atenção seletiva prejudicada) e uso limitado de estratégias para melhorar o aprendizado e a memória.^{22,23,24,25} Entretanto, os tipos de memórias são afetados de forma diferente ao longo do envelhecimento. Por exemplo, a memória episódica, ou seja, aquela relacionada com eventos autobiográficos e informações como dia e horário em que aconteceu um dado evento, declina ao longo da vida.²⁶

Os estágios de processamento da memória também sofrem influência da idade. A taxa de aquisição de novas informações diminui ao longo da vida.²⁷ Enquanto a retenção de informações aprendidas com sucesso não sofre mudanças em idosos cognitivamente saudáveis.²⁸ Já, a evocação ou recuperação de informações recém-aprendidas diminui com o envelhecimento.^{27,29,30}

1.2.4 Linguagem

A linguagem é um domínio cognitivo complexo composto tanto por funções cognitivas cristalizadas, como habilidades fluidas. Constitui uma habilidade cognitiva estável ao longo da vida, embora algumas exceções mereçam destaque. O vocabulário, em geral, não sofre decréscimo no envelhecimento, podendo aumentar com o tempo.^{20,21,31,32} Já a nomeação por confrontação visual mantém estável até aproximadamente a sétima década de vida, podendo declinar nos anos subsequentes.³³ A fluência verbal, capacidade de gerar palavras relacionadas a uma determinada categoria (p.ex.: animais, frutas, letras etc.), também sofre influência da idade. Idosos tendem a ter um desempenho menor em tarefas que avaliam a fluência verbal em comparação com adultos jovens.³⁴

1.2.5 Habilidade visuoespacial

A habilidade visuoespacial, que envolve a percepção espacial de objetos, reconhecendo-os e localizando-os isoladamente ou em relação a outros objetos, permanece estável ao longo da vida, sem declínio ao longo do envelhecimento. A habilidade visuoespacial está relacionada à percepção de formas, confecção de desenhos, reconhecimento de objetos, compreensão de mapas, estabelecimento de rotas mentais e construção de modelos complexos em várias proporções.³⁵ A preservação da habilidade visoespacial é necessária, por exemplo, para realizar tarefas como cópia de figuras, seguir um mapa e raciocinar a respeito da relação espacial entre objetos. Já, a habilidade visual-constructiva, necessária, por exemplo, para montar um objeto a partir de suas peças individuais (por exemplo: montar móveis, eletrodomésticos compostos por partes), diminui com o tempo.³⁵

1.3 Fatores que influenciam o declínio cognitivo no envelhecimento

Ainda que mudanças nas habilidades fluidas sejam esperadas ao longo do envelhecimento normal, seu declínio pode interferir no *Envelhecimento Saudável*, à medida que podem afetar o comportamento independente e, portanto, a manutenção do bem-estar na idade avançada.^{4,5}

Alguns fatores, como o estresse psicológico, podem impulsionar o declínio cognitivo no envelhecimento, acentuando prejuízos associados à idade e, conseqüentemente, afetando a independência e bem-estar na velhice.^{4,5}

Embora o estresse seja uma reação normal, necessária à adaptação a situações desafiadoras ou conflituosas, a exposição prolongada aos mediadores biológicos do estresse ao longo da vida está associada a danos em estruturas cerebrais localizadas no lobo temporal e

córtex frontal, que estão diretamente relacionadas com habilidades cognitivas como a memória de curto e longo prazo, atenção e função executiva.³⁶

Os principais determinantes psicológicos do estresse, ou seja, aqueles que são capazes de induzir a resposta biológica, cognitiva e comportamental do estresse, são a novidade, imprevisibilidade, falta de controle e ameaça à autoidentidade.³⁷

A percepção e convívio com as limitações físicas e cognitivas relacionadas à idade, a perda da independência, dificuldades financeiras, isolamento social, preconceito associado ao envelhecimento, vizinhança, adoecimento de si próprio ou do cônjuge e perdas de entes queridos representam situações novas, imprevisíveis, com as quais se tem pouco controle e nas quais os idosos são negativamente avaliados pelo outro. Em um raciocínio indutivo, conclui-se, então, que o processo de envelhecimento é altamente estressante. De fato, vários estudos já demonstraram que o estresse ao longo do envelhecimento não é incomum e que as relações familiares disfuncionais constituem fontes importantes de estresse nos idosos.^{38,39,40,41}

1.4 Família e Funcionalidade familiar

Vários elementos configuram o conceito de família: laços de parentesco, convívio domiciliar, dependência doméstica, interação afetiva e reprodutiva. Esses elementos conectam pessoas, que podem ou não compartilhar a mesma unidade domiciliar, e que, através de um processo histórico de vida se relacionam sob normas de convivência, onde cada membro possui funções definidas e identidade social.^{41,42,43}

Historicamente, a família representa um espaço de formação de pessoas, de desenvolvimento, de proteção social e apoio, de solidariedade e de cuidado a seus membros.^{43,44} Entretanto, mudanças demográficas, geopolíticas, sociais e culturais têm repercutido no papel social da família e, conseqüentemente em sua definição. O aumento da longevidade e, com isso, dos conflitos geracionais, a urbanização, a inserção da mulher no mercado de trabalho e a mudança no papel social dos pais como sujeitos formadores e provedores do desenvolvimento humano, bem como as transformações nos valores, com a ascensão do individualismo e materialismo nas relações humanas tem repercutido não apenas na configuração e organização familiar, mas também em sua função como suporte social.^{41,45}

Nas últimas décadas, as unidades familiares se tornaram menores, mais nucleares e com maior número de idosos, o que contribui para conflitos multigeracionais mais prolongados.^{41,45} No Brasil, o aumento da longevidade ocasionou mudanças estruturais, organizacionais e funcionais nas famílias, uma vez que ela constitui principal provedora de cuidados aos idosos

e muitas vezes precisa se reorganizar para atender as demandas do envelhecimento, mesmo que não esteja preparada para isso.^{44,46}

Os arranjos familiares multigeracionais, ou seja, aqueles compostos por membros da família em diferentes fases do desenvolvimento humano, podem interferir no apoio dado ao idoso, principalmente, em função das demandas dos familiares em idade infantil e adolescência.⁴⁷ A sobreposição de demandas em arranjos multigeracionais pode comprometer a funcionalidade familiar e, conseqüentemente sua função como suporte social.⁴⁷ Idosos que residem em domicílios com quatro pessoas ou mais apresentam chance duas vezes maior de apresentar sintomas depressivos em comparação àqueles que vivem em uma estrutura familiar menor.⁴⁸

A funcionalidade familiar é definida como a capacidade que a família tem de cumprir e harmonizar suas funções essenciais à identidade e tendência de seus membros e atuar de forma realista sobre aos perigos e oportunidades de seu meio social.⁴⁹ A dinâmica do funcionamento familiar é elemento essencial na avaliação do idoso e proposição terapêutica.⁴⁹

A disfunção familiar, ou seja, o comprometimento de qualquer uma de suas funções essenciais está associado a comprometimento da independência, autonomia e qualidade de vida do idoso.^{50,51} Idosos que pertencem a uma família disfuncional apresentam risco cinco vezes maior de apresentar sintomas depressivos em comparação àqueles que convivem em uma família funcional.⁴⁸

Em um estudo epidemiológico, de base populacional, aproximadamente 10% dos idosos do município de São Paulo estão inseridos em arranjos familiares disfuncionais. Nestes, a disfunção familiar esteve associada ao sexo masculino, a maus tratos, aos que moram sozinhos e dependência nas Atividades de Vida Diária (AVDs) básicas e Instrumentais.⁵² Dados longitudinais dessa mesma amostra de estudo revelaram que a disfunção familiar está associada à dor em idosos.⁵² Em outro estudo de base populacional, realizado no município de Goiânia, em idosos longevos, observou-se que a disfunção familiar está associada à autopercepção ruim de saúde, ao número de quedas e à osteoporose.⁵⁴

A ausência de recursos psicológicos, sociais ou financeiros são elementos associados à disfunção familiar, o que por sua vez aumenta o risco de morbidades e institucionalização.⁴⁰ Além disso, desafios ocupacionais, econômicos e funcionais podem comprometer a harmonia familiar durante o envelhecimento.⁵⁵

As transformações contemporâneas também contribuem para a disfunção familiar na medida em que a estrutura familiar ocidental atual tende a valorizar o individualismo, a independência e a autonomia de seus membros e o distanciamento nas relações familiares.⁴⁴ A

busca por melhores condições socioeconômicas, caracterizadas por incremento na renda familiar e ascensão social contribuem para o distanciamento familiar e fragilização das relações afetivas entre seus membros.⁴⁴

No envelhecimento, a disfunção familiar se caracteriza principalmente pela interação entre baixo apoio social e vínculo familiar prejudicado.⁵⁵

O apoio social, como ajuda financeira, transporte e auxílio nos trabalhos domésticos são essenciais para o bem-estar da pessoa idosa.⁴⁴ O contrário, ou seja, a rede social insuficiente pode causar tensões e sofrimento psicológico no envelhecimento.^{56,57,58} A base de apoio social do idoso é essencialmente formada por familiares, amigos, vizinhos e entidades sociais como comunidade, igreja, clube e organizações governamentais.⁶⁰

O vínculo familiar constitui essencialmente laços de afeto e de papéis entre cônjuge, filhos e irmãos. A família é, muitas vezes, a principal fonte de suporte, informação e aconselhamento ao idoso.⁶⁰ O apoio familiar deve ser bidirecional, ou seja, os idosos são apoiados pelos familiares, ao mesmo tempo que colabora em atividades na estrutura familiar (ex.: cuidado com netos, trabalho doméstico, atividade laboral informal para incrementar a renda). A proximidade com o idoso, permite aos membros da família detectar alterações físicas, funcionais e emocionais com rapidez e precisão.⁶¹ Conseqüentemente os idosos em situação de adoecimento que recebem apoio da família possuem maior benefício e melhores desfechos de saúde.⁶² Desse modo, o baixo apoio familiar prejudica a interdependência do idoso, seu cuidado físico e psicológico.⁶³ Um vínculo familiar prejudicado, mantido por relações unidirecionais, pode comprometer o conforto, o apoio, a companhia do idoso e promover o isolamento social na velhice.^{57,64,44}

A disfunção família, ou seja, a interação unidirecional entre o idoso e os membros da família, somada ao baixo apoio social e vínculo pode ter conseqüências importantes no envelhecimento, como vulnerabilidade social, declínio da saúde psicológica, declínio funcional e menor qualidade de vida.⁴¹

A vulnerabilidade social no envelhecimento decorre principalmente da incapacidade familiar de enfrentar potenciais ameaças às suas necessidades e a sua saúde. O processo de envelhecimento requer, muitas vezes, maior cuidado e apoio familiar.⁴¹ A ausência de recursos pessoais, sociais e legais de enfrentamento pode levar à violação dos direitos humanos.⁶⁰ Além disso, a carência desses recursos pode acentuar condições adversas de saúde, o declínio emocional e aumentar a institucionalização.^{65,66} Em contrapartida, a rede de apoio afetiva pode amenizar o impacto negativo de fatores de tensão na vida da pessoa idosa.⁵⁸

O declínio da saúde psicológica e funcional, como consequência da disfunção familiar, está relacionado principalmente à falta de integração do idoso com a família e com a comunidade ao qual pertence à diminuição de comportamentos de promoção à saúde.⁴¹ Por conseguinte, o idoso vivencia relacionamentos frágeis que proporcionam pensamentos negativos em relação à vida, sintomas depressivos, baixa autoestima, solidão, estresse, interação social negativa e, conseqüentemente, gera um funcionamento emocional deficiente.^{41,44,48,65}

O isolamento social configura elemento central no conceito de disfunção familiar do idoso, uma vez é, ao mesmo tempo, fator que a desencadeia, a mantém e que a amplifica.⁴¹

1.4.1 Avaliação da funcionalidade familiar em idosos

O instrumento mais utilizado para avaliar a funcionalidade familiar no envelhecimento é o APGAR de Família. Desenvolvido por Smilkstein em 1978, esse instrumento avalia a funcionalidade da família, independentemente da fase do ciclo de vida de seus membros, com base em cinco domínios, de cujos acrônimos em inglês, derivaram seu nome: *Adaptation* (adaptação), *Partnership* (companheirismo), *Growth* (desenvolvimento), *Affection* (afetividade) e *Resolve* (resolutividade).^{67,68} A adaptação compreende os recursos familiares oferecidos em uma situação de necessidade; o companheirismo é a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas; o companheirismo se refere à prontidão da família na mudança de papéis e no desenvolvimento emocional; a afetividade é a intimidade e as interações emocionais no contexto familiar e a resolutividade envolve à tomada de decisão e determinação da unidade familiar.^{67,68}

A versão original do APGAR de Família foi adaptada para o português do Brasil, foi traduzido, adaptado e validado para ser aplicado em idosos brasileiros por Duarte (2001), em um estudo conduzido no município de São Paulo em 2001.⁴⁰ As evidências de validade analisadas em amostras de municípios da região Sudeste e Nordeste do Brasil demonstraram que o instrumento, que é composto por cinco questões (uma para cada domínio), é adequado para avaliação da funcionalidade familiar do idoso, reunindo requisitos satisfatórios de confiabilidade e validade.^{40,69}

No Brasil, o APGAR de Família tem sido empregado na prática assistencial domiciliar, na atenção primária, para analisar as unidades familiares e direcionar intervenções no âmbito da promoção da saúde coletiva.⁷⁰ No contexto do envelhecimento, o APGAR de Família também tido recomendado pelo Ministério da Saúde, como instrumento para avaliação da funcionalidade de famílias com idosos, na atenção básica.⁷¹

Uma das vantagens do APGAR de Família é sua aplicabilidade em ambiente domiciliar, rápida administração e o fato de suas respostas serem baseadas na percepção do próprio idoso em relação aos domínios que compõem a avaliação da funcionalidade familiar. Isso permite identificar o valor que o idoso atribui à família como principal provedora de seu suporte psicossocial e mantenedora de suas demandas de cuidado.^{51,71}

1.5 Funcionalidade familiar e declínio cognitivo no envelhecimento

Conforme exposto anteriormente, a disfunção familiar está relacionada a vários desfechos negativos de saúde, como sintomas depressivos, dor, quedas, baixa qualidade de vida.^{50,70} A desregulação emocional derivada de relações familiares tensas e estressantes, com conseqüentemente isolamento social, constitui umas das conseqüências centrais relacionadas à disfunção familiar.^{51,71}

Nesse sentido, e considerando o potencial estressor que a disfunção familiar representa, questiona-se se a exposição prolongada a arranjos familiares disfuncionais pode contribuir para o declínio cognitivo ao longo do envelhecimento.

Embora não tenha sido encontrada evidências que associem à funcionalidade familiar como um construto principal e o declínio de desempenho em testes cognitivos ao longo do envelhecimento, alguns estudos revelam medidas indiretas relacionadas à arranjos familiares como estado civil e isolamento social que estão associadas com desempenho cognitivo ao longo da vida.

Evidências longitudinais do estudo *National Health and Aging Trends Study*, de base populacional, obtidas em 7508 idosos com 65 anos de idade ou mais, demonstraram que idosos divorciados ou viúvos apresentaram maior risco de declínio de desempenho da memória e orientação ao longo de sete anos de observação, em comparação aos idosos casados. Os autores desses estudos sugerem que o estado civil pode ser um fator risco (divorciado ou viúvo) ou de proteção social (casados) importante para o desempenho cognitivo no envelhecimento.⁷²

Em outro estudo longitudinal, *Singapore Longitudinal Ageing Study*, realizado com 1601 idosos que foram acompanhados ao longo de oito anos, foi observado que o estado civil casado e a satisfação com a vida estavam associados com menor risco de desenvolver comprometimento cognitivo leve ou demência.⁷³

No estudo *Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey*, desenvolvido com 10.923 idosos, foi observado que a exclusão social está associada com maior risco de comprometimento cognitivo. Mulheres idosas, moradoras da zona rural, e que viveram sob exclusão social extrema possuíam um risco 23 vezes maior de desenvolver comprometimento

cognitivo comparadas aos homens moradores da região urbana e que não apresentavam exclusão social. A falta de participação em atividades sociais também foi um fator relacionado ao maior risco de desenvolver comprometimento cognitivo.⁷⁴

Esses achados revelam que as interações maritais e sociais estão associadas a maior risco de comprometimento cognitivo em idosos. Nesse contexto, questiona-se se as interações existentes nos arranjos familiares influenciam o desempenho cognitivo de idosos.

No Brasil, o estudo “Saúde, bem-estar e envelhecimento – SABE”, realizado no município de São Paulo e desenvolvido em 386 idosos de uma das cinco coortes que compõem o estudo, foi observado que quanto pior o suporte familiar menor o desempenho cognitivo (cognição global, fluência verbal e extensão de dígitos). Não foi observada associação entre desempenho cognitivo e a estrutura familiar (quantidade de membros familiares e frequência das interações). No entanto, a função familiar, ou seja, a qualidade dos relacionamentos, que inclui componentes emocionais (receber amor, incentivo e feedback positivo) e instrumentais (prestação de ajuda financeira, assistência com cuidados infantis, cuidar) influenciaram o desempenho cognitivo.⁷⁵

Entretanto, esses achados foram obtidos em uma análise transversal, o que inviabiliza qualquer interpretação sobre o impacto da disfunção familiar nas chances de declínio cognitivo ao longo do tempo.

A identificação de grupos vulneráveis ao declínio cognitivo pode subsidiar investigações futuras sobre fatores de risco e proteção para o envelhecimento cognitivo bem-sucedido, além de fundamentar a avaliação sistemática da funcionalidade familiar na prática profissional e conseqüentemente a proposição de intervenções preventivas ao declínio cognitivo nos idosos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Verificar se a disfunção familiar é um fator preditivo de declínio cognitivo no envelhecimento.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar o percentual de idosos com disfunção familiar;
- Comparar o declínio cognitivo entre idosos com e sem disfunção familiar;
- Verificar se a prevalência de declínio cognitivo está associada à funcionalidade familiar.

3 HIPÓTESE GERAL

A prevalência de declínio cognitivo está associada à pior funcionalidade familiar, mesmo controlando fatores de confusão, como: idade, sexo, escolaridade e sintomas depressivos.

4 POPULAÇÃO E MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

Análise secundária de dados do estudo longitudinal, de base populacional, “Saúde, Bem-estar e Envelhecimento” (SABE).⁷⁶

4.1.1 O Estudo SABE e suas coortes

O estudo SABE teve início em 2000, como um estudo multicêntrico quantitativo, transversal, desenvolvido em sete países da América Latina e Caribe – Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Cuba, México e Uruguai – e coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). O objetivo inicial do estudo SABE era conhecer as condições de vida e saúde de idosos, nessas regiões, com vistas à proposição de políticas públicas destinadas à população idosa.⁷⁶

No Brasil, no ano de 2000, a primeira coorte do estudo (A00) foi composta por indivíduos com 60 anos ou mais residentes na área urbana do Município de São Paulo. A amostra final foi composta pelo somatório de uma amostra probabilística e de uma amostra intencional, para complementar a amostra de idosos em velhice avançada. Para a realização da amostra probabilística, foi usado o cadastro permanente de 72 setores censitários da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, coordenadora do estudo no Município, selecionados sob o critério de probabilidade proporcional no número de domicílios do cadastro da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), de 1995. Em seguida, foram sorteados, sistematicamente, os domicílios a serem visitados. A complementação da amostra de pessoas de 75 anos e mais foi realizada pela localização de moradias próximas aos setores selecionados ou, no máximo, dentro dos limites dos distritos aos quais pertenciam os setores sorteados. A amostra final, em 2000 constituiu-se de 2.143 idosos com uma taxa de resposta de 84,6%, o que correspondeu a 92% da meta originalmente prevista.

A partir de 2006, somente no Brasil, iniciou-se novas ondas de coleta de dados, com a abordagem dos mesmos participantes do período anterior e a inclusão de novos participantes na faixa etária de 60 a 64 anos, de modo a garantir que a faixa do primeiro extrato etário do envelhecimento fosse representada em todas as coortes de investigação do estudo. Essa iniciativa transformou o estudo SABE no primeiro estudo longitudinal, de base populacional, sobre envelhecimento, da América Latina.⁷⁷

Dos 2.143 idosos incluídos na primeira avaliação em 2000 (coorte A00), somente 1115 foram localizados em 2006 e entrevistados novamente (A06, Figura 1). Não compuseram a amostra nessa segunda etapa de coleta de dados os participantes que foram institucionalizados, o que mudaram de endereço, os que recusaram e os que evoluíram a óbito. Uma nova amostra

de idosos com 60 a 64 anos foi incluída, denominada coorte B06 e composta por 298 participantes (já excluídos as recusas, os óbitos, os idosos institucionalizados e os não localizados), totalizando 1413 idosos avaliados em 2006 (A06 + B06; Figura 1).

Em 2010, iniciou-se a terceira onda, com seguimento das coortes A06, B06 e introduzida a coorte C10, composta por 356 participantes com idade entre 60 a 64 anos (Figura 1).

Em 2015, ocorreu a quarta onda de coleta de dados, na qual os participantes das coortes anteriores (A06, B06 e C10) foram reavaliados e incluídos 386 novos participantes na coorte D15 (Figura 1).

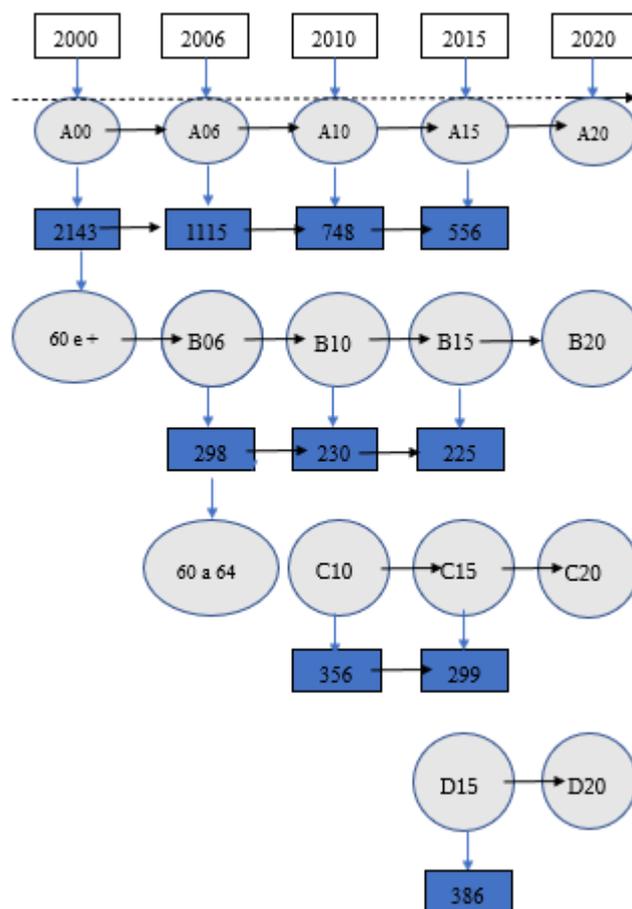


Figura 1. Representação gráfica das coortes do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento, realizado no município de São Paulo, nos anos 2000, 2006, 2010 e 2015, com projeção para 2020. A00: coorte com 60 anos e mais, entrevistada em 2000. Seus sobreviventes em 2006, 2010 e 2015 constituem os grupos A06, A10 e A15; B06: coorte de 60 a 64 anos entrevistada inicialmente em 2006. Seus sobreviventes foram os grupos B10 e B15. C10: coorte de 60 a 64 anos, incluídos em 2010. Seus sobreviventes formam a C15. D15: coorte de 60 a 65 anos, incluída em 2015 e cujos sobreviventes serão reavaliados em 2020 e 2021 (D20). Fonte: Modificado de Lebrão et al. (2019).

Os dados, do Estudo SABE, foram obtidos por meio da aplicação de um questionário padronizado em entrevista domiciliar.

Em 2006, o instrumento foi mantido em sua versão original de modo a permitir a comparação dos dados. Nesse ano, foram acrescentadas novas questões e excluídas as consideradas não satisfatórias em 2000. Foram acrescentadas questões e instrumentos para contribuir com informações complementares aos objetivos propostos no estudo como a Medida de Independência Funcional (MIF); Avaliação da qualidade de vida pelo SF 12; Avaliação da Atividade Física (IPAQ), Avaliação da funcionalidade familiar por meio do APGAR de família; Avaliação da sobrecarga dos cuidadores familiares; Avaliação dos óbitos por meio de “autopsia verbal”; Avaliação da institucionalização por meio de questionário específico e, entre as avaliações, foi acrescentado o exame da cavidade bucal por dentistas.

Para a coorte D15, foram introduzidas novas questões de entrevista, com o objetivo de verificar alterações nas condições de vida e de saúde das pessoas idosas e seus determinantes entre os anos de 2000, 2006, 2010 e 2015. A fim de alcançar essa proposta foram incluídos à entrevista domiciliar, testes sanguíneos (bioquímicos, imunológicos e genéticos).⁷⁷

Em cada etapa (2000, 2006, 2010 e 2015) foram entrevistados os sobreviventes da amostra anterior, além de uma nova coorte com idades entre 60 e 64 anos.

Os questionários de avaliação, do estudo SABE, foram inicialmente propostos pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), sendo traduzidos e adaptados para uso no Brasil. Cada questionário foi revisado por uma equipe técnica especializada e submetido a pré-testes até a obtenção de sua forma final, composta de 13 seções: seção A - dados pessoais, seção B - avaliação cognitiva, seção C - estado de saúde, seção D- estado funcional, seção E – medicamentos, seção F – uso e acesso a serviços, seção G – Rede de apoio familiar e social, seção H- história laboral e fontes de renda, seção J- moradia, seção K – antropometria, seção L – flexibilidade e mobilidade, seção M – maus tratos, seção N – Cuidadores.

4.2 População do presente estudo

Considerando que a disfunção familiar é a principal variável de interesse do presente estudo e que a avaliação da funcionalidade familiar dos participantes só foi inserida a partir do ano de 2006, o universo populacional da presente proposta foi composto pelos participantes das coortes A06 e B06 (n = 1413). Os indivíduos de cada coorte receberam a ponderação relativa aos efeitos do delineamento amostral e estratificação a posteriori, sendo, portanto, representativos da população do município na faixa de idades e no ano correspondente.

4.2.1 Amostra do presente estudo: critérios de inclusão e exclusão

Dos 1413 registros de idosos com 60 anos ou mais das coortes A06 e B06, foram considerados elegíveis para o presente estudo:

- Idosos da coorte A06 e B06 com escore > 20 no Mini-Exame do Estado Mental, independente da escolaridade e com avaliação cognitiva;
- Idosos da coorte A06 e B06 que se mantiveram no estudo em 2015;
- Idosos da coorte A06 e B06 com avaliação cognitiva em 2015.

Mediante esses critérios foram excluídos 620 pacientes. Resultando numa amostra final de 793 pacientes. (Figura 2)

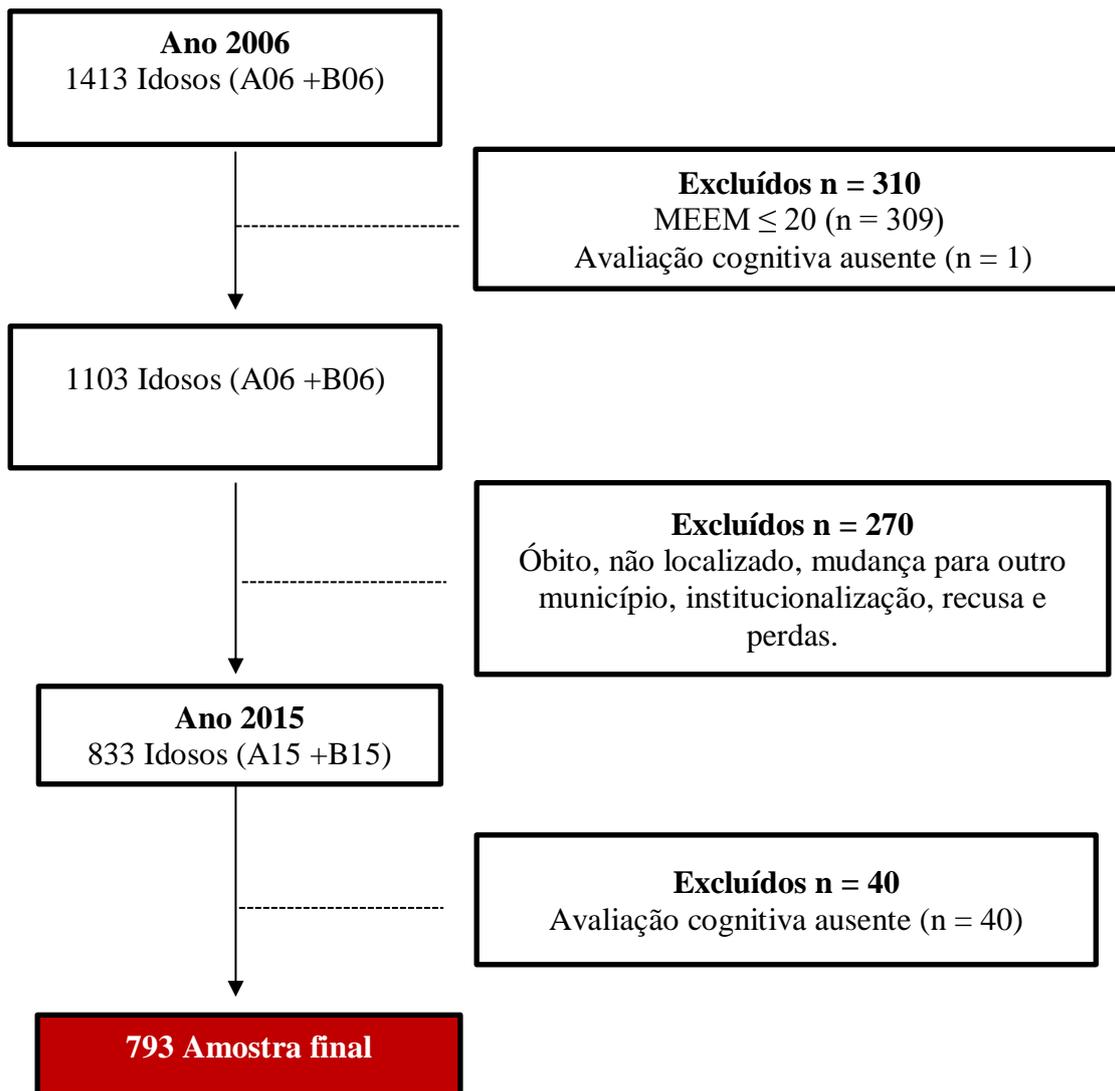


Figura 2. Fluxograma ilustrando a composição da amostra.

4.3 Variáveis de estudo e métodos de avaliação

4.3.1 Variável dependente: declínio cognitivo

O declínio cognitivo foi avaliado a partir da diferença nos escores dos testes entre a avaliação inicial em 2006 e a avaliação final em 2015. Foi utilizada diferença de escores nos seguintes testes cognitivos:

a) Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO 1): composto por questões agrupadas em sete categorias: orientação temporal, orientação espacial, memória imediata, atenção e cálculo, evocação de palavras (memória pregressa), linguagem e capacidade visual construtiva, adaptado para uso no Brasil.⁷⁸ Os pontos de corte indicam variam de acordo com a escolaridade do entrevistado (≤ 20 pontos para indivíduos analfabetos; ≤ 25 pontos para indivíduos com escolaridade entre 1 e 4 anos; ≤ 26 pontos para indivíduos com escolaridade entre 5 e 8 anos; ≤ 28 pontos para indivíduos com escolaridade entre 9 e 11; ≤ 29 pontos para indivíduos com escolaridade maior que 11 anos.⁷⁹

b) Fluência verbal (animais): consiste em avaliar o componente semântico da fluência verbal. O participante deve dizer o maior número de animais que lembrar durante um minuto. O número total de animais indica a pontuação no teste. Pontuações abaixo do limite de corte segundo a escolaridade indicam déficit cognitivo (ponto de corte ≤ 9 para analfabetos; ≤ 12 para escolaridade entre 1 a 7 anos; ≤ 13 para escolaridade maior que sete anos).⁷⁹

c) Extensão de dígitos na ordem inversa.⁸⁰ O teste está relacionado ao desempenho da memória operacional e, no estudo SABE, consistiu na repetição na ordem inversa de cinco dígitos aleatórios que o examinador lê em voz alta em um tempo de um por segundo. Para cada dígito repetido corretamente, pontua-se 1, e a pontuação máxima é cinco.^{80,81}

A variável declínio cognitivo para cada um dos testes utilizados classificou o idoso em duas categorias:

- Declínio cognitivo ausente - categoria composta pelos idosos, cujo escore não mudou ou melhorou entre as avaliações realizadas em 2006 e 2015.
- Declínio cognitivo presente - categoria composta pelos idosos, cujo escore no teste piorou entre as avaliações realizadas em 2006 e 2015.

4.3.2 Variável independente: funcionalidade familiar

Foi avaliada segundo o instrumento APGAR de Família, adaptado e validado para a população idosa brasileira.^{40,82} Esse instrumento é composto por cinco questões, uma para cada domínio de avaliação (adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e resolutividade), cujas opções de respostas são: sempre (2), algumas vezes (1) e nunca (0) (Anexo 2). A pontuação total varia de 1 a 20, e o participante pode ser classificado segundo as seguintes faixas de pontuação:

- Disfunção familiar elevada: pontuação entre 1 a 8.
- Disfunção familiar moderada: pontuação entre 9 a 12.
- Boa funcionalidade familiar: pontuação 13 a 20.

4.3.3 Variáveis de controle

Para controle de fatores que podem confundir a relação entre as variáveis independente e dependente, as seguintes variáveis foram consideradas nas análises estatísticas, tendo como referência os dados da coorte B06:

- a. **Sociodemográficas:** sexo, idade, escolaridade (anos de estudo), estado civil, moradia (própria, alugada, emprestada), arranjo familiar (número de pessoas no domicílio).
- b. **Antecedentes e hábitos de saúde:** doença crônica (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença cardiovascular, doença pulmonar – todas autoreferidas), obesidade (classificação pelo índice de massa corpórea); medicação (não usa, usa uma, polifarmácia), tabagismo (atual, ex-fumante), consumo abusivo de álcool (versão geriátrica do Teste de Michigan para triagem de alcoolismo).
- c. **Estado emocional e humor:** escore na escala de felicidade, escala de depressão geriátrica – GDS).

4.4 Procedimento de coleta de dados do estudo SABE

Após identificação dos setores censitários e sorteio dos domicílios, os selecionados foram entrevistados em sua residência por entrevistadores do SABE treinados para aplicação de todos os questionários do estudo. Inicialmente os idosos foram contatados por telefone para agendamento da avaliação que acontece em seu domicílio. Todas as perguntas da avaliação foram direcionadas ao participante que responde individualmente cada uma delas.

4.5 Procedimentos éticos

Todas as ondas, do estudo SABE, foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (protocolo no 1345/06; protocolo no 2044/10 e protocolo no 3.600.782- APÊNDICE 1, APÊNDICE 2 E APÊNDICE 3). Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido antes do início da coleta de dados.

4.6 Análise dos dados

Foi utilizada estatística descritiva com frequências absolutas, relativas, medidas de tendência central e dispersão para caracterização da amostra segundo as variáveis dependentes, independentes e de confusão. Para análises de associação foram utilizados modelos de regressão logística multivariada entre o declínio cognitivo (ausente x presente) como variável dependente, e a funcionalidade familiar (score do APGAR de Família). Os modelos de regressão foram ajustados para as variáveis de confusão, conforme descrito anteriormente. O nível de significância adotado será de 0,05 e o intervalo de confiança de 95%.

5 RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1 Caracterização da Amostra

A amostra foi composta predominantemente por participantes do sexo feminino, com baixa escolaridade, em sua maioria brancos, casados, com baixa a média renda mensal (Tabela 1). Em relação a saúde, a maioria tinha hipertensão, doença cardíaca e diabetes. O percentual de tabagismo e etilismo foi baixo. Os sintomas depressivos foram em médio baixos, bem como o percentual de idosos frágeis. Para a maioria, o estado de saúde foi considerado excelente ou regular (Tabela 1). Em relação ao desempenho cognitivo, os idosos apresentaram escores dentro da pontuação de corte (Tabela 1). A maioria dos idosos moravam com alguém, e a disfunção familiar foi detectada em menos da metade da amostra (Tabela 1). Com exceção do sexo e autopercepção de saúde, não foram observadas diferenças significativas entre os participantes incluídos e os que não se mantiveram (perdas) no estudo até 2015 (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas, hábitos e antecedentes de saúde, desempenho cognitivo e funcionalidade familiar na amostra total e entre participantes incluídos e perdas 2006-2015. São Paulo (SP).

	Amostra Total em 2006 n = 1413		Permaneceram n = 793	Perdas n = 620	p-valor*
	Média (±DP) n (%)	Min. - Max.	Média (±DP) n (%)	Média (±DP) n (%)	
Características sociodemográficas					
Idade (anos)	69,1	60 -97	69,2	69,0	0,207
Escolaridade (anos)	4,7	0 - 17	4,97	4,64	0,063
Sexo (% feminino)	55,6	--	55,4	66,7	0,004
Raça (%)					
Branco	64,6	--	64,2	65,4	0,6639
Pardo	19,1	--	20,2	16,3	
Negro	6,62	--	6,27	7,48	
Indígena	0,57	--	0,62	0,45	
Asiático	3,05	--	3,13	2,87	
Não relatado	6,03	--	5,48	7,40	
Estado Civil (%)					
Divorciado	2,26	--	1,67	3,71	
Separado	5,50	--	5,96	4,38	
Viúvo	27,9	--	25,8	33,2	
Casado	55,6	--	57,5	50,8	0,105
Amasiado	4,44	--	4,33	4,70	
Solteiro	4,13	--	4,54	3,12	
Não respondeu	0,11	--	0,16	0,00	
Renda (%)					

Sem receita	5,08	--	5,58	4,02	
Até um salário-mínimo	20,8	--	17,7	27,4	
1 a 2 salário-mínimo	24,7	--	27,0	19,9	
2 a 3 salário-mínimo	16,6	--	16,9	15,9	
3 a 5 salário-mínimo	17,1	--	17,5	16,2	
> 5 salário-mínimo	15,6	--	15,2	16,4	
Aposentado (% sim)	730 (72,0)	--	522 (71,2)	208 (74,0)	0,77
Avaliação de saúde					
Hipertensão (% sim)	62,1	--	62,9	60,1	0,482
Doença Cardíaca (% sim)	21,1	--	22,4	17,9	0,160
Diabetes (% sim)	20,4	--	20,5	20,2	0,925
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (% sim)	11,9	--	12,2	11,2	0,692
Acidente Vascular Encefálico (% sim)	5,81	--	7,08	2,65	0,005
Uso de Medicação (% sim)	90,4	--	91,3	88,1	0,254
Fumante (% sim)	48,4	--	52,4	39,3	0,176
Uso abusivo de álcool (% sim)	1,42	--	1,85	0,35	0,087
Índice de Massa Corpórea	26,7	15 -51	26,4	27,3	0,080
Escala de Depressão Geriátrica (EDG)	2,39	0 - 15	2,28	2,35	0,574
Fragilidade					
Não-frágil	54,9		52,9	59,8	0,152
Pré-frágil	40,4		42,4	35,7	
Frágil	4,58		4,63	4,47	
Autopercepção de saúde (% sim)					
Excelente	47,9	--	46,4	51,7	0,263
Regular	45,0	--	45,7	43,1	
Ruim	6,99	--	7,73	5,18	
Desempenho Cognitivo					
Mini Exame do Estado Mental	26,1	21 -30	26,0	26,3	0,100
Fluência Verbal (Animais)	12,	1 - 29	12,1	12,2	0,995
Extensão dígitos ordem inversa	4,1	0 - 5	4,1	4,3	0,085
Estrutura e Funcionalidade familiar					
Número de Pessoas que vivem com o idoso	2,99	1 - 14	3,00	2,97	0,864
Mora sozinho (% sim)	100	--	86,9	13,4	0,888
Apgar Familiar (escore)	17,5	0 - 20	17,4	17,9	0,616
Disfunção Familiar (% sim)	10,1	--	10,4	9,32	0,166

*p ≤ 0,05 indica significância estatística. Critério de classificação de Renda = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

5.2 Declínio cognitivo ao longo de dez anos e funcionalidade familiar

Foi observado declínio significativo no escore médio do MEEM ($p < 0,001$), fluência verbal ($p = 0,002$) e extensão de dígitos ($p < 0,001$; Figura 2A). Entretanto, o declínio no MEEM ($p = 0,732$), fluência verbal ($p = 0,852$) e extensão de dígitos ($p = 0,718$) foi semelhante entre os idosos com e sem disfunção familiar (Figura 2B, 2C e 2D).

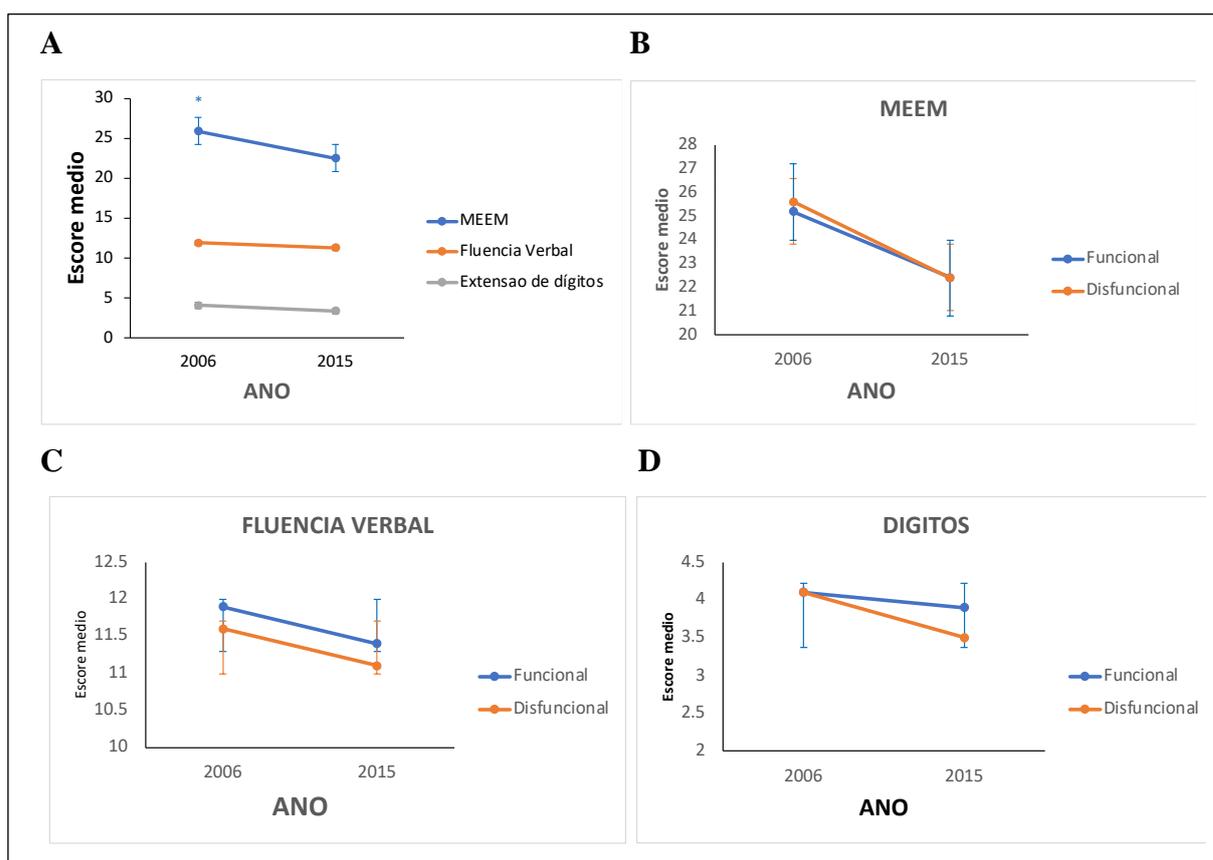


Figure 3. Escores dos testes cognitivos em idosos com e sem disfunção familiar ao longo do tempo. São Paulo, 2021. Declínio cognitivo entre 2006 e 2015 (A). Declínio no MEEM (B), Fluência verbal (C) e Extensão de dígitos (D) ao longo do tempo entre os idosos com e sem disfunção familiar. As barras representam desvio padrão.

5.3 Associação entre Funcionalidade Familiar e Desempenho Cognitivo

Tabela 2. Medias dos escores nos testes cognitivos segundo disfunção familiar. São Paulo, 2021.

Declínio Cognitivo	Disfunção Familiar		<i>p</i> -valor*
	Sim n =	Não n =	
MEEM	62,2	67,6	0,572
Fluência Verbal	53,2	48,7	0,516
Extensão de Dígitos	35,05	40,5	0,482

Na análise de regressão linear multivariada, não foi observada influência do Apegar familiar na ocorrência de declínio cognitivo no MEEM, fluência verbal e extensão de dígito. (Tabela 2).

Tabela 3. Regressão logística entre Declínio Cognitivo e Funcionalidade Familiar, ajustado para covariáveis. São Paulo, 2021.

Variáveis	DECLÍNIO COGNITIVO														
	MEEM n = 319					Fluência Verbal n = 568					Extensão de Dígitos n = 330				
	OR	S.E.	t	p- value	95% IC Min. Max.	OR	S.E.	t	p- value	95% IC	OR	S.E.	t	p- value	95% IC
Idade	1.01	0.022	0.65	0.515	0.970 1.060	0.98	0.012	-1.49	0.139	0.956 1.006	1.00	0.020	0.06	0.955	0.961 1.041
Escolaridade	1.04	0.351	1.29	0.199	0.976 1.116	1.05	0.283	2.16	0.034	1.004 1.117	1.02	0.352	0.06	0.536	0.953 1.094
Morar sozinho	0.74	0.272	-0.80	0.425	0.360 1.543	1.087	0.272	0.33	0.739	0.660 1.790	0.96	0.373	-0.10	0.922	0.444 2.086
EDG score	0.96	0.045	-0.69	0.4494	0.882 1.063	0.962	0.404	-0.92	0.362	0.884 0.046	1.02	0.044	0.38	0.709	0.931 1.109
Apgar score	0.97	0.029	-0.67	0.502	0.922 1.040	0.961	0.024	-1.56	0.124	0.913 1.011	1.04	0.280	1.78	0.079	0.994 1.106

* $p \leq 0,05$ indica significância estatística. / EDS= Escala de Depressão Geriátrica

6. DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Este estudo mostrou um perfil semelhante aos estudos anteriores, realizados no Brasil^{83,84,85,86} e entre outros países.^{87,88,89} Com predominância de mulheres, viúvas, aposentadas com baixa renda e baixa escolaridade. Esse perfil populacional de mulheres, indica um aspecto importante do envelhecimento populacional: maior longevidade das mulheres. A existência de um número maior de mulheres na terceira idade em relação aos de homens é tendência mundial, confirmados em outros estudos.^{89,90}

6.1. Prevalência de Disfunção Familiar

Corroborando outros estudos, aproximadamente 10% da amostra estudada apresentou relações familiares disfuncionais.^{91,92} Além disso, observamos que quanto menor o Apgar familiar, maior os sintomas depressivos. Conforme exposto anteriormente, a disfunção familiar está relacionada a vários desfechos negativos de saúde, como sintomas depressivos, dor, quedas, baixa qualidade de vida.^{50,70} A desregulação emocional derivada de relações familiares tensas e estressantes, com conseqüentemente isolamento social, constitui umas das conseqüências centrais relacionadas à disfunção familiar.^{51,7}

A disfunção familiar, ou seja, o comprometimento de qualquer uma de suas funções essenciais está associado a comprometimento da independência, autonomia e qualidade de vida do idoso.^{50,51} Idosos que pertencem a uma família disfuncional apresentam risco cinco vezes maior de apresentar sintomas depressivos em comparação àqueles que convivem em uma família funcional.⁴⁸

No envelhecimento, a disfunção familiar se caracteriza principalmente pela interação entre baixo apoio social e vínculo familiar prejudicado.⁵⁵ Além disso, desafios ocupacionais, econômicos e funcionais podem comprometer a harmonia familiar durante o envelhecimento.⁵⁵ O apoio social, como ajuda financeira, transporte e auxílio nos trabalhos domésticos são essenciais para o bem-estar da pessoa idosa.⁴⁴ No presente estudo, a maioria dos idosos pertenciam a classe econômica moderada, o que pode explicar, ainda que parcialmente, o percentual baixo de disfunção familiar.

O apoio familiar deve ser bidirecional, ou seja, os idosos são apoiados pelos familiares, ao mesmo tempo que colabora em atividades na estrutura familiar (ex.: cuidado com netos, trabalho doméstico, atividade laboral informal para incrementar a renda). A proximidade com o idoso, permite aos membros da família detectar alterações físicas, funcionais e emocionais com rapidez e precisão.⁶¹ No presente estudo, a maioria dos idosos moravam com algum

familiar, isso também pode explicar o baixo percentual de disfunção familiar. Conseqüentemente, o impacto em desfechos de saúde como desempenho cognitivo pode ser mínimo ou ausente, o que será discutido adiante.

6.2 Declínio no desempenho cognitivo

No presente estudo, foi observado diminuição no desempenho cognitivo. No período de 10 anos, os escores nos testes MEEM, fluência verbal e extensão de dígitos diminuí significativamente. Como esperado, observou-se que quanto maior a idade e escolaridade menor o declínio cognitivo.

A influência de fatores sociodemográficos no desempenho cognitivo corroboraram diversas pesquisas anteriores. A influência do nível de escolaridade e da idade no declínio cognitivo em idosos tem sido uma associação encontrada em diversos estudos populacionais, no Brasil e em outros países em desenvolvimento. Um estudo transversal realizado em Santo Antônio de Pádua, Minas Gerais, com 341 idosos, constatou-se que a escolaridade e a idade exercem influência expressiva nas pontuações do MEEM. Da mesma forma, um estudo desenvolvido na Santa Casa de São Paulo com 211 idosos, confirmou que a idade e a escolaridade se associam de forma significativa com o rendimento dos idosos no MEEM.^{93,94}

O declínio cognitivo decorre de vários processos fisiológicos do envelhecimento normal ou de um estágio de transição para uma demência. Estudos epidemiológicos mostram que idosos com declínio da capacidade cognitiva apresentam maior risco de desenvolver Doença de Alzheimer (DA), em particular aqueles com déficit de memória episódica.⁹⁵

Vários fatores são responsáveis pelo declínio cognitivo nos idosos, tornando-se cada vez mais importante entender as mudanças cognitivas que acompanham o envelhecimento, tanto normais quanto patológicos.⁹⁶ Compreender essas mudanças relacionadas à idade na cognição é importante, dada a nossa crescente população idosa e a importância da cognição na manutenção da independência funcional e na comunicação eficaz com os outros. Além disso, quando se trata de países em desenvolvimento e com desigualdades sociais, o risco de um idoso piorar a cognição é muito maior. Há evidências de que estilos de vida saudáveis podem diminuir a taxa de declínio cognitivo observada com o envelhecimento e ajudar a retardar o aparecimento de sintomas cognitivos no cenário de doenças associadas à idade.^{96,97}

Manter estilo de vida ativo e saudável, se envolver em certas atividades durante a vida pode ajudar a prevenir o declínio cognitivo e a demência associados à idade. O apoio a essa hipótese baseia-se no fato de que idosos com alta função cognitiva parece participar mais de

certas atividades com maior frequência, comparado aos idosos com baixa função cognitiva que referem ter uma vida menos ativa.^{98,99}

Várias intervenções de estilo de vida não farmacológica exploradas parecem ter efeitos positivos nas funções cognitivas nos idosos.¹⁰⁰ Essas terapias são geralmente menos dispendiosas e não invasivas em comparação com o tratamento farmacológico, que geralmente é demorado e traz possíveis efeitos colaterais.¹⁰⁰ Atividades físicas, como caminhada e exercícios aeróbicos, musicoterapia, adesão à dieta mediterrânea ou resolução de palavras cruzadas, parecem ser ferramentas de intervenção de estilo de vida muito promissoras.^{102,103,104} Os resultados indicam que as atividades que interferem no estilo de vida podem ser eficazes na prevenção do declínio cognitivo.^{100,101,102} No entanto, os achados deste estudo também sugerem que pesquisas futuras devem se concentrar na realização de ensaios clínicos randomizados mais longitudinais com amostras maiores de sujeitos, a fim de descobrir os tipos mais eficazes e a duração dessas atividades para a prevenção do declínio cognitivo.¹⁰²

6.3. Associação entre funcionalidade familiar e declínio cognitivo

Contrariando a principal hipótese do presente estudo, não foi observada influência da funcionalidade familiar no declínio cognitivo. Embora tenha havido diminuição significativa nos escores do MEEM, fluência verbal e extensão de dígitos ao longo do período de seguimento, o declínio foi semelhante em idosos com e sem disfunção familiar. Além disso, o escore do APGAR Familiar não influenciou a probabilidade de declínio cognitivo em 10 anos de seguimento.

Diferentemente do presente estudo, uma pesquisa realizada na Coreia, com dois anos de seguimento, analisou a relação de apoio entre pais e filhos, em idosos entre 65-69 anos, e o desempenho cognitivo. Os autores observaram que independentemente dos recursos financeiros e emocionais, os participantes com menor declínio no desempenho do MEEM eram os que maior interação pai e filho.¹⁰³

Outro estudo realizado no Japão com uma população de idosos com uma média de idade de 73 anos, acompanhados durante um ano; analisou se diferentes fontes de apoio social (familiar e da comunidade) poderiam interferir na função cognitiva dos idosos. Os autores observaram que o apoio familiar não influenciou o desempenho cognitivo. Entretanto, o apoio de vizinhos e amigos influenciou os escores do teste “Avaliação Cognitiva de Montreal, versão japonesa (MoCA-J)”. Os autores concluem que o apoio social de vizinhos e amigos podem ser um fator protetor contra o declínio cognitivo, não exclusivamente a família.¹⁰⁴

Outro estudo recentemente publicado, que analisou dados transversais de 386 idosos incluídos na coorte C do estudo SABE observou que o suporte familiar funcional, mas não necessariamente estrutural (quantidade de pessoas que convivem com o idoso), foi associado a maiores escores de MEEM, fluência verbal e extensão de dígitos. Além disso, os autores observaram que diferentemente de receber apoio social, prestar serviços de apoio a comunidade esta associado com melhor desempenho cognitivo.⁷⁵ Esses resultados sugerem que componentes funcionais de uma família (ex. afeto, adaptação, crescimento, companheirismo e resolutividade) e do apoio comunitário (por exemplo, relacionamento amoroso e empático) podem ser mais significativos para a saúde cognitiva do que o tamanho e a frequência das interações sociais. Portanto nesse estudo houve associação significativa entre suporte social familiar com declínio cognitivo. Entretanto, esses achados foram obtidos em uma amostra de idosos mais jovem, entre 60 e 65 anos, além de ser baseado em desenho transversal, o que não permite interpretações de causa e efeito como os estudos longitudinais.⁷⁵

Diferentemente dos estudos descritos que incluiu idosos em uma faixa etária mais jovem, na presente pesquisa, foram analisados idosos entre 60 a 97 anos, acompanhados ao longo de 10 anos. A ausência de associação evidenciada aqui pode sugerir que o papel protetor das relações familiares na saúde cognitiva do idoso pode ser significativo somente idosos mais jovens. Com o avançar da idade, as reservas cognitivas diminuem e com fatores sinérgicos como interações sociais ou familiares produziram pouco ou nenhum efeito.¹⁰²

Interações sociais, sejam familiares ou com outros atores sociais, promove o envelhecimento ativo, pois permite a inserção do idoso em atividades que representam desafios cognitivos e bem-estar mental. Por outro lado, o isolamento social, ou a privação de interação social, como as que ocorrem com cuidadores de idosos, pode ser um fator de risco para a declínio cognitivo. O trabalho diário, repetitivo e, muitas vezes solitário, do cuidador limita sua exposição a desafios cognitivos de situações novas, além de impactar a saúde mental, aumentando estresse e sintomas depressivos.¹⁰⁵ Em contrapartida contar com o apoio de outras pessoas no dia a dia implica em melhorias no bem-estar e no sentimento de pertencimento social por parte dos cuidadores, o que pode minimizar os possíveis riscos de adoecimento.¹⁰⁵

A inconsistência entre os achados do presente estudo com dados da literatura indica a necessidade de novos estudos longitudinais, com inclusão de dados quantitativos e qualitativos, a fim de analisar não apenas a funcionalidade familiar, como também as características que definem as relações que se constroem no convívio com o idoso. A identificação de fatores que protegem a reserva cognitiva no envelhecimento e um elemento crucial na promoção do envelhecimento saudável e ativo.

Limitações do estudo

Por se tratar de um estudo de análise secundária de dados existentes, alguns limites metodológicos precisam ser considerados na interpretação dos resultados. O primeiro diz respeito a avaliação cognitiva. Uso de testes específicos para avaliar habilidades como velocidade de processamento de informação, atenção, função executiva e memória de curto prazo, cujo declínio se acentua no envelhecimento, poderia fornecer resultados diferentes dos aqui apresentados. A avaliação da capacidade funcional para atividades de vida diária em todos os participantes também complementaria as análises realizadas, permitindo a classificação dos indivíduos segundo comprometimento cognitivo, ao invés de apenas análise de diminuição de desempenho ao longo do tempo. O estudo SABE foi desenvolvido com o objetivo de identificar as condições de vida e saúde da população idosa do município de São Paulo, o que explica a disponibilidade de dados cognitivos mais globais como os obtidos com o MEEM e a fluência verbal. Embora estudos com análise de dados existentes seja uma abordagem econômica e inovadora, desvantagens relacionadas a mensuração das variáveis de interesse do estudo secundário podem configurar um viés, e, portanto, influenciar os resultados. Outro aspecto importante diz respeito as perdas ao longo do período de seguimento. Considerando a pouca variabilidade no desempenho cognitivo entre 2006 e 2015, a redução do tamanho amostral pode ter influenciado o poder dos testes estatístico em identificar diferenças significativas.

Mesmo com essas limitações, o presente estudo foi o primeiro a analisar a influencia das relações familiares no declínio cognitivo utilizando dados longitudinais de uma amostra probabilística de idosos da comunidade. O estudo SABE é o único estudo longitudinal de base populacional do Município de São Paulo existente há mais de 20 anos. O rigor metodológico com que os dados são coletados e organizados agregam robustez, relevância e originalidade às evidencias aqui apresentadas.

7 CONCLUSÃO

7. CONCLUSÃO

Em uma amostra de idosos moradores do município de São Paulo, aproximadamente 10% apresentaram disfunção familiar.

Embora o desempenho cognitivo global, fluência verbal e memória operacional tenham diminuído ao longo do período de seguimento, não foi observada associação entre o declínio cognitivo e disfunção familiar.

|

8. REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

1. Relatório de Programas e Ações do MC (dezembro de 2018) e TABCAD (novembro 2018).
2. GARUFFI, M. et al. Atividade física para promoção da saúde de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v.16, n.1, p.80-3, 2011.
3. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.
4. Depp, C., & Jeste, d. (2006). definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 6- 20.
5. Moraes, J., & Souza, v. (2005). Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), 302-308.
6. Wisdom NM, Mignogna J, Collins RL. Variability in Wechsler Adult Intelligence Scale-IV subtest performance across age. *Archives of clinical neuropsychology: the official journal of the National Academy of Neuropsychologists*. 2012; 27:389–97. [PubMed: 22512934].
7. Nyberg L, Lövdén M, Riklund K, Lindenberger U, Bäckman L. Memory aging and brain maintenance. *Trends Cogn Sci*. 2012;16(5):292-305.
8. Hedden T, Gabrieli JDE. Insights into the ageing mind: a view from cognitive neuroscience. *Nat Rev Neurosci*. 2004;5(2):87-96.
9. Salthouse TA. When does age-related cognitive decline begin? *Neurobiol Aging*. 2009;30(4):507-14.
10. Schaie KW, Willis SL. The Seattle Longitudinal Study of Adult Cognitive Development. *ISSBD*. 2010;57(1):24-9
11. Lezak, M.; Howieson, D.; Bigler, E.; Tranel, D. *Neuropsychological Assessment*. 5. New York: Oxford University Press; 2012.
12. Salthouse T. Consequences of age-related cognitive declines. *Annual review of psychology*. 2012; 63:201–26.
13. Elias, L.; Saucier, D. *Neuropsychology: Clinical and experimental foundations*. Boston: Pearson Education, Inc; 2006.

14. Salthouse TA. Selective review of cognitive aging. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*. 2010; 16:754–60. [PubMed: 20673381].
15. Salthouse TA, Fristoe NM, Lineweaver TT, Coon VE. Aging of attention: does the ability to divide decline? *Memory & cognition*. 1995; 23:59–71. [PubMed: 7885266]
16. Carlson MC, Hasher L, Zacks RT, Connelly SL. Aging, distraction, and the benefits of predictable location. *Psychology and aging*. 1995; 10:427–36. [PubMed: 8527063]
17. Salthouse TA, Mitchell DR, Skovronek E, Babcock RL. Effects of adult age and working memory on reasoning and spatial abilities. *Journal of experimental psychology Learning, memory, and cognition*. 1989; 15:507–16.
18. Oosterman JM, Vogels RL, van Harten B, et al. Assessing mental flexibility: neuroanatomical and neuropsychological correlates of the Trail Making Test in elderly people. *The Clinical neuropsychologist*. 2010;24:203–19. [PubMed] [Google Scholar]
19. Wecker NS, Kramer JH, Hallam BJ, Delis DC. Mental flexibility: age effects on switching. *Neuropsychology*. 2005;19:345–52.
20. Singh-Manoux A, Kivimaki M, Glymour MM, et al. Timing of onset of cognitive decline: results from Whitehall II prospective cohort study. *Bmj*. 2012;344:d7622
21. Hayden KM, Welsh-Bohmer KA. Epidemiology of cognitive aging and Alzheimer's disease: contributions of the cache county utah study of memory, health and aging. *Current topics in behavioral neurosciences*. 2012;10:3–31.
22. Luszcz MA, Bryan J. Toward understanding age-related memory loss in late adulthood. *Gerontology*. 1999; 45:2–9. [PubMed: 9852374]
23. Darowski ES, Helder E, Zacks RT, Hasher L, Hambrick DZ. Age-related differences in cognition: the role of distraction control. *Neuropsychology*. 2008; 22:638–44. [PubMed: 18763883]
24. Isingrini M, Tacconat L. Episodic memory, frontal functioning, and aging. *Revue neurologique*. 2008; 164 (Suppl 3):S91–5. [PubMed: 18675053]
25. Davis HP, Klebe KJ, Guinther PM, Schroder KB, Cornwell RE, James LE. Subjective organization, verbal learning, and forgetting across the life span: from 5 to 89. *Experimental aging research*. 2013; 39:1–26.
26. Ronnlund M, Nyberg L, Backman L, Nilsson LG. Stability, growth, and decline in adult life span development of declarative memory: cross-sectional and

longitudinal data from a population-based study. *Psychology and aging*. 2005; 20:3–18. [PubMed: 15769210]

27. Haaland KY, Price L, Larue A. What does the WMS-III tell us about memory changes with normal aging? *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*. 2003; 9:89–96. [PubMed: 12570362]

28. Whiting, WLt; Smith, AD. Differential age-related processing limitations in recall and recognition tasks. *Psychology and aging*. 1997; 12:216–24.

29. Price L, Said K, Haaland KY. Age-associated memory impairment of Logical Memory and Visual Reproduction. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*. 2004; 26:531–8.

30. Economou A. Memory score discrepancies by healthy middle-aged and older individuals: the contributions of age and education. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*. 2009; 15:963–72

31. Park DC, Reuter-Lorenz P. The adaptive brain: aging and neurocognitive scaffolding. *Annual review of psychology*. 2009; 60:173–96.

32. Salthouse TA. Decomposing age correlations on neuropsychological and cognitive variables. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2009; 15:650–61. [PubMed: 19570312]

33. Zec RF, Markwell SJ, Burkett NR, Larsen DL. A longitudinal study of confrontation naming in the “normal” elderly. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*. 2005;11:716–26.

34. Howieson DB, Holm LA, Kaye JA, Oken BS, Howieson J. Neurologic function in the optimally healthy oldest old. *Neuropsychological evaluation Neurology*. 1993;43:1882–6.

35. Benton, A. L., & Tranel, D. (1993). Visuoperceptual, visuospatial, and visuoconstructive disorders. In K. M. Heilman & E. Valenstein (Eds.), *Clinical neuropsychology* (pp. 165–214). New York, NY: Oxford University Press.

36. Lupien, S.J., Maheu, F., Tu, M., Fiocco, A., & Schramek, T.E. (2007). The effects of stress and stress hormones on human cognition: implications for the field of brain and cognition. *Brain and Cognition*, 65, 209–37.

37. Dickerson SS, Kemeny ME. Acute stressors and cortisol responses: a theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychol Bull*. 2004;130(3):355-91.

38. Stacey B. Scott, Brenda R. Jackson, and C. S. Bergeman. What contributes to perceived stress in later life? A recursive partitioning approach. *Psychol Aging* . 2011 December ; 26(4): 830–843.
39. Doane Martins da Silva¹, Alba Benemérita Alves Vilela², Andréa dos Santos Souza, Marta dos Reis Alves⁴, Débora Martins da Silva⁵, Tatiane Oliveira de Souza. Avaliação da funcionalidade familiar de idosos. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 7(9):5550-6, set., 2013
40. Duarte YAO. Família-rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares [Tese Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.
41. Souza A, Pelegrini TS, Ribeiro JHM, Pereira DS, Mendes MA. Concept of family insufficiency in the aged: critical literature analysis. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(6):864-73.
42. ELSEN, Ingrid. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: ELSEN, Ingrid; PENNA, Cláudia Maria de Mattos, ALTHOLFF, Coleta Rinaldi et al. (Org.) Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994.
43. Szymanski H. Teorias e “teorias” de famílias. In: Carvalho MCB (Org.). *A Família Contemporânea em Debate*. 6. ed. São Paulo, Educ; 2005. p. 23-27.
44. Teixeira SM. Família e as formas de proteção social primária aos idosos. *Revista Kairós*, São Paulo, 11(2), dez. 2008, pp. 59-80.
45. Mazza MMP, Lefêvre F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. *Rev Bras Cresc Desenv Hum* 2005; 15(1):01-10.
46. Pavarini SCI, Barha EJ, Mendiondo MSZ, Filizola CLA, Petrilli JF Filho, Santos AA. Family and social vulnerability: a study with octogenarians. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009 maio-junho; 17(3):374-9.
47. Mota FRN, Oliveira ET, Marques MB, Bessa MEP, Leite BMB, Silva MJ. Família e redes sociais de apoio para o atendimento das demandas de saúde do idoso. *Esc Anna Nery*. 2010; 14(4): 833-8.
48. Souza RA, Costa GD, Yamashita CH, Amendola F, Gaspar JC, Alvarenga MRM, Faccenda O, Oliveira MAC. Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(3):469-76.
49. Rodríguez-Sánchez, E., Mora-Simón, S., Porrás-Santos, N. *et al.* Effectiveness of an intervention in groups of family caregivers of dependent patients for their application in primary health centers. Study protocol. *BMC Public Health* **10**, 559 (2010). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-559>.

50. Paiva ATG, Bessa MEP, Moraes GLA, Silva MJ, Oliveira RDP, Soares AMG. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. *Cogitare enferm.* 2011; 16(1): 22-8.
51. Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *J Bras Psiquiatr.* 2009; 58(1): 39-44.
52. Navarro R, Duarte YAO, Lebrão ML, Nunes DP. Envelhecimento e funcionalidade familiar: panorama do município de São Paulo/SP- Estudo SABE. Programa de Iniciação Científica-Universidade de São Paulo 2009-2010. São Paulo; USP: 2010.
53. Bettiol CHO, Dellarozza MSG, Lebrão ML, Duarte YA, Santos HG. Predictors of pain in elderly in the city of São Paulo, Brazil: SABE Study, 2006 and 2010. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(9):e00098416.
54. Ivania V, Lucchese R, Adélia YKN, Valeria P, Selma RAM, Sadoyama G. Funcionalidade familiar em longevos residentes em domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 68-75. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680110p>.
55. Merz EM, Consedine NS. The association of family support and wellbeing in later life depends on adult attachment style. *Attachment & Human Development* Vol. 11, No. 2, March 2009, 203–221.
56. Li T, Fok HK, Fung HH. Is reciprocity always beneficial? Age differences in the association between support balance and life satisfaction. *Aging & Mental Health* Vol. 15, No. 5, July 2011, 541–547.
57. Li Y, Chi I. Correlates of physician visits among older adults in China: the effects of family support. *J Aging Health* 2011 Sep;23(6):933-53.
58. Boey KW, Chiu HFK. Life strain and psychological distress of older women and older men in Hong Kong. *Aging Ment Health* 2005 Nov;9(6):555-62.
59. Cheng, S-T, Lee CKL, Chan ACM, Leung EMF, & Lee J-J Social network types and subjective well-being in chinese older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 64B(6), 713–722, doi:10.1093/geronb/gbp075. Advance Access publication on October 9, 2009.
60. Pelcastre-Villafuerte BE, Trevino-Siller S, GonzalezVazquez T, Marquez-Serrano M. Social support and living conditions in poor elderly people in urban Mexico. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2011 Mar[cited 2014 Apr 02];27(3):460-70. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/07.pdf> Spanish.
61. Kim S-Y, Sok SR. Relationships among the perceived health status, family support and life satisfaction of older Korean adults. *International Journal of Nursing Practice*

[internet]. 2012[cited 2014 Apr 02];18:325-31. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-172X.2012.02050.x/epdf>.

62. Dupertuis LL, Aldwin CM, Bossé R. Does the Source of Support Matter for Different Health Outcomes? Findings from the Normative Aging Study. *J Aging Health* [internet]. 2001 Nov[cited 2014 Apr 02];13(4):494-510. Available from: <http://jah.sagepub.com/content/13/4/494.long>.

63. Ryan AK, Willits FK. Family ties, Physical health, and psychological well-being. *J Aging Health* [internet]. 2007 Dec[cited 2014 Apr 02];19(6):907-20. Available from: <http://jah.sagepub.com/content/19/6/907.long>.

64. Béland F, Zunzunegui MV, Alvarado B, Otero A, Ser TD. Trajectories of Cognitive Decline and Social Relations. *J Gerontol Psychol Sci* [internet]. 2005;60B(6):320-30. Available from: <http://psychogerontology.oxfordjournals.org/content/60/6/P320.full.pdf+html>

65. Hatfield JP, Hirsch JK, Lyness JM. Functional impairment, illness burden, and depressive symptoms in older adults: does type of social relationship matter? *Int J Geriatr Psychiatry* [internet]. 2013;(28):190-98. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.3808/epdf>

66. Cardona-arango D., Estrada-Restrepo A, Chavarriaga- -Maya1 LM, Segura-Cardona AM, Ordoñez-Molina1 J, Osorio-Gómez JJ. [Dignified social support for elderly institutionalised adults in Medellín, 2008]. *Rev Salud Pública* [internet]. 2010[cited 2014 Apr 02];12(3):414-24. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n3/v12n3a07.pdf> Spanish.

67. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract.* 1978; 6(6): 1231-9.

68. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *J Fam Practic.* 1982; 15(2): 303-11

69. Silva MJ. Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. *Esc. Anna Nery* [online]. 2014, vol.18, n.3, pp.527-532.

70. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013

71. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica n.19 - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): MS; 2007.

72. Liu H, Zhang Y, Burgard SA, Needham BL, Marital Status and Cognitive Impairment in the United States: Evidence from the National Health and Aging Trends Study, *Annals of Epidemiology* (2019), doi: <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2019.08.007>.
73. Rawtaera I, Gaoa Q, Nyunta MSZ, Fenga L, Chongb MS, Limb WS, Leed T-S, Yape P, Yapg KB, Nga TP. Psychosocial Risk and Protective Factors and Incident Mild Cognitive Impairment and Dementia in Community Dwelling Elderly: Findings from the Singapore Longitudinal Ageing study. *J Alzheimers Diseases*. 2017;57(2):603-611.
74. Yang Y, Yeung WJ, Feng Q. Social exclusion and cognitive impairment - A triple jeopardy for Chinese rural elderly women. *Health and Place* 53 (2018) 117–127.
75. Souza-Talarico JN, Bromberg E, Santos JL, Freitas BS, Silva DF, Duarte YA. Family and Community Support, BDNF and Cognitive Performance in Older Adults: findings from the SABE population-based cohort. *Front. Behav. Neurosci.* | doi: 10.3389/fnbeh.2021.717847
76. Lebrão ML, Laurenti R. Health, well-being and aging: the SABE study in São Paulo, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2005 Jun;8(2):127-41.
77. Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Silva NN. 10 Anos do Estudo SABE: antecedentes, metodologia e organização do estudo. *REV BRAS EPIDEMIOLOGIA* 2018; 21(SUPPL 2): E180002. SUPPL.2.
78. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* 2003;61:777-781.
79. Caramelli P, Carthery-Goulart MT, Porto CS, Charchat-Fichman H, Nitrini R. Category Fluency as a screening test for Alzheimer disease in illiterate and literate patients. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2007;21:65-67.
80. Boyd TA, Hooper SR. Psychometric validity of proration and Digit Span substitution for estimating WISC--R verbal and Full Scale IQs. *Percept Mot Skills* 1987;65:19-25.
81. Nitrini R, Lefèvre BH, Mathias SC, et al. Testes neuropsicológicos de aplicação simples para o diagnóstico de demência. *Arq Neuropsiquiatr* 1994;52:457-465.
82. Silva MJ, Victor JF, Mota FRN, Soares ES, Leite BMB, Oliveira ET. Analysis of psychometric properties of family APGAR with elderly in northeast Brazil. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(3):527-32. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20140075>.

83. Rabelo DF, Neri AL. The household arrangements, physical and psychological health of the elderly and their satisfaction with family relationships. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015; 18(3):507-19.
84. Bolina AF, Tavares DM. Living arrangements of the elderly and the sociodemographic and health determinants: a longitudinal study. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2016; 24:e2737.
85. Andrade FC, Corona LP, Lebrão ML, Duarte YA. Life expectancy with and without cognitive impairment among Brazilian older adults. *Arch Gerontol Geriatr.* 2014; 58(2):219-25.
86. Pinto JM, Fontaine AM, Neri AL. The influence of physical and mental health on life satisfaction is mediated by self rated health: a study with Brazilian elderly. *Arch Gerontol Geriatr.* 2016; 65:104-10.
87. Craigs CL, Twiddy M, Parker SG, West RM. Understanding causal associations between self-rated health and personal relationships in older adults: a review of evidence from longitudinal studies. *Arch Gerontol Geriatr.* 2014; 59(2):211-26.
88. Wilson-Genderson M, Pruchno R. Functional limitations and gender differences: neighborhood effects. *Int J Aging Hum Dev.* 2015; 81(1-2):83-100.
89. Friedemann ML, Buckwalter KC. Family caregiver role and burden related to gender and family relationships. *J Fam Nurs.* 2014; 20(3):313-36.
90. Gonçalves LH, Leite MT, Hildebrandt LM, Bisogno SC, Biasuz S, Falcade BL. [Living together and family care at the fourth age: quality of life for seniors and their caregivers]. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2013; 16(2):315-25. Portuguese.
91. Silva A, Ferreira AO, Felício GF, Guerra JVG, Costa FC, Moreira EP, R. Capacidade funcional e disfunção familiar de idosos na saúde da família no Ceará, Brasil: um estudo transversal: *O Mundo Da Saúde*, 44(1), 160-170. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/958>
92. Marzola TS, Molina NPFM, Assunção LM, Tavares DMS, Rodrigues LR. A importância do funcionamento das famílias no cuidado ao idoso: fatores associados. *Ver. Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, vol. 8, núm. 1, pp. 78-86. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497962779011/html/>

93. MACHADO JC, et al. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2011: 109–121.
94. Almeida OP. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuro- Psiquiatr* 1998; 56(3-b): 605-12.
95. Charchat-Fichman H, Caramelli P, Sameshima K, Nitrinio R. Decline of cognitive capacity curing aging. *Atualização Braz. J. Psychiatry* 27 (1) Mar 2005. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000100017>
96. Murman DL. The Impact of Age on Cognition. *Semin Hear.* 2015 Aug; 36(3): 111–121. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4906299/>
97. McClearn GE, Johansson B, Berg S, et al. Influência genética substancial nas habilidades cognitivas em gêmeos com 80 anos ou mais. *Ciência*. 1997;276:1560–3. [PubMed] [Acadêmico do Google]
98. Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B. Um estilo de vida ativo e socialmente integrado no final da vida pode proteger contra a demência. *Neurologia Lancet*. 2004;3:343–53. [PubMed] [Acadêmico do Google]
99. Marioni RE, van den Hout A, Valenzuela MJ, et al. O estilo de vida cognitivo ativo se associa à recuperação cognitiva e a um risco reduzido de declínio cognitivo. *Jornal da doença de Alzheimer: JAD*. 2012;28:223–30. [PubMed] [Acadêmico do Google]
100. Klimova B, Valis M, Kuca K. Cognitive decline in normal aging and its prevention: a review on non-pharmacological lifestyle strategies. *Clin Interv Aging*. 2017;12:903-910 <https://doi.org/10.2147/CIA.S132963>
101. Clare R, King VG, Wirenfeltd M, Vinters HV. Perda de sinapse em demências. *J Neurosci Res*. 2010;88(10):2083–2090.
102. Tagney CC. DASH e padrões alimentares do tipo Mediterrâneo para manter a saúde cognitiva. *Curr Nutr Rep*. 2014;3(1):51–61.
103. Lee WJ, Kim H, Kim H, Yoo SR, Jang SE, Oh M. Tangible Social Support and Cognitive Decline in the Elderly: The Korean Longitudinal Study of Aging. *KJFP* 2017;7:337-341. <https://doi.org/10.21215/kjfp.2017.7.3.337>
104. Noguchi T, Nojima I, Inoue-Hirakawa T, Sugiura H. The Association between Social Support Sources and Cognitive Function among Community-Dwelling Older Adults: A One-Year Prospective Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(21):4228. Published 2019 Oct 31. doi:10.3390/ijerph16214228.

105. Vasileiou K, Barnett J, Barreto M, Vines J, Atkinson M, Lawson S, et al. Experiences of loneliness associated with being an informal caregiver: a qualitative investigation. *Front Psychol.* 2017;8:585. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00585 »
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00585>.

LISTA DE APÊNCICES

APÊNDICE 1

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO SABE - SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO - Coorte 2015

Estudo longitudinal de múltiplas coortes sobre as condições de vida e saúde dos idosos no Município de São Paulo.

Pesquisador: YEDA APARECIDA DE OLIVEIRA DUARTE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47683115.4.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SAO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.600.782

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto temático sobre saúde do idoso, com base em amostra representativa e seguimento longitudinal (4a onda) de residentes na cidade de São Paulo.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever e analisar padrões de vida e de saúde de idosos na cidade de São Paulo, bem como de seus determinantes e fatores associados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto equacionou adequadamente a avaliação de riscos e benefícios. Já foi aprovado para as ondas anteriores e já havia sido aprovado quanto a esse quesito para a corrente avaliação da 4a onda do seguimento longitudinal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A única pendência levantada dizia respeito à solicitação de informações adicionais quanto ao envio ao exterior de amostras de sangue para a realização de exames genéticos de interesse para o estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os termos obrigatórios. O TCLE informa adequadamente aos participantes do

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

**USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP**



Continuação do Parecer: 3.600.782

estudo de que sua amostra de sangue poderá ser levada ao exterior para a realização de exames genéticos de interesse para o estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considero que os esclarecimentos adicionais prestados pela proponente são suficientes e recomendo aprovação do presente projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_518377.pdf	24/07/2019 16:52:18		Aceito
Outros	Resposta_pendencia_Yeda.docx	24/07/2019 16:51:38	YEDA APARECIDA DE OLIVEIRA DUARTE	Aceito
Declaração de concordância	Justificativasabe.pdf	14/02/2017 17:23:46	Márcia Ferreira dos Santos	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	Deacordosabe.pdf	14/02/2017 17:23:46	Márcia Ferreira dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE03092015.pdf	03/09/2015 12:27:45	MARIA LUCIA LEBRÃO	Aceito
Folha de Rosto	pagina rosto Coep SABE 15.pdf	15/06/2015 13:09:04		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto SABE 2015.pdf	08/06/2015 21:09:45		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 3.600.782

SAO PAULO, 26 de Setembro de 2019

Assinado por:
José Leopoldo Ferreira Antunes
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

APÊNDICE 2



Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

COMITÊ DE ÉTICA - COEP

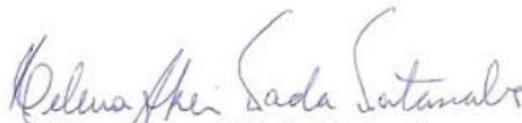
Av. Dr. Arnaldo, 715 – Assessoria Acadêmica - CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil
Telefones: (55-11) 3066-7779 – e-mail: coep@fsp.usp.br

Of.COEP/83/06

14 de março de 2006

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, **aprovou** o Protocolo de Pesquisa n.º 1345, intitulado: "PROJETO SABE-2005 – SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO. AS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DE VIDA DOS IDOSOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO", apresentado pela pesquisadora Maria Lúcia Lebrão.

Atenciosamente,


Helena Akemi Wada Watanabe
Professora Doutora

Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP

APÊNDICE 3



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP
 Universidade de São Paulo
 Faculdade de Saúde Pública

OF.COEP/23/10

5 de março de 2010.

Prezado(a) Pesquisador(a) e Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP/FSP, **analisou**, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º **2044**, intitulado **"ESTUDO SABE 2010: SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO - ESTUDO LONGITUDINAL SOBRE AS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DOS IDOSOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO"**, área temática **GRUPO III**, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Maria Lucia Lebrão**, e considerou que a pendência anteriormente apresentada por este COEP foi atendida. Protocolo de pesquisa **APROVADO "AD-REFERENDUM"**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CN /196/96, são deveres do (a) pesquisador (a): **1. Comunicar**, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa; **2. Manter sob sua guarda e em local seguro**, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria; **3. Comunicar**, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto; **4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e final**; **5. Justificar**, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Cláudio Leone
Professor Titular

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Tit. Maria Lucia Lebrão
Departamento de Epidemiologia da FSP/USP

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1

AVALIAÇÃO COGNITIVA: MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Objetivo: teste neuropsicológico para avaliação da função cognitiva

Avaliação dos resultados:

Analfabetos (se souber escrever o nome, mas não frequentou a escola)	18 pontos
1 a 3 anos de escolaridade	21 pontos ou mais
4 a 7 anos de escolaridade	24 pontos ou mais
8 anos ou mais	26 pontos ou mais
Pontuação máxima.....	30 pontos

Data:

PONTUAÇÃO
Nota obtida/ Nota de Corte

Caso a pontuação seja menor que as notas de corte considerando a escolaridade dos indivíduos, é indicativo de que ele apresenta perdas cognitivas.

- Mesmo que o idoso seja analfabeto, aplique todas as questões.

Agora, farei algumas perguntas e gostaria que você prestasse atenção em cada um delas, dando sua melhor resposta.

-
- 1) **Que dia da semana é hoje?**
 - Se omitir siga continuamente até concluir as questões.
 - 2) **Que dia do mês é hoje?**
 - 3) **Em que mês nós estamos?**
 - 4) **Em que ano nós estamos?**
 - 5) **Sem olhar no relógio, diga a hora aproximada**
 - Considere a variação de mais ou menos uma hora.
 - 6) **Em que local específico nós estamos?**

- Pergunte apontando para o chão que local é este. Ex. consultório, dormitório, sala, quarto.
- 7) **Que local é este aqui?**
- Apontando ao redor em um sentido mais amplo, pergunte onde o local específico se insere. Ex. hospital, casa de repouso, própria casa.
- 8) **Qual é o endereço onde estamos?**
- Considere correto o nome do bairro ou o nome de uma rua próxima.
- 9) **Em que cidade nós estamos?**
- 10) **Em que estado nós estamos?**

11) **Eu vou dizer três palavras e QUERO QUE VOCÊ REPITA em seguida.**

Vaso Carro Tijolo

- Fale os três objetos claramente e devagar, dando cerca de 1 segundo de intervalo entre uma palavra e outra;
- Peça ao idoso para repeti-las;
- Dê 1 ponto para cada palavra repetida corretamente na 1ª vez. A pontuação é baseada somente na primeira repetição;
- Se houver erro, deve repetir as palavras até 5 vezes para o aprendizado e realização do item 13. Registre o número de tentativas:

12) *Quanto é 100 menos 7?*

- Depois da resposta, pergunte novamente: **E 93 – 7?**
- E assim sucessivamente até completar as 5 subtrações.
- Se errar, aguarde um momento sem dizer nada, esperando correção espontânea. Se não acontecer, sem dizer que errou, continue a subtração a partir do resultado correto. Continue os cálculos até o fim, pois a interferência deve ser sempre igual.
- Faça as cinco subtrações, independente das respostas;

a) $100 - 7$ (93)

b) $93 - 7$ (86)

c) $86 - 7$ (79)

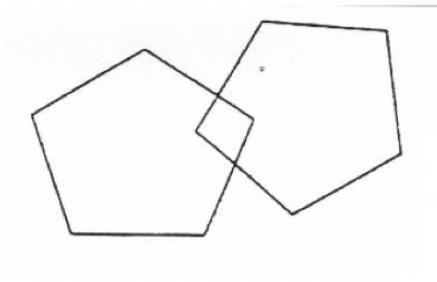
d) $79 - 7$ (72)

e) $72 - 7$ (65)



19) Copie este desenho: □

- É considerado correto se ambas as figuras tiverem cinco lados e a intersecção entre elas;
- Pedir para copiar no espaço em branco da página ao lado;
- Some os pontos e registre no local indicado com a respectiva nota de corte segundo o grau de escolaridade.



Anexo 2

FUNCIONALIDADE FAMILIAR : APGAR DE FAMÍLIA

Data:

Escore Total	Classificação
1-8	Elevada disfunção familiar
9-12	Moderada disfunção familiar
13-20	Boa funcionalidade familiar

	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Quase sempre	Sempre
	0	1	2	3	4
a) Estou satisfeito(a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando. COMENTÁRIOS:	()	()	()	()	()
b) Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas. COMENTÁRIOS:	()	()	()	()	()
c) Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família aceita e apóia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções. COMENTÁRIOS:	()	()	()	()	()
d) Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor. COMENTÁRIOS:	()	()	()	()	()
e) Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos. COMENTÁRIOS:	()	()	()	()	()