

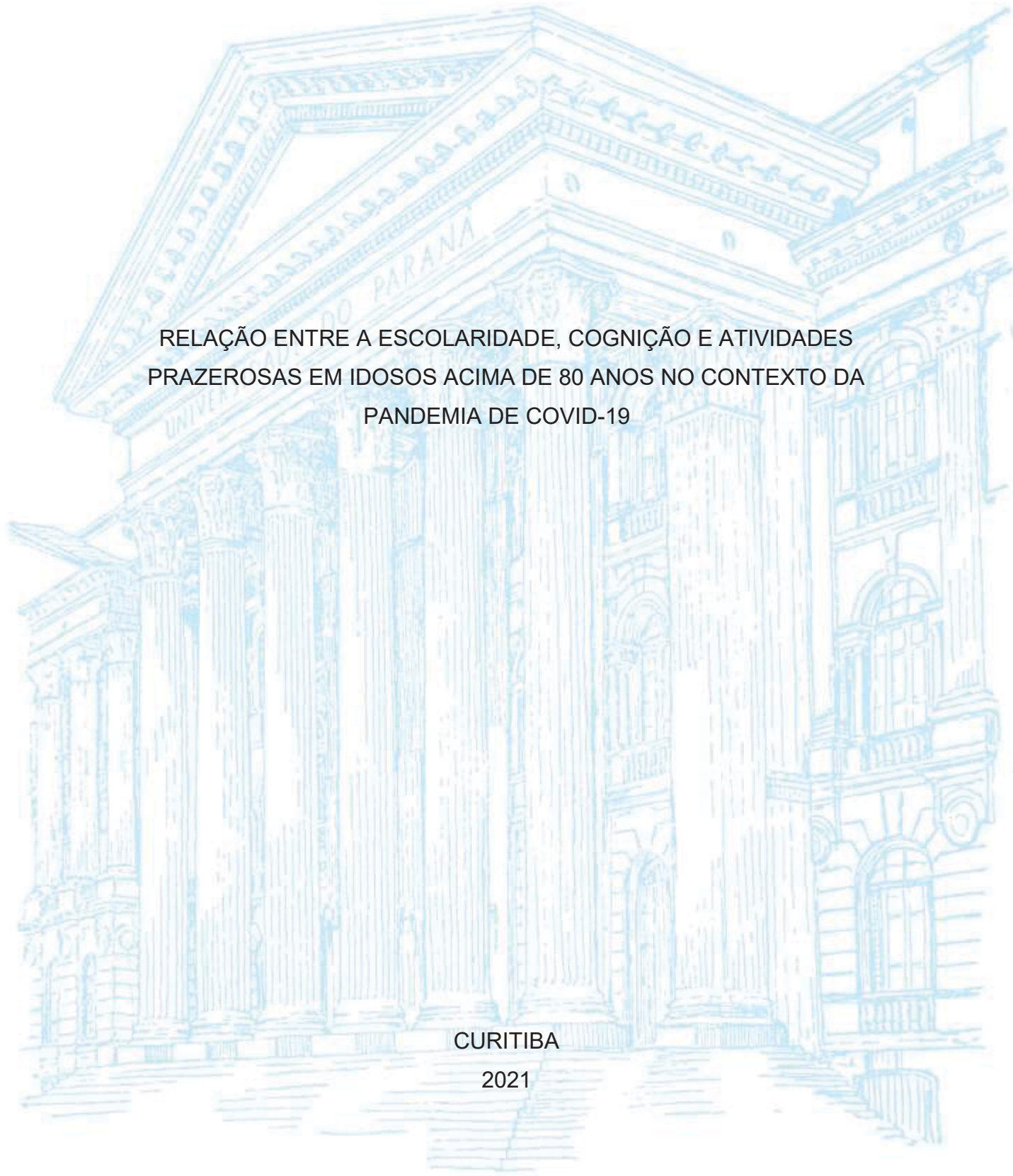
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

POLLIANA RIBEIRO COELHO

RELAÇÃO ENTRE A ESCOLARIDADE, COGNIÇÃO E ATIVIDADES
PRAZEROSAS EM IDOSOS ACIMA DE 80 ANOS NO CONTEXTO DA
PANDEMIA DE COVID-19

CURITIBA

2021



POLLIANA RIBEIRO COELHO

RELAÇÃO ENTRE A ESCOLARIDADE, COGNIÇÃO E ATIVIDADES
PRAZEROSAS EM IDOSOS ACIMA DE 80 ANOS NO CONTEXTO DA
PANDEMIA DE COVID-19

Dissertação apresentada ao curso de Pós-graduação em Educação, linha Cognição, Aprendizagem e Desenvolvimento Humano, Setor de Educação, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Valdomiro de Oliveira

CURITIBA

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de
Bibliotecas/UFPR-Biblioteca do Campus Rebouças
Maria Teresa Alves Gonzati, CRB 9/1584

Coelho, Polliana Ribeiro.

Relação entre a escolaridade, cognição e atividades prazerosas em
idosos acima de 80 anos no contexto da pandemia de COVID-19 / Polliana
Ribeiro Coelho – Curitiba, 2021.

126 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná. Setor de
Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Valdomiro de Oliveira

1. Idosos. 2. Cognição. 3. Escolaridade. 4. Educação. 5. COVID-19
(doença). I. Título. II. Universidade Federal do Paraná.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EDUCAÇÃO -
40001016001P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação EDUCAÇÃO da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **POLLIANA RIBEIRO COELHO** intitulada: **RELAÇÃO ENTRE A ESCOLARIDADE, COGNIÇÃO E ATIVIDADES PRAZEROSAS EM IDOSOS ACIMA DE 80 ANOS NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19**, sob orientação do Prof. Dr. VALDOMIRO DE OLIVEIRA, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 03 de Dezembro de 2021.

Assinatura Eletrônica
08/12/2021 15:08:59.0
VALDOMIRO DE OLIVEIRA
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
08/12/2021 16:34:57.0
GISLAINE CRISTINA VAGETTI
Avaliador Interno (FACULDADE DE ARTES DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
08/12/2021 15:57:11.0
FABIO RICARDO HILGENBERG GOMES
Avaliador Externo (FACULDADE SANTANA EM PONTA GROSSA)

Assinatura Eletrônica
08/12/2021 15:22:22.0
HELOÍSA GONÇALVES FERREIRA
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO)

AGRADECIMENTO

Dedico esse trabalho à mulher mais inspiradora que já conheci, professora de muitos, e minha maior incentivadora: minha mãe, Lúcia.

Também dedico a meu pai. Acho que, no fundo, essa foi minha maneira de buscar na ciência o prolongamento de vida daqueles que mais amo. Não consegui... durante o processo, eu o perdi. Mesmo sem saber, ele já estava nas estatísticas de mortalidade precoce de idosos no Brasil: pardo, hipertenso, ensino fundamental incompleto e uma vida interrompida aos 64 anos. Eu não consegui tirá-lo dessa estatística, mas quero, do fundo da minha alma, que o conhecimento condensado nesta dissertação possa ecoar e ajudar quem mais necessita.

Ao pai do meu filho, companheiro de vida e amor, Luís, pelo apoio incondicional em todos os meus projetos profissionais e acadêmicos que vão além da nossa família. Vocês são meu combustível e minha prioridade sempre, apesar de, nos últimos anos, termos trocados momentos juntos em prol da evolução acadêmica dessa mamãe aqui.

À tia Neide e a Willian, meu irmão, por fazerem parte da rede de apoio, indispensável para o sucesso feminino no século XXI.

A tio João, Denei e Lucélia, pelas palavras de força nos momentos críticos. Ao professor Valdomiro, meu orientador, por refutar e acolher as propostas, sempre pensando no melhor, e por aceitar o projeto também como seu.

À professora Gislaine, por me aceitar como aluna ouvinte em disciplina isolada em 2018.

Aos colegas do grupo Cris, Fábio, Gilson, Mariana, Sheila, Gerson, Ana Esmeraldino e Ana Carol, Dan, Cinthia, Fabiana, Gerson, Luana, Tais, Jaque e Nemeia.

Aos professores Guilherme Gasparoto e Gabriela Schneider por abrirem, ao menos um pouco, a porta da esperança do entendimento estatístico para os alunos de Humanas.

À professora Heloisa por traduzir um instrumento completo, aceitar o convite na qualificação e fazer parte da banca.

Às voluntárias da pastoral da pessoa idosa que, com amor, solidariedade e boa vontade, indicaram os octogenários de sua rede para essa pesquisa.

Aos psicólogos Nathan e Paula, pelo auxílio nas entrevistas.

A Denise Machado e José Mario Tupiná por inspirar e semear em mim o amor e a dedicação no trabalho com idosos.

O mestrado está no rol das atividades mais difíceis que já fiz nesses 36 anos de vida. Espero superar em breve. O nível de dificuldade e de comprometimento exigido em um programa de pós-graduação tão bem avaliado (Capes 6) é um desafio digno de diploma na parede; some-se a isso uma pandemia nunca antes vivida em tempos modernos. Só quem já passou por essa experiência, poderá compartilhar dessa opinião. Para uma jornalista de formação e curiosa inveterada, realizar investigação nesses moldes, com investimento próprio e sem dedicação exclusiva, é uma vitória e uma superação.

O meu melhor está nas próximas páginas. Um orgulho danado de poder estudar a fase da vida em que todos disseram estar mais perto de Deus e a certeza de que eu também fiquei. Que as palavras aqui digitadas possam agregar para um envelhecimento digno e autônomo. Aprendi sobre escuta ativa, paciência, resiliência e, o mais importante, sobre FÉ.

Boa leitura.

“Tenho a impressão de que quanto menos complicadas são as
pessoas mais fácil é o envelhecimento.”

Dra. Gudrun Burkhard

RESUMO

As projeções demográficas do Brasil apontam que, nas próximas décadas, a fase do adulto-idoso será a mais longa de todas as fases da vida do ser humano, e que o grupo de pessoas com mais de 80 anos de idade, proporcionalmente, é o que mais cresce. Entender a realidade de cada território, revela-se estratégia essencial para o auxílio no desenho de ações que fortaleçam e incluam o longo tempo de vida ativa na sociedade. O objetivo foi investigar as relações entre a escolaridade, a cognição e as atividades prazerosas em idosos com mais de 80 anos. O estudo transversal descritivo correlacional levantou dados de 51 idosos longevos de Curitiba, no Paraná, durante a pandemia de COVID-19. Destes, 10 idosos, sendo cinco homens e cinco mulheres, foram escolhidos aleatoriamente para responder as questões qualitativas. Os instrumentos utilizados foram: questionário sociodemográfico e econômico; *Telephone Interview for Cognitive Status – TICS-M*, em Português, *Older Person's Pleasant Events Schedule – OPPEs-BR*, e questionário de perguntas estruturadas. A análise dos dados contou com uma descrição realizada por meio de medidas de tendência central e de dispersão para variáveis contínuas, e de frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas. A normalidade das variáveis contínuas foi testada por análise visual do histograma de dispersão e Teste de Shapiro-Wilk, confirmada por análise de assimetria e curtose. Resultados indicaram distribuição não normal das variáveis, que foram apresentadas em mediana e intervalo interquartil (IIQ), e foram analisadas por meio de teste não-paramétrico U de Mann-Whitney, Exato de Fisher e associações por correlação de *Spearman*. Variáveis com correlação significativa foram inseridas para modelo de regressão linear multivariável, feitas por meio do software STATA 14.1 MP. A análise qualitativa foi baseada na técnica de Análise de Conteúdo, de Lawrence Bardin, e na Análise de Similitude e *WordCloud*, para desenho dos dados, com o software Iramuteq®. Os dados sociodemográficos revelaram uma amostra com mediana de 84 anos de idade, até cinco anos de escolaridade, sendo 70%, do sexo feminino, renda de até dois salários mínimos, da classe C2. A mediana no TICS-M foi de 19 pontos de 39, e a pontuação nas escalas de frequência do OPPEs-BR foram de 0,5, para o Fator 1, referente ao domínio de atividades sociais e de competência; 1,6, para o Fator 2, referente às atividades práticas; 0,8, para o Fator 3, de atividades contemplativas, e 0,5, para o Fator 4, das atividades intelectuais. O maior tempo de escolaridade explicou 26% da variação da pontuação do estado cognitivo TICS-M, havendo associação significativa entre a escolaridade, os resultados da avaliação cognitiva e do Fator 4, atividades intelectuais do OPPEs-BR; indivíduos mais velhos apresentaram menor pontuação no TICS-M; não houve significância estatística para relação da prática de atividades do Fator 1, 2 e 3 e estado cognitivo. A espiritualidade e a família foram os temas de maior relevância para a motivação de vida dos idosos maiores de 80 anos.

Palavras-chave: Escolaridade. Idoso de 80 anos ou mais. Cognição. Idosos Longevos. Atividade Social.

ABSTRACT

Demographic projections for Brazil indicate that, in the coming decades, the adult-elderly phase will be the longest of all human life phases, and that the group of people over 80 years of age, proportionally, is the fastest growing. Understanding the reality in each territory is an essential strategy to help design actions that strengthen and socially include the elderly in an active way. The objective of this study was to investigate the relations between schooling, cognition, and pleasant events in elderly adults over 80 years of age. The cross-sectional descriptive correlational study gathered data from 51 elderly people in Curitiba, Paraná, during the COVID-19 pandemic. Among these, 10 elders, 5 being men and 5 being women, were chosen at random to answer the qualitative questions. The tools used were: a sociodemographic and economical questionnaire; *Telephone Interview for Cognitive Status – TICS-M*, in Portuguese, the *Older Person's Pleasant Events Schedule – OPPES-BR*, and a structured questions questionnaire. Data analysis relied on a description performed by means of central tendency and continuous variable dispersion measuring, and absolute and relative frequency measuring for categorical variables. The normality of continuous variables was tested by visual analysis of the scattering histogram and the Shapiro-Wilk test, confirmed by asymmetry and kurtosis analysis. Results with abnormal distribution, presented in median and interquartile range (IIQ), used non-parametric Mann-Whitney U test, Fisher's exact test and associations by Spearman correlation. Variables with significant correlation were entered for multivariable linear regression modeling, using STATA 14.1 MP software. Qualitative analysis was based on Lawrence Bardin's Content Analysis technique, and on Similarity and *WordCloud* Analysis, for data design, with the Iramuteq® software. Sociodemographic data revealed a sample with a median age of 84 years, up to five years of schooling, 70% being female, income of up to two minimum wages, in C2 socioeconomical class. The median in the TICS-M was 19 points out of 39, and the scores on the OPPES-BR frequency scales were 0.5 for Factor 1, referring to the domain of social activities and competence; 1.6 for Factor 2, referring to practical activities; 0.8 for Factor 3, regarding contemplative activities and 0.5 for Factor 4, for intellectual activities. Longer schooling periods explained 26% of the variation in the TICS-M cognitive status score, and there was a significant association between education, cognitive assessment results, and Factor 4, intellectual activities of the OPPES-BR; older individuals had lower scores on the TICS-M; there was no statistical relevance in the relationship between the practical activities in Factor 1, 2 and 3, and cognitive status. Spirituality and family were the most relevant themes for life motivation for the elderly over 80 years old.

Keywords: Schooling. Elderly over 80 years old. Cognition. Oldest old. Social Activity.

LISTA DE FIGURAS

20

27

46

82

88

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - DESCRITORES UTILIZADOS NA REVISÃO DE LITERATURA	25
QUADRO 2 - NÚMERO DE MATRÍCULAS, ETAPAS E MODALIDADES DE ENSINO POR SEGMENTO E FAIXA ETÁRIA DO ALUNO EM CURITIBA EM 31/03/2019	37
QUADRO 3 - VARIÁVEIS DO ESTUDO	57
QUADRO 4 - DESCRIÇÃO DE VARIÁVEL POR INSTRUMENTO TICS-M, OPPEB-BR E PERGUNTAS ESTRUTURADAS SEPARADAS POR DOMÍNIO	58

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AAVD	– Atividades Avançadas da Vida Diária
AF	– Atividade Física
AGEQOL	– <i>Aging, Gender and Quality of Life</i>
AIVD	– Atividades Instrumentais da Vida Diária
AS	– Atividade Social
AVD	– Atividades básicas da vida diária
DA	– Doença de Alzheimer
EF	– Ensino Fundamental
ELSA	– Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto
ELSI	– Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros
EJA	– Educação de Jovens e Adultos
EM	– Ensino Médio
ES	– Ensino Superior
FIBRA	– Fragilidades de Idosos Brasileiros
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	– Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	– Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IIQ	– Intervalo Interquartil
INMET	– Instituto Nacional de Meteorologia
IPARDES	– Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
IPPUC	– <i>Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba</i>
MEEM	– Mini Exame do Estado Mental ou Mini Mental
MIF	– Medida de Independência Funcional
NHS	– <i>National Health Service</i>
ODS	– Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	– Organização Mundial da Saúde
ONU	– Organização das Nações Unidas
OPPES-BR	– <i>Californian Older Person Pleasant Activities</i>
PISA	– Programa Internacional de Avaliação de Alunos
PNAD	– Programa Nacional de Amostra por Domicílio
PNS	– Programa Nacional de Saúde

PS	– Participação Social
PV	– Propósito de vida
QV	– Qualidade de vida
RC	– Reserva Cognitiva
RS	– Razão de Sexo
SABE	– Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
SOC	– Seleção, Otimização e Compensação
SNC	– Sistema Nervoso Central
TICS-M	– <i>Telephone Interview for Cognitive Status</i> – Modified
TNM	– Transtorno Neurocognitivo Maior
UFPR	– Universidade Federal do Paraná
UNATI	– Universidades Abertas à Terceira Idade
WHO	– World Health Organization

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - EXPECTATIVA DE VIDA POR PAÍS (2021) BASEADO NA LISTA COM 202 PAÍSES EM RANKING PELO BANCO MUNDIAL.....	27
TABELA 2 - ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO CURITIBA IDHM (2010)	56
TABELA 3 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA DE IDOSOS LONGEVOS DE CURITIBA, PR, BRASIL (N=51)	69
TABELA 4 - CONDIÇÕES DE SAÚDE REPORTADAS POR IDOSOS LONGEVOS DE CURITIBA, PR, BRASIL (N=51)	70
TABELA 5 - MEDIANA E INTERVALO INTERQUARTÍLICO (IIQ) DOS ESCORES DOS OBTIDOS NOS QUESTIONÁRIOS TICS-M E OPPEB-BR EM IDOSOS LONGEVOS DE CURITIBA, PR, BRASIL (N=50)	74
TABELA 6 - CORRELAÇÃO ENTRE OS ANOS DE ESCOLARIDADE, ESCORES DO TICS-M E ESCORES DO OPPEB-BR EM IDOSOS LONGEVOS DE CURITIBA, PR, BRASIL (N=50)	76
TABELA 7 - REGRESSÃO LINEAR MULTIVARIÁVEL PARA FATORES ASSOCIADOS À COGNIÇÃO EM IDOSOS LONGEVOS (N=50)	77
TABELA 8 - PERFIL SOCIODEMOGRAFICO AMOSTRA QUALITATIVA N=10	78
TABELA 9 - RESULTADOS TICS-M E FREQUÊNCIA DOS 4 FATORES NO OPPEB-BR N=10	80
TABELA 10 - CATEGORIAS, DEFINIÇÃO E EXEMPLO DE ATIVIDADES REALIZADAS NO DIA A DIA DE QUE O IDOSO GOSTA	82

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO	18
1.1 SITUAÇÃO PROBLEMA DA PESQUISA	18
1.2 JUSTIFICATIVAS PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA	22
1.3 OBJETIVOS	24
1.3.1 Objetivo geral	24
1.3.2 Objetivos específicos	24
2 REVISÃO DE LITERATURA	25
2.1 IDOSOS LONGEVOS	26
2.1.1 Nonagenários e centenários	29
2.1.2 Teorias do Envelhecimento	31
2.1.3 Teorias Biológicas	31
2.1.4 Teorias Psicológicas	33
2.2 ESCOLARIDADE DE IDOSOS LONGEVOS	34
2.3 COGNIÇÃO DE IDOSOS LONGEVOS	39
2.3.1 Teoria Neuroendócrina	39
2.3.2 Funções Cognitivas	40
2.3.3 SABE, FIBRA, ELSA e ELSI	41
2.3.4 Reserva cognitiva	44
2.4 PARTICIPAÇÃO E ATIVIDADE SOCIAL DE IDOSOS LONGEVOS	45
2.4.1 Avaliação e promoção de atividades para longevos	49
2.5 COVID-19 E IDOSOS	51
3 METODOLOGIA	55
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	55
3.2 PARTICIPANTES	55
3.2.1 Locus da Pesquisa	56
3.3 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	57
3.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	57
3.4.1 Identificação e dados sociodemográficos e econômico	60
3.4.2 OPPEB-BR Older Person Pleasant Events Schedule – Brasil	60
3.4.3 Entrevista Telefônica para avaliação do Estado Cognitivo – TICS-M	61
3.4.4 Entrevista estruturada	62

3.4.5 Teste Piloto.....	62
3.5 ANÁLISE QUANTITATIVA DOS DADOS.....	63
3.6 ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS: ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	64
4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	66
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	67
5.1 CORRELAÇÃO ENTRE ANOS DE ESCOLARIDADE E PONTUACAO DO TICS-M E OPPEB-BR.....	75
5.2 ANÁLISE DA ENTREVISTA ESTRUTURADA – QUALI.....	77
5.2.1 Atividades do dia a dia.....	80
5.2.2 Atividade artística ou trabalhos manuais.....	83
5.2.3 Uso de Tecnologias.....	84
5.2.4 Motivação de Vida e Sonho.....	86
5.2.5 Maior Desafio.....	87
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	91
REFERÊNCIAS.....	92
ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DE INFORMAÇÕES DESCRITIVAS E SOCIODEMOGRÁFICO.....	111
ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO DE PERFIL SOCIOECONÔMICO.....	113
ANEXO 3 – TICS-M PORTUGUÊS.....	114
ANEXO 4 - OLDER PERSON’S PLEASANT EVENTS SCHEDULE – OPPEB- BR.....	116
ANEXO 5 - REFERENCIAL DOS FATORES E PERGUNTAS REFERENTES AO OPPEB-BR.....	119
ANEXO 6 – TCLE.....	120
ANEXO 7 – PERGUNTAS QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO.....	122
ANEXO 8 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	123

APRESENTAÇÃO

Acredito que a educação exerce poder sobre mim desde a barriga da minha mãe. Ela conta que em 1985 viajava mais de 300 quilômetros, grávida de 8 meses, para fazer provas e terminar sua graduação. Depois que nasci, as provas finais foram feitas com pai e filha recém-nascida aguardando, no estacionamento, o horário de mamar.

Sempre amei estudar e trabalhar. Meu primeiro estágio, aos 14 anos, deu o gostinho da liberdade financeira que uma jovem nessa idade é capaz de conseguir. Na busca do meu caminho, um teste vocacional apontou o óbvio: eu adorava gente! Precisava de um curso universitário que tratasse de gente, da minha curiosidade e também da indignação pelas coisas erradas do mundo! O curso de Comunicação Social com habilitação em Jornalismo foi o início. Para arcar com os custos enquanto o diploma não vinha, fui secretária de escola, assistente comercial, bancária (quando vivenciei minha primeira indignação sobre como os velhos eram vistos e engolidos pelo injusto sistema de empréstimo consignado). Fui, também, redatora em uma universidade, assessora de imprensa de grandes marcas, coordenadora de Relações Públicas, consultora de viagens, empresária.

O casamento, a experiência de viver e estudar a língua inglesa no Texas, e um filho são marcadores importantes da minha vida. A informação toma outra dimensão quando há possibilidade de entender o inglês de forma natural. E esse mestrado significa uma chance de alçar novas oportunidades sendo... professora!

O mergulho profundo no mundo dos idosos, da educação ao longo da vida e da cognição me fez ver que ainda precisamos de muitas escolas, espaços de aprendizagem e de interações sociais construtivas para TODAS as idades. Não posso negar, também trabalho em causa própria. Hoje, aos 36 anos, vejo um mundo um pouco mais evoluído para os velhos, mas, para quando chegar minha vez, quero mais. Quero lugares acessíveis, sem preconceito, com respeito, produtos pensados para essa fase da vida que vão além de fraldas, remédios, andadores ou marca-passo. Ah, e muitas escolas...

1 INTRODUÇÃO

1.1 SITUAÇÃO PROBLEMA DA PESQUISA

O avanço do envelhecimento populacional no mundo traz desafios para governos e sociedades no século XXI. No Brasil não seria diferente. Se na década de 1990 a pauta era sobre os direitos e deveres dispostos na Lei nº 8.069, do Estatuto da Criança-ECA (BRASIL, 1990), a partir de agora o foco será na Lei nº 10.741, do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). Em 2020, parte de uma geração de nascidos após a Segunda Guerra, os *Baby Boomers*, hoje maiores de 60 anos, está preocupada com envelhecimento ativo e qualidade de vida, ávida por romper os estereótipos da velhice e alguns, buscando o aperfeiçoamento pessoal para viver mais e melhor, independentemente de condições socioeconômicas (GOLDENBERG, 2013).

Em um país subdesenvolvido, em que a taxa de analfabetismo na terceira idade em alguns municípios chega a 18%, estudar como estamos envelhecendo pode trazer à tona diversas respostas e muitas outras perguntas. Na cidade de Curitiba, capital do Paraná, a projeção populacional do IPARDES (2020) para o período de 2018 a 2040, aponta que em 2022 a cidade terá mais moradores acima dos 60 anos do que crianças e pré-adolescentes até 14 anos. E em 2040, o Paraná terá 20% da população composta por idosos.

Estimular e fomentar a ciência com estudos sobre a longevidade é colaborar com um dos dezessete Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU) e que fazem parte da Agenda 2030, a ser implementada por governos do mundo inteiro em áreas de importância crucial para a humanidade e todo o planeta. O objetivo nº 4 dos ODS - Educação de Qualidade tem como objetivo assegurar educação inclusiva e equitativa e promover oportunidades de aprendizado ao longo da vida para todos (ONU, 2015).

Diferentemente das culturas orientais, em que o velho é sinônimo de sabedoria e possui uma função ativa dentro da família e da sociedade, na cultura ocidental essa condição não encontra respaldo. E a teoria da modernização de Cowgill e Holmes (1972 *apud* NERI, 2006) explica essa cultura de declínio do *status* do idoso em três processos: o da adoção de novas tecnologias; o

processo de urbanização com separação geográfica; o investimento seletivo da sociedade na educação dos mais jovens em detrimento dos idosos.

Outras preocupações da ciência estão relacionadas às perdas funcionais por conta do ano de nascimento, o que é absolutamente normal. A grande problemática cultural, porém, é que ainda não foi ensinado, e nem aprendido, sobre o processo biológico natural de envelhecimento e sobre como atitudes e atividades realizadas ao longo da vida poderiam compensar os eventuais declínios funcionais da idade (NERI, 2006).

Observa-se que a aprendizagem sobre o envelhecimento acontece de maneira empírica nas relações familiares, no círculo de amigos, nas dores e dissabores do outro. Assim como, em algum momento, os adolescentes são “educados” para entender tudo o que se passa no seu organismo durante determinada fase da vida, a senilidade ou senescência¹ ainda não entrou na pauta educacional brasileira. Compreende-se que um dos grandes desafios do século XXI é o aprender a envelhecer, entender como corpo e mente funcionam após os 60 anos, para assim ser capaz de minimizar e equilibrar as eventuais perdas funcionais acarretadas pela idade.

Estudos confirmam que há um declínio de atividade social após os 80 anos, ato este que também pode ser entendido pelo contexto histórico cultural de sociedades pós-modernas ocidentais. Grande parte dos octogenários têm um número restrito ou até inativo de interações sociais, com familiares vivendo em espaços geograficamente distantes, com perdas cognitivas e de autonomia; e muitos idosos apresentam sintomas de depressão, um fator de risco para outras doenças crônicas (CHEN; GAO, 2013; JAMES *et al.*, 2011; BUETTNER; SKEMP, 2016).

Ao comparar aqueles com os sexagenários, Mara e Trentini (2006) afirmam que o idoso longo-temo tem uma frequência maior de inabilidade funcional e um número crescente de doenças crônicas. Metade das pessoas acima de 80 anos têm problemas de audição. Problemas de visão, quedas, fraturas de colo de fêmur, acidente vascular cerebral - AVC, câncer e doenças cardiovasculares também são mais prevalentes. Perto de um terço dos muito idosos tem algum

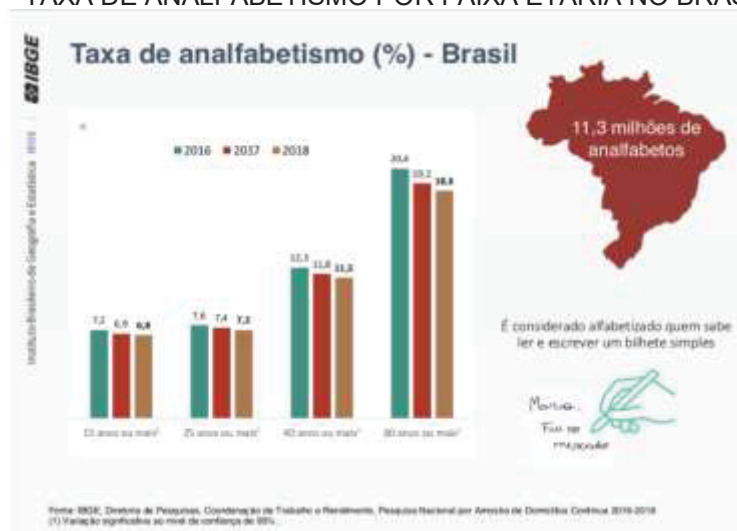
¹ "De um lado, o envelhecer como um processo progressivo de diminuição de reserva funcional - a senescência - e, do outro, o desenvolvimento de uma condição patológica por estresse emocional, acidente ou doenças - a senilidade" (CIOSAK *et al.*, 2011).

grau de Transtorno Neurocognitivo Maior (TNM). Aproximadamente 45% dos que moram na comunidade, precisam de algum grau de assistência.

Segundo Costa (2016), o avanço da idade demonstrou ser o grande fator de associação à inatividade, inclusive para os indicadores de atividade física no lazer e de atividade social, diretamente associados à satisfação. Fica evidente que, diante do maior crescimento relativo do segmento dos longevos, governos, famílias e instituições poderiam facilitar o engajamento dessa faixa etária. Declínio cognitivo e inatividade social estão diretamente relacionados a fatores como depressão, e a participação social do idoso pode ser fator protetivo (NIEDZWIEDZ *et al.*, 2016).

A baixa escolaridade para maiores de 60 anos revelada pelo IBGE, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios no Brasil (2016/2018), apontou que 33,1% da população idosa brasileira possui um ano ou menos de instrução; 17,1% dos idosos 60+ têm de 1 a 3 anos de escolaridade; 34,8%, possuem 4 anos ou mais, e 20,7%, têm mais de 9 anos de estudos, equivalente ao Ensino Fundamental (EF) completo. Entender até que ponto esses níveis de escolaridade, apresentados pelo IBGE na FIGURA 1, refletem-se na amostra com maiores de 80 anos será um dos objetivos levantados nesta investigação.

FIGURA 1 - TAXA DE ANALFABETISMO POR FAIXA ETÁRIA NO BRASIL



FONTE: IBGE (2018).

Entre os direitos apresentados no Estatuto do Idoso está o acesso à educação. No caso dos octogenários, estatisticamente, podem representar uma geração que não teve o acesso suficiente ao estudo formal. E isso, apesar de os

grupos com maior escolaridade apresentarem melhora significativa no Programa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) 2004-2014, com uma proporção maior de seniores com Ensino Fundamental completo, que passou de 12,7%, em 2004, para 20,7%, em 2014.

O dado do IBGE (PNS, 2013) sobre o acesso dos idosos a atividades ligadas a esporte e lazer, revelou que, em 2013, a proporção de pessoas que praticaram o nível recomendado de atividade física no lazer foi somente de 13,6% para maiores de 60 anos, comparada a 22,5% para pessoas de 18 anos ou mais de idade. Assistir 3 horas ou mais de televisão ao dia foi a atividade de lazer mais comum, relatada por 32% da amostra de idosos.

Longevos são comumente descritos com comprometimento da independência e mortalidade destacada. Bukov *et al.* (2002), no estudo BASE – *Berlim Aging Study*, demonstrou que há altos e baixos na frequência de atividade social de idosos e uma preferência por atividades menos exigentes; com isso, a participação em atividades que necessitem maior vigor são interrompidas.

Há uma variabilidade do processo de envelhecimento dos indivíduos que não permite uniformizar a forma como o processo se desenvolve. Encontrar um caminho para envelhecer com êxito é uma tarefa pessoal, devendo também a sociedade e familiares proporcionarem a cada um os recursos necessários que lhe permitam envelhecer com satisfação (BALTES, 1993).

A senilidade não pode ser encarada como problema de saúde pública, mas sim um processo natural em que o idoso interaja, participe e seja ativo na família e na sociedade. Segundo o Art. 3 do Estatuto do Idoso:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 2003, p. 28).

1.2 JUSTIFICATIVAS PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Há, no Brasil, uma lacuna científica em relação aos estudos com idosos longevos, maiores de 80 anos, que abordem as variáveis de atividades prazerosas, da educação formal e da cognição. Na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações - BDTD, por exemplo, há cerca de 20 trabalhos que envolvem esse perfil de população nos quesitos escolaridade, atividades e cognição, e nenhum deles englobando análise quantitativa com os instrumentos *Californian Older Person Pleasant Activities* (OPPES-BR) e *Telephone Interview for Cognitive Status – Modified* (TICS-M). Pesquisas de países asiáticos, em que a expectativa de vida é alta há mais tempo, são pioneiras em temas relacionados ao envelhecimento humano, atividade social e cognição. Estudos com centenários, nonagenários e octogenários são expressivos no Japão (DODGE *et al.*, 2008; IWASA *et al.*, 2012) e China (TSAI *et al.*, 2009; LEUNG *et al.*, 2011; ZENG *et al.*, 2017; LIU, *et al.* 2018). Já nas Américas e países subdesenvolvidos, o estudo multidisciplinar na área de envelhecimento humano pode contribuir muito para um novo olhar sobre a velhice.

Mesmo após a pandemia de COVID-19 ter se instalado, dizimando milhões de pessoas no mundo, e ter sido anunciado que pessoas com mais de 60 anos compunham grupos de risco, com maior probabilidade de serem acometidos pela doença, as projeções demográficas ainda comprovam que nas próximas décadas a fase do adulto-idoso será a mais longa de todas as fases da vida do ser humano. Afirmam, ainda, que o grupo de pessoas com mais de 80 anos de idade, proporcionalmente, é o grupo da população que mais cresce, pois passou de 1,2%, em 2004, para 1,9%, em 2018 (IBGE, 2018).

Estudos internacionais longitudinais e transversais já revelaram algumas relações significativas entre idosos engajados em atividade social e preservação e manutenção de índices de função cognitiva (SOUBELET, 2013). A participação social pode ser considerada um dos fatores protetivos na prevenção de declínio cognitivo e TNM. Krueger *et al.* (2009) reiteram que apesar de o engajamento social e as funções cognitivas serem um construto multidimensional, também é consenso que estilo de vida, alimentação, questões biopsicossociais e de saúde podem ser variáveis de confusão na análise dos

aspectos cognitivos dos indivíduos. Junte-se a isso fatores como escolaridade e renda.

Entre os fatores que justificam esta investigação está a busca por informações e dados relacionados aos aspectos cognitivos, de educação formal e de participação/atividade social de idosos acima de 80 anos. Nos estudos de longevidade e envelhecimento humano encontram-se muitas análises com foco nas ciências médicas e da saúde. Pesquisas nacionais (COSTA, 2016), e internacionais (NIEDZWIEDZ *et al.*, 2016), porém, revelam que a relação entre seres na convivência social e fatores comportamentais pode gerar ligação positiva para o envelhecimento saudável e bem-sucedido, e para a manutenção de alguns aspectos cognitivos.

No que diz respeito às contribuições sociais, este estudo torna-se relevante para a sociedade acadêmica e para os agentes que trabalham na promoção da educação, da saúde e do bem-estar integral do idoso. Isso, pelo fato de investigar uma população que ultrapassou a expectativa de vida projetada, e é considerada quase como exceção, já que a média da expectativa de vida, em Curitiba e Região Metropolitana, é de 76 anos (IBGE, 2018). Entender as atitudes escolhidas no passado e no presente desses idosos ajudará a traçar perspectivas e desenvolver projetos sociais e educacionais para a melhora de suas atividades social e cognitiva no futuro. O diagnóstico da realidade local pode trazer novas informações para todos os envolvidos em pesquisa e projetos que tenham como preceitos o atendimento integral ao idoso; por isso, optou-se pelo ambiente de Curitiba, no Paraná.

Após elencar algumas situações problemas, no que diz respeito às relações existentes entre o envelhecimento humano, capacidades cognitivas, atividades sociais do idoso longo e aspectos educacionais, levanta-se a seguinte questão geradora: como a atividade social de idosos 80+, em diversos níveis de escolaridade, pode impactar a capacidade cognitiva?

Com base nesta questão geradora, levanta-se os seguintes objetivos da pesquisa:

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Investigar as relações entre cognição com a escolaridade e a prática de atividades prazerosas em idosos com mais de 80 anos.

1.3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os dados sociodemográficos da amostra.
- Investigar a relação entre os níveis de escolaridade e econômico com o estado cognitivo em idosos longevos.
- Investigar as relações entre os domínios da prática de atividades prazerosas (atividades sociais, contemplativas, práticas e intelectuais) e cognição em idosos longevos.
- Analisar, de forma qualitativa, dados levantados no questionário de perguntas estruturadas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura nessa pesquisa se encontra dividida em quatro principais temas: Escolaridade, Cognição, Atividade Social e Longevidade, todos relacionados à pessoa idosa maior de 80 anos. O processo de revisão de literatura apresenta a busca de artigos, livros, teses e dissertações, do período de 10 anos (2010/2020), considerando as seguintes bases de dados: Portal Capes, BDT, *Eric*, *Web of Science*, *JStor*, *Science Direct* e *Scopus*.

A busca foi realizada em periódicos revisado por pares, com palavras-chaves e/ou descritores nas Línguas Portuguesa, Espanhola e Inglesa, delimitados pelo *Eric*, *Thesaurus*, *Mesh* e *Decs*. A palavra idoso e suas variações delimitadas, foram: ancião, idoso de 80 anos ou mais, idoso-idoso, longo, sênior com escolaridade; octogenários, nonagenários, centenários, analfabetismo, cognição e educação, , além das palavras atividade social, engajamento social, interação social e participação social seguidas da formação NOT *dementia*, NOT *children*.

QUADRO 1 - DESCRITORES UTILIZADOS NA REVISÃO DE LITERATURA

IDOSO, longo, idoso de 80 anos ou mais; octagenários, nonagenários, centenários, ancião.	Escolaridade, analfabetismo, educação	Cognição	ATIVIDADE SOCIAL, participação social, engajamento social; interação social	NOT Dementia NOT Children
ELDERLY Elder, long-lived, older adults, octagenarian, nonagenarian, centenarian, aged over 80 years, oldest old	Schooling, education, illiterate, literate	Cognition	SOCIAL ACTIVITY, social engagement, social participation	NOT Dementia NOT Children

FONTE: A autora (2020).

Os artigos em duplicidade, com investigações sobre idosos em instituições de longa permanência, hospitalizados por TNM, como Doença de Alzheimer, foram excluídos do processo de revisão. O critério de inclusão considerou estudos de metodologia quantitativos, que contêm dados de amostra de pessoas com mais de 80 anos. Alguns estudos com pessoas de menor faixa

etária também foram considerados, pois havia a estratificação dos dados da amostra por faixa etária, possibilitando análise apenas dos longevos em relação aos temas propostos.

2.1 IDOSOS LONGEVOS ²

A definição do termo utilizado para a caracterização de idoso longo ainda não é totalmente consensual entre os pesquisadores, pelos diferentes contextos dos países e trajetórias dos indivíduos no que se relaciona ao envelhecimento. Existem algumas definições propostas como a da Sociedade Americana de Geriatria e da Organização Mundial da Saúde que consideram os longevos como as pessoas acima de 80 anos. Já a Sociedade Britânica de Geriatria refere os 85 anos como marcador e Neugarten apresenta a ideia das diversas idades e subgrupos da velhice e categoriza idosos-jovens e velhos-velhos (NEUGARTEN; NEUGARTEN, 1986; ORIMO, 2006).

Em 2017, a Sociedade de Geriatria e Gerontologia propôs uma redefinição dos termos que fazem referência ao idoso, reclassificando-os de acordo com a idade, sendo 65-74, pré-idoso; 75-89, idoso e acima de 90 anos, idoso muito idoso. No Brasil, os autores variam suas redações quando se referem aos longevos com termos como idoso-idoso; idoso-velho; octogenário, nonagenário, centenário e quarta-idade. Nesta investigação, será considerado marcador da Organização Mundial da Saúde (OMS) como longo aquele maior de 80 anos de idade. (PAPALEO NETO *et al.*, 2015; ESCOURROU *et al.*, 2020; LENARDT; CARNEIRO, 2013; CAMPOS *et al.*, 2016; BALTES, 2003; NIIMURA *et al.*, 2020).

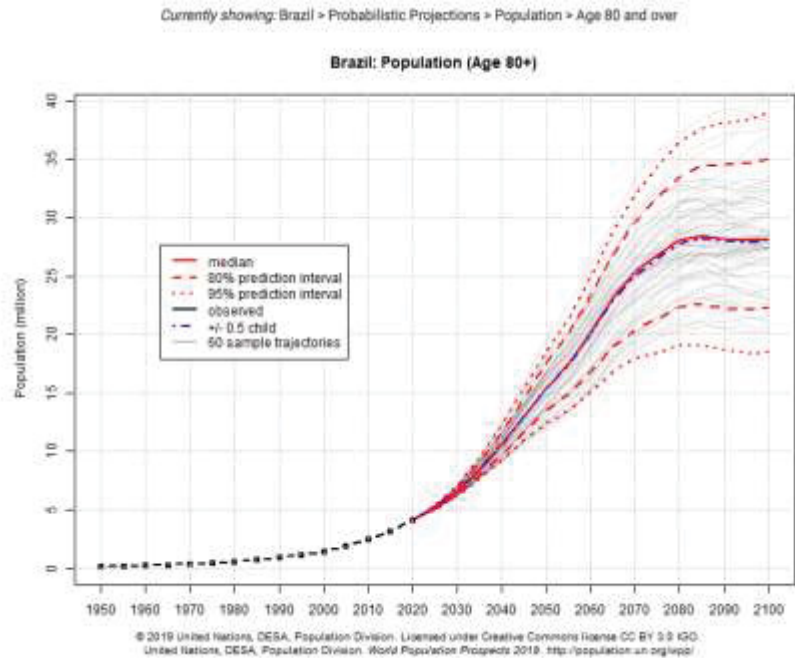
Dados do FGV Social, a partir do DATASUS (Neri, 2020), colocam Curitiba, no Paraná, como a sétima capital do Brasil com o maior número de pessoas idosas acima de 80 anos, com 1,85% da população.

A figura 2, das Nações Unidas, projeta a população octogenária do Brasil, sendo que hoje menos de 5 milhões de pessoas encontram-se nesta idade; mas até 2040 teremos o dobro deste número. Os idosos longevos, como

² TNM - o termo Demência foi substituído, no DSM-5, por Transtorno Neurocognitivo Maior.

referido no tópico 1.2, são a faixa etária da população que mais cresce, tendo passado de 1,2%, em 2004, para 1,9%, em 2018 (IBGE, 2019).

FIGURA 2 - PROJEÇÃO POPULAÇÃO 80+ BRASIL ATÉ 2100



FONTE: Nações Unidas. Divisão Populacional. Perspectiva de população mundial (2019)

Os dez países com a maior proporção de pessoas nesta faixa etária são: Japão, com 8,98%, Grécia, 7,54%, Itália, 7,49%, Alemanha, 7,01%;, Portugal, 6,69%, Lituânia, 6,31%; , Espanha,6,25%; , França, 6,1% e Estônia, 5,96%. Neste ranking, o Brasil ocupa a 75ª posição, com 1,96% da população com 80 anos ou mais.

TABELA 1 - EXPECTATIVA DE VIDA POR PAÍS (2021) BASEADO NA LISTA COM 202 PAÍSES EM RANKING PELO BANCO MUNDIAL

	País	Total	Masculino	Feminino
1	Hong Kong	85.026	82.128	87.914
2	Japão	84.79	81.658	87.842
3	Macau	84.424	81.466	87.36

4	Suíça	83.974	82.092	85.776
5	Singapura	83.798	81.736	85.898
6	Espanha	83.738	81.002	86.428
7	Itália	83.712	81.556	85.722
8	Austrália	83.644	81.732	85.568
9	Islândia	83.22	81.782	84.664
10	Coréia do Sul	83.208	80.128	86.132
82	Brasil	76.166	72.566	79.792

FONTE: Banco Mundial (2021)

O imaginário popular nacional é cercado por estereótipos, frequentemente reforçados pela mídia, que desqualificam o processo de envelhecimento com suposições não reais sobre suas dimensões. Colocam os idosos em um contexto de falta de autonomia, de dependência e de doenças nem sempre condizentes com a realidade. Isso leva ao conceito do idadismo, denominado por Robert Butler na comparação ao preconceito por gênero ou raça. Etarismo ou idadismo vem do inglês *ageism* e é uma forma de preconceito social etário, uma discriminação por meio de atitudes e práticas negativas baseadas na idade ou na aparência física de idosos (BUTLER, 2009).

Entretanto, em algumas regiões, os octogenários podem estar em melhores condições de que seus pares mais novos. Na amostra de um estudo em Canindé, no Ceará, 21,1% (N=76) das pessoas idosas com mais de 80 não apresentaram comorbidades, não havia obesos e a hipertensão foi o problema de saúde de menor prevalência na referida faixa etária. As comorbidades, muitas vezes controláveis, não são uma sentença de incapacidade. Já o perfil dos idosos longevos do Brasil revelou que 59,2% não têm diagnóstico médico quanto a doença crônica, o que pode ser considerado como dado de boa saúde ou falta

de acesso (PEREIRA, 2013; KRAMKOWSKA *et al.*, 2019; BARIVIERA *et al.*, 2020).

Um mundo longo, igualitário e com saúde só é possível quando os diversos atores de uma sociedade possuem esse objetivo em comum e com desigualdades mínimas. O exemplo do Japão com Educação básica e Seguro social para todos após a Segunda Guerra; e a campanha de saúde pública, nos anos 1960, para diminuir os índices de mortalidade por derrame e doenças cardiovasculares, conscientizando sobre a importância de reduzir o consumo de sal, são pontos fundamentais para entender como chegaram ao topo do *ranking* dos países mais longevos. No Japão, a expectativa de vida hoje é de 80,79 anos, para homens, e 87,05, para mulheres (IKEDA *et al.*, 2011; NIIMURA, 2020).

O professor Ken Mogi, na obra “Ikigai”, revela que a herança cultural existente conta com tradições que parecem beneficiar a longevidade dos japoneses, como dar valor ao sol matinal (que também simboliza vida e energia), ter sincronia com ritmos arcadianos e com os ciclos naturais de dia e noite. O hábito matinal diário dos exercícios físicos sincronizados com música, chamado *Radio Taiso*, implementado desde 1928 em escolas e empresas como iniciativa governamental para melhorar a saúde física, além de o país ter mentalidade de grupo e grande espírito de resiliência frente a desafios impostos por desastres naturais, como terremotos e tsunamis, parecem ser essenciais no processo de longevidade dos japoneses (MOGI, 2018).

2.1.1 Nonagenários e centenários

O termo *superagers*, encontrado na literatura estrangeira, refere-se aos longevos que envelheceram em ótimo estado funcional, com mínimas alterações cognitivas e que possuem habilidades iguais ou melhores que as de pessoas de meia idade ou adultos jovens, o que lhes permite manter níveis de funcionalidade e independência. Em nonagenários, centenários e supercentenários (maiores de 110 anos) há menor prevalência de comorbidades, em doenças cardiovasculares, câncer, diabetes ou TNM do que naqueles que morreram aos 80 ou 90 anos (GELLERT *et al.*, 2018; FRANZKE *et al.*, 2019).

Diversos estudos sobre longevidade apontaram para uma série de fatores ambientais que contribuem para um bom envelhecimento, comuns entre nonagenários e centenários. O *International Centenarium Consortium* (ICC) é uma iniciativa de pesquisadores de diversas partes do mundo com o objetivo comum de entender e explicar os padrões que levam pessoas a idades tão avançadas e englobam pesquisa como o *Georgia, Iowa e Okinawa e Sydney Centenarian Studies*. No estudo de Okinawa, $\frac{1}{3}$ dos centenários eram funcionalmente independentes, $\frac{1}{3}$, necessitava de alguma ajuda nas atividades de vida diária, e $\frac{1}{3}$ era dependente e doente. A sobrevivência excepcional deste grupo é destacada pelo estilo de vida da cidade, com dieta, práticas sociais e genética (YANAGISAWA et al., 1995; WILLCOX et al., 2008).

Enquanto que no Brasil, o grupo dos octogenários cresce, não ocorre o mesmo com os nonagenários. Camacho et al. (2018) investigaram possíveis motivos pelos quais brasileiros maiores de 90 não alcançaram a marca centenária, pois o grupo não teve aumento nos dois últimos censos. As causas de morte se deram por problemas circulatórios (35%), respiratórios (28%), neoplasias (8%) e 12% por causas desconhecidas. Camacho e colaboradores acreditam que, muito além dos fatores socioeconômicos, não há o devido cuidado ou a capacitação de equipes médicas para creditar, no atestado de óbito, as causas reais do falecimento de idosos longevos. Os autores defendem que em um país com visível incremento de sua população octogenária e nonagenária, tais dados são essenciais para subsidiar políticas públicas e projetos de prevenção por óbitos evitáveis.

O Censo da Democracia, do Tribunal Superior Eleitoral - TSE de 2020, revelou que no Brasil existem 4.658.495 de idosos na faixa etária entre 80 e 99 anos, que estão com as obrigações eleitorais em dia e podem exercer seu direito ao voto, mesmo que facultativo. O censo também revelou que 65.589 idosos com mais de 100 anos estão aptos para votar, ou seja, longevos que de alguma forma atualizaram seus cadastros junto aos órgãos responsáveis e estão em condições de exercer o voto, um dos maiores poderes do cidadão na democracia.

2.1.2 Teorias do envelhecimento

As visões teóricas em relação à longevidade e ao envelhecimento possuem distintas explicações que se complementam e vão desde os aspectos biológicos, físicos, psicológicos, antropológicos e sociológicos. Moraes *et al.* (2010) apontam que os sinais de deficiência funcionais vão aparecendo de maneira discreta no decorrer da vida. Processo também chamado de senescência, é um envelhecer orgânico dos humanos, sem comprometimento de relações e gerência nas decisões (FRIES; PEREIRA, 2013).

O envelhecimento humano ocorre a partir do dia do nascimento. Em uma explicação biológica do fenômeno pela teoria genética, Franzk *et al.* (2015) descrevem que as reduções na integridade do DNA, a estabilidade do genoma e o comprimento dos telômeros estão fortemente associados ao processo de envelhecimento, a doenças relacionadas à idade e também à perda de massa muscular. Kennedy *et al.* (2014) elencaram sete eventos moleculares ligados ao envelhecimento: 1. adaptação ao stress; 2. epigenética; 3. inflamação; 4. dano macromolecular; 5. metabolismo; 6. proteostasis; 7. células- tronco e regeneração.

Dadas as diversas subcategorias nas teorias do envelhecimento, adotou-se a classificação proposta por Weinert e Timiras, apresentada e traduzida por Teixeira e Guariento (2010), que classifica as teorias biológicas em três: evolutivas, moleculares e sistêmicas.

2.1.3 Teorias biológicas

As Teorias evolutivas explicam estes três postulados: o Acúmulo de mutações, em que a seleção natural não acompanha o avançar da idade; a Pleiotropia antagonista, onde os genes de idade tenra tornam-se nocivos em algum momento do curso da vida; e a Soma descartável, em que células trabalham com objetivos reprodutivos, sendo inutilizadas após isso (TEIXEIRA; GUARIENTO, 2010; FRIES; PEREIRA, 2013).

Para explicar a Teoria molecular e celular, Teixeira e Guariento (2010) detalham seis hipóteses: Erro catastrófico, em que as células sofrem de ineficiência letal, ocasionando a morte e, conseqüentemente, a redução de alguma capacidade funcional; Mutações somáticas, em que os danos moleculares concentram-se no DNA; Senescência celular/telômeros, em que o estresse da célula causaria encurtamento do telômero; Radicais livres /DNA mitocondrial, quando o metabolismo produz radicais livres que acabam enfraquecendo e alterando lipídios, proteínas e mtDNA; Glicosilação (AGEs)/ligações cruzadas, em que a quantidade de AGEs nas proteínas da matrix extracelular é degradante; e a morte celular, quando um evento genético ou alguma crise no genoma causam a morte da célula (TEIXEIRA; GUARIENTO, 2010; KENNEDY, 2014; PORTO, 2008).

A teoria Sistêmica, Teixeira e Guariento subdividem em outras três: Neuroendócrina, em que alterações nesse controle levam às mudanças atribuídas à idade; Neuroendócrina-imunológica, em que a incidência maior de doença autoimune se dá pelo declínio desta função; e Ritmo/velocidade da vida, quando há um potencial de energia para o metabolismo dos seres. Esta última teoria é refutada por muitos autores (TEIXEIRA; GUARIENTO, 2010; KAEBERLEIN, 2013; PORTO, 2008).

Diante do exposto e biologicamente falando, o envelhecimento está sob um controle genético-ambiental com evidências de que doenças crônicas evitáveis estão relacionadas a estilo de vida, atividade física regular, dieta balanceada e estresse psicossocial minimizado, o que pode reduzir os danos ao DNA e melhorar a estabilidade cromossômica (GOTTLIEB, 2007; FRANZK *et al.*, 2015).

E no que diz respeito aos povos latinos, grupo em que se encontram os indivíduos estudados nesta pesquisa, o estudo mexicano com septuagenários e nonagenários sugeriu que a genética pode ser um determinante para o envelhecimento saudável na América Latina e considerou que pessoas com pais longevos tendem a ter envelhecimento saudável (ARROYO-QUIROZ *et al.*, 2020).

2.1.4 Teorias psicológicas

A longevidade pode ser verificada sob a ótica da Psicologia do desenvolvimento humano, com a proposta de *life-span* de Paul Baltes também considerada em termos de envelhecimento bem-sucedido. Ela explica que a adaptação das pessoas frente aos desafios da vida passa pela estratégia da Seleção, Otimização e Compensação - SOC - e pelo que os indivíduos fazem para minimizar as perdas e otimizar os ganhos. Esta visão muda a concepção do velho como um ser doente ou incapaz, pois o ser humano utiliza-se de estratégias como formas de adaptação na escolha de metas e ações para concretizá-las de acordo com o ambiente em que vive (BALTES; CARSTENSEN, 2003; NERI, 2017; LIMA, 2011).

Na Seleção (S) ele objetiva algo de acordo com as suas preferências e necessidades, definindo uma meta e desenvolvendo ações para cumpri-la. As metas pessoais contribuem para o senso de propósito ou significado, valendo até para as relações, pois os longevos podem preferir a família em detrimento das amizades, pois é esta que lhe confere suporte quanto às necessidades. Ainda distingue o S entre seleção eletiva e seleção baseada em perdas, exemplificando com a opção de colecionar selo em vez de jogar tênis. Nessa nova reorganização podem ser necessárias novas metas, focar nos objetivos mais importantes ou adaptar-se se utilizar de novos padrões atingíveis com os recursos que se tem naquele momento da vida (FREUND; BALTES, 2002).

Para a Otimização (O) o indivíduo vale-se de objetivos relevantes e características como maior foco e atenção, persistência, aquisição e/ou prática de novas habilidades; realocação de recursos (tempo e esforço) e outros modelos/referências de sucesso; tornando possível a aprendizagem e o desenvolvimento ao longo da vida. Na Compensação (C), com recursos como mudança de comportamento ou para as perdas fisiológicas, a pessoa pode utilizar-se da tecnologia para compensar o declínio de alguns sentidos, como um aparelho para audição ou lentes corretivas que auxiliem na visão; a utilização do elevador em detrimento da escada e etc. (FREUND; BALTES, 2002; NERI, 2006; ALMEIDA, 2013; LEMPKE *et al.*, 2012; LIMA *et al.*, 2017).

Em muitos casos o envelhecimento psicológico parece não existir. A mente sã, no corpo marcado pelo tempo, leva vantagens. Sentimentos positivos

e de bem-estar foram características sociopsicológicas encontradas em idosos japoneses acima de 95 anos do estudo Arakawa (NIIMURA *et al.*, 2020). Em marcadores psicológicos de longevos da Sardenha, Fastame *et al.* (2021) descobriram que há um declínio mínimo na saúde psicológica desses idosos. Eles demonstraram adaptação positiva aos desafios impostos pela idade avançada. A satisfação com a vida teve alta pontuação em centenários da Austrália, e a pesquisa também revelou que mais medicamentos psiquiátricos e menos parentes ou amigos foram fatores associados a maior sofrimento psicológico pelos longevos (CHENG *et al.*, 2019).

Scelzo *et al.* (2018), em pesquisa mista com nonagenários e centenários de uma zona rural na Itália, concluíram que a longevidade excepcional estava caracterizada pelo equilíbrio entre aceitação e determinação para superar adversidades, juntamente com atitude positiva e laços estreitos com a família, a religião e a terra, proporcionando um propósito na vida. Os longevos tinham pior saúde física, mas melhor bem-estar mental do que os familiares mais jovens.

Nas linhas de crescimento e desenvolvimento do ser humano teorizadas por Baltes, nenhuma fase de vida é composta apenas por ganhos; as perdas são intrínsecas e podem ser a mola propulsora para promover a habilidade de adaptar-se. Entretanto, a construção de uma boa velhice começa na infância, na harmonia do contexto familiar e na superação de desafios educacionais e de contextos socioeconômicos (FREUND; BALTES, 2002).

2.2 ESCOLARIDADE DE IDOSOS LONGEVOS

O contexto histórico da educação no Brasil, em meados do século XX, é importante marcador para o entendimento dos atuais índices de baixa escolaridade, analfabetismo e analfabetismo funcional, apontados pelo IBGE e por diversas pesquisas científicas com idosos (LIMA, 2014; GOMES *et al.*, 2018). As pessoas nascidas a partir de 1940 estão em um grupo que não teve acesso universal e gratuito, durante a primeira infância, a políticas públicas de acesso à escola. São pessoas que viveram, predominantemente, em ambientes rurais com a tradição do plantio, da colheita, da caça e da pesca em um Brasil que dava os primeiros passos no processo de industrialização (COSTA *et al.*, 2020).

Entre 1930 e 1964, os governos de Getúlio Vargas e Juscelino Kubitschek não tiveram a política educacional primária como foco. O ensino atendia a elite e priorizava universidades, para contentar a parcela da população com direito a voto, que naquela época era apenas quem era alfabetizado. E apesar da educação básica ser de responsabilidade do Estado, os impostos para tal contrapartida eram da União, e apenas nos governos de Goulart e Dutra viu-se crescimento médio do número de matrículas no ensino primário das massas (MARCÍLIO, 2014; KANG, 2017).

No Paraná, essencialmente rural, entre 1930 e 1960 o governo estadual fomentou iniciativas para a construção de escolas, que eram multisseriadas e unidocentes de educação no campo; muitas tinham a residência do professor. Na época, o estado possuía cerca de 2 milhões de habitantes, 75% deles, na zona rural (SCHELBAUER, 2014).

As investigações científicas com os dados demográficos dos longevos de hoje revelam que a universalização da educação básica não foi uma realidade, e que as medidas compensatórias, por parte do poder público, tiveram início a partir de 1960 com o objetivo de aumentar o número de vagas para a escola básica. É desta época que datam os primeiros projetos de alfabetização de adultos e supletivos, refletindo as tentativas de conter índices de evasão e reprovação (KANG, 2017).

Porém, até 2021 as medidas educacionais por parte do poder público parecem insuficientes para letrar a legião de idosos analfabetos ou analfabetos funcionais. Os analfabetos são aqueles que não sabem ler nem escrever, ou possuem um domínio básico de leitura, escrita e cálculo, mesmo sem ter frequentado a escola. Os analfabetos funcionais são os indivíduos que não possuem o total domínio das habilidades de leitura, escrita, números e das quatro operações básicas da matemática, mesmo tendo frequentado a escola. O tempo médio necessário para a aquisição do domínio da leitura e da escrita no Brasil equivale ao quinto ano do Ensino Fundamental (RIBEIRO, 2003 apud HADDAD, 2007; LIMA; CONTRERAS, 2012).

Hoje, o iletramento destes idosos ultrapassa os fatores socioeconômicos e se reflete em questões de autocuidado e de saúde pública, com agentes de unidades básicas de saúde que necessitam ser criativos, ao educar seus pacientes idosos, para conseguir a adesão aos tratamentos prescritos. As

estratégias para atender essa população utiliza atividades facilitadoras e lúdicas, como marcas de canetas coloridas, pictogramas, *post-its* e diferentes formas de comunicação verbal. Tudo para que o paciente, principalmente o acometido por doenças crônicas, possa aderir de forma correta ao tratamento e controlar os eventuais efeitos da comorbidade (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017; CARNEIRO *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2021).

O Plano Nacional de Educação (2019) aponta como meta a erradicação do analfabetismo até 2024, porém a EJA Educação de Jovens e Adultos não coloca como prioridade as pessoas idosas. Segundo Marcilio (2014), as iniciativas de educação pública obrigatória e universal no Brasil conseguiram ter alcance na quantidade, porém aspectos relacionados à qualidade deste ensino ainda devem ser priorizados, visto os resultados do país no PISA.

As informações sobre matrículas, do Laboratório de Dados Educacionais, LDE, da Universidade Federal do Paraná (UFPR), apresentam alguns números da EJA no Estado. Em 2019, a educação de adultos teve 2.546 pessoas matriculadas com mais de 64 anos, sendo que grande parte das matrículas, 1.500, estavam em iniciativas e escolas dos municípios, seguidas do Estado, com 602 estudantes idosos. Os demais encontravam-se na iniciativa privada ou em projetos de unidades sem fins lucrativos.

O quadro a seguir demonstra os números da cidade de Curitiba para a Educação de Jovens e Adultos no Ensino Fundamental e Médio para maiores de 51 anos. A cidade possui 118 estabelecimentos de ensino que oferecem EJA, sendo 43 estaduais, 48 municipais e 27 particulares (IPARDES, 2020).

QUADRO 2 - NÚMERO DE MATRÍCULAS, ETAPAS E MODALIDADES DE ENSINO POR SEGMENTO E FAIXA ETÁRIA DO ALUNO EM CURITIBA EM 31/03/2019

Etapas e modalidade de ensino por segmento	51 a 64 anos	Maior de 64 anos	Total
EJA - Ensino Fundamental	932	242	1174
EJA - Ensino Médio	440	34	474
EJA - EF e EM Integrado Técnico	7	1	8

FONTE: Elaborado pelo Laboratório de Dados Educacionais a partir dos microdados do Censo Escolar/INEP, 2019, e adaptado pela autora.

Desde 2002, a Prefeitura de Curitiba possui o Programa Alfabetizando com Saúde em parceria com as Secretarias de Educação, da Saúde e voluntários. Segundo dados disponíveis na página do município, mais de duas mil pessoas já foram alfabetizadas, a maioria idosos, e o projeto foi premiado pela Unesco em 2008. Notícia oficial de 2015 relata que nove unidades de saúde contam com salas de aula, que são disponibilizadas para o projeto que acontece dois dias na semana, com duas horas de duração. O material didático conta com conteúdo de Português e Matemática e temas de saúde para a prevenção de doenças, hábitos mais saudáveis, como um estímulo para o autocuidado.

“Como essas pessoas já têm vínculo com os profissionais das unidades, acabam vencendo as barreiras para iniciar o processo de alfabetização. Elas não sabem ler ou escrever e têm o desejo de aprender, mas não iriam para uma escola formal” Coordenadora do Alfabetizando com Saúde, Florence Munhoz (CURITIBA. Prefeitura Municipal, 2015).

Atualmente, no Brasil, os programas de extensão universitária com as Universidades Abertas da Terceira Idade - UNATI - têm sido o espaço de muitos seniores que buscam por novos horizontes educacionais, e pela educação ao longo da vida. As instituições têm liberdade curricular e não exigem a formação básica como pré-requisito de entrada. Desta maneira, inserem as pessoas idosas para a participação em projetos que promovem qualidade de vida por meio de atividades físicas, sociais e intelectuais. As faculdades da maturidade,

apesar de serem consideradas como espaços não-formais de educação, por projetos de extensão, possuem em seus quadros, facilitadores, professores e profissionais da Universidade, hábeis para estruturar o ensino de maneira formal aos idosos com diversidade de temas (CACHIONI, 2014; GOMES, 2020).

O *Silver Civic Education* é um estudo comparativo que envolveu Polônia, Portugal e Bulgária em uma investigação que elencou as expectativas educacionais de idosos, identificando especificidades de cada país e formulando um guia aberto. As pesquisas auxiliam para que educadores desses países possam preparar melhor seus projetos com temas que atendam às necessidades relatadas pelos idosos, como aprender a trabalhar com documentos oficiais, utilizar redes sociais, informações sobre segurança e questões de emergência, língua estrangeira entre outros (BEDNAREK *et al.*, 2019). Friebe e Schmidt-Herth (2013, p. 12) apontam que “a educação não apenas cria pré-requisitos para a participação em diferentes campos da vida social; é também o primeiro passo para um processo ativo de envelhecimento”.

Apesar de grande parte da população brasileira de idosos ainda ter baixa escolaridade, isso não necessariamente exclui essas pessoas de estarem independentes e ativas socialmente, realizando compras, indo a igrejas e reunindo-se com familiares pelo mérito comportamental. A investigação de Lima realizada com uma amostra de 524 idosos entre 80 e 108 anos de Sergipe, revelou que 26% do total dos entrevistados eram analfabetos e 41,1% tinham entre um e três anos de escolaridade. A baixa escolaridade e, muitas vezes, a falta dela, afeta enormemente toda a população idosa no acesso a questões de saúde pública (LIMA, 2014; MENDONÇA, 2016). Na pesquisa chinesa que utilizou a educação como variável principal para analisar expectativa de vida saudável e dados socioeconômicos, o grupo de alfabetizados mostrou-se com expectativa de vida mais longa e sem deficiência cognitiva; no entanto, o grupo de analfabetos teve maior expectativa de vida ativa na maioria das idades (HUANG *et al.*, 2019).

2.3 COGNIÇÃO DE IDOSOS LONGEVOS

Fonseca (2014) traduz o termo cognição como o ato ou processo de conhecimento que envolve a coativação integrada e coerente de ferramentas mentais, como: atenção; percepção; processamento (simultâneo e sucessivo); memória (curto termo, longo termo e de trabalho); raciocínio, visualização, planificação, resolução de problemas, execução e expressão de informação. O envelhecimento como processo multifatorial e o declínio de habilidades cognitivas podem variar entre os indivíduos e é um desafio entender o limite entre as alterações cognitivas normais e patogênicas. Entretanto, em um processo de envelhecimento considerado normal, sem doenças, as principais habilidades intelectuais que podem sofrer alteração são: a capacidade de memorizar, a atenção viso-espacial, o ritmo mais lento e a perda da precisão, e se a pessoa idosa se encontra relativamente saudável, essas alterações não fazem diferença para a realização de atividades do seu dia a dia (MORAES *et al.*, 2010; YASSUDA *et al.*, 2006).

2.3.1 Teoria neuroendócrina

A Teoria neuroendócrina auxilia no entendimento dos aspectos cognitivos em idosos. O Sistema Nervoso Central (SNC) é o órgão em que informações do presente, lembranças do passado e formulação de novos conceitos são armazenados. O envelhecimento do SNC está ligado à diminuição de tamanho do córtex pré-frontal, onde fica a consciência e os neurônios responsáveis pelos pensamentos e movimentos. Ao envelhecer e encolher a função de memorizar, a atenção e a capacidade de realizar duplas tarefas diminuem, assim como a velocidade para realizar tais atividades (TEIXEIRA *et al.*, 2010; MORAES *et al.*, 2010).

Bergen e Woodin (2017) caracterizam o envelhecimento do cérebro por alterações patológicas distintas que incluem o acúmulo extracelular de Amyloid- β (A β), o aumento da carga de ferro e propriedades funcionais alteradas. A idade é um fator de risco para declínio intelectual, pois “a diminuição da velocidade de processamento da informação ocasiona perdas em memória e atenção, o que

afeta a capacidade de aprendizagem”. Doenças, depressão, estilo de vida e condição socioeconômica podem interferir diretamente nessas funções cognitivas (NERI, 2006).

2.3.2 Funções cognitivas

Ser autônomo e independente são características essenciais para um bom envelhecimento. E entre as funções cognitivas (habilidades cerebrais) importantes para isso, estão a capacidade de orientação; a memória de registro, recente e tardia; atenção e cálculo e a linguagem. Quando o idoso possui estas capacidades preservadas, é maior a probabilidade de conseguir realizar atividades da vida diária (AVD) sem auxílio. (DI NUCCI *et al.*, 2010; BRIGOLA *et al.*, 2015).

O medo de perder a memória, e isso afetar a capacidade de realizar as atividades do dia a dia sozinho, é uma das principais preocupações nas referências à velhice. Fernández-Ballesteros *et al.* (2010) apontam que os próprios idosos temem o declínio cognitivo e vivenciam o envelhecimento com base em estereótipos relacionados à perda da memória, dificuldades em resolver problemas e na crença de que qualquer lapso cognitivo vá progredir para TNM.

A avaliação cognitiva é um passo importante para rastrear possíveis alterações ou declínios de memória em longevos, e fatores de saúde estão fortemente associados. Os resultados das avaliações podem auxiliar equipes multidisciplinares de atendimento à pessoa idosa em medidas de intervenção, e no contexto da educação para o idoso a avaliação torna-se ferramenta importante, pois mapeia habilidades e funções que podem e precisam ser estimuladas.

Martins *et al.* (2019), em revisão integrativa sobre instrumentos de avaliação cognitiva, encontraram 61 documentos utilizados em pesquisas na população brasileira, sendo o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) o mais utilizado, seguido do Teste de Fluência Verbal (categoria "animal") e o Teste de Memória de *Span* de Dígitos (*span forward e backward span*).

É importante ressaltar que cada instrumento avalia de forma diferente as funções, e os resultados dos instrumentos utilizados deverão ser contextualizados em conjunto com os desempenhos em outras funções (MELO;

BARBOSA, 2015). Para fins educacionais, no que se refere ao atendimento ao idoso, neste trabalho consideramos o conhecimento dos seguintes domínios das funções cognitivas, conforme o TICSMT-PT:

1. Orientação: é avaliado como a pessoa idosa se percebe em relação a tempo e espaço, com questões relativas a data, mês, ano e local onde se encontra.

2. Memória de registro recente e tardia: capacidade de armazenar e evocar eventos.

3. Atenção e cálculo: são habilidades que dependem de certo conhecimento de números, como na solicitação de dizer de 1 a 20 em ordem inversa, e cálculos matemáticos de subtração.

4. Linguagem: mostram resultados referentes à comunicação do idoso, capacidade de fluência da fala, compreensão de conhecimentos gerais e de repetição.

O declínio fisiológico das funções cognitivas é diferente do comprometimento cognitivo, pois qualquer idoso desenvolve algum tipo de declínio em diferentes graus durante a velhice. O comprometimento cognitivo é resultado de uma patologia, lesão ou doença (WHO, 2019). O estudo de revisão de Escorrou (2020) revelou que o TNM foi diagnosticado entre 30% a 42,9% dos participantes; entre 12% e 50%, apresentaram comprometimento cognitivo, e de 31% a 65%, não tinham comprometimento cognitivo. O declínio não pode ser considerado intrínseco ao envelhecimento, na pesquisa longitudinal de Hayden *et al.* (2011) realizada com mais de mil participantes de uma ordem religiosa; a maioria dos indivíduos teve declínio mínimo e os resultados de transtornos cognitivos leve e severo foram em virtude de neuropatologias.

2.3.3 SABE, FIBRA, ELSA e ELSI

No Brasil, os estudos Saúde, bem-estar e envelhecimento -SABE, Fragilidades de Idosos Brasileiros - FIBRA, Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto - ELSA e Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros - ELSI avaliaram a cognição de idosos combinada a diversos fatores, e os resultados

auxiliam no entendimento dos aspectos da nação; entretanto, em muitos deles, idosos das faixas etárias mais elevadas não foram incluídos.

No SABE, Silva *et al.* (2018) abordaram os fatores de desempenho cognitivo acima da média em idosos. O estudo identificou, em amostra com mais de mil participantes, que 28,4% obtiveram desempenho acima da média no quesito de performance cognitiva; entretanto, eram idosos considerados jovens, entre 60 e 74 anos. Os dados referentes aos maiores de 75 anos demonstraram que 80,2% destes obtiveram performances consideradas normais, e 19,8%, tiveram resultados acima da média.

O ELSI - Brasil, que investigou as variações da função cognitiva em diferentes regiões com mais de nove mil pessoas acima de 50 anos, verificou que na região Sul, pontuações mais elevadas foram encontradas para memória imediata e combinada. Em todas as regiões, participantes mais velhos e com menor escolaridade tiveram piores escores de memória e fluência verbal. Neste caso, a idade média dos participantes foi de 63 anos (CASTRO-COSTA *et al.*, 2018).

Nas investigações do estudo FIBRA, os pesquisadores selecionaram 3.478 idosos de amostras probabilísticas de sete cidades. Os longevos agora fazem parte do FIBRA 80+, e na análise transversal de Brandebusque os participantes obtiveram um bom desempenho na avaliação global da cognição pelo MEEM, com média de 24,9 ($\pm 2,89$). Neste caso, ter mais de 9 anos de estudo, ter mais de 50 livros na infância, participar de eventos culturais, dirigir, realizar trabalho voluntário, participar de diretorias, ler, acessar o e-mail e a internet foram significativamente associadas ao bom desempenho cognitivo (NERI *et al.*, 2013; BRANDEBUSQUE, 2019).

No ELSA, mais de 14 mil participantes entre 35 e 74 anos (PASSOS *et al.*, 2015), de seis capitais, foram avaliados em testes com listas de palavras, fluência verbal e teste de trilha B. Aqui as mulheres pontuaram melhor do que os homens nos testes de memória e função viso-espacial, levando mais tempo para realizar a Trilha B. O desempenho reduzido em todos os testes foi visto com o aumento da idade e, mais importante, com a diminuição do nível de educação. A lista de palavras e os escores de função viso-espacial diminuíram em cerca de uma palavra para cada 10 anos de idade; os participantes com maior escolaridade acertaram quatro palavras a mais no teste da lista de palavras, e

escreveram corretamente seis ou sete palavras a mais no teste de fluência verbal, quando comparados aos participantes com menor escolaridade. Além disso, os participantes mais velhos e menos escolarizados mostraram taxas de resposta significativamente mais baixas em todos os testes (PASSOS *et al.*, 2015).

Steffens *et al.* (2019) avaliaram, de forma observacional, idosos acima de 90 anos na região urbana de Porto Alegre, mostrando que a maioria (71,2%) não apresenta comprometimento cognitivo. Foram avaliados pelo Mini Mental, sendo que 66% apresentaram independência nas atividades básicas da vida diária - ABVD e 89%, dependência parcial nas atividades instrumentais da vida diária - AIVD, revelando, também, que quanto maior o estado cognitivo maior a independência em AIVD. Dos idosos longevos avaliados, a maioria não apresentou déficits cognitivos e eram independentes nas ABVD e dependentes nas AIVD (STEFFENS *et al.*, 2019). Já a pesquisa de Campos *et al.* (2016) constatou, em 335 idosos entre 80 e 108 anos de Minas Gerais, prevalência de 27,2% com déficit cognitivo, e limitação funcional foi maior para as AIVDs (55,5%) do que para AVDs (24,5%).

O relatório da OMS (2019) para redução dos riscos de declínio cognitivo, alerta que o TNM é um dos principais problemas de saúde pública para as próximas décadas. Atualmente afeta mais de 50 milhões de pessoas no mundo, sendo que 10 milhões de novos casos são diagnosticados todos os anos. No Brasil, segundo resultados do ELSI, a proporção de pessoas com Doença de Alzheimer - DA cresceu 127% desde 1990, com maior prevalência em idosos entre 70 e 79 anos (1,67%), maiores de 80 anos (4,56%) e viúvos (1,88%); e que, apesar de ainda não haver cura, a abordagem proativa com a redução de fatores de risco é essencial (FETER *et al.*, 2021). Entre os fatores estão: sedentarismo, tabaco, dieta e consumo de álcool. As condições de saúde associadas também aumentam o risco de desenvolver o TNM: hipertensão, diabetes, obesidade e depressão, isolamento social e falta de estímulo cognitivo.

O resumo das recomendações da OMS (2019) inclui intervenções que contêm níveis de evidência científica que vão do baixo ao alto, mas todas com alguma importância, como forma preventiva para redução de riscos de declínio ou manutenção de qualidade de vida. As intervenções recomendadas são a promoção da atividade física; o combate ao tabagismo e ao alcoolismo; nutrição

adequada; engajamento e participação em atividades sociais; controle do peso, da hipertensão e do diabetes; dislipidemia; manejo de depressão e de perda auditiva.

2.3.4 Reserva cognitiva

Rogalsky *et al.* (2013) buscaram entender o que diferenciava os super idosos, com a parte cognitiva praticamente inalterada, de outras pessoas da mesma idade, e descobriu que esses longevos perdiam massa cerebral num ritmo mais lento que os demais. Segundo Moraes (2018), o declínio da memória não é ocasionado, necessariamente, por alguma lesão, mas sim pela disfunção fisiológica causada pelo envelhecimento normal. O SNC não é capaz de recuperar os neurônios, mas tem a capacidade de diminuir o impacto das alterações por meio da plasticidade, ativação de neurônios subutilizados e mecanismos compensadores. Bielak (2010) defende o cérebro como um músculo que necessita de estímulos para melhor performance, assim como aponta a teoria de *life-span* de Baltes, para a possibilidade de modificar padrões cognitivos por meio de treino, com intervenções clínicas, educacionais e experimentais.

As características socioeconômicas e demográficas do indivíduo também têm papel importante nas explicações sobre reserva cognitiva: educação, classe social, a atividade ocupacional, estado civil, engajamento em atividades mentais; participação social; nível de atividade física. Quando se apresentam como desvantagens que se acumulam ao longo do curso de vida, criam desigualdades de saúde (KINGSTON *et al.*, 2015; LAVRENCIC *et al.*, 2019).

Se por um lado, a utilização das ferramentas propostas pela teoria da seletividade socioemocional pode melhorar a existência pela própria experiência de vida no adulto e no idoso jovem, por outro, as restrições biológicas e físicas do envelhecimento podem ser uma força contrária para aqueles acima de 80 anos (ALMEIDA, 2013). Os dados do *Berlin Aging Study* mostraram uma diminuição na utilização de seletividade socioemocional entre os participantes de 72 a 102 anos, revelando que, talvez, a perda de habilidades físicas, sociais

e cognitivas podem não ser suficientes para que eles se envolvam no processo de SOC.

A hipótese da reserva cognitiva pode fazer diferença na redução de prevalência e incidência de TNM e Doença de Alzheimer, sendo a escolaridade adquirida no percurso da vida e a educação superior, em descobertas de análises qualitativas, considerados grandes fatores protetivos (LENEHAN *et al.*, 2014; COOK; FLETCHER, 2015; FERREIRA *et al.*, 2017; BENTO-TORRES *et al.*, 2017).

O estudo de revisão de Brandebusque (2019) avaliou pesquisas que abordaram a questão do bilinguismo, fator que contribui positivamente para aspectos cognitivos, para Reserva cognitiva (RC) e para ações de enriquecimento intelectual. Argimon (2006) ressalta que, na velhice, as pessoas continuam a adquirir novas informações e habilidades e são capazes de lembrar e usar bem habilidades que já conhecem.

Park e Festini (2017) apontam que os desafios recentes da ciência no campo da cognição estão em descobrir e consolidar dados sobre a aquisição tardia de fatores protetivos e em quais condições ou atividades pode haver maior ganho de plasticidade cerebral. Pretende-se, com isso, retardar o declínio ou melhorar aspectos da memória, além de buscar novos fatores de risco de ordem genética e entender quais são os gatilhos ambientais que podem predispor as pessoas a problemas cognitivos.

2.4 PARTICIPAÇÃO E ATIVIDADE SOCIAL DE IDOSOS LONGEVOS

A atividade social (AS) também pode ser percebida como participação social (PS), porém pode não incluir uma atividade que seja dependente de outra pessoa. Também podem ser consideradas as atividades que uma pessoa pratica de maneira individual/sozinha mas que traz um benefício social e cognitivo (ADAMS *et al.*, 2011). Na proposta de taxonomia para atividades sociais, Levasseur *et al.* (2010) desenvolveram uma ordem hierárquica com seis níveis, do que poderia ser considerado como participação social, baseada em definições encontradas na literatura sobre envelhecimento que utilizavam palavras-chave, como PS, AS, envolvimento comunitário, envolvimento social, engajamento social, papel social, interação social, idosos.

As definições levam em conta os níveis de envolvimento do indivíduo com os outros e os objetivos dessas atividades, conforme FIGURA 3. No primeiro nível são atividades que a pessoa realiza sozinha, geralmente em casa. No segundo, atividades sem interação, mas com pessoas ao redor, como caminhar no bairro; no terceiro nível, a pessoa realiza contato social com outra, de modo presencial ou virtual, a ida ao supermercado é um exemplo. Os três primeiros níveis já documentados como, em muitos casos, os principais tipos de atividade dos muitos idosos, apesar do baixo engajamento com outras pessoas, podem representar uma estratégia viável para a promoção da saúde mental e do envelhecimento bem-sucedido para esse público (SPOSITO *et al.*, 2016; PINTO; NERI, 2017; MENDES, 2019).

No nível quatro, o indivíduo colabora com o outro para realizar a atividade, como esportes e exercícios físicos. Lopes e Menezes (2012) investigaram o que influencia os longevos na adoção de atividades físicas em Florianópolis e destacam: gostar de sair de casa, preencher o tempo livre, atribuições na família; metodologia do professor, indicação médica e demais atitudes positivas sobre a atividade física (AF) e sobre estar com o outro permitiram e promoveram esse tipo de participação.

No quinto nível são atividades como ser um cuidador ou voluntário e, finalmente, o sexto nível refere-se a uma contribuição mais abrangente na sociedade, como atividades cívicas e o envolvimento em organizações ou partidos políticos.

FIGURA 3 - PROPOSTA DE TAXONOMIA DE ATIVIDADE SOCIAL BASEADA EM NÍVEIS



FONTE: Levasseur *et al.* (2010), adaptada e traduzida pela autora.

Neri (2006) aponta que não há apenas uma teoria balizando os estudos no campo da Gerontologia, mas que existem também microteorias vinculadas aos diversos estudos de envelhecimento e se apresentam nas pesquisas que avaliam a atividade social do idoso. A teoria da seletividade socioemocional, aprofundada por Carstensen (1992) é uma delas, como uma derivação da SOC, e que postula que as pessoas investem seletivamente os seus recursos cada vez mais limitados nas suas relações mais íntimas importantes e deixam de investir nas menos significativas. A seletividade socioemocional justifica que menor participação de idosos mais velhos nas redes sociais não seja resultado de uma perda incontornável de laços, mas sim um processo de "poda" que envolve o abandono de relacionamentos periféricos, menos pessoais e emocionalmente pouco significativos, enquanto retêm relacionamentos que proporcionam satisfação.

Apesar dos dados demonstrarem a diminuição da atividade e participação sociais dos mais idosos, é preciso entender como e porque tais fatores se dão de forma regionalizada. Na revisão sobre trajetórias de participação social na velhice, Pinto e Neri (2017) apontam que o esforço não pode contemplar apenas o incentivo à atividade, mas entender os fatores que influenciam e desengajam (ARAÚJO *et al.*, 2012; PINTO; NERI, 2017).

No Brasil, Mendes (2019) avaliou os motivos de restrição à participação social na velhice, em São Paulo, com dados do estudo FIBRA 80+. A pesquisadora constatou a variabilidade de PS e que os longevos apresentam maior interação em atividades de nível proximal, como fazer e receber visitas e o contato por telefone; mas ir à igreja, 69,6%, e a reuniões sociais ou bailes, 60,3%, ainda são atividades realizadas por parte dos octogenários. Os motivos apontados para que esses longevos restringissem a participação em atividades que demandem maior esforço foram, principalmente, questões psicológicas. Os participantes apontaram sentimentos negativos, desconforto, motivação; ansiedade: desânimo, preguiça... Já o segundo motivo de recusa em PS é relacionado à saúde, como dores, dificuldade de locomoção e problemas de visão e audição (MENDES, 2019).

Os dados do ELSI mostram a percepção do idoso quanto ao ambiente em que vive e relata que as características típicas da cidade, como dificuldades em atravessar a rua e o acesso ao transporte público são barreiras relevantes

para a participação social de adultos mais velhos brasileiros (FERREIRA *et al.*, 2018). No Aging, Gender and Quality of Life - AGEQOL³, realizado em Sete Lagoas, Minas Gerais, apenas 42,4% dos octogenários foram capazes de caminhar três quarteirões sem ajuda (CAMPOS *et al.*, 2016).

As questões de gênero também se mostram importantes na avaliação e no engajamento de atividades sociais. Morsch *et al.* (2015) elencaram fatores que favorecem saída de idosos: ser do sexo masculino, ser de faixa etária mais jovem, casado, ter artrose, realizar atividades específicas com facilidade e ter boa autopercepção de saúde. Os dados de 630 idosos revelaram que 35,7% deles não saem de casa.

A OMS (2019), apesar de considerar a atividade social como um fator importante para o envelhecimento bem-sucedido e para a cognição, aponta que as evidências científicas até agora ainda são baixas, com pouca significância estatística, revelando resultados inconclusivos quanto à questão do envolvimento social nos adultos mais velhos, como os centenários. Apesar de muitos estudos apresentarem as associações positivas de AS ao menor risco de mortalidade e ser fator protetivo na prevenção de declínio cognitivo e TNM (TSAI *et al.*, 2009; LEUNG *et al.*, 2011; SPOSITO *et al.*, 2015; LI; DONG, 2018; ZHU *et al.*, 2017), estas também podem apresentar efeitos negativos (ZENG, POSTON, VLOSKY & GU, 2008).

Paul e Ribeiro (2009) constataram que 26,8% da amostra de pessoas com mais de 80 anos sentiam-se mais solitárias em Portugal, principalmente quando havia o falecimento do cônjuge. Dixon (2011) justifica que para lidar com as crescentes restrições que acompanham o processo de envelhecimento, os mais velhos anulam seletivamente algumas relações sociais, simplificando e estreitando os limites do seu mundo social. Araújo e Ribeiro (2012) em estudos com centenários concluem:

Surpreendentemente, a redução das relações e dos contactos sociais que a nossa sociedade associa inexoravelmente à solidão e à melancolia, é sugerida como uma estratégia para compensar as perdas e aumentar o bem-estar, tendo por isso um valor, sobretudo, adaptativo. A relação entre os recursos sociais e a saúde mental enfatiza a importância do contexto social, sendo por isso importante

³ Envelhecimento, Gênero e Qualidade de Vida.

continuar a investir em contactos e interações significativas para este grupo de idade tão avançada (ARAÚJO; RIBEIRO, 2012, p. 55).

2.4.1 Avaliação e promoção de atividades para longevos

No campo da Gerontologia, as atividades do dia a dia realizadas pelos idosos são comumente avaliadas pelas AIVD (atividades instrumentais da vida diária), AAVD (atividades avançadas da vida diária) e AVD (atividades da vida diária) para entender a funcionalidade da pessoa, ou seja, em quais níveis ela ainda consegue realizar essas tarefas, porém não mensuram e consideram a individualidade de cada um e até que ponto essas atividades trazem benefícios ou são consideradas prazerosas ao idoso. As AVD ou Atividades Básicas da Vida Diária são: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, comer, deitar e levantar da cama ou da cadeira e controle da incontinência urinária e fecal. As AIVD ou Atividades Instrumentais da Vida Diária: usar telefone, usar transporte, fazer compras, preparar uma refeição, limpar a casa, lavar a roupa, cuidar das finanças e tomar medicamentos. As AAVD ou Atividades Avançadas da Vida Diária envolvidas foram: assistir televisão, costurar ou fazer trabalhos artesanais, jogos de mesa e leitura (OLIVEIRA *et al.*, 2015; SCHMIDT *et al.*, 2020).

MacPhillamy e Lewinsohn (1982) acreditam que o mapeamento de atividades são pertinentes quando abarcam diversos tipos de atividades como as sociais, intelectuais, físicas etc. para que as pessoas vejam que tipo de atividades podem realizar em seu ambiente. Wu *et al.* (2015) partem de posição semelhante e creem que a alta exposição a ambientes naturais (espaços verdes e jardins) nas comunidades foi associada a menos transtornos mentais entre os idosos. Aumentar a oferta de ambientes verdes em áreas locais pode ser uma intervenção potencial em nível populacional para melhorar a saúde mental e frequência de atividades entre os idosos (WU *et al.*, 2015).

Para contexto de mapeamento de atividades sugeridas para idosos neste trabalho, utilizou-se o OPPEB BR que consegue verificar qual o envolvimento e o nível de prazer associado em quase todos os itens que também fazem parte das AAVD. No mapeamento pelo OPPEB-BR é possível traçar planos de trabalho para melhor engajamento, utilizando-se dos preceitos da

Prescrição Social, pois abarcam domínios que englobam atividades sociais e de competência, contemplativas, atividades práticas e intelectuais (FERREIRA e BARHAM, 2015).

Sposito *et al.* (2016) encontraram associação entre as atividades avançadas da vida diária que englobam características intelectuais e sociais e o melhor desempenho cognitivo. Na revisão sistemática, com 31 estudos longitudinais sobre as trajetórias de participação social na velhice, Pinto e Neri (2017) verificaram que em três estudos os níveis de engajamento social aumentaram, principalmente no início da velhice (até os 75 anos). Porém, outros 21 artigos mostraram que os níveis de engajamento social diminuíram. Outros cinco estudos não encontraram mudanças nos níveis de envolvimento social.

Estudos internacionais em países como China e Japão, em que a expectativa de vida elevada já é realidade há algumas décadas, (SOUBELET, 2013; IWASA *et al.*, 2012; DODGE *et al.*, 2008) revelaram algumas relações significativas entre idosos engajados em atividade social e a preservação e manutenção de índices de função cognitiva, independentemente do nível de escolaridade.

O estudo longitudinal de Agahi e Parker (2008) demonstrou que a participação em atividades culturais reduziu o risco de mortalidade para homens e mulheres, apesar do resultado mostrar que homens tiveram riscos reduzidos ao realizar atividades denominadas solitárias como jardinagem, por exemplo.

Entre os fatores associados para estímulo e promoção de atividades para idosos longevos, também há de se considerar o apego local. Uma investigação de Asfhar (2017), no Teerã, com mais de 550 idosos revelou que identidade e dependência de lugar e as relações sociais na vizinhança explicaram as variáveis de integração social, aceitação, contribuição e atualização sociais. O estudo mostrou que o apego ao local é um forte preditor para o bem-estar social de idosos.

Apesar da diminuição dos níveis de atividade em alguns grupos de idosos Sposito *et al.* (2016) publicou que a participação do idoso nas atividades avançadas da vida diária, incluindo as atividades intelectuais, podem representar uma estratégia viável para a promoção da saúde mental entre idosos.

2.5 COVID-19 E IDOSOS

A COVID-19 foi declarada pandemia pela OMS, em 11 de março de 2020. É uma doença transmitida de pessoa a pessoa, pelo vírus Sars-CoV-2, por meios direto e indireto e por inalação de gotículas respiratórias. Pesquisadores ainda não formaram um consenso sobre a origem, mas acreditam na teoria de transbordamento zoonótico, onde o coronavírus, que afeta morcegos, sofre mutação e leva à infecção de humanos. O termo pandemia se refere à distribuição geográfica de uma doença e não à sua gravidade. A designação reconhece que, no momento, existem surtos de COVID-19 em vários países e regiões do mundo (FIOCRUZ, OPAS, 2020).

Os sintomas mais frequentemente relatados nas variantes já encontradas de COVID-19 são febre, tosse, fadiga, anorexia, dispneia, mialgia, dor de garganta, congestão nasal, cefaleia, anosmia e ageusia. Outras manifestações são descritas com menor frequência, incluindo neurológicas (encefalopatia, delírio, agitação, meningoencefalite, ansiedade e depressão), embolia pulmonar, síndrome coronariana aguda e acidente vascular cerebral (WHO, 2020).

As medidas não medicamentosas, eficazes para evitar a doença são: distanciamento social, protocolos sanitários e de biossegurança, máscaras e testagem em massa com diagnóstico precoce e isolamento de casos sintomáticos ou assintomáticos (FIOCRUZ, 2020).

O vírus, considerado o maior inimigo da saúde pública global desde a Gripe Espanhola, afeta de maneira mais agressiva pessoas idosas ou com algum tipo de comorbidade. Esse público de vulneráveis é composto principalmente por idosos, imunossuprimidos ou pessoas com problemas de saúde graves não controlados, como doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes e obesidade (NUNES; MARCON, 2020).

Pelo grande poder de contaminação e rápida disseminação, em momentos críticos da pandemia, diversas cidades decretaram calamidade pública, com mais doentes do que a rede de cuidados poderia suportar e consequente falta de insumos, leitos, equipamentos e profissionais da saúde (CURITIBA. Prefeitura Municipal, 2020).

Minois *et al.* (2020) relataram, em editorial, que o fluxo de pacientes graves com sintomas da Síndrome Respiratória Aguda e a falta de aparelhos como respiradores artificiais forçaram muitos médicos dos setores de Emergência de hospitais a não ressuscitar pessoas com mais de 80 anos. No Brasil, a situação epidemiológica mostra que a mortalidade de idosos por COVID-19 também está relacionada a aspectos demográficos e de distribuição de renda (BARBOSA *et al.*, 2020).

Com a recomendação de isolamento e distanciamento de pessoas pertencentes aos grupos de risco, um problema social relacionado à solidão e depressão de idosos, que já era preocupante antes, recebeu ainda mais atenção midiática. Dickens *et al.* (2011) realizaram revisão que teve como foco as intervenções que poderiam aliviar efeitos físicos, psicológicos e de saúde provenientes do isolamento social de idosos. O desfecho revelou que as estratégias mais eficazes são aquelas desenvolvidas no contexto de uma base teórica e que oferecem atividade social e/ou apoio em um formato de grupo, exatamente as atividades paralisadas na pandemia. Para Tomaszewski e Barnes (2008), a duração do distanciamento social é importante, pois quanto mais tempo alguém está distanciado, pior sua qualidade de vida e todas as outras medidas de bem-estar. Segundo Anderson *et al.* (2020), o agravamento do isolamento social e da solidão estão associados ao aumento significativo de morbidade e mortalidade na população geriátrica. Várias soluções, incluindo interações virtuais com entes queridos, prática de atividade física, continuação de quaisquer orações espirituais ou religiosas, remotamente, e serviços comunitários para fornecer ajuda para a população idosa são esforços para minimizar o isolamento social e a solidão.

Enquanto que o esforço coletivo da comunidade científica possibilitou a criação de uma vacina em tempo recorde, para a contenção do vírus e efetiva proteção da população para casos graves da doença, a faixa etária mais afetada pela pandemia e com a maior letalidade foi a de idosos com 80 anos ou mais: 27,6% (GALVÃO; RONCALLI, 2020).

Em 17 de janeiro de 2021 teve início, no Brasil, a vacinação para profissionais da saúde. Com a alta demanda de insumos pelo mundo, os imunizantes destinados à população idosa no país começou a ser aplicado nestes em março de 2021. Após a vacinação completa dos grupos de risco, o

isolamento foi sendo transformado em distanciamento, a partir do momento em que a abertura gradual dos espaços foi acontecendo, e as famílias sentiram-se mais seguras em retornar a um mínimo convívio social coletivo (BERGAMO, 2021; CURITIBA. Prefeitura Municipal, 2020).

Os efeitos do isolamento e os efeitos colaterais cognitivos estão entre os desafios no pós-pandemia.

2.6 PRESCRIÇÃO SOCIAL – UMA PROPOSTA INTEGRADORA NO PÓS-COVID

O conceito de Prescrição Social ou “*social prescribing*” apresenta-se como uma estratégia possível para a retomada no cenário pós-COVID. O modelo já é adotado pelo *National Health Service* (NHS), sistema público de saúde da Inglaterra, para o tratamento de doenças psíquicas, como a depressão, e até doenças crônicas não transmissíveis. Howarth *et al.* (2020) defendem que a prescrição social é uma solução natural baseada na comunidade e que as práticas não médicas podem gerar impacto relevante na saúde das pessoas. A PS compreende a indicação de atividades complementares ou não ao tratamento farmacológico por um agente de saúde, denominado *link worker*. Esse profissional é responsável por prescrever atividades que todos podem realizar e que estimulam corpo e mente para um propósito de cuidado integral. A literatura demonstra iniciativas em países como Canadá, Estados Unidos, Dinamarca, Escócia, Holanda, Irlanda, e Suécia, (KIMBERLEE, 2015).

A PS como tratamento leva em conta a complexidade do ser humano, formaliza e apropria-se de práticas sociais e artísticas como forma de desenvolvimento humano, de saúde e qualidade de vida. Os modelos de PS contam com atividades que envolvem educação, música, artes, exercícios físicos, biblioterapia, museus, voluntariado, ginástica verde, atividades na natureza entre outros (Woodall *et al.*, 2018).

Shigihara *et al.* (2020) demonstraram, em estudo observacional, como tratamentos não farmacológicos mudaram a atividade cerebral em pacientes com TNM. Os 21 participantes do estudo tiveram notas com maior pontuação MMse-J após as medidas de intervenção, que se basearam em 5 atividades realizadas com a orientação de especialistas: exercício físico; psicoterapia;

cuidados de enfermagem com orientações sobre alimentação, bebidas e medidas sanitárias; terapia por meio de hortas; e treinamento cognitivo com pintura e palavras cruzadas. Tais atividades foram entendidas como tendo capacidade de poder proporcionar maior qualidade de vida em pessoas mais velhas que apresentam declínio cognitivo ou doenças neurodegenerativas, com grande potencial de melhora do quadro.

Chatterje *et al.* (2018) realizaram uma intervenção com a prescrição museológica, em que idosos entre 65 e 94 anos, com diagnóstico de isolamento social, frequentaram durante 10 semanas, 10 museus diferentes na cidade de Londres e Kant. Os resultados da avaliação de bem-estar psicológico, antes e depois, mostraram evolução positiva dos participantes em seis emoções avaliadas, demonstrando que a prescrição museológica foi uma oportunidade para estimular criatividade, adquirir novos conhecimentos e conhecer pessoas em um contexto diferente.

Em muitas cidades do Brasil, o atendimento de forma complementar aos cuidados de saúde pública, em centros de referência ao idoso, é realizado, geralmente, envolvendo indicação para atividades físicas em grupo ou demais serviços de convivência (CURITIBA. Prefeitura Municipal, 2015). Em Curitiba, idosos em situação de vulnerabilidade e risco social contam com espaços alternativos (geralmente salas em igrejas, associações de moradores, Unidades de Saúde e outros de fácil acesso) onde podem socializar, receber orientações sobre direitos, reforçar laços de convivência e fortalecer vínculos com a família e com a comunidade (CURITIBA. Prefeitura Municipal, 2015).

Entretanto a indicação é diferente de prescrição, em que a frequência e a intensidade da atividade são avaliadas. A proposta de prescrição social vai além, pois tem o poder de envolver toda uma comunidade em ações conjuntas, e analisa, de forma integral, os gostos e a individualidade da pessoa.

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa caracteriza-se como estudo transversal e descritivo correlacional. Creswel (2010) descreve a necessidade de o pesquisador deixar clara a sequência de implementação da coleta de dados quantitativos e qualitativos. Será utilizada também uma pesquisa qualitativa, e usada a entrevista estruturada.

Neste estudo temos as seguintes fases:

Fase 01: delineamento da pesquisa, escolha da amostra, construção do projeto de pesquisa com contínua revisão de literatura e submissão de todos os documentos necessários ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná.

Fase 02: aplicação de pesquisa piloto para testar/validar a aplicabilidade dos questionários.

Fase 03: coleta de dados por telefone ou videoconferência.

Fase 04: organização e tabulação dos dados: categorização dos dados obtidos e realização das análises estatísticas.

Fase 05: conclusão da Dissertação de mestrado, com a apresentação e discussão sobre os dados coletados e os achados de pesquisa.

3.2 PARTICIPANTES

A seleção dos participantes foi realizada por meio de um método não probabilístico, com 83 idosos maiores de 80 anos que fazem parte da comunidade ou são atendidos pela Pastoral da Pessoa Idosa de Curitiba. Os participantes foram indicados por voluntárias e líderes do projeto.

Os participantes são pessoas nascidas até 1940, ou seja, com 80 anos ou mais, independentes, não institucionalizados, homens e mulheres, sem comprometimento cognitivo severo, de Curitiba. O recrutamento ocorreu em fases conforme mencionado no item 3.1, sendo que, de 83 pessoas que foram acessadas, 51 participantes adequaram-se aos critérios de inclusão. O tempo

total de resposta aos questionários variou de 60 a 90 minutos. Após o teste piloto, houve ajustes de formato e de aplicação conforme item 3.4.5.

3.2.1 Lócus da pesquisa

De acordo com os cadernos municipais de Curitiba, idealizados pelo IPARDES, a população estimada da capital, em 2020, era de 1.948.626 habitantes, e cerca de 27.244 pessoas com mais de 80 anos. A cidade apresenta os maiores índices do estado do Paraná, com IDHM, de 0,823, IDHM-Longevidade, de 0,855, e a esperança de vida ao nascer, de 76,30 anos. Ocupa o 10º lugar no ranking nacional.

O IDH é um índice que varia de 0 (zero) a 1 (um) e apresenta as seguintes faixas de desenvolvimento humano municipal: 0,000 a 0,499 - muito baixo; 0,500 a 0,599 - baixo; 0,600 a 0,699 - médio; 0,700 a 0,799 – alto; e 0,800 e mais - muito alto. E renda *per capita* de 1.581,04. No índice GINI, a renda *per capita* é de 0,5652, com dados de 2010. Quando o índice tem valor igual a um (1), existe perfeita desigualdade, isto é, a renda domiciliar *per capita* é totalmente apropriada por um único indivíduo. Quando ele tem valor igual à zero (0), tem-se perfeita igualdade, isto é, a renda é distribuída na mesma proporção para todos os domicílios (IPARDES, 2020).

TABELA 2 - ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO CURITIBA IDHM (2010)

ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDHM) - 2010		
INFORMAÇÃO	ÍNDICE (1)	UNIDADE
Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM)	0,823	
IDHM - Longevidade	0,855	
Esperança de vida ao nascer	76,30	anos
IDHM - Educação	0,768	
Escolaridade da população adulta	0,74	
Fluxo escolar da população jovem (Frequência escolar)	0,78	
IDHM - Renda	0,850	
Renda per capita	1.581,04	R\$ 1,00
Classificação na unidade da federação	1	
Classificação nacional	10	

FONTE: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil - PNUD, IPEA, FJP

NOTA: Os dados utilizados foram extraídos dos Censos Demográficos do IBGE.

(1) O índice varia de 0 (zero) a 1 (um) e apresenta as seguintes faixas de desenvolvimento humano municipal: 0,000 a 0,499 - muito baixo; 0,500 a 0,599 - baixo; 0,600 a 0,699 - médio; 0,700 a 0,799 - alto e 0,800 e mais - muito alto.

FONTE: PNUD

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A presente pesquisa foi realizada com pessoas idosas, maiores de 80 anos, homens e mulheres, saudáveis, independentes cognitivamente e intelectualmente, que fazem parte da comunidade e também são cadastrados para atendimento pela Pastoral da Pessoa Idosa de Curitiba.

A exclusão se fez por comprometimento cognitivo, analisado por pontuação menor de 14 no TICS-M, ou por comprometimento motor severo que impossibilitasse a participação; idosos dependentes e/ou institucionalizados, aqueles que não concordassem e não assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, antes da coleta dos dados; pessoas idosas com menos de 80 anos.

3.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

No QUADRO 3, a seguir, são identificadas as variáveis dependentes, independentes e de confusão do estudo Relação da Escolaridade, Cognição e Atividade Social de Idosos Longevos.

QUADRO 3 - VARIÁVEIS DO ESTUDO

Variáveis do Estudo	Tipo de Variável	Instrumento utilizado
Idade	Dependente	Sociodemográfico
Escolaridade	Independente	Sociodemográfico
Renda	Confusão	Econômico
Cognição	Dependente	TICS-M
Atividade social	Dependente	Oppes-BR
Perguntas estruturadas	Dependente	Questionário aberto

FONTE: A autora (2020).

QUADRO 4 - DESCRIÇÃO DE VARIÁVEL POR INSTRUMENTO TICS-M, OPPEB-BR E PERGUNTAS ESTRUTURADAS SEPARADAS POR DOMÍNIO

Variáveis TICS-M estratificadas por domínio	Orientação
	Registro / memória Imediata
	Atenção/cálculo
	Memória de compreensão, semântica e episódica recente
	Linguagem/repetição
	Evocação tardia

Variáveis OPPEB-BR estratificadas por Domínio	F1 Atividades sociais
	F2 Atividades contemplativas
	F3 Atividades práticas
	F4 Atividades intelectuais

Perguntas estruturadas	Atividades que gosta
	Uso celular e tecnologias
	Atividade artística / Trabalhos manuais. Qual.
	Maior desafio
	Maior sonho e motivação de vida

FONTE: A autora 2021.

As respostas aos questionários foram levantadas em forma de entrevista, por telefone, entre os meses de setembro e dezembro de 2020, cumprindo as indicações epidemiológicas e legais válidas na época da coleta. Os instrumentos foram aplicados na seguinte ordem: identificação dos dados sociodemográficos, a Entrevista Telefônica para avaliação do Estado Cognitivo - versão modificada TICS - M; e o OPPEB-BR. Os idosos receberam, em suas casas, o termo de consentimento. Todas as etapas propostas no campo da metodologia e testadas no piloto foram seguidas, porém, a adaptação do OPPEB, para que o próprio idoso pudesse acompanhar as perguntas, não teve o efeito esperado. Apesar de terem em mãos tudo de que necessitavam para responder o que estava sendo perguntado, não seguiam as instruções, a dupla tarefa os deixava confusos.

O formato híbrido que havia sido testado no piloto não teve a adesão necessária durante a coleta e a pesquisadora optou por realizar todas as perguntas em formato de entrevista/conversa apenas por telefone, sem a

videochamada, pois a maior parte dos idosos ficou mais confortável apenas em falar ao telefone como já estavam acostumados. Mesmo que tivessem a possibilidade de realizar videochamadas, essa tecnologia que não os deixava confortáveis durante a pesquisa, por falta de acesso ou pela inabilidade tecnológica. Em alguns casos, por conta de o tempo total para as respostas ser grande, as entrevistas foram realizadas em dias ou turnos alternados, para que os idosos não se cansassem. Os vários momentos de interação telefônica, necessários para combinar horários de entrevista, entrega de termos de consentimento, o isolamento da pandemia e o próprio conteúdo das perguntas acabaram por criar um vínculo entre a pesquisadora e os idosos. E isso se mostrou relevante, principalmente, para a intensidade das respostas na parte qualitativa da investigação.

Entre os meses de março e abril de 2021 foi realizada a entrevista por telefone com as perguntas estruturadas, que fizeram parte da análise qualitativa. As respostas foram gravadas em áudio para posterior transcrição e análise fidedigna e tiveram duração aproximada de 10 minutos.

Todos os instrumentos elencados para esta investigação não possuem restrições de aplicação e podem ser utilizados por profissionais de diversas áreas, desde que respeitadas as instruções dos protocolos validados para aplicação e análise de dados. Foram escolhidos por não serem invasivos, pela facilidade de aplicação e viabilidade econômica, sem prerrogativas de compra de direitos autorais. Os instrumentos utilizados nesta pesquisa foram:

- Questionário com os dados de identificação, formulário sociodemográfico (MAZO; BENEDETTI, 2010) e questionário socioeconômico Brasil (ABEP, 2018);
- TICS-M - Entrevista Telefônica para avaliação do Estado Cognitivo - versão modificada;
- OPPEB-BR - *Older Person Pleasant Events Schedule*, versão brasileira;
- Questionário com perguntas estruturadas.

3.4.1 Identificação e dados sociodemográficos e econômicos

O formulário com os dados de identificação e dados sociodemográficos apresentava onze questões abertas e fechadas (MAZO; BENEDETTI, 2010). Já o de classificação econômica era composto por variáveis definidas a partir do Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2018), e contém informações sobre bens possuídos e escolaridade do chefe da família. O critério categoriza os sujeitos em classes econômicas: A (45 - 100 pontos); B1 (38 - 44 pontos); B2 (29 - 37 pontos); C1 (23 - 28 pontos); C2 (17 - 22 pontos); D (8 - 16 pontos); e (0 - 7 pontos).

3.4.2 OPPEs-BR Older Person Pleasant Events Schedule – Brasil

O *California Older Person's Pleasant Events Schedule* (COPPEs) é um instrumento inicialmente construído para uso no contexto clínico, projetado para auxiliar psicólogos e profissionais da área da saúde a tratar depressão em idosos. Foi construído por Rider, Gallagher & Gallagher-Thompson (2016) com base nas teorias propostas pelos pesquisadores da Universidade de Oregon, Peter M. Lewinsohn e Julian Libet (1972). Utiliza-se de uma escala *likert* que indica a frequência com que a pessoa realizou atividades potencialmente agradáveis no último mês, sendo: 0 (nunca); 1 (1 - 6 vezes), e 2 (mais de 7 vezes). O participante também deve classificar o prazer subjetivo que experimentou ao realizar cada atividade, tendo por base a mesma escala likert para classificar a frequência das atividades. O OPPEs-BR constitui a versão adaptada e validada para o Brasil do COPPEs (Ferreira & Barham, 2013; Ferreira & Barham, 2017). , Para esta investigação, o OPPEs teve por objetivo quantificar a frequência com que os idosos realizavam determinadas atividades.

A validação transcultural do OPPEs, no Brasil, foi realizada pela pesquisadora e professora doutora Heloisa Ferreira, e ele pode ser usado para avaliar o envolvimento de idosos em atividades prazerosas. O OPPEs-BR é composto por 67 itens que descrevem atividades que idosos tendem a achar agradáveis, dividido em quatro fatores: (1) Atividades sociais e de competência; (2) Atividades contemplativas; (3) Atividades práticas; e (4) Atividades

intelectuais. Todos os domínios de atividades apresentaram consistência interna adequada (Ferreira & Barham, 2017).

3.4.3 Entrevista Telefônica para avaliação do Estado Cognitivo – TICS-M

Para rastreio do estado cognitivo dos indivíduos da amostra foi utilizada a versão em português do Telephone Interview for Cognitive Status – TICS-M. A Entrevista Telefônica para avaliação do Estado Cognitivo - versão modificada TICS – M revela-se um instrumento simples e de fácil aplicação. A versão original data de 1988, elaborada por Brandt e colaboradores e, segundo Knopman *et al.* (2010), é o instrumento de rastreio por telefone mais usado em pesquisas acadêmicas, epidemiológicas e longitudinais, pelo baixo custo e acessibilidade, contribuindo para estudos da saúde cognitiva da população. A validação já foi realizada em francês, alemão, hebraico, italiano, japonês, espanhol e português (CASTANHO *et al.*, 2016).

O instrumento na versão em Português do Brasil foi validado por Baccaro *et al.* (2015), inicialmente para rastreio de estado cognitivo em pacientes pós-AVC. Os estudos também se mostraram válidos em idosos da comunidade brasileira. Castanho *et al.* (2016) também validaram o TICS-M-PT, em Portugal, e encontraram associações positivas com o MMSE Mental e MOCA, considerando uma pontuação limite igual ou inferior a 13,5 para comprometimento cognitivo. E concluiu ser um instrumento válido para rastreio de estado cognitivo por telefone e por videoconferência, mesmo em idosos com baixo nível de escolaridade. O TICS-M consiste em 13 itens que avaliam os seguintes domínios: Orientação; Registro; Memória imediata; Atenção e cálculo, e Linguagem. O idoso pode obter o máximo de 39 pontos e a testagem pode ser realizada, em média, entre 5 e 10 minutos. O ponto de corte sugerido para o TICS-M, em casos de TNM, é de 14 pontos (escala de 0-39).

Algumas limitações do TICS-M estão no fato relatado por Castanho e Knopman (2010) que, ao avaliar indivíduos com problemas de audição, constataram que pode haver dificuldade no entendimento de algumas palavras. Por isso, Knopman *et al.* (2010) sugerem ao entrevistador antecipar possíveis acontecimentos que possam atrapalhar as respostas e tentar minimizá-los. Apesar das limitações, os autores reforçam o fato de que o TICS-M é uma boa e confiável ferramenta para avaliação inicial de TNM ou para exclusão de

comprometimento cognitivo (CASTANHO *et al.*, 2016; BACCARO *et al.*, 2015; KNOPAN, 2010). Assim como Sander *et al.* (2018), a Secretaria de Saúde do Paraná (MORAES *et al.*, 2018) reitera que a maior utilidade em instrumentos de rastreio não está na avaliação quantitativa, mas sim no grau de dificuldade observado nas respostas dadas pelo idoso, em uma análise qualitativa realizada por quem aplica. O ponto de corte é, na verdade, um ponto de partida e não o objetivo final do teste.

3.4.4 Entrevista estruturada

A entrevista estruturada será utilizada no estudo qualitativo para aprofundar algumas das questões que já são abordadas no instrumento OPPEs. Este questionário foi baseado na obra da médica Gudrun Burkhard (2019), que entrevistou mais de 100 pessoas idosas maiores de 80 anos em diferentes contextos sociais, culturais e profissionais. O formulário completo de perguntas da médica também é utilizado para realizar o trabalho de consultoria biográfica; para isso, abrange questões sobre a primeira infância do idoso, como vive atualmente, profissão exercida, vida cotidiana, saúde e perguntas existenciais. Segundo a médica, “o idoso tem uma grande necessidade de falar sobre si mesmo e de suas próprias lembranças. É preciso criar oportunidades para isso, e as lembranças vão surgindo” (2018, p. 543). As questões que serão utilizadas serão as seguintes:

1. O que você mais gosta de fazer no seu dia a dia?
2. Você faz alguma atividade artística ou trabalhos manuais? Se sim, qual?
3. Você usa o computador? Se sim, com que frequência?
4. Você usa o celular? Se sim, com que frequência? Para que você usa?
5. Qual é sua motivação de vida? E seu sonho?
6. Qual foi o maior desafio de sua vida?

(Adaptado de BURKHARD, 2019).

3.4.5 Teste piloto

Em virtude da situação epidemiológica, imposta pela pandemia da COVID-19 para distanciamento ou isolamento social às pessoas maiores de 60

anos ou aquelas com comorbidades e que fazem parte de um grupo de risco, realizou-se um teste para coleta de dados com aplicação remota.

O piloto, realizado de forma totalmente virtual, pelo aplicativo de vídeo do *WhatsApp*, com dois homens, ambos com 82 anos, com duração entre 50 e 60 minutos, mostrou-se satisfatório para a coleta das informações sociodemográficas e do estado cognitivo TICS_M. No entanto, o modelo de aplicação da pesquisa para o instrumento OPPEs-BR não se mostrou adequado pela grande quantidade de questões. E isso, combinado com o fato de o instrumento realizar perguntas sobre atividades pouco ou nada realizadas pelo contexto de pandemia imposto pela COVID-19. Entretanto, o OPPEs-BR também ofereceu a possibilidade de se avaliar a agradabilidade das ações, propondo o quão prazeroso seria se alguma atividade daquela tivesse acontecido. O piloto foi realizado nos dias primeiro e 5 cinco de junho de 2020, os indivíduos possuíam Ensino Médio completo e Superior incompleto, e tiveram 21 e 22 pontos, respectivamente, no TICS-M.

Com base na experiência do piloto, optou-se por realizar uma coleta de forma híbrida, em que os idosos receberiam, em suas residências, um envelope para o preenchimento do questionário OPPEs-BR, com tamanho de fonte e de design adaptados, conforme Anexo 4. Os idosos seriam orientados a preenchê-lo no momento em que o entrevistador realizasse a chamada telefônica ou a videoconferência para coletar os dados sociodemográficos e avaliar a cognição.

3.5 ANÁLISE QUANTITATIVA DOS DADOS

Os dados foram tabulados e digitados em *Excel*. Para a descrição foram utilizadas medidas de tendência central, dispersão para variáveis contínuas e de frequência absoluta, e relativa para variáveis categóricas. A normalidade das variáveis contínuas foi testada mediante análise visual do histograma de dispersão, teste de *Shapiro-Wilk* e foram confirmadas mediante análise de assimetria e curtose.

A análise de normalidade verificou que algumas variáveis não apresentaram distribuição normal (idade, nível educacional, TICS-M -Linguagem

– repetição, Fator 1 do OPPEs, Fator 4 do OPPEs). Diante disso, optou-se pela apresentação dos resultados em mediana e intervalo interquartilico (IIQ) e também pela utilização do teste não-paramétrico U, de *Mann-Whitney*, para as comparações entre os sexos. E para a comparação entre os sexos e as variáveis categóricas utilizou-se o Teste Exato de Fisher.

A associação entre a escolaridade, os escores do TICS-M e do OPPEs foi realizada por meio da correlação de *Spearman*. As variáveis que apresentaram correlação significativa com a cognição foram inseridas como variável independente no modelo de regressão linear multivariável.

A regressão linear multivariável foi utilizada para verificar as associações entre a cognição e as variáveis dependentes, adotando como possíveis preditores adicionais a escolaridade, idade, renda mensal e os escores do OPPEs quando aplicáveis. Variáveis com valor de $p < 0,20$ foram retiradas da análise. A normalidade e a independências dos resíduos foram analisadas. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$ e todas as análises foram realizadas através do software STATA 14.1 MP.

3.6 ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS: ANÁLISE DE CONTEÚDO

Para analisar as respostas das perguntas estruturadas, utilizou-se a análise de conteúdo sob a ótica de Bardin (2016). Para a autora esta verificação pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens. A análise qualitativa de uma amostra de idosos longevos é uma oportunidade de observar aspectos ou mudanças culturais de uma geração que dificilmente poderá se repetir (BARDIN, 2016).

Seguiu as etapas sugeridas de organização dos dados, codificação; categorização e inferência, utilizando-se das regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

Os procedimentos sugeridos pela autora compreendem: a) pré-análise; b) exploração do material; c) interpretação e inferência. O objetivo deste estudo

qualitativo foi entender, em maior profundidade, a construção subjetiva de aspectos da vida e rotina dos longevos. Aspectos que também foram previamente analisados de forma quantitativa nos instrumentos anteriores, como as atividades do dia a dia, características pessoais da vida dos idosos que pudessem revelar alguma linha de similaridade entre os longevos.

Por meio do *software* Iramuteq®, para identificar a frequência, força de núcleos significativos e palavras geradoras para exposição visual do conteúdo.

4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto seguiu todas exigências da Resolução 466/2012 do CNS (Conselho Nacional de Saúde) e foi aprovado pelo Conselho de Ética da Universidade Federal do Paraná sob o número CAAE: 28262919.5.0000.0102.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo coletou informações de uma amostra de 51 pessoas com idade igual ou superior a 80 anos, residentes na cidade de Curitiba, entre os meses de setembro de 2020 e maio de 2021. A Tabela 3 apresenta as características sociodemográficas dos participantes. Os idosos apresentaram mediana de 84 anos (IIQ: 4,0) e de 5 anos de escolaridade (IIQ: 7,0). Composta em sua maioria por pessoas do sexo feminino (70,6%), naturais do estado do Paraná (54,9%), de cor de pele branca (78,0%), viúvos (62,8%), aposentados (54,9%), com renda mensal de até dois salários mínimos (41,2%), sem recebimento de remuneração extra (54,9%), e de nível socioeconômico C2 (31,4%).

A comparação entre os sexos verificou diferenças significativas para a variável de estado civil, sendo que a proporção maior de mulheres era de viúvas (80,6% vs. 20,0%) e a proporção maior de homens era de casados (66,6% vs. 11,1%) ($p < 0,001$). Diferenças significativas também foram visualizadas para a ocupação atual. A maior proporção de homens era de aposentados (93,3% vs. 38,9%) e a maior proporção de mulheres era de aposentadas e pensionistas (38,9% vs. 6,7) ($p = 0,001$).

As informações sociodemográficas em relação a gênero, estado civil, renda e média de idade eram similares a encontradas nos estudos de longevos do Brasil (CAMPOS, 2016). Vemos isso em Rosset *et al.* (2011), nas cidades de Ribeirão Preto (SP) e Caxias do Sul (RS); Lenardt e Carneiro (2013), em Curitiba (PR); Brito *et al.* (2013), na Bahia; Liposcki *et al.* (2016), em Porto Alegre (RS); Bortoluzzi *et al.* (2017), em Coxilha e Estação (RS); Krug *et al.* (2018), em Florianópolis(SC); Dias *et al.* (2019), em Vitória da Conquista (BA); Tavares *et al.* (2019), Uberaba (MG) e Medeiros (2019), em Campina Grande, bem como na análise de perfil dos idosos longevos do Brasil, com dados do Plano Nacional de Saúde PNS, de 2013. As informações refletem a feminilização da velhice e a viuvez. Ramos *et al.* (2014) apontam que no Brasil a Razão de Sexo (RS) (relação percentual entre mulheres e homens) é de 159,1 mulheres para cada 100 homens maiores de 80 anos.

Quanto à escolaridade, nesta apresentação de dados, decidiu-se por elencar os anos de estudos, perguntando ao respondente por quantos anos ele

frequentou a escola na infância. Segundo Pereira (2012), a autodeclaração de escolaridade é uma memória construída por meio de retalhos da experiência escolar, do pouco que dela participaram ou imaginaram e, mesmo fora da escola, aprenderam aquilo que era preciso para melhorar a vida (PEREIRA, 2012). Nesse extrato, apenas três respondentes autodeclararam o analfabetismo e/ou nunca ter frequentado a escola. Dados sociodemográficos de outros estudos com longevos apontam que os índices de analfabetos chegam a ser entre 25% e 60% da amostra total. Resultados da PNS (2013) mostraram que 34,7% de pessoas com mais de 80 anos declararam não saber ler e escrever. Nos dados de Tallmann (2011), que pesquisou 100 longevos de Curitiba, 31% dos participantes eram analfabetos e 60% possuíam o EF incompleto.

Entre as possíveis razões, nesta investigação, para que os resultados de analfabetismo diferissem de outras pesquisas, podemos elencar três: o ano em que a coleta dos dados sociodemográficos foi realizada. A Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD), do ciclo 2004-2014, já apontava evolução de 12,7% para 20,7% entre os respondentes idosos com o EF completo. Os grupos com maior escolaridade têm crescido com o passar dos anos e isso parece ter refletido parcialmente na coleta desta pesquisa em 2020. Outro dado importante foi a diferença do tempo de escola entre mulheres e homens. Elas registravam até seis anos de tempo escolar, e eles, quatro. O número de mulheres que declarou ser aposentada e pensionista (38,9%), pode demonstrar que esse grupo praticou atividade laboral remunerada ao longo da vida e não apenas as atividades do lar e rurais, como uma evolução geracional do papel da mulher no mercado de trabalho.

O segundo fator relevante, em relação ao tempo de escolaridade, são os índices de desenvolvimento humano da cidade de Curitiba, entre os dez melhores do Brasil, com IDHM de 0,823. O terceiro fator a ponderar é que as pesquisas com amostras de longevos disponíveis nos periódicos científicos analisados na revisão bibliográfica são, em grande maioria, realizadas em unidades básicas do Sistema Único de Saúde dos municípios, com idosos que fazem parte das redes de estratégia de saúde da família. E, muitas vezes, parte-se de um princípio em que os idosos deste ambiente já estão em alguma condição de “vulnerabilidade”, seja social ou de saúde e, por consequência, menores níveis de escolarização. Nesta investigação, buscou-se longevos ativos

e que, de alguma forma, participassem de sua comunidade por meio de uma instituição religiosa, ambiente onde não são considerados vulneráveis.

TABELA 3 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA DE IDOSOS LONGEVOS DE CURITIBA, PR, BRASIL (N=51)

	Total	Mulheres	Homens	
	Mediana (IIQ)	Mediana (IIQ)	Mediana (IIQ)	p
Idade	84,0 (4,0)	84,5 (6,0)	84,0 (0,0)	0,64
Escolaridade (anos)	5,0 (7,0)	6,0 (7,5)	4,0 (6,0)	0,58
	n (%)	n (%)	n (%)	p ^a
Sexo				
Mulheres	36 (70,6)	-	-	-
Homens	15 (29,4)	-	-	-
Naturalidade				
Bahia	1 (2,0)	1 (2,8)	0 (0,0)	
Ceará	1 (2,0)	1 (2,8)	0 (0,0)	
Minas Gerais	3 (5,8)	2 (5,5)	1 (6,6)	
Paraíba	1 (2,0)	0 (0,0)	1 (6,6)	
Paraná	28 (54,9)	21 (58,3)	7 (46,8)	0,76
Rio Grande do Sul	1 (2,0)	1 (2,8)	0 (0,0)	
Santa Catarina	9 (17,6)	6 (16,7)	3 (20,0)	
São Paulo	6 (11,7)	3 (8,3)	3 (20,0)	
Portugal	1 (2,0)	1 (2,8)	0 (0,0)	
Cor da pele (n=50)				
Branca	39 (78,0)	28 (77,8)	11 (78,6)	
Preta	3 (6,0)	2 (5,5)	1 (7,1)	1,00
Parda	7 (14,0)	5 (13,9)	2 (14,3)	
Amarela	1 (2)	1 (2,8)	0 (0,0)	
Estado Civil				
Solteiro	1 (2,0)	0 (0,0)	1 (6,7)	
Viúvo	32 (62,8)	29 (80,6)*	3 (20,0)	<0,0
Casado	14 (27,4)	4 (11,1)	10 (66,6)*	01
Separado	4 (7,8)	3 (8,3)	1 (6,7)	
Ocupação atual				
Aposentado	28 (54,9)	14 (38,9)	14 (93,3)*	0,00
Pensionista	8 (15,7)	8 (22,2)	0 (0,0)	1
Aposentado e pensionista	15 (29,4)	14 (38,9)*	1 (6,7)	
Renda Mensal				
Até 2 salários	21 (41,2)	13 (36,2)	8 (53,3)	0,82
Entre 2 e 4 salários	19 (37,2)	14 (38,9)	5 (33,3)	

Entre 4 e 8 salários	6 (11,8)	5 (13,9)	1 (6,7)	
Mais de 8 salários	3 (5,9)	2 (5,5)	1 (6,7)	
Não informou	2 (3,9)	2 (5,5)	0 (0,0)	
Remuneração extra				
Não	28 (54,9)	20 (55,6)	8 (53,3)	0,56
Sim	23 (45,1)	16 (44,4)	7 (46,7)	
NSE				
A	3 (5,9)	2 (5,6)	1 (6,7)	
B1	8 (15,7)	6 (16,7)	2 (13,3)	
B2	8 (15,7)	6 (16,7)	2 (13,3)	0,76
C1	12 (23,5)	10 (27,8)	2 (13,3)	
C2	16 (31,4)	9 (25,0)	7 (46,7)	
D-E	4 (7,8)	3 (8,3)	1 (6,7)	

IIQ: Intervalo interquartilico; **NSE:** Nível socioeconômico; ^a: Teste exato de Fisher. *: representa diferenças significativas entre os sexos.

FONTE: A autora (2021).

A Tabela 4 apresenta a descrição das variáveis relacionadas às condições de saúde dos idosos. Nenhuma diferença significativa entre os sexos foi verificada. A maioria dos avaliados apresentava algum problema de saúde (78,4%), fazia uso de algum medicamento (96,1%), tomava de 1 a 5 medicamentos (60,8%), e se considerava saudável (86,3%). A autopercepção de saúde é um indicador importante no contexto do idoso longo vivo. Cipolli *et al.* (2019) avaliaram condições crônicas e a relação entre a autoavaliação de saúde e a capacidade funcional da amostra do estudo FIBRA 80+. Apesar do aumento da idade e das doenças crônicas, não houve impacto negativo na autopercepção de saúde ou nas capacidades para AIVD.

TABELA 4 - CONDIÇÕES DE SAÚDE REPORTADAS POR IDOSOS LONGEVOS DE CURITIBA, PR, BRASIL (N=51)

CORIMBA, P.R., BRASIL (N=51)				
	Total	Mulheres	Homens	p ^a
	n (%)	n (%)	n (%)	
Problema de saúde				
Não	11 (21,6)	6 (16,7)	5 (33,3)	0,26
Sim	40 (78,4)	30 (83,3)	10 (66,7)	
Toma medicamento				
Não	2 (3,9)	0 (0,0)	2 (13,3)	0,08
Sim	49 (96,1)	36 (100,0)	13 (86,7)	

Quantidade de medicamentos				
Nenhum	2 (3,9)	0 (0,0)	2 (13,3)	
De 1 a 5	31 (60,8)	22 (61,1)	9 (60,0)	0,11
Mais do que 5	18 (35,3)	14 (38,9)	4 (26,7)	
Considera-se saudável				
Não	7 (13,7)	7 (19,5)	0 (0,0)	
Sim	44 (86,3)	29 (80,5)	15 (100,0)	0,09

^a: Teste exato de Fisher.

FONTE: A autora (2021).

A Tabela 5 apresenta os resultados obtidos nos questionários TICS-M e OPPEB-BR bem como a comparação entre os sexos. Um participante não apresentou dados válidos para o questionário OPPEB-BR e foi excluído das análises.

Os idosos apresentaram medianas dos escores dos domínios do TICS-M que variaram de 1 (IIQ: 0,0) para Linguagem – repetição a 6 (IIQ: 2,0) para Orientação. O escore total dos idosos de Curitiba apresentou mediana de 19 pontos (IIQ: 5,0), similar ao resultado do TICS-M-PT, de Portugal, que apontou 18,3 (dv5.4) em idosos com mais de 70 anos e baixa escolaridade.

A comparação entre os sexos verificou que os homens apresentaram maiores escores no TICS-M – Atenção e cálculo do que as mulheres ($p=0,002$), em conformidade com os estudos de Moraes *et al.* (2010), de que homens mais velhos mostram mais facilidade nos cálculos matemáticos.

O Registro de Memória Imediata (3) e Evocação Tardia (2) foram os estratos em que os idosos mais tiveram dificuldades em pontuar, semelhante aos achados de Baker (2013), em uma amostra com idosas australianas entre 85 e 90 anos. Os longevos de Curitiba conseguiram lembrar em média três, das dez palavras no registro de MI; e em média duas palavras de dez foram relembradas na evocação tardia. Número grande de participantes tem baixa pontuação em MI e ET do TICS-M pelo fato de o instrumento possuir praticamente metade da pontuação total em Memória Imediata e Evocação Tardia. Nos demais instrumentos que avaliam a cognição, o número máximo de palavras recordadas foi de 3, no Mini Mental, e 2, no MOCA.

Vale destacar que muitas palavras do Registro de Memória Imediata do TICS_M não faziam parte da realidade ou do dia a dia dos participantes, como as palavras: teatro, seda e cachimbo. Quando há possibilidade de realizar exercícios de memória sem cronômetro ou utilizar a estratégia de associar a palavra com algo do dia a dia ou a algum acontecimento, isso pode fazer com que os idosos longevos sejam capazes de recordar um maior número de palavras.

Em revisão de escopo sobre avaliação da cognição por telefone, Carlew (2020) verificou que a baixa pontuação no TICS-M foi associada a sintomas de depressão, idade avançada, sexo masculino e pouca escolaridade. Entretanto, em nosso estudo, os homens longevos, quando comparados às mulheres, apresentaram maior mediana (TICS-M total 20), mas as mulheres possuíam maior tempo de escolaridade. Maurer (2011) comparou o papel da educação na primeira infância com o funcionamento cognitivo de idosos em cidades da América Latina e Caribe. E avaliou que as diferenças na forma de educar meninos e meninas pode ser parte da resposta quanto ao funcionamento cognitivo na velhice, tendo, essas diferenças, impacto duradouro na desigualdade do funcionamento cognitivo em idades mais avançadas. O tipo de atividade laboral realizada ao longo da vida também pode ter impacto no resultado mais alto do estado cognitivo de homens.

Nossa pesquisa também observou se o turno em que foi realizada a coleta do TICS-M traria alguma diferença nos resultados. Os idosos que realizaram a avaliação cognitiva pela manhã se saíram relativamente melhor dos que os que realizaram durante os períodos da tarde ou da noite, porém, não houve diferença estatística relevante sobre este item.

Os resultados do OPPEB-BR apresentaram a realidade da frequência das atividades realizadas pelos idosos durante a pandemia de COVID-19. Os resultados poderiam variar de 0 a 2; sendo que zero representava não ter realizado a atividade no mês passado; 1, ter realizado a atividade de 1 a 6 vezes; e 2, ter feito tal evento mais de sete vezes no último mês.

Nos dados do Fator 1, sobre atividades sociais e de competência, os longevos tiveram mediana de 0,5 (IIQ: 0,4). O F1 e F3 compilam eventos dependentes de situações sociais que, na maior parte da pandemia, foram evitadas ou descontinuadas como medida sanitária ao enfrentamento do vírus.

Entre as atividades avaliadas no F1 estavam: sair da cidade, visitar museu, fazer novas amizades, estar com amigos entre outros.

O Fator 2 é composto por atividades contemplativas. Teve mediana de 1,6 (IIQ: 0,4) e agregava eventos como ouvir sons da natureza, música, demonstração de afeto. As atividades do F2 são mais introspectivas e não dependem, necessariamente, de terceiros.

O Fator 3, as atividades práticas, com mediana de 0,8 (IIQ: 0,5) compreendia atos como ir à igreja, rezar, fazer artesanato, trabalho voluntário e cozinhar.

Na validação do OPPES, na Espanha, atividades de socialização foram mais relacionadas ao bem-estar, seguidas pelo domínio de ser efetivo. Ambos os domínios estão ligados ao suporte social dispendido ao idoso.

No Fator 4, referente a três atividades intelectuais, a mediana geral da amostra foi de 0,5 (IIQ: 1,1), sendo que os homens não pontuaram neste tipo de atividade. As mulheres apresentaram um escore de 0,7 (IIQ) nas atividades intelectuais, demonstrando, nesta investigação, certa diferença de gênero para a prática de atividades prazerosas, especificamente, as atividades intelectuais. Sposito *et al.* (2016) apontam que as AI podem ser um método de estímulo para saúde mental de idosos, sendo uma atividade protetora no envelhecimento cognitivo, demonstrado nos achados da pesquisa sobre AAVDs e cognição de idosos da comunidade.

Os resultados de Ferreira e Barham (2017), na validação do OPPES-Br aplicado na cidade de São Carlos (SP), com amostra de idosos mais jovens, idade média de 69,66 (dv7,28 – mínimo de 60 e máximo de 93 anos), apresentaram pessoas relativamente mais ativas, quando comparados a esta investigação, para os Fatores 1, 3 e 4. A mediana do F2 encontrada nos longevos de Curitiba (1,6) foi similar à dos idosos de Ferreira, que apresentou F2 igual a 1,66 (dv.32). A pontuação média das pessoas idosas do estudo de Ferreira demonstrou os seguintes resultados: F1=1,2 (dv .52); F3=1,05 (dv.43) e F4= 0,84 (dv.67).

TABELA 5 - MEDIANA E INTERVALO INTERQUARTÍLICO (IIQ) DOS ESCORES DOS
OBTIDOS NOS QUESTIONÁRIOS TICS-M E OPPEB-BR EM IDOSOS
LONGEVOS DE CURITIBA, PR, BRASIL (N=50)

	Total	Mulheres	Homens	
	Mediana (IIQ)	Mediana (IIQ)	Mediana (IIQ)	p*
TICS-M – Orientação	6,0 (2,0)	6,0 (2,0)	5,0 (2,0)	0,35
TICS-M – Memória imediata	3,0 (1,0)	3,0 (1,0)	3,0 (2,0)	0,38
TICS-M – Atenção e cálculo	4,0 (2,0)	4,0 (3,0)	5,0 (2,0)	<0,01
TICS-M – Compreensão semântica	4,0 (2,0)	4,0 (2,0)	4,0 (1,0)	0,20
TICS-M -Linguagem – repetição	1,0 (0,0)	1,0 (0,5)	1,0 (0,0)	0,36
TICS-M – Evocação tardia	2,0 (3,0)	2,0 (3,0)	2,0 (1,0)	0,93
TICS-M – Total	19,0 (5,0)	18,5 (5,0)	20,0 (5,0)	0,61
OPPEB- Fator 1	0,5 (0,4)	0,5 (0,5)	0,4 (0,3)	0,29
OPPEB- Fator 2	1,6 (0,4)	1,6 (0,4)	1,6 (0,3)	0,15
OPPEB- Fator 3	0,8 (0,5)	0,9 (0,5)	0,7 (0,4)	0,06
OPPEB- Fator 4	0,5 (1,1)	0,7 (0,7)	0,0 (0,7)	0,04

* Teste U de Mann-Whitney.

Além do distanciamento social, e todas as medidas protetivas em relação à COVID-19 em vigor durante a coleta dos dados, na cidade de Curitiba o fator climático pareceu ter extrema relevância no índice de frequência nas diversas atividades, principalmente para os idosos. Apesar dos bosques, parques e demais praças, com academias ao ar livre da cidade, a questão climática é um dos fatores de reclusão, promovendo menor participação em atividades ao ar livre (HEO *et al.*, 2017). O estudo de Silva e Biondi (2014) analisou a frequência de turistas e residentes no Jardim Botânico da cidade, nas quatro estações do ano, e descobriu que a maior quantidade de usuários residentes idosos incide no verão.

Curitiba é considerada a capital mais fria do país e apresenta desconforto térmico em todas as estações, mesmo nas residências. A amplitude térmica durante o ano também atrapalha o dia a dia e é prejudicial à saúde. Toda a questão climática é explicada pela localização geográfica do município em relação ao Trópico de Capricórnio, ter uma topografia no primeiro planalto e possuir a Serra do Mar que atua como barreira geográfica de calor (BIONDI; NETO, 2012).

As medições meteorológicas oficiais realizadas pelo Instituto Nacional de Meteorologia (INMET), na estação meteorológica do Centro Politécnico da

Universidade Federal do Paraná (UFPR), apontam para temperaturas médias que variam de máxima. de 26°C a mínima de 7.4°C, o que configura uma cidade úmida e de tempo instável. O nível de pluviosidade de 1500 mm/ano. Além disso, a hospitalização e mortalidade de idosos pode ser maior no frio do que em dias de calor intenso, sendo a principal causa de infecção respiratória e doenças cardiovasculares (MENDONÇA, 2001; IPPUC, 2009; BIONDI; NETO, 2012; LEVIN *et al.*, 2018).

5.1 CORRELAÇÃO ENTRE ANOS DE ESCOLARIDADE E PONTUACAO DO TICS-M E DO OPPEB-BR

A Tabela 6 apresenta os resultados da correlação entre os anos escolaridade e os escores do TICS-M e do OPPEB-BR. Foi possível verificar que a escolaridade apresentou correlação significativa apenas com os escores do TICS-M ($Rho= 0,41$, $p= 0,003$). Os resultados confirmam o que já relatado na academia de que a educação formal funciona como um efeito protetivo para as capacidades cognitivas de idosos (PLASSMAN *et al.*, 2010; PASSOS *et al.*, 2015; CASTRO-COSTA *et al.*, 2018; GOMES *et al.*, 2019; LENEHAN *et al.*, 2014).

Andel *et al.* (2014) relatam que a maior complexidade do trabalho, tanto com pessoas quanto com dados, durante a vida adulta, e maior participação em atividades cognitivas ou de lazer social, se relacionaram a melhores escores cognitivos na idade avançada. E acreditam que a promoção de atividades de lazer poderia compensar a desvantagem cognitiva daqueles que tiveram trabalhos menos complexos. No estudo com nonagenários italianos, Strozza *et al.* (2020) concluíram que aqueles que trabalharam em tarefas de escritórios ou intelectuais tinham menos probabilidade de estar em más condições de saúde que os trabalhadores rurais.

Vagetti *et al.* (2013) encontraram um valor baixo relevante para o domínio Participação Social na testagem com o instrumento WHOQOL-OLD em uma população de 1806 idosos, em Curitiba, no Paraná.

Em Belém, no Pará, 116 longevos foram avaliados no MMSE, e quanto menor a escolaridade, pior o desempenho cognitivo, 36,2% era de analfabetos, 33,6% tinham de 1 a 3 anos de estudo (FERNANDES, 2019). Já Heissler (2021),

no estudo tcheco com superidosos, os que resistem ao declínio cognitivo normal das idades mais avançadas, examinou detalhadamente as atividades sociais, físicas e cognitivas. O grupo de 19 SI era mais dedicado a atividades cognitivas, e o maior desempenho foi relacionado à manutenção de AS e AF. As atividades cognitivas que geraram maior benefício foram ler ficção, usar o computador e jogos.

TABELA 6 - CORRELAÇÃO ENTRE OS ANOS DE ESCOLARIDADE, ESCORES DO TICS-M E ESCORES DO OPPEB-BR EM IDOSOS LONGEVOS DE CURITIBA, PR, BRASIL (N=50)

	Escolaridade (anos)	
	Rho	p
TICS-M	0,41	0,003
OPPEB- Fator 1	0,20	0,162
OPPEB- Fator 2	0,14	0,333
OPPEB- Fator 3	0,25	0,076
OPPEB- Fator 4	0,24	0,088

Rho: Coeficiente de correlação de Spearman.

FONTE: A autora (2021).

Para avançar no entendimento da associação entre a escolaridade e o escore do TICS-M, foi utilizada a regressão linear multivariável adotando como possíveis preditores adicionais à escolaridade, idade, renda mensal e escores dos fatores do OPPEB-BR. Dois modelos foram analisados, sendo o primeiro com entrada forçada da escolaridade e demais preditores, e o segundo (modelo final), com a manutenção apenas das variáveis com valor de $p < 0,20$ (Tabela 7).

O modelo final explicou 26% da variação dos escores de TICS-M e indicou que a escolaridade ($\beta = 0,20$, IC95%=0,03; 0,37, $p = 0,02$), e maiores escores do Fator 4 do OPPEB-BR ($\beta = 1,99$, IC95%=0,21; 3,77, $p = 0,03$), foram associadas com maiores escores desse instrumento. Adicionalmente, idosos de maior idade apresentaram menores escores do TICS-M ($\beta = - 0,26$, IC95%= - 0,46; - 0,04, $p = 0,02$). Resultado também encontrado no TICS-M-PT, indicando menor performance no teste de acordo com a idade.

O F4 do OPPEB-BR é composto pelas atividades intelectuais em que as habilidades de leitura e escrita com fluência são essenciais. O baixo resultado

geral, nesse fator, pode ser explicado pela acuidade visual diminuída e por dores oculares, recorrente e comumente encontradas nos longevos e, também, pela falta de um hábito que não foi estimulado ao longo da vida para essa geração de idosos.

As análises adicionais foram realizadas visando identificar normalidade e independência dos resíduos provenientes do modelo final de regressão. Os resíduos apresentaram distribuição normal ($p=0,45$) e não apresentaram correlação com os valores preditos ($r= 0,00$). O cálculo amostral, *a posteriori*, indicou que a amostra utilizada tinha poder de 0,93 para identificar efeitos maiores ou iguais a $\beta = \pm 0,20$.

O estudo de Lima *et al.* (2021), com 524 longevos de Aracaju, associou a longevidade a histórico familiar, contato familiar e atividades sociais.

TABELA 7 - REGRESSÃO LINEAR MULTIVARIÁVEL PARA FATORES ASSOCIADOS À COGNIÇÃO EM IDOSOS LONGEVOS (N=50)

	Modelo inicial			Modelo final		
	β (IC95%)	p	R ² ajustado	β (IC95%)	p	R ² ajustado
Escolaridade (anos)	0,19 (-0,01; 0,38)	0,05	0,23	0,20 (0,03; 0,37)	0,02	0,26
Idade (anos)	-0,22 (-0,44; 0,01)	0,05		-0,25 (-0,46; -0,04)	0,02	
Renda mensal	0,33 (-0,65; 1,31)	0,50		-	-	
OPPEs- Fator 1	-0,97(-4,58; 2,63)	0,59		-	-	
OPPEs- Fator 2	1,90 (-2,64; 6,44)	0,40		-	-	
OPPEs- Fator 3	-2,13 (-5,33; 1,06)	0,18		-1,88 (-4,31; 0,55)	0,13	
OPPEs- Fator 4	1,93 (0,07; 3,79)	0,04		1,99 (0,21; 3,77)	0,03	

β : Coeficiente de regressão linear; **IC95%**: Intervalo de confiança de 95%.

FONTE: A autora (2021).

5.2 ANÁLISE DA ENTREVISTA ESTRUTURADA – QUALI

A escolha dos dez longevos para a entrevista qualitativa foi realizada de forma aleatória, *a posteriori*, respeitando a pontuação de corte no TICS-M (14) e equalizando o gênero, cinco homens e cinco mulheres. Foi realizada entre os dias 01 de março e 15 de abril de 2021, por telefone, quando os indivíduos acima

de 80 anos já haviam recebido a primeira dose da imunização para a COVID-19, em Curitiba. Os idosos responderam às perguntas que buscaram mapear quais atividades de rotina mais gostavam de realizar; se faziam alguma atividade artística ou trabalho manual; se faziam uso de tecnologias como computador e celular; se tinham motivação para viver e algum sonho; e sobre qual teria sido o maior desafio da vida. Nessa etapa, o tempo médio para a realização das entrevistas foi de dez minutos. Para maior precisão na transcrição, o áudio com as respostas dos idosos foi gravado. Os idosos serão apresentados pela sigla PI, de Pessoa Idosa, seguida de número que vai do 1 ao 10. A Tabela 6 apresenta os dados sociodemográficos da amostra do estudo qualitativo, sendo que mais da metade dos idosos declararam ter renda de até um salário mínimo; apenas uma pessoa idosa é natural do estado do Paraná; e diferentes níveis de escolaridade foram relatados pelos participantes.

TABELA 8 - PERFIL SOCIODEMOGRAFICO AMOSTRA QUALITATIVA N=10

Pessoa Idosa	Idade	Sexo	Raça	Renda Salário mínimo	Naturalidade	Anos Escolaridade	Profissão ao aposentar
PI1	82	F	Branca	1	SC	8	Dona de casa
PI2	84	M	Branca	2	SC	4	Motorista
PI3	85	F	Negra	2	MG	6	Serviços Gerais
PI4	87	M	Branca	1	SC	4	Guardião
PI5	85	F	Branca	3	SC	18	Administrativo
PI6	84	M	Parda	1	SP	1	Mestre de obras
PI7	91	F	Branca	2	SC	4	Costureira
PI8	85	F	Branca	1	CE	4	Lavradora
PI9	84	M	Parda	1	PB	0	Pintor
PI10	84	M	Branca	1	PR	1	Carpinteiro

FONTE: Coelho e Oliveira (2021)

Os resultados individuais da pesquisa qualitativa, conforme Tabela 8, revelam a diversidade do ser humano na velhice, pois, possuem potencialidades mesmo em situação socioeconômica e demográfica desfavoráveis ou idade avançada. Dois exemplos: o do participante PI6, que com um ano de escolaridade teve 4 pontos no item Atenção/Cálculo; a participante PI7, que com 91 anos obteve a terceira maior pontuação total no TICS-M (21).

Na sua obra, “A vida após os 80 anos”, a doutora Gudrum (2019), observa que as pessoas que estão bem fisicamente, muitas vezes, têm a memória fraca. Já com as que estão com aspectos cognitivos preservados, o

oposto acontece, com a presença de limitações físicas. Na visão antroposófica⁴ da autora, a partir dos 42 anos começamos a nos desprender lentamente do corpo, com o “desprendimento” gradativo dos órgãos, o que permitirá o desenvolvimento de qualidades espirituais. A Antroposofia aponta três fases de desenvolvimento, de acordo com a involução dos órgãos, sendo que dos 42 aos 49 anos, denomina de Cognição imaginativa (visão); dos 50 aos 56, a Cognição inspirativa (escuta) e a partir dos 60, a Cognição intuitiva (busca no próprio eu, intuição).

Na frequência dos domínios avaliados pelo OPPEB-BR, novamente chamam atenção os resultados de P17. A pessoa idosa mais velha da amostra obteve os maiores resultados em todas as frequências quando comparada aos demais idosos da pesquisa qualitativa. Um exemplo de que tais resultados combinados ao estilo de vida e ambiente podem estar alinhados aos preceitos de envelhecimento bem-sucedido (ROWE; KAHN, 1997).

De forma geral, os números de F1, Atividades Sociais, podem apresentar o impacto do distanciamento social provocado pela COVID-19 no dia a dia dos participantes. Entretanto, nas atividades contemplativas, de F2, percebe-se uma frequência maior, demonstrando que o idoso realizou determinada atividade mais de uma vez no último mês. A variabilidade no F3, para atividades práticas, tende a refletir as limitações físicas que a longevidade traz para alguns indivíduos na participação social como em ações de voluntariado ou projetos comunitários. No tocante a habilidades intelectuais, F4, apenas dois participantes declararam frequência, demonstrando a baixa adesão da população em questão a atividades que dependem da fluência educacional e habilidades visuais não comprometidas.

⁴ Antroposofia: do grego "conhecimento do ser humano", introduzida no início do século XX pelo austríaco Rudolf Steiner, pode ser caracterizada como um método de conhecimento da natureza do ser humano e do universo, que amplia o conhecimento obtido pelo método científico convencional, bem como a sua aplicação em praticamente todas as áreas da vida humana. Valdemar W. Setzer. Disponível em: www.ime.usp.br Acesso em: 15/02/1998.

TABELA 9 - RESULTADOS TICS-M E FREQUÊNCIA DOS 4 FATORES NO OPPE-BR N=10

Pessoa Idosas	TICS-M Total	Orientação	Registro Memória imediata	Atenção/ Cálculo	Memória Compreensão, semântica e episódica e recente	Linguagem/ repetição	Evocação tardia	F1 OPPE-BR	F2 OPPE-BR	F3 OPPE-BR	F4 OPPE-BR
PI1	18	5	4	4	3	0	2	0.43	1.93	1.11	0.33
PI2	24	7	4	5	5	1	2	0.52	1.93	0.78	0
PI3	17	6	3	2	5	1	0	0.9	1.79	1.11	0
PI4	18	5	2	5	4	1	1	0.43	0.79	0.44	0
PI5	27	7	5	5	5	1	4	0.33	1.36	0.67	0
PI6	20	5	4	4	4	1	2	0.1	1.57	0.67	0
PI7	21	7	3	6	4	1	0	1.52	2	1.67	1
PI8	18	6	2	3	4	1	2	0.43	1.79	0.89	0
PI9	17	5	3	5	4	0	0	0.19	1.29	0.22	0
PI10	16	5	5	3	3	0	0	0.29	1.57	0.44	0

Fonte: Coelho e Oliveira 2021.

Lima *et al.* (2021) concluíram que as PI com mais de 80 anos, de sua amostra, possuíam histórico familiar de longevidade de pais e avós, e que traços da personalidade como consciência, sorrir, ser otimista, extrovertido, feliz e participar socialmente são adjetivos característicos em longevos. Também entenderam que a interação familiar é vital para o bem-estar do idoso, pois é o seu local de convívio e primeiro ambiente social. E que a religiosidade, que conecta com o divino e com pessoas que dividem a mesma fé, dá sentido e entusiasmo à vida.

5.2.1 Atividades do dia a dia

Na análise de conteúdo realizada por meio das respostas às perguntas, emergiram quatro palavras-chave resultantes da quantidade de citações, e que se referiam a atividades realizadas no dia a dia e de que os participantes mais gostavam: Nada, Rezar, Atividades domésticas e Tudo.

Três participantes revelaram que não fazem nada. São idosos que têm grande parte das atividades do dia a dia realizadas por terceiros, mesmo tendo capacidades funcionais para tal, conforme revela a PI4, de 87 anos: *“Eu não faço nada. Almoço, meu filho faz almoço. Eu almoço, janto, tomo café de tarde, saio, levo lixo lá fora, volto e assim só. Não faço mais nada, eu tô aposentado, né? Não faço nada, tô na vida boa”*.

No contexto de atividades praticadas por idosos, Lopes *et al.* (2016) apontaram o papel familiar, com superproteção ou falta de estímulo, como uma das barreiras para a não adesão, por exemplo, em atividades físicas. Já Ribeiro (2012) encontrou idosos curitibanos longevos, majoritariamente independentes em Medida de Independência Funcional (MIF); entretanto, 40% necessitavam de alguma ajuda de supervisão e assistência total para a realização das atividades diárias.

Outros dois idosos revelaram o momento de rezar como sendo uma das atividades que mais gostavam de fazer no dia a dia. A espiritualidade já foi reconhecida pela OMS como ponto importante na QV e incluída, também, como promoção da saúde. No contexto de pessoas maiores de 80 anos, a espiritualidade tem peso relevante no bem-estar do idoso. Gudrum (2019) aponta a religiosidade como um dos fatores importantes no dia a dia de pessoas mais velhas. Segundo a autora, a religião não seria o importante, mas o acreditar em algo mais elevado, seja força divina, trindade, anjo ou seres da natureza.

Reis *et al.* (2017) analisaram, de forma qualitativa e fenomenológica, a religiosidade e a espiritualidade na estratégia de resiliência no dia a dia de quatorze idosos longevos na Bahia. E concluíram que questões relativas a Deus ocupavam uma posição central na vida dos entrevistados, sendo a leitura da bíblia e a oração, estratégias de resiliência que os auxiliavam a enfrentar as dificuldades da velhice.

A questão da religiosidade na velhice vem ganhando espaço nas pesquisas acadêmicas, pois acredita-se que seja um fator importante no contexto de qualidade de vida de pessoas idosas. Para Rocha *et al.* (2014), espiritualidade/religiosidade/fé interferem de maneira positiva no enfrentamento dos obstáculos e dificuldades da vida, fortalecem a resiliência, melhorando, assim, sua qualidade de vida. Para Chaves e Gil (2015) a relação entre espiritualidade e velhice se dá pela capacidade de suportar as limitações, dificuldades e perdas inerentes ao processo; assim, observou-se que a natureza de se viver uma vida espiritual é heterogênea, ao passo que todos têm em comum o reconhecimento de sua importância e seu significado para viver uma velhice com QV.

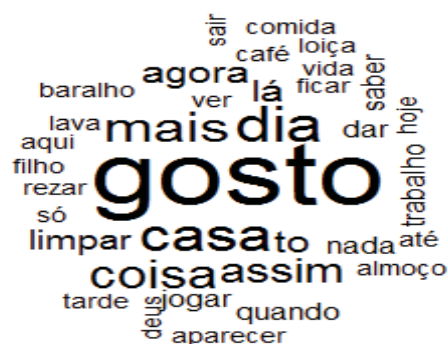
TABELA 10 - CATEGORIAS, DEFINIÇÃO E EXEMPLO DE ATIVIDADES REALIZADAS NO DIA A DIA DE QUE O IDOSO GOSTA

Categoria	Definição	Exemplo
NADA	Participantes que revelam não fazer nada durante o dia e não detém uma atividade de que gostem mais.	"Nada, não faço nada. Estou na vida boa". PI4
REZAR	Idosos que mostram ser o momento de oração a atividade preferida do dia.	"Rezar meu terço às quatro horas da tarde, das quatro às cinco. Das três e meia às cinco horas eu passo rezando, agradecendo a Deus pela vida e por tudo que Deus me deu, pela família que tenho. É o que eu mais gosto, que eu sinto melhor na vida, né?" PI3
ATIVIDADES DOMÉSTICAS	Idosos que demonstram prazer ao realizar atividades rotineiras como cozinhar, lavar louça etc.	"Gosto de lava louça, enxuga louça. Lavava a louça de Bento Munhoz da Rocha". PI10
TUDO	Respondentes demonstram gostar de todas as coisas que realizam no dia a dia	"Gosto de tudo que faço. Faço tudo que gosto. Eu gosto de tudo que eu faço eu gosto de fazer". PI2

FONTE: Coelho e Oliveira (2021)

No que se refere às atividades do dia a dia, a nuvem de palavras grifa visualmente as que fazem parte das categorias encontradas na análise textual, como o gostar do que realizam, lavar louça, fazer comida, limpar, rezar, fazer café.

FIGURA 4 – NUVEM DE PALAVRAS



Fonte: GOMES, 2021.

5.2.2 Atividade artística ou trabalhos manuais

Nesta questão, apenas um longofo declarou realizar atividades de jardinagem e cuidados com a horta. Em relação aos trabalhos manuais ou atividades artísticas, surgiram as palavras: crochê, pintura, jardinagem e costura como atividades que realizavam no passado. Entretanto, os respondentes disseram não realizar manualidades e não o fazem mais por problemas de visão ou alguma limitação física: *“Não tenho paciência, problemas de vista, não posso costurar”*. PI8, 85 anos. Já a PI4, de 87 anos: *“Planto salsinha, cebolinha, couve, marcenaria meus braços já não podem mais. Trabalhei 30 anos colocando porta”*.

“Hoje eu não faço mais porque não enxergo muito bem. Mas se forço eu sinto dor, me dói, assim ... esses ossos da nuca. Mas eu, eu costurava um pouco, eu costurava vestidinho pra elas, vestido pra mim, camisa pros meus filhos; bordava muito ponto cruz. E crochê, tricô, tudo eu aprendi um pouco... mas não fui muito pra frente não, porque já aprendi mais depois de velha e agora não enxergo direito, cabe com tudo. Joguei as linhas fora, de bordado, porque não... parecia que nunca ia ocupar. Joguei fora as... os fios de tricô dei pra minha nora e eu sei que agora eu to aí parada. Não to fazendo, mas tenho vontade de fazer, só que eu não enxergo muito bem a máquina, é... andou com negócio de arrebentar fio e eu não enxergo pra ta pondo a linha, então... é mais uma coisa pra minha filha, ela que resolve todos os meus problemas.” (PI3, 85 anos)

Os longevos declararam não realizar mais os trabalhos manuais de que têm conhecimento por desistência, desinteresse ou limitação física como baixa acuidade visual. Ponto importante a ser verificado no trabalho de convivência com longevos, colocando em prática a teoria de Baltes e oferecendo oportunidades distintas para que o idoso tente se adaptar à nova realidade e consiga encontrar outros espaços ou atividades que lhe tragam benefício.

Os exemplos são multidisciplinares, como a substituição da jardinagem pelo cuidado de plantas em vasos, o crochê pela escrita, pintura de panos ou desenho livre em caderno, a transferência do conhecimento e receitas culinárias por meios orais, o canto, entre tantas outras possibilidades já amplamente difundidas em espaços profissionalizados e atendidos por estratégias de assistência social e terapia ocupacional. A realidade de muitos idosos na

comunidade é que não encontram profissionais ou familiares que os auxiliem e criem, de maneira conjunta, novas formas de realizar artes ou trabalhos manuais. A pesquisa exploratória de Guedes *et al.* (2011), com idosos jovens percebeu por relatos que as atividades manuais e artísticas melhoraram habilidade mental e socialização, e fortaleceram a autoimagem dos participantes, com equilíbrio emocional e contribuindo para o desenvolvimento humano também na velhice, expressando sentimentos pela arte.

5.2.3 Uso de tecnologias

Quando perguntados sobre a utilização de novas tecnologias e acesso a computadores e smartphones, com internet, apenas duas idosas declararam saber utilizar no dia a dia. A questão da inclusão digital para os idosos longevos ainda se faz extremamente necessária e, em tempos de pandemia, é um recurso eficiente que pode melhorar e estreitar o convívio com a rede de contatos, promovendo intergeracionalidade, melhorando a autoestima e reduzindo o isolamento social. (SILVEIRA *et al.*, 2013; CARVALHO *et al.*, 2017). Como relata PI9, 85 anos:

“Sim. Eu tenho um computador. Olha... até que eu já tava sabendo muita coisa, aí entrou o celular novo e eu vou tudo no celular. Mas eu tenho, até que ele tá com a minha filha. Eu sei usar sim. Pouco, mas... pouco eu sei sim. Ah, hahahaha nossa você não imagina quantos grupos que eu tenho... e aí mais grupos de oração, mais trabalhos de igreja, mais família, mais muita coisa boa assim, sabe? Olho de noite quando... ontem perdi um tempinho, olhei Whats App tudo... hahahaha tudo isso, filha.” (PI6, 91 anos).

Hargittai *et al.* (2019) comprovaram a desigualdade digital no tocante a adoção e uso de TICs para maiores de 60 anos nos Estados Unidos que, mesmo depois de aprender, continuaram com grandes diferenças nas habilidades e no conhecimento. A autora aponta o status socioeconômico e a autonomia como as principais causas para o não uso das TICs.

“Olha, eu tenho computador mas depois que eu comecei a usar o celular faço tudo no celular. É... eu ligo, às vezes, mas eu não uso mais

não. É... meu computador tá quase novo. Quer dizer, novo de uso, porque eu já tenho ele faz uns três anos. Não... é mais tempo... não me lembro quanto tempo, mas ele é um computador praticamente novo, não usei muito porque eu acho... porque eu posso fazer tudo no celular e é fácil, né?” Não sou viciada, assim, em celular, agora eu uso menos, porque eu não posso digitar, né, as letras, não enxergo. Então eu falo só de voz, né no celular e coisas, então eu não posso fazer muita coisa não, então eu uso só de manhã e eventualmente quando me chamam e na hora do almoço e... e de tarde quando de repente me da vontade, dou uma olhada, eu que tenho bastante amigas e meus parentes ... então eu converso com eles, às vezes, mas não uso muito de noite. O máximo que eu uso o celular, agora nesses tempos com a minha vista problema é máximo uma hora e meia por dia, eu acho. Acompanho minhas contas e também pra condomínio né, que tem eu era do conselho e a síndica é minha amiga e a gente, é, conversa muito, então por aí...” (PI5 – 85 anos).

Gomes *et al.* (2019) realizaram revisão de efeitos de TIC na cognição e confirmaram que a inclusão digital possibilitou uma redução dos efeitos do declínio cognitivo normal. Alguns achados também apontaram redução no nível de ansiedade, melhor autoconfiança e engajamento.

A PI4 mostra baixa perspectiva com relação à própria habilidade de aprender por conta da idade e que a afasta da possibilidade de conhecer algo novo e de reconhecer a importância do ambiente e da inserção social como facilitadores educacionais.

“ Celular eu sei ligar pros filhos porque tem uma agenda, ali eu aperto só a letra do nome e eu consigo ligar pros filho. Mas... aí ligo também pras irmãs, irmãos no... tem um no jardim, outro no norte do Paraná, por aí. Assim, tem dia que eu não consigo, porque aqui também é ruim a ligação. Eu moro no térreo, né? E não tem internet, então é a... internet dos outros que ajuda, né? E daí num... aprendi. Eu fiz muita conta, que eu já to mais no... no fim da vida, não procurei aprender. Quer dizer, se fosse uma coisa que a gente quisesse com a gente novo, a gente ia lutar e aprender, né? Mas eu, agora depois que eu já to velha eu vou deixando assim mesmo. Não, não uso nada. Elas até queria fazer pra mim, uma neta disse assim: “Vó, vou fazer whatsapp pra senhora”, eu falei “Não, não faça que eu num... não sei lidar com isso”. Mas dá pra alguma hora dessa alguém fazer pra mim aí...não é difícil de entender, né?” (PI4 - 84 anos).

O estudo FIBRA 80+ relatou que 88,8% dos octogenários nunca usou *e-mail* ou redes sociais para se comunicar (MENDES *et al.*, 2019). Nas respostas abertas sobre os motivos de não participação, seis categorias foram mapeadas: motivos psicológicos, de saúde, incapacidade ou deficiência cognitiva, motivos sociais, econômicos e ambientais. Os idosos declararam que motivos psicológicos colaboram para restrição ou não participação em atividades, entre eles o desânimo, a preguiça, gostar de se isolar e não se sentir confortável no ambiente.

5.2.4 Motivação de vida e sonho

Em relação ao que motiva os idosos a viver está a família, a espiritualidade e a vida com saúde e funcionalidade. Os idosos demonstraram estar realizados, mas acreditam que por conta da idade não podem mais alcançar alguns sonhos. A PI1, de 82 anos, revela:

“Eu quero viver com saúde, sem precisar de ajuda para tomar banho, ir ao banheiro. Tenho medo de ficar assim. Sonho ver a família em paz, com saúde, família unida. Família grande 8 filhos, 18 netos, 4 bisnetos. Já cheguei até aqui, não vou viver mais muito não” (PI1, 82 anos).

A questão do propósito ou motivação de vida em adultos e idosos foi tema da revisão integrativa de Ribeiro *et al.* (2020). Segundo o estudo, pessoas com nível alto de Propósito de vida (PV) têm uma visão mais positiva do envelhecimento, tendem a ser mais resilientes e a busca ativa por metas aumenta a força orientada para objetivos. A revisão conclui que o PV está associado a traços psicológicos que podem levar a uma boa saúde, como otimismo, autoeficácia e ausência de depressão. Positividade e otimismo foram encontrados no participante PI2: “Gosto de tudo que faço. Faço tudo que gosto. Eu gosto de tudo que eu faço, eu gosto de fazer; e PI9: “É para viver, não é porque tem 80 que não vai querer viver. Viver é bom. Meu pais-bisavós viveram até 100 anos. Minha mãe, pai com 80 e tantos”

Susanne Bettioli (2012) investigou práticas culturais de cuidado com a saúde dos idosos longevos sob a ótica da Enfermagem gerontológica, e concluiu que é com os indivíduos que fazem parte do círculo familiar que as pessoas

idosas encontram a afetividade que sustenta a vida. A P113 exemplifica no relato: *“Viver mais alguns anos, para meus filhos, meus netos... eu amo meus netos, quero tudo de bom pra eles. Viver pedindo... implorando a Deus por eles né? É... a motivação que eu tenho”*.

Segundo Bettioli (2012), o sagrado se manifesta nos longevos por meio da religiosidade que também pode ser considerada como autocuidado. Caldas e Bertero (2007) constataram que a família e a religiosidade representam fonte de conforto, atenção, apoio e proteção. Religiosidade e espiritualidade podem ser difíceis de definir pois, são dois conceitos que, frequentemente, são considerados juntos. Revelam, ainda, que os benefícios para a saúde que podem resultar do envolvimento religioso e espiritual podem ser importantes para o futuro da saúde da população global (OFSTEDAL *et al.*, 2016). A fé é apresentada na fala da P15:

"Ah, poxa vida... se eu pudesse né fazer tanta coisa... agora que eu to doente assim e não posso fazer as coisas, não posso caminhar por causa do COVID e tudo... então eu... a gente fica imaginando muita coisa. Hoje eu faço muita oração, terço e acompanho muitas novenas assim né?" (P15, 85 anos).

Marinho *et al.* (2018) concluíram que os idosos veem a longevidade como uma dádiva de Deus e a espiritualidade como valor central em seu dia a dia.

Os sonhos, representados nas falas dos participantes, não costumam abarcar objetos de consumo. Entre os respondentes, um participante revelou o desejo de ter um imóvel em seu nome, e outro, de fazer uma viagem de navio. As falas apresentam a falta de perspectiva no quesito de realização de sonhos: *“Sonho? Hoje não tenho mais sonho. Meu sonho era ter uma casa para morar. Agora não dá mais, não tamo passando necessidade, fome”* (P1 9); *“Ah, meu sonho sempre foi de viajar de navio, né? Meu sonho sempre foi viajar de navio. Mas até hoje não deu, né? Agora ninguém vai dar mais, né?”* (P1 2).

5.2.5 Maior desafio

Quando perguntados sobre qual o maior desafio que tiveram ao longo da vida, três categorias de palavras foram levantadas: família e a referência à

"Foi casar. Porque eu pensei que eu não casava mais. Eu com esse problema no pé que eu tenho eu digo: - Não vou achar mulher nunca. No fim a mulher veio onde eu tava. No fim ela chegou perto de mim onde eu tava, a senhora acredita numa coisa dessas? É, porque a mãe dela trabalhava lá com nois no hotel e ela veio, aí eu falei brincando pra ela "Eu vou lá, vou lá no domingo tomar um café com a sua filha e com a senhora". Ela: - "Ah, pode ir, pode ir". Aí fui. Fui e fiquemo uns cinco, seis meses e daí casamos. A senhora já pensou? Veio na minha mão, ela. Eu tinha trinta e quatro, ela tinha dezessete pra dezoito. Eu mais velho que ela quinze anos. É isso aí... é... hahahaha. Casei, tive o meu filho Júlio, que tá aqui e assim, só. E a gente tá indo" (PI4, 87).



Fonte: GOMES (2021).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao investigar as relações entre a escolaridade, a cognição e a atividade social em idosos com mais de 80 anos percebemos o quão importante é o conhecimento para que essas variáveis, que podem ser modificadas, tragam qualidade de vida para o envelhecimento dessas pessoas.

A caracterização dos dados sociodemográficos demonstrou como é parte da realidade de octogenários de Curitiba, que vivem na comunidade. Ao avaliar a relação entre o nível de escolaridade e o estado cognitivo em idosos longevos, percebemos que o tempo escolar ao longo da vida traz diferença significativa na cognição desses idosos.

Não conseguimos identificar relação estatisticamente significativa entre a frequência de participação em atividades sociais e cognição, sendo que o contexto da pandemia de COVID-19 pode ter influenciado os números. Ao verificar as relações entre as atividades sociais, práticas intelectuais e domínio cognitivo da amostra percebemos que apenas as práticas intelectuais se associaram de forma significativa aos desfechos cognitivos. E ao analisar, de forma qualitativa, as falas dos entrevistados, constatamos a importância que a família e a religião/espiritualidade têm no dia a dia dessa população.

Desta forma, os objetivos propostos pelo estudo foram alcançados, não se podendo afirmar que algum tipo específico de atividade ou frequência de participação de idosos em atividades tenha efeito protetivo ou positivo e que isso acarrete algum benefício cognitivo para a amostra estudada. Apesar da associação positiva do domínio de atividades intelectuais ter se relacionado a maiores notas de cognição, o resultado pode ter maior relação por causa da escolaridade adquirida do que pela efetiva participação em tal atividade.

Entretanto, esta associação pode indicar o quão benéfico podem ser o fomento e o estímulo à prática de atividades intelectuais para idosos longevos por meio de projetos educacionais formais, não formais e culturais. As iniciativas devem atender suas necessidades de baixa visão, mobilidade, mas também socioeconômicas. O envolvimento de longevos na leitura, é atividade de baixo custo e com grande potencial, mas em um país continental o desafio é a criação de projetos que atendam pessoas com pouca escolaridade nas atividades intelectuais. O TICS-M e o OPPEB-BR são instrumentos que podem dar pistas

de como evitar evasão e estimular a aprendizagem em movimentos de EJA, universidades da maturidade e demais projetos educacionais, pois conseguem mapear individualidades para promoção de maior participação e engajamento.

Um dos grandes desafios da pesquisa com idosos longevos é a confiança. O agente intermediador, em quem o idoso confie e que indique o trabalho do pesquisador ou do responsável pela coleta de dados, é essencial. Muitos idosos são orientados a não responder questões pessoais, pois já foram vítimas de golpes financeiros, principalmente por telefone. Quanto maior a empatia e paciência por parte do entrevistador, maior a qualidade que obterá nas respostas, principalmente, em questões abertas e semiestruturadas de ordem qualitativa.

Outro ponto qualitativo, percebido durante as entrevistas mas não mensurado, e já abordado no campo gerontológico, é que idosos que moram com filhos, muitas vezes ainda são capazes de realizar algumas atividades, mas acabam sendo desestimulados pela família, por referirem perigo ou acharem que “não” é mais necessário que o idoso participe de tais atividades.

A universalização da educação básica no Brasil, aos poucos, está trazendo benefícios para a população idosa. As iniciativas das universidades abertas da maturidade ainda são restritas, mesmo em locais que contam com faculdades, mas descentralizar e municipalizar projetos de educação para idosos pode trazer resultados diretos aos índices de qualidade de vida e controle de doenças crônicas de longevos que residem fora de grandes centros.

Neste cenário em que a vida real fica cada vez mais entrelaçada com o mundo virtual, e com o contexto de distanciamento pela pandemia, a inclusão digital dos idosos é cada vez mais urgente. Conforme dados qualitativos, apenas um longo vivo da pesquisa fazia uso das TICS para comunicação. A pesquisadora presenciou a exclusão social de idosos no tocante à utilização de serviços públicos pela falta de conhecimento (nem sempre pela falta de recurso), pela restrição de mobilidade, pois não saem mais de carro porque o estacionamento na rua é apenas por aplicativo, e por terem ficado meses sem receber as aposentadorias, pois as instituições públicas fecharam na pandemia e os idosos não tinham condições de acessar o espaço virtual dessas instituições. Esses são alguns entre os inúmeros outros casos desconhecidos que afetam diretamente a vida dessas pessoas.

Com base nos resultados encontrados fica fortalecida a ideia de que os espaços religiosos possam ser melhor, e ainda mais, considerados nas estratégias de educação formal e informal, em temas que vão além da espiritualidade para idosos longevos. As igrejas são locais que muitos idosos já frequentam e se sentem pertencendo, podem ter maior acessibilidade e com potencial de gerar transformação social para maior autonomia e promoção de diferentes modalidades de atividades sociais.

6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Ansiedade e sintomas depressivos não foram avaliados, mas também podem estar associados negativamente a baixos níveis de performance no TICS-M. Amostra do estudo por conveniência, com idosos da comunidade, fora de contexto clínico ou de atendimento à saúde, não podendo ser generalizado; não contemplou longevos sem filhos ou solteiros, entre os 51 participantes. A realização da pesquisa durante a pandemia também se mostrou um evento desafiador, com resultados provavelmente distintos, caso aplicada em contexto diferente.

Durante a revisão de literatura não foram encontrados artigos que apresentassem a utilização do mesmo instrumento para a triagem cognitiva de uma amostra de longevos brasileiros, e a comparação do TICS-M com outros instrumentos, em outras populações, deve ser considerada com ressalvas por conta das diferenças transculturais da amostra e do documento, o que pode alterar a pontuação mínima. A mesma observação é pertinente ao OPPES-BR. O uso de instrumentos para rastreio de estado cognitivo também pode ser ampliado para outros que avaliam todos os domínios da cognição.

O tamanho da amostra e o desenho do estudo não permitem afirmar, porém, o estudo é o retrato da realidade de longevos da comunidade de uma capital, no Brasil, que possui potencial para modificar a frequência de atividades sociais para longevos, proporcionando maior qualidade de vida em um cenário pós-COVID.

REFERÊNCIAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Questionário com os dados de identificação, formulário sociodemográfico e questionário socioeconômica Brasil (ABEP), 2018. Disponível em : <https://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em 15 jan. 2021.

ADAMS, K.; LEIBBRANDT, Y.; MOON, H. A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. **Ageing and Society**, v. 31, n. 4, p. 683-712, 2011.

AFSHAR, P. F.; FOROUGHAN, M.; VEDADHIR, A.; TABATABAEI, M. G. The effects of place attachment on social well-being in older adults. **Educational Gerontology**, v. 43, n. 1, p. 45-51, 2017. DOI: 10.1080/03601277.2016.1260910.

AGAHI, N.; PARKER, M. G. Leisure Activities and Mortality: Does Gender Matter? **Journal of Aging and Health**, v. 20, n. 7, p. 855-871, 2008. doi:10.1177/0898264308324631.

ALBUQUERQUE, M. V. de *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 22, n. 4, p. 1055-1064, 2017. doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016.

ALMEIDA, S. T. de. Tradução, adaptação cultural e validação da versão em português do Brasil do selection, optimization and compensation questionnaire (SOCQ) para uso entre idosos sedentários e atletas master. 2013. 193 f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

ANDEL, R.; SILVERSTEIN, M.; KÅREHOLT, I. The role of midlife occupational complexity and leisure activity in late-life cognition. **Journals of Gerontology**, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, v. 70, n. 2, p. 314–321, 2014.

ANDERSON, R. M.; HEESTERBEEK, H.; KLINKENBERG, D.; HOLLINGSWORTH, D. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? **The Lancet**, v. 395, p. 931-934, 2020.

ARAÚJO, J.; RIBEIRO, H. Centenários: que redes sociais? **Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 11, 2012.

ARAÚJO, P. L.; GALATO, D. Risco de fragilização e uso de medicamentos em idosos residentes em uma localidade do sul de Santa Catarina. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** [online], v. 15, n. 1, p. 119-126, 25 Jul 2012. doi.org/10.1590/S1809-98232012000100013.

ARGIMON, Irani I. L. Aspectos cognitivos em idosos. **Avaliação Psicológica**, v. 5, n. 2, p. 243-245, dez. 2006.

BACCARO, A.; SEGRE, A.; WANG, Y.; BRUNONI, A.; SANTOS, I.; LOTUFO, P.; BENSON, I.; GOULART, A. Validation of the Brazilian-Portuguese version of the Modified Telephone Interview for cognitive status among stroke patients. **Geriatrics & Gerontology International**, v. 15, n. 9, p. 1118-1126, set. 2015.

BAKER, A.; BYLES, J.; LOXTON, D.; MCLAUGHLIN, D.; GRAVES, A.; DOBSON, A. Utility and Acceptability of the Modified Telephone Interview for Cognitive Status in a Longitudinal Study of Australian Women Aged 85 to 90. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 61, n. 7, p. 1217-1220, jul. 2013.

BALTES, M. M.; CARSTENSEN, L. L. The Process of Successful Aging: Selection, Optimization, and Compensation. In: STAUDINGER, U. M.; LINDENBERGER, U. (eds) **Understanding Human Development**. Boston, MA, 2003.

BALTES, P. B. The Aging Mind: Potential and Limits. **The Gerontologist**, v. 33, n. 5, p. 580–594, oct. 1993. <https://doi.org/10.1093/geront/33.5.580>.

BANCO MUNDIAL. Life expectancy at birth, total (years). Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>. Acesso em 10 out. 2020.

BARBOSA, I. R. *et al.* Incidência e mortalidade por COVID-19 na população idosa brasileira e sua relação com indicadores contextuais: um estudo ecológico. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, out. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562020023.200171>.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARVIERA, E. *et al.* **Perfil dos idosos e longevos do Brasil**: Análise da Pesquisa Nacional de Saúde – IBGE 2013. Org. Josemana de Paula Rocha e Angelo Jose Goncalves Bos. Porto Alegre: ediPUCRS, 2020.

BEDNAREK, B.; WOŁĄGIEWICZ, J.; SOUSA, C.; CONSTÂNCIO, J.; VELKOVA, V.; ZAREVA, D. **Silver Civic Education**. Project Open Guide For Educators. Silver Civic Education, 2019. Disponível em: https://epale.ec.europa.eu/sites/default/files/sce_guide_final_0.pdf. Acesso em: 15 jan. 2020.

BENTO-TORRES, N.V.O. *et al.* Influence of schooling and age on cognitive performance in healthy older adults. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research** [online], v. 50, n. 4, 23 mar. 2017. doi.org/10.1590/1414-431X20165892.

BERGAMO, M. Primeira vacinada é mulher negra e enfermeira do Emílio Ribas em SP. **Folha de São Paulo**, 17 jan. 2021. Colunas e Blogs (on-line). Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2021/01/primeira->

[vacinada-e-mulher-negra-e-enfermeira-do-emilio-ribas-em-sp.shtml](#). Acesso em 15 jun. 2021.

BERGEN, D.; WOODIN, M. **Brain Research and Childhood Education: Implications for Educators, Parents, and Society**. New York: Routledge, 2017. doi.org/10.4324/9781315465173

BETIOLLI, S. E. **As práticas culturais de cuidado com a saúde dos idosos longevos da comunidade**. 2012. Dissertação (Mestrado em Programa de Pós-Graduação em Enfermagem), Universidade Federal do Paraná, Curitiba (PR), 2012.

BIELAK, A. M. How Can We Not 'Lose It' if We Still Don't Understand How to 'Use It'? Unanswered Questions about the Influence of Activity Participation on Cognitive Performance in Older Age – A Mini-Review. **Australian National University**, Canberra, A.C.T., Australia, v. 56, n. 5, p. 507–519, 2010.

BIONDI, D.; NETO, E. Distribuição espacial e toponímia das praças de Curitiba-PR. **Soc. Bras. de Arborização Urbana REVSBAU**, Piracicaba, v. 7, n. 3, p. 31-43, 2012.

BORTOLUZZI, E.; DORING, M.; PORTELLA, M.; CAVALCANTI, G.; MASCARELO, A.; DELLANI, M. Prevalência e fatores associados a dependência funcional em idosos longevos. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**, v. 22, n. 1, p. 85-94, 2017. DOI: 10.12820/rbafs.v.22n1p85-94.

BRANDEBUSQUE, J. C. **Atividades cognitivas entre idosos longevos: dados do estudo FIBRA**. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2019. Disponível e: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/100/100141/tde-13062019-230505/publico/DISSERTACAO.pdf> Acesso em: 10/06/2021

BRASIL. **Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde - 3. ed., 2. reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 15 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**/Ministério da Saúde - 3. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRIGOLA, A. G. *et al.* Relationship between cognition and frailty in elderly: A systematic review. **Dementia & Neuropsychologia** [online], v. 9, n. 2, p. 110-119, 2015. doi.org/10.1590/1980-57642015DN92000005.

BRITO, T. A.; FERNANDES, M. H.; COQUEIRO, R. S.; JESUS, C. S. Falls and functional capacity in the oldest old dwelling in the community. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 43-51, jan./mar. 2013.

BRODATY, H. *et al.* ICC-dementia (International Centenarian Consortium - dementia): an international consortium to determine the prevalence and incidence of dementia in centenarians across diverse ethnoracial and sociocultural groups. **BMC Neurol**, v. 21, p.16-52, apr, 2016. doi: 10.1186/s12883-016-0569-4. PMID: 27098177; PMCID: PMC4839126.

BUETTNER, D.; SKEMP, S. Blue Zones: Lessons From the World's Longest Lived. **American journal of lifestyle medicine**, v. 10, n. 5, p. 318–321, 2016.

BUKOV, A.; MAAS, I.; LAMPERT, T. Social Participation in Very Old Age: Cross-Sectional and Longitudinal Findings From BASE. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 7, n. 6, p. P510-P517, nov. 2002. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.6.P510>.

BURKHARD, G. K. **A vida após os 80 anos**. São Paulo: Editora Antroposófica, 2019.

BUTLER, R. Combating ageism. **International Psychogeriatrics**, v. 21, n. 2, p. 211-211, 2009. doi:10.1017/S104161020800731X.

CACHIONI, M.; ORDONEZ, T. N.; SILVA, T. B. L. da; BATISTONI, S. S. T.; YASSUDA, M. S.; MELO, R. C.; DOMINGUES, M. A. R. C.; LOPES, A. Motivational Factors and Predictors for Attending a Continuing Education Program for Older Adults. **Educational Gerontology**, v. 40, n. 8, p. 584-596, 2014. DOI: 10.1080/03601277.2013.802188.

CALDAS, C. P.; BERTERÖ, C. M. Living as an Oldest Old in Rio de Janeiro: The Lived Experience Told. **Nursing Science Quarterly**, v. 20, n. 4, p. 376-382, 2007. doi:10.1177/0894318407306542

CAMACHO, N. C. A.; MORCHE, K. R.; MULLER, A. L. W.; BÓS, A. J. G. Por que nonagenários não se tornam centenários no Brasil. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, v. 62, n. 1, p. 55-59, jan./mar. 2018.

CAMPOS, A. C. V.; FERREIRA, E. F.; VARGAS, A. M. D.; GONÇALVES, L. H. Healthy aging profile in octogenarians in Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, p. 2-11, 2016.

CARLEW, A. R.; FATIMA, H.; LIVINGSTONE, J. R.; REESE, C.; LACRITZ, L.; PENDERGRASS, C.; BAILEY, K. C.; PRESLEY, C.; MOKHTARI, B.; CULLUM, C. M. Cognitive Assessment via Telephone: A Scoping Review of Instruments. **Archives of Clinical Neuropsychology**, v. 35, n. 8, p. 1215–1233, dec. 2020.

CARNEIRO, J. A. *et al.* Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos não institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], v. 69, n. 03, p. 435-442, 2016. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690304i>.

CARSTENSEN, L. L. Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. **Psychology and Aging**, v. 7, n. 3, p. 331-338, sep. 1992.

CARVALHO, C. M. B. de; JUNIOR, J. B. B; FREIRE, V. M. M. Aspectos demográficos da população longeva. **Revista Tecnologias na Educação**, v. 22, ano 9, 2017.

CASTANHO, T. C. *et al.* Applicability of the Telephone Interview for Cognitive Status (Modified) in a community sample with low education level: association with an extensive neuropsychological battery. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 31, n. 2, p. 128-136, feb. 2016.

CASTRO-COSTA, E.; LIMA-COSTA, M.F.; ANDRADE, F. B.; SOUZA JUNIOR, P. R. B; FERRI, C.P. Cognitive function among older adults: ELSI-Brazil results. **Rev. Saúde Pública**, v. 52, n. 2, p. 1-9, 25 oct. 2018.

CHATTERJEE, H. J.; CAMIC, P. M.; LOCKYER, B.; THOMSON, L. J. M. Non-clinical community interventions: a systematised review of social prescribing schemes. **Arts & Health**, v. 10, n. 2, p. 97-123, 2018. DOI: 10.1080/17533015.2017.1334002.

CHEN, G.; GAO, Y. Changes in Social Participation of Older Adults in Beijing. **Ageing International**, v. 38, n. 1, p. 15–27, 2013. <https://doi.org/10.1007/s12126-012-9167-y>.

CHENG, A.; LEUNG, Y.; CRAWFORD, J. D.; HARRISON, F.; SACHDEV, P.; BRODATY, H. The psychological health of 207 near-centenarians (95–99) and centenarians from the Sydney Centenarian Study. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, n. 53, v. 10, p. 976–988, 2019. <https://doi.org/10.1177/0004867419848831>.

CIOSAK, Suely Itsuko *et al.* Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online], v. 45, n. spe2, p. 1763-1768, 2011. doi.org/10.1590/S0080-62342011000800022.

CIPOLLI, G.; APRAHAMIAN, I.; FALCÃO, D.; BORIM, F.; NERI, A.; CACHIONI, M.; MELO, R.; BATISTINI, S.; YASSUDA, M. Relação entre sarcopenia e cognição: avaliação de seguimento do estudo FIBRA em Ermelino Matarazzo e Campinas. **Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano**, v. 16, n. 1, p. 147-148, 2019. doi.org/10.5335/rbceh.v16i1.9831.

COOK, C.; FLETCHER, J. Can education rescue genetic liability for cognitive decline? **Social Science and Medicine**, v. 127, p. 159-170, 2015.

COSTA, R. S. da; LEÃO, L. F.; CAMPOS, H. L. M. Envelhecer na zona rural do interior do estado do Amazonas, desempenho cognitivo, funcionalidade e percepção de saúde: um estudo transversal. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 23, n. 1, p. 83-103, 2020.

COSTA, T. B. Atividade física, atividade social e satisfação com a vida: relações cruciais na velhice bem-sucedida. 2016. Tese (Doutorado em

Gerontologia) – Faculdade de Ciências Médicas da, Unicamp, Campinas, SP, 2016.

CRESWEL, J. W. **Projeto de Pesquisa** – Métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CURITIBA. Alfabetizando com saúde. **Secretaria de Saúde de Curitiba**, Curitiba, 2015. Disponível em: <https://saude.curitiba.pr.gov.br/noticias/8-secretaria/256-as.html>. Acesso em

CURITIBA. **Decreto nº 421, de 16 de março de 2020**. Declara Situação de Emergência em Saúde Pública, em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus (COVID 19). Prefeitura Municipal de Curitiba, Curitiba, 16 de março de 2020. Disponível em: <https://mid.curitiba.pr.gov.br/2020/00296738.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

DI NUCCI, F. R. C. F. *et al.* Ausência de relação entre hipertensão arterial sistêmica e desempenho cognitivo em idosos de uma comunidade. **Archives of Clinical Psychiatry** [online], v. 37, n. 2, p. 52-56, 21 mai. 2010. doi.org/10.1590/S0101-60832010000200004.

DIAS, V. F. *et al.* Dados sociodemográficos, condições de saúde e sinais de violência contra idosos longevos. **Rev. Saúde Col. UEFS**, Feira de Santana, v. 9, p. 186-192, 2019.

DICKENS, A. P.; RICHARDS, S. H.; GREAVES, C. J. *et al.* Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. **BMC Public Health**, v. 11, n. 647, 2011.

DIXON, L. **Handbook of the Psychology of Aging**. 7ª edição. Editores K. Warner Schaie e Sherry L. Willis, 2011.

DODGE, H.; KITA, Y.; TAKECHI, H.; HAYAKAWA, T.; GANGULI, M.; UESHIMA, H. Healthy cognitive aging and leisure activities among the oldest old in Japan: Takashima study. **Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 63, n. 11, p. 1193-1200, 2008.

ESCOURROU, E.; DURRIEU, F.; CHICOULAA, B. *et al.* Cognitive, functional, physical, and nutritional status of the oldest old encountered in primary care: a systematic review. **BMC Fam Pract**, v. 21, n. 58, 2020. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01128-7>.

FASTAME, M. C.; RUIU, M.; MULAS, I. Mental Health and Religiosity in the Sardinian Blue Zone: Life Satisfaction and Optimism for Aging Well. **J Relig Health**, v. 60, p. 2450–2462, 2021. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01261-2>.

FERNANDES, D. S. *et al.* Functional capacity assessment of long-lived older adults from Amazonas. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], v. 72, n. 2, p. 49-55, 05 dez. 2019.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; GARCIA, L.; ABARCA, D.; BLANC, E.; EFKLIDES, A.; MORAITOU, D.; PATRICIA, S. The concept of 'ageing well' in ten Latin American and European countries. **Ageing and Society**, v. 30, n. 1, p. 41-56, 2010. doi:10.1017/S0144686X09008587.

FERREIRA H.; BARHAM E. O Envolvimento de idosos em atividades prazerosas: revisão da Literatura sobre Instrumentos de Aferição TT. **Rev. Bras. Geriatr. e Gerontol.**, v.14, n. 3, p. 579-590, 2011.

FERREIRA, F.R.; CÉSAR, C.C.; ANDRADE, F.B.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; LIMA-COSTA, M. F.; PROIETTI, F. A. Aspects of social participation and neighborhood perception: ELSI-Brazil. **Rev Saúde Pública**, v. 52, n. 2, p. 1-11, 25 oct. 2018.

FERREIRA, D. *et al.* Cognitive Variability during Middle-Age: Possible Association with Neurodegeneration and Cognitive Reserve. **Front. Aging Neurosci.**, 09 jun. 2017. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2017.00188>.

FERREIRA, H. G. **Propriedades psicométricas de um instrumento para avaliar o envolvimento de idosos em atividades prazerosas**. 2015. 171 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGPsi, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015.

FETER, N. *et al.* Who are the people with Alzheimer's disease in Brazil? Findings from the Brazilian Longitudinal Study of Aging. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 24, 2021.

FONSECA, V. da. Papel das funções cognitivas, conativas e executivas na aprendizagem: uma abordagem neuropsicopedagógica. **Rev. psicopedag.**, v. 31, n. 96, p. 236-253, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862014000300002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 out. 2021.

FRANZK, B.; NEUBAUER, O.; WAGNER, K. H. Super DNAGing—New insights into DNA integrity, genome stability and telomeres in the oldest old Mutation Research. **Reviews in Mutation Research**, v. 766, p. 48-57, oct./dec. 2015.

FRANZKE, B.; SCHOBBER-HALPER, B.; HOFMANN, M.; OESSEN, S.; TOSEVSKA, A.; STRASSER, E. M.; MARCULESCU, R.; WESSNER, B.; WAGNER, K. H. "Fat Soluble Vitamins in Institutionalized Elderly and the Effect of Exercise, Nutrition and Cognitive Training on Their Status—The Vienna Active Aging Study (VAAS): A Randomized Controlled Trial". **Nutrients**, v. 11, n. 6, 2019. <https://doi.org/10.3390/nu11061333>.

FREUND, A. M.; BALTES, P. B. Life-management strategies of selection, optimization and compensation: Measurement by self-report and construct validity. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 82, n. 4, p. 642–662, 2002. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.4.642>.

FRIEBE, J.; SCHMIDT-HERTHA, B. Activities and Barriers to Education for Elderly People. **Journal of Contemporary Educational Studies**, v. 1, p. 10–26, 2013.

FRIES, A. T.; PEREIRA, D. C. Teorias do Envelhecimento Humano. **Revista Contexto & Saúde**, v. 11, n. 20, p. 507–514, 2013.
<https://doi.org/10.21527/2176-7114.2011.20.507-514>.

GALVÃO, M. H. R.; RONCALLI, A. G. Fatores associados a maior risco de ocorrência de óbito por COVID-19: análise de sobrevivência com base em casos confirmados. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online], v. 23, 2020.
doi.org/10.1590/1980-549720200106.

GELLERT, P.; HÄUSLER, A.; SUHR, R.; GHOLAMI, M.; RAPP, M. *et al.* Testing the stress-buffering hypothesis of social support in couples coping with early-stage dementia. **PLOS ONE**, V. 13, n. 1, 2018.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189849>.

GOLDENBERG, M. **Corpo, envelhecimento e felicidade na cultura brasileira**. Contemporânea, 2013.

GOMES, F. R. H. **Associação da atividade física estruturada e das oficinas/cursos oferecidos pela UNATI com aspectos cognitivos e a percepção de qualidade de vida em idosos**: um estudo longitudinal. 199f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Paraná. Setor de Educação Curitiba, 2020. Disponível em:
<https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/69576>

GOMES, F. R. H.; OLIVEIRA, V.; VAGETTI, G. C. Correlação dos anos de escolaridade com o estado cognitivo em idosos. In: II CONGRESSO NACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 2018, Curitiba. **II Congresso Nacional de Envelhecimento Humano**. Curitiba: CNEH, 2018. p. 1-12.

GOMES, F. R. H.; VAGETTI, G. C. *et al.* Relação entre a escolaridade e a cognição em pessoas idosas do Departamento do idoso da Fundação Proamor de Ponta Grossa-PR, Brasil. **A produção do Conhecimento Nas Ciências Humanas** 3, v. 3, p. 19-31, 2019.

GOTTLIEB, G. Probabilistic epigenesis. **Developmental Science**, v. 10, n. 1, p. 1-11, jan. 2007. doi.org/10.1111/j.1467-7687.2007.00556.x.

GUEDES, M. H. M.; GUEDES, H. M.; ALMEIDA, M. E. F. de. Efeito da prática de trabalhos manuais sobre a autoimagem de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** [online], v. 14, n. 4, p. 731-742, 2011.
doi.org/10.1590/S1809-98232011000400012.
HADDAD, S. A ação de governos locais na educação de jovens e adultos. **Revista Brasileira de Educação**, v. 12, n. 35, mai./ago. 2007.

HARGITTAL, E.; PIPER, A.M.; MORRIS, M.R. From internet access to internet skills: digital inequality among older adults. **Univ Access Inf Soc**, v. 18, p. 881–890, 2019.

HAYDEN, K. M.; REED, B. R.; MANLY, J. J.; TOMMET, D.; PIETRZAK, R. H.; CHELUNE, G. J.; YANG, F. M.; REVELL, A. J.; BENNETT, D. A.; JONES, R. N. Cognitive decline in the elderly: an analysis of population heterogeneity. **Age and Ageing**, v. 40, n. 6, p. 684–689, nov. 2011. <https://doi.org/10.1093/ageing/afr101>.

HEISSLER, R.; GEORGI, H.; KOPEČEK, M. Leisure Activities Of Superagers. Ageing 2021. **Proceedings 5th Gerontological Interdisciplinary Conference**, v. 11, p. 77-86, 2021.

HEO, J.; CHUN, S.; KIM, B.; RYU, J.; LEE, Y. Leisure activities, optimism, and personal growth among the young-old, old-old, and oldest-old. **Educational Gerontology**, v. 43, n. 6, p. 289-299, 2017. DOI: 10.1080/03601277.2017.1289457.

HOWARTH, M.; ALISTAIR GRIFFITHS, A. S.; RICHARD, G. Care of the Older Person. Social prescribing: a ‘natural’ community-based solution. **British Journal of Community Nursing**, v. 25, n. 6, 2020.

HUANG, G.; GUO, F.; CHEN, G. Educational differences of healthy life expectancy among the older adults in China: A multidimensional examination using the multistate life table method. **Educational Gerontology**, v. 45, n. 10, p. 624-635, 2019.

IBGE. Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>. Acesso em 14 jan. 2021.

IBGE. **Projeções da população**: Brasil e unidades da federação. Coordenação de população e indicadores sociais. 2.ed. Rio de Janeiro: 2018.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: 2015.

IKEDA, N. *et al.* What has made the population of Japan healthy? **Lancet**, v. 378, p. 1094–105, 2011. DOI:10.1016/S0140- 6736(11)61055-6.

IPARDES. **Caderno Estatístico do município de Curitiba**. Curitiba: 2020. Disponível em: <http://www.ipardes.pr.gov.br/>. Acesso em 01 mar. 2021.

IWASA., H; YOSHIDA, Y.; KAI, I.; SUZUKI, T.; KIM, H.; YOSHIDA, H. Leisure activities and cognitive function in elderly community-dwelling individuals in

Japan: A 5-year prospective cohort study. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 72, n. 2, p. 159-164, 2012.

JAMES, B. *et al.* Late-Life Social Activity and Cognitive Decline in Old Age. **Journal of the International Neuropsychological Society**, v. 17, n. 6, p. 998-1005, 2011.

KAEBERLEIN, M. Longevity and aging. **F1000 Prime Rep**, v. 5, n. 5, 4 mar. 2013. doi: 10.12703/P5-5

KANG, T. H. Educação para as elites, financiamento e ensino primário no Brasil, 1930–1964. **Latin American Research Review**, v. 52, n. 1, p. 35–49, 2017. DOI 10.25222/larr.42.

KENNEDY, K. *et al.* Geroscience: Linking Aging to Chronic Disease. **Cell**, v. 159, n. 4, p. 709-713, 6 nov. 2014.

KIMBERLEE, R. What is social prescribing?. **Advances in Social Sciences Research Journal**, v. 2, n. 1, 2015. doi.org/10.14738/assrj.21.808.

KINGSTON, A. *et al.* The enduring effect of education-socioeconomic differences in disability trajectories from age 85 years in the Newcastle 85+ Study. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 60, n. 3, p. 405-411, may–jun. 2015.

KNOPMAN, D. S.; ROBERTS, R. O.; GEDA, Y. E.; PANKRATZ, V.S. Validation of the Telephone Interview of Cognitive Status-Modified (TICS_m) Scores in Normal Cognition, Mild Cognitive Impairment (MCI) and Dementia. **Neuroepidemiology**, v. 34, n. 1, p. 34-42, 2010.

KRAMKOWSKA, E.; DANILEWICZ, W.; PRYMAK, T.; CONSTÂNCIO, J. Exploring Learning and Teaching Needs of Elderly People: A Comparative Study. In: KOWALCZUK-WALÉDZIAK, M.; KORZENIECKA-BONDAR, A.; DANILEWICZ, W.; LAUWERS, G. (Eds). **Rethinking Teacher Education for the 21st Century: Trends, Challenges and New Directions**. 1st ed. Verlag Barbara Budrich, 2019. <https://doi.org/10.2307/j.ctvpb3xhh>.

KRUEGER, K.; WILSON, R.; KAMENETSKY, J.; BARNES, L.; BIENIAS, J.; BENNETT, D. Social engagement and cognitive function in old age. **Experimental Aging Research**, v. 35, n. 1, p. 45-60, 2009.

KRUG, R. R.; *et al.* Fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde associados à autopercepção de saúde positiva de idosos longevos residentes em Florianópolis, Santa Catarina. **Rev Bras Epidemiol**, v. 21, Epub 02, ago. 2018.

LEVASSEUR, M.; RICHARD, L.; GAUVIN, L.; RAYMOND, É. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. **Social Science & Medicine**, v. 71, n. 12, p. 2141-2149, 2010. doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.041.

LAVRENCIC, L. M.; BENNETT, H.; DAYLIGHT, G.; DRAPER, B.; CUMMING, R.; MACK, H.; GARVEY, G.; LASSCHUIT, D.; HILL, T. Y.; CHALKLEY, S.; DELBAERE, K.; BROE, G. A.; RADFORD, K. Cognitive test norms and comparison between healthy ageing, mild cognitive impairment, and dementia: A population-based study of older Aboriginal Australians. **Australian Journal of Psychology**, v. 71, n. 3, p. 249-260, 2019. DOI: 10.1111/ajpy.12241.

LEMPKE, S.; BARBOSA, N. N.; GONÇALVES, A. J. Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span. **Estudos de Psicologia** (Campinas) [online], v. 29, n. 1, pp. 647-655, 2012. doi.org/10.1590/S0103-166X2012000500001.

LENARDT, M. H.; CARNEIRO, N. Associação entre as características sociodemográficas e a capacidade funcional de idosos longevos da comunidade. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 13-20, mar. 2013.

LENEHAN, M. E.; SUMMERS, M. J.; SAUNDERS, N. L.; SUMMERS, J. J.; VICKERS, J. C. Relationship between education and age-related cognitive decline: a review of recent research. **Psychogeriatrics**, v. 15, n. 2, p. 154-162, 2014.

LEUNG, G.; FUNG, A.; TAM, C.; LUI, V.; CHIU, H.; CHAN, W.; LAM, L. Examining the association between late-life leisure activity participation and global cognitive decline in community-dwelling elderly Chinese in Hong Kong. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 26, n. 1, p. 39-47, 2011.

LEVASSEUR, M. *et al.* Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. **Social Science & Medicine**, v. 71, n. 12, p. 2141-2149, dec. 2010.

LEVIN, R. K.; KATZ, M.; SALDIVA, P. H. N.; CAIXETA, A.; FRANKEN, M.; PEREIRA, C.; *et al.* Increased hospitalizations for decompensated heart failure and acute myocardial infarction during mild winters: A seven-year experience in the public health system of the largest city in Latin America. **PLoS ONE**, v. 13, n. 1, p. 1-10, 2018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190733>.

LEWINSOHN, P. M.; LIBET, J. Pleasant events, activity schedules, and depressions. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 79, n. 3, p. 291-295, 1972.

LI, M.; DONG, X. Is Social Network a Protective Factor for Cognitive Impairment in US Chinese Older Adults? Findings from the PINE Study. **Gerontology**, v. 64, n. 3, p. 246-256, 2018. <https://doi.org/10.1159/000485616>

LIMA, M. A. X. C. Leisure and work: meanings redesigning longevity. 2011. 181 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

LIMA, A. L.; CONTRERAS, C. A. H. Evolução do analfabetismo funcional no Brasil: 2001-2010. **Est. Aval. Educ.**, v. 23, n. 52, p. 106-128, mai./ago. 2012.

LIMA, P.; VALENÇA, T.; REIS, L. Repercussões psicossociais da dependência funcional no cotidiano de idosos longevos. **Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano**, v. 14, n. 1, p. 22-34, 2017.

LIMA, W. R. Estilo de Vida e sua associação com a longevidade de idosos muito velhos de Aracaju, SE. 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2014.

LIMA, W. R.; GIUSTI, B. B.; NIWA, L. M. S.; AANHOLT, D. P. J. V.; CIOSAK, S. I. Idosos muito velhos: perfil sociodemográfico, de saúde e longevidade. **Journal of Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE**, v. 158, p. 95-108, 2021.

LIPOSCKI, D.B.; ANDREIS, L.M.; SILVA, S.A.; ROSA, N. F. Aptidão motora de idosos longevos-implicações cognitivas e socioemocionais. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 19, n. 22, p. 227-239, 2016.

LIU, X.; HOU, C.; PING, Z.; YANG, K.; CHEN, S.; LI, H.; GUO, X. Trends of Activities of Daily Living Disability Situation and Association with Chronic Conditions among Elderly Aged 80 Years and Over in China. **Journal of Nutrition, Health and Aging**, v. 22, n. 3, p. 439–445, 2018. <https://doi.org/10.1007/s12603-017-0947-7>.

LOPES, M. A. *et al.* Barreiras que influenciaram a não adoção de atividade física por longevas. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte** [online], v. 38, n. 1, p. 76-83, 2016. doi.org/10.1016/j.rbce.2015.10.011.

LOPES, R. L. M; MENEZES, T. M. O. Significado do cuidado no idoso de 80 anos ou mais. **Rev. Eletr. Enferm**, v. 14, n. 2, p. 240-7, 30 jun. 2012. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/13176>. Acesso em 14 mai. 2021.

MACPHILLAMY, D. J.; LEWINSOHN, P. M. The pleasant events schedule: Studies on reliability, validity, and scale intercorrelation. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 50, n. 3, p. 363–380, 1982. doi.org/10.1037/0022-006X.50.3.363

MARA, L.; TRENTINI, C. O desempenho em testes neuropsicológicos de octogenários não-dementes e com baixa escolaridade em duas comunidades do sul do Brasil. **Psico**, v. 37, n. 3, p: 221-231, 2006.

MARCÍLIO, M. L. **História da escola em São Paulo e no Brasil**. [S.l: s.n.], 2014.

MARINHO, M.; CHAVES, R.; GOMES, J.; REIS, L. Longevidade e espiritualidade: o envelhecer como uma dádiva de Deus. **Revista Brasileira De**

Ciências Do Envelhecimento Humano, v. 14, n. 2, 2018.
doi.org/10.5335/rbceh.v14i2.6702.

MARTINS, N. I. M. *et al.* Cognitive assessment instruments used in elderly Brazilians in the last five years. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 7, jul. 2019.

MAURER, J. Education and Male-Female Differences in Later-Life Cognition: International Evidence From Latin America and the Caribbean. **Demography**, v. 48, p. 915–930, 2011.

MAZO, G. Z.; BENEDETTI, T. R. B. Adaptação do questionário internacional de atividade física para idosos. **Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.** [online]., v.12, n.6, p.480-484, 2010.

MELO, D. M.; BARBOSA, A. J. G. Use of the Mini-Mental State Examination in research on the elderly in Brazil: a systematic review. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3865-3876, dec. 2015.

MENDES, T. L. **Motivos para a restrição em participação social na velhice avançada segundo idosos residentes na comunidade: FIBRA80+**. 2019. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2019.

MINOIS, W.; LAHAYE, D.; DUTHEIL, F. Coronavirus and quarantine: will we sacrifice our elderly to protect them?. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 90, 2020.

MOGI, K. **Ikigai**. Bauru, SP: Astral Cultural, 2018.

MORAES, E. N. de; MORAES, F. L. de; LIMA, S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010.

MORAES, E. N.; PEREIRA, A. M. V. B.; AZEVEDO, R. S.; MORAES, F. L. **Avaliação Multidimensional do Idoso**. Secretaria do Estado da Saúde do Paraná, Superintendência de Atenção à Saúde. Curitiba: SESA, 2018. 113p.

MORSCH, P. *et al.* Características clínicas e sociais determinantes para o idoso sair de casa. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 31, n. 5, p. 1025-1034, 2015. doi.org/10.1590/01021-311X00053014.

NAÇÕES UNIDAS – UN World Population Prospects (2019 Revision) - United Nations population estimates and projections. Disponível em: <https://population.un.org/wpp/>. Acesso em: 06 dez. 2020.

NERI, Anita Liberalesso. O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. **Temas em Psicologia**—2006, Vol. 14, no 1, 17 – 34. ISSN 1413-389X

NERI, A. L.; VIEIRA, L. A. M. Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** [online], v. 16, n. 3, p. 419-432, 04 nov. 2013. doi.org/10.1590/S1809-98232013000300002.

NERI, M. **Onde estão os idosos?** Conhecimento contra o COVID-19. Rio de Janeiro: FGV Social – Centro de Políticas Sociais, 2020. Disponível em: <https://www.cps.fgv.br/cps/bd/docs/Pesquisa-Covidage-FGV-Social-Marcelo-Neri.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2021.

NERI, A. L.; TEM, D. F.; BANDEIRA, V. A. C.; BERLEZI, E. M. Prevalência de fragilidade em uma população de longevos na região Sul do Brasil. **Saúde debate**, v. 41, n. 113: p. 553-562, 2017.

NEUGARTEN, B. L.; NEUGARTEN, D. A. Age in the Aging Society. **Daedalus**, v. 115, n. 1, 31–49, 1986.

NIEDZWIEDZ, C. L.; RICHARDSON, E. A.; TUNSTALL, H.; SHORTT, N. K.; MITCHELL, R. J.; PEARCE, J. R. The relationship between wealth and loneliness among older people across Europe: Is social participation protective? **Preventive Medicine**, v. 91, p. 24–31, 2016. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.07.016>.

NIIMURA, H; EGUCHI, Y; KIDA, H; SUZUKI, K; TAKAYAMA, M; MIMURA, M. Sociopsychological characteristics of late nonagenarians in Japan: the protocol of the Arakawa 95+ study. **Psychogeriatrics**, v. 20, n. 1, p. 50-58, jan. 2020. DOI: 10.1111/psyg.12457.

OFSTEDAL, M. B.; SAITO, Y.; CHIU, C. T.; JAGGER, C.; ZIMMER, Z. Religion, Life Expectancy and Active Life Expectancy in the United States. In: REUNIÃO ANUAL. POPULATION ASSOCIATION OF AMERICA, 2016, Washinton DC.

OLIVEIRA, E. M. *et al.* Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. **Psico-USF** [online], v. 20, n. 1, p. 109-120, 2015.

OLIVEIRA, P. C. de *et al.* Prevalência e Fatores Associados à Polifarmácia em Idosos Atendidos na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte-MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 26, n. 4, p. 1553-1564, 2021. doi.org/10.1590/1413-81232021264.08472019.

OMS. Risk reduction of cognitive decline and dementia: **WHO guidelines**. Geneva: World Health Organization, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312180/9789241550543-eng.pdf>.

ONU. Agenda 2030 - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização - ODS das Nações Unidas, 2015. Disponível em: <http://www.agenda2030.org.br>. Acesso em 14 out. 2020.

ORIMO, H. Reviewing the definition of "elderly". **Geriatrics & gerontology international**, v. 6, n. 3, p.149-158, sep. 2006.

PAPALEO NETO, M.; KITADAI, F. T.; SALLES, R. F. N.; CARVALHO, M. C. G. **A quarta idade: o desafio da longevidade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.

PARK, D. C.; FESTINI, S. B. Theories of Memory and Aging: A Look at the Past and a Glimpse of the Future. **The Journals of Gerontology**: Series B, v. 72, n. 1, p. 82–90, 1 jan. 2017. doi.org/10.1093/geronb/gbw066.

PASSOS, V. M.; GIATTI, L., BENSON, I. Education plays a greater role than age in cognitive test performance among participants of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **BMC Neurol**, v. 15, n. 191, p. 2-9, 2015. <https://doi.org/10.1186/s12883-015-0454-6>

PAÚL, C.; RIBEIRO, O. Predicting loneliness in old people living in the community. **Reviews in Clinical Gerontology**, v. 19, n. 1, p. 53-60, 2009. doi:10.1017/S0959259809990074

PEREIRA, J. M. M. A escola do riso e do esquecimento: Idosos na educação de jovens e adultos. **Educação em Foco**, Juiz de Fora, v. 16, n. 2, p. 11-38, set. 2011/fev. 2012.

PINTO, J. M.; NERI, A. L. Trajetórias de participação social na velhice: revisão sistemática de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 259-272, 01 abr. 2017.

PLASSMAN, B. L. *et al.* Systematic review: Factors associated with risk for and possible prevention of cognitive decline in later life. **Annals of Internal Medicine**, v. 153, n. 3, página W-693, aug. 2010.

PNS 2013: IBGE faz um amplo retrato da saúde dos adultos brasileiros. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/14724-asi-pns-2013-ibge-faz-um-amplo-retrato-da-saude-dos-adultos-brasileiros>. Acesso em 10 set. 2020.

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

PORTO, J. C. **Longevidade**: atividade física e envelhecimento. Maceió: EDUFAL, 2008.

ARROYO-QUIROZ, C; BRUNAUER, R.; ALAVEZ, S. Factors associated with healthy aging in septuagenarian and nonagenarian Mexican adults. **Maturitas**, v. 131, p. 21-27. 2020. doi: 10.1016/j.maturitas.2019.10.008.

RAMOS, P. C. F. *et al.* Envelhecimento populacional brasileiro no contexto das desigualdades sociais: perfil sociodemográfico dos idosos longevos. In: VI

CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE POBLACIÓN, 2014, Lima-Perú. **Anais...**, Lima: Universidad de Lima, 2014.

REIS, C. C. A.; MENEZES, T. M. O.; SENA, E. L. S. Vivências de familiares no cuidado à pessoa idosa hospitalizada: do visível ao invisível. **Saúde e Sociedade** [online], v. 26, n. 3, p. 702-711, 2017. doi.org/10.1590/S0104-12902017156439.

RIBEIRO, C. C.; YASSUDA, M. S.; NERI, A. L. Propósito de vida em adultos e idosos: revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 6, jun. 2020. doi.org/10.1590/1413-81232020256.20602018.

ROGALSKI, E. J.; GEFEN, T.; SHI, J.; SAMIMI, M.; BIGIO, E.; WEINTRAUB, S.; GEULA, C.; MESULAM, M. M. Youthful Memory Capacity in Old Brains: Anatomic and Genetic Clues from the Northwestern SuperAging Project. **J Cogn Neurosci**, v. 25, n. 1, p. 29–36, 2013. doi: https://doi.org/10.1162/jocn_a_00300.

ROSSET, I.; *et al.* Diferenciais em saúde de idosos longevos. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 391-400, 2011.

ROWE, J. W.; KAHN, R. L. Successful Aging. **The Gerontologist**, v. 37, n. 4, p. 433-440, aug. 1997. doi.org/10.1093/geront/37.4.433.

S, A. L. O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. **Temas em Psicologia**, v. 14, n. 1, p. 17-34, 2006.

SANDER, C. J. V.; *et al.* Subjective Cognitive Decline Is Associated With Altered Default Mode Network Connectivity in Individuals With a Family History of Alzheimer's Disease. **Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging**, v. 3, n. 5, p. 463-472, mai. 2018.

SCELZO, A.; DI SOMMA, S.; ANTONINI, P.; MONTROSS, L.; SCHORK, N.; BRENNER, D.; JESTE, D. Mixed-methods quantitative–qualitative study of 29 nonagenarians and centenarians in rural Southern Italy: Focus on positive psychological traits. **International Psychogeriatrics**, v. 30, n. 1, p. 31-38, 2018. doi:10.1017/S1041610217002721

SCHELBAUER, A. R. Da roça para a escola: institucionalização e expansão das escolas primárias rurais no Paraná (1930-1960). **História da Educação**, v. 18, n. 43, p. 71-91, 2014.

SCHMIDT, T. P.; *et al.* Padrões de multimorbidade e incapacidade funcional em idosos brasileiros: estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 36, n. 11, p. 2-12, 2020.

SHIGIHARA, Y.; HOSHI, H.; SHINADA, K.; OKADA, T.; KAMADA, H. Non-pharmacological treatment changes brain activity in patients with dementia. **Scientific reports**, v. 10, n. 1, 2020. doi.org/10.1038/s41598-020-63881-0.

SILVA, A. da *et al.* Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Rev Bras Epidemiol**, v. 21, n. 2, 2018. doi.org/10.1590/1980-549720180004.supl.2.

SILVA, R. R. S.; BIONDI, D. Turismo e condições meteorológicas: o papel do clima sobre a demanda de visitação em um atrativo turístico de Curitiba, Brasil. **Enciclopédia Biosfera**, Goiânia, v.10, n. 18, p. 3963-3976, 2014.

SILVEIRA, M. M.; TAVARES, G. M. S.; ZUPPA, C.; PORTUGUEZ, M. W.; SILVA FILHO, I. G.; CARLI, G. A.; PASQUALOTTI, A.; COLUSSI, E. L. Análise da qualidade de vida de idosos frequentadores de oficinas de informática. **ConScientiae Saúde**, v. 12, n. 4, p. 598-603, 2013.

SOUBELET, A. The Role of Social Activity in Age–Cognition Relations. **Educational Gerontology**, v. 39, n. 8, p. 558-568, aug. 2013.

SPOSITO, G.; NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. Advanced Activities of Daily Living (AADLs) and cognitive performance in community-dwelling elderly persons: Data from the FIBRA Study - UNICAMP. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 7-20, 2016.

STEFFENS, T. *et al.* Relação Entre Estado Cognitivo E Variáveis Sociodemográficas E Funcionais Em Idosos Longevos: Estudo Observacional No Município De Porto Alegre. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, v. 24, edição especial, p. 61-74, 2019.

STROZZA, C.; PASQUALETTI, P.; EGIDI, V. *et al.* Health profiles and socioeconomic characteristics of nonagenarians residing in Mugello, a rural area in Tuscany (Italy). **BMC Geriatr**, 20, 289 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01689-3>.

TALLMANN, A. E. C. O cuidado gerontológico de enfermagem e o bem-estar psicológico do idoso longo. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

TAVARES, D. M. S.; GOMES, N. C.; SOARES, L. A. L.; MARCHIORI, G. F. Fatores associados à independência funcional de idosos longevos da comunidade. **Cogitare enferm.** [Internet], v. 24, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.61527>.

TEIXEIRA, A. L.; BARBOSA, I. G.; DINIZ, B. S.; KUMMER, A. Circulating levels of brain-derived neurotrophic factor: correlation with mood, cognition and motor function. **Biomarkers In Medicine**, v. 4, 6 dec. 2010.

TEIXEIRA, I. N. D. O.; GUARIENTO, M. E. Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2845-2857, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9sQRcQ64fpC8rC3n3ZFJb6q/?lang=pt> Acesso em: 20/04/2021

TOMASZEWSKI, W.; BARNES, M. Investigating the dynamics of social detachment in older age 150. In: TOMASZEWSKI, W.; BARNES, M. (Ed.). **Living in the 21st century: older people in England. The 2006 English Longitudinal Study Of Ageing (Wave 3).** The Institute for Fiscal Studies, 2008. p. 150-185.

TSAI, C.; OUYANG, W.; CHEN, L.; LAN, C.; HWANG, S.; YANG, C.; SU, T. Depression is the Strongest Independent Risk Factor for Poor Social Engagement Among Chinese Elderly Veteran Assisted-living Residents. **Journal of the Chinese Medical Association**, v. 72, n. 92, p. 478-483, 2009.

VAGETTI, G. C. *et al.* Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosos de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 29, n. 5, p. 955-969, 2013. doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500013.

WHO. The End of Alzheimer's: The First Program to Prevent and Reverse Cognitive Decline Risk reduction of cognitive decline and dementia. **WHO guidelines 2019**. Pages 25-28. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312180/9789241550543-eng.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2020.

WILLCOX, B. J.; DONLON, T. A.; HE, Q.; CHEN, R.; GROVE, J. S.; YANO, K.; MASAKI, K. H.; WILLCOX, D. C.; RODRIGUEZ, B.; CURB, J. D. A genotype is strongly associated with human longevity. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 105, n. 37, p. 13987-13992, sep. 2008. DOI:10.1073/pnas.0801030105.

WOODALL, J.; TRIGWELL, J.; BUNYAN, A. M. *et al.* Understanding the effectiveness and mechanisms of a social prescribing service: a mixed method analysis. **BMC Health Serv Res**, v. 18, n. 604, 2018. doi.org/10.1186/s12913-018-3437-7.

WU, Y. T.; PRINA, A. M.; JONES, A.; MATTHEWS, F. E.; BRAYNE, C. Older people, the natural environment and common mental disorders: Cross-sectional results from the Cognitive Function and Ageing Study. **BMJ Open**, v. 5, n. 9, 2015. doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007936.

YANAGISAWA, K.; ODAKA, A.; SUZUKI, N. *et al.* GM1 ganglioside-bound amyloid β -protein ($A\beta$): A possible form of preamyloid in Alzheimer's disease. **Nat Med**, v. 1, p. 1062-1066, 1995. <https://doi.org/10.1038/nm1095-1062>.

YASSUDA, M. S. *et al.* Treino de memória no idoso saudável: benefícios e mecanismos. **Psicologia: Reflexão e Crítica** [online], v. 19, n. 3, p. 470-481, 2006. doi.org/10.1590/S0102-79722006000300016.

ZENG, Y.; FENG, Q.; HESKETH, T.; CHRISTENSEN, K.; VAUPEL, J. W. Survival, disabilities in activities of daily living, and physical and cognitive

functioning among the oldest-old in China: a cohort study. **The Lancet**, v. 389, n. 10079, p. 1619–1629, 2017. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30548-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30548-2).

ZENG, Y.; POSTON, D. L.; VLOSKY, D. A.; GU, D. Healthy Longevity in China. Demographic, Socioeconomic, and Psychological Dimensions. **The Springer Series on Demographic Methods and Population Analysis**, v. 20, 2008. DOI 10.1007/978-1-4020-6752-5.

ZHU, X.; QIU, C.; ZENG, Y.; LI, J. Leisure activities, education, and cognitive impairment in Chinese older adults: A population-based longitudinal study. **International Psychogeriatrics**, 2017.

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DE INFORMAÇÕES DESCRITIVAS E SOCIODEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	
Data de avaliação:	
1. Nome:	
2. Nacionalidade:	
3. Nacionalidade:	
4. Género:	a () Feminino b () Masculino c () outro
5. Data de nascimento:	/ / Idade :
6. A sua cor ou raça é?	
a () Branco	
b () Preto	
c () Amarela	
d () Parda	
e () Outra: Qual?	
7. Estado civil atual:	
a () Solteiro/solteira (nunca casou)	
b () Casado/casada ou com companheiro/companheira / união estável	
c () Separado/Separada/Divorçado/Divorçada	
d () Viúvo/viúva	
e () Outro: Qual?	
8. Mais alto nível de escolaridade alcançado:	
a () Analfabeto	
b () Primário incompleto	
c () Primário completo/Ensino Fundamental incompleto	
d () Ensino Fundamental completo/ Ensino Médio incompleto	
e () Ensino Médio completo/ Curso superior incompleto	
f () Curso superior completo	
g () Curso técnico incompleto	
h () Curso técnico completo	
i () Pós-Graduação - nível:	
j () Outra: Qual?	
9. Quantos anos de escolaridade?	

10. Qual a sua ocupação atual:

a (☐) Aposentado/Aposentada

b (☐) Pensionista

c (☐) Nunca trabalhou

d (☐) Dono de casa / Dona de casa

e (☐) Autônomo

f (☐) Outro. Qual?

11. Tem outra remuneração além da aposentadoria?

a (☐) Sim b (☐) Não

12. Qual era a sua profissão anterior?

13. Está com algum problema de saúde?

a (☐) Sim. Qual?

b (☐) Não

14. Toma algum medicamento?

a (☐) Sim. Quantos?

b (☐) Não.

15. De um modo geral, você se considera uma pessoa saudável?

a (☐) Sim b (☐) Não.

Comentários:

16. Quais outras atividades realiza:

Poderia fornecer seus dados para contato?

Endereço:

Telefone:

E-mail:

MUITO OBRIGADO POR PARTICIPAR!

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO DE PERFIL SOCIOECONÔMICO

QUESTIONÁRIO ECONÔMICO					
Data da avaliação: / /					
Nome:					
1 - No meu domicílio tem quantos destes itens de conforto abaixo?	0	1	2	3	4
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de empregados mensais, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de banheiros	☐	☐	☐	☐	☐
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de geladeiras	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de lavadora de louças	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de forno de micro-ondas	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca	☐	☐	☐	☐	☐
2- A água utilizada neste domicílio é proveniente de?					
☐ Rede geral de distribuição					
☐ Poço ou nascente					
☐ Outro meio. Qual?					
3 - Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:					
☐ Asfaltada ou Pavimentada					
☐ Terra ou Cascalho					
4- Qual é o grau de instrução da pessoa da família que contribui com a maior parte da renda do domicílio?					
☐ Analfabeto / primário incompleto					
☐ Primário completo / ginásio incompleto					
☐ Ginásio completo / colegial incompleto					
☐ Colegiado completo / superior incompleto					
☐ Superior completo					
MUITO OBRIGADO PELA PARTICIPAÇÃO					

Travesseiro

Atenção / Cálculo

5. Por favor, quanto é 100 menos 7? *93*
- Agora continue diminuindo 7 do número que sobrar até que eu peça para você parar. *86*
- 79*
- 72*
- 65*
6. Por favor, conte de 1 a 20, só que de trás para frente *Sem erros*

Memória de compreensão, semântica e episódica recente

7. O que as pessoas geralmente utilizam para cortar papel? *Tesoura*
8. Qual é a planta verde cheia de espinhos encontrada no deserto? *Cactus, macambira, mandacaru, palma ou similar*
9. Quem é o atual presidente do Brasil ? *Nome completo*
10. Quem é o atual governador de São Paulo? *Nome completo*
(adaptar pergunta conforme Estado)
11. Qual é o oposto de Leste? *Oeste*

Linguagem / Repetição

12. Por favor, repita isso: Igreja Presbiteriana *Exatamente correto*

--

Evocação tardia

13. Por favor, repita a lista de 10 palavras que eu li anteriormente
- Cabana*
- Cachimbo*
- Elefante*
- Peito*
- Seda*
- Teatro*
- Relógio*
- Chicote*
- Travesseiro*
- Gigante*

Máximo de
39 pontos

ANEXO 4 - OLDER PERSON'S PLEASANT EVENTS SCHEDULE – OPPES-BR

Pesquisa 80+_Piloto

Esta é uma lista de 67 eventos que as pessoas tendem a achar agradáveis. Para cada item responda duas perguntas, de acordo com as seguintes escalas:

Com que frequência este evento ocorreu com você no último mês?

 = Nenhuma vez

 = 1-6 vezes

 = 7 ou mais vezes

O quanto esse evento foi prazeroso, agradável ou gratificante? Se o evento não correu, por favor classifique o com agradável você acha que ele teria sido se tivesse corrido:

 = Não foi ou não teria sido agradável

 1 = Foi ou teria sido razoavelmente agradável

 2 = Foi ou teria sido muito agradável

Por favor, lembre-se de assinalar a frequência com que o evento ocorreu no mês passado e assinalar o quanto esse evento foi agradável para você. Aqui estão dois exemplos de eventos com as respostas assinaladas:

Circule uma opção em cada coluna:	Com que frequência (no mês passado)			Quão agradável foi ou teria sido?		
1. Ganhar na Loteria						
2. Visitar parentes						

Circule uma opção em cada coluna:	Com que frequência (no mês passado)			Quão agradável foi ou teria sido?		
1. Olhar para o céu						
2. Estar com amigos						
3. Pessoas mostrarem interesse no que eu tenho a dizer						
4. Pensar em recordações agradáveis						
5. Fazer compras						
6. Apreciar paisagens bonitas						
7. Ter uma conversa franca e aberta						
8. Fazer bem uma tarefa (cozinhar algum prato, fazer bem algum conserto doméstico)						
9. Ouvir sons da natureza (Pássaros, vento, chuva)						
10. Tomar café, chá, etc. com amigos						
11. Pensar em mim						

12. Alguém elogiar ou dizer que fiz bem alguma coisa	0x	1-6x	+7x			
13. Fazer trabalho voluntário	0x	1-6x	+7x			
14. Planejar Férias ou viagens	0x	1-6x	+7x			
15. Abraçar, beijar, demonstrar afeto	0x	1-6x	+7x			
16. Ser elogiado por pessoas que admiro	0x	1-6x	+7x			
17. Rezar, orar ou meditar	0x	1-6x	+7x			
18. Ouvir Música	0x	1-6x	+7x			
19. Ver coisas boas acontecerem com familiares ou amigos	0x	1-6x	+7x			
20. Coletar receitas	0x	1-6x	+7x			
21. Realizar um plano ou projeto do meu jeito (viagem, atividade que queira iniciar)	0x	1-6x	+7x			
22. Olhar ou cheirar uma flor ou uma planta	0x	1-6x	+7x			
23. Dizer algo de forma clara	0x	1-6x	+7x			
24. Pensar em algo bom que vai acontecer no futuro	0x	1-6x	+7x			
25. Olhar para as estrelas ou para a lua	0x	1-6x	+7x			
26. Ouvir alguém dizer que sou importante	0x	1-6x	+7x			
27. Trabalhar em um projeto comunitário	0x	1-6x	+7x			
28. Elogiar ou parabenizar alguém	0x	1-6x	+7x			
29. Assistir ao por do sol	0x	1-6x	+7x			
30. Pensar em pessoas das quais eu gosto	0x	1-6x	+7x			
31. Terminar uma tarefa difícil	0x	1-6x	+7x			
32. Divertir pessoas (contar piadas ou histórias e brincadeiras)	0x	1-6x	+7x			
33. Cozinhar porque me sinto inspirado	0x	1-6x	+7x			
34. Fazer Leituras	0x	1-6x	+7x			
35. Estar com alguém que amo	0x	1-6x	+7x			
36. Ter uma ideia criativa	0x	1-6x	+7x			
37. Ter momentos de sossego	0x	1-6x	+7x			
38. Ouvir pássaros cantando	0x	1-6x	+7x			
39. Fazer uma nova amizade	0x	1-6x	+7x			
40. Ser requisitado a ajudar ou a oferecer um conselho	0x	1-6x	+7x			

41. Procurar produtos em promoção	0x	1-6x	+7x			
42. Ler revistas	0x	1-6x	+7x			
43. Sentir uma presença Divina	0x	1-6x	+7x			
44. Demonstrar o meu afeto a alguém	0x	1-6x	+7x			
45. Aconselhar outras pessoas com base em experiências passadas	0x	1-6x	+7x			
46. Solucionar um Problema, palavra cruzada, jogo de raciocínio,	0x	1-6x	+7x			
47. Fazer arranjos de flores:	0x	1-6x	+7x			
48. Oferecer ajuda a alguém:	0x	1-6x	+7x			
49. Sair da cidade(ex. ir para chácara, fazendo, sítio, praia, etc.)	0x	1-6x	+7x			
50. Ter um tempo livre.	0x	1-6x	+7x			
51. Sentir que alguém precisa de mim	0x	1-6x	+7x			
52. Conhecer novas pessoas do mesmo sexo	0x	1-6x	+7x			
53. Conhecer novos lugares	0x	1-6x	+7x			
54. Aprender sobre novos assuntos	0x	1-6x	+7x			
55. Manter a casa limpa	0x	1-6x	+7x			
56. Fazer artesanato	0x	1-6x	+7x			
57. Ir a igreja, Templo	0x	1-6x	+7x			
58. Sentir-se amado	0x	1-6x	+7x			
59. Visitar um Museu, biblioteca ou outra atração cultural.	0x	1-6x	+7x			
60. Planejar minha rotina diária	0x	1-6x	+7x			
61. Estar com pessoas alegres.	0x	1-6x	+7x			
62. Ouvir música clássica.	0x	1-6x	+7x			
63. Comprar uma roupa nova	0x	1-6x	+7x			
64. Fazer uma balanço da minha vida	0x	1-6x	+7x			
65. Planejar ou organizar alguma coisa. (Reunião familiar, festa ou evento).	0x	1-6x	+7x			
66. Sorrir para as pessoas	0x	1-6x	+7x			
67. Estar perto da natureza (terra, plantas, água)	0x	1-6x	+7x			

ANEXO 5 - REFERENCIAL DOS FATORES E PERGUNTAS REFERENTES AO OPPE-BR

PERGUNTAS OPPE-BR					Fator 1 - Atividades Sociais	Fator 2 - Atividades Contemplativas	Fator 3 - Atividades Práticas	Fator 4 - Atividades Intelectuais
39. Fazer uma nova amizade	x							
53. Conhecer novos lugares	x							
54. Aprender sobre novos assuntos	x							
52. Conhecer novas pessoas do mesmo sexo	x							
40. Ser requisitado a ajudar ou a oferecer um conselho	x							
36. Ter uma ideia criativa	x							
63. Comprar uma roupa nova	x							
19. Ver coisas boas acontecerem com familiares ou amigos	x							
62. Ouvir música clássica	x							
26. Ouvir alguém dizer que sou importante	x							
23. Dizer algo de forma clara	x	x						
16. Ser elogiado por pessoas que admiro	x							
07. Ter uma conversa franca e aberta	x	x						
45. Aconselhar outras pessoas com base em experiências passadas	x							
31. Terminar uma tarefa difícil	x							
49. Sair da cidade (ir para chácara, sítio, fazenda, praia, etc.)	x							
59. Visitar um museu, uma biblioteca ou outra atração cultural	x							
10. Tomar café, chá, etc., com amigos	x							
65. Planejar ou organizar alguma coisa (Ex.: uma reunião familiar, uma festa, um evento, etc.)	x							
41. Procurar produtos em promoção	x							
02. Estar com amigos	x							
30. Pensar em pessoas das quais eu gosto		x	x					
09. Ouvir sons da natureza (Ex.: canto dos pássaros, vento, chuva, etc.)		x						
66. Sorrir para as pessoas		x						
38. Ouvir pássaros cantando		x						
25. Olhar para as estrelas ou para a lua		x						
37. Ter momentos de sossego		x						
11. Pensar em mim		x						
22. Olhar ou cheirar uma flor ou uma planta		x						
44. Demonstrar o meu afeto a alguém	x	x						
01. Olhar para o céu		x						
50. Ter um tempo livre		x						
35. Estar com alguém que amo		x						
55. Manter a casa limpa		x						
18. Ouvir música		x						
13. Fazer trabalho voluntário			x					
27. Trabalhar em um projeto comunitário			x					
57. Ir à igreja, ao templo, etc.			x					
08. Fazer bem uma tarefa (Ex.: cozinhar bem algum prato, fazer bem algum conserto doméstico, etc.)			x					
33. Cozinhar porque me sinto inspirado			x					
20. Coleccionar receitas			x					
60. Planejar minha rotina diária			x					
17. Rezar, orar ou meditar			x					
56. Fazer artesanato			x					
42. Ler revistas				x				
34. Fazer leituras				x				
46. Solucionar um problema, palavra-cruzada, jogo de raciocínio				x				

ANEXO 6 – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Prof. Dr. Valdomiro de Oliveira e mestrandas Polliana Ribeiro Coelho – da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você pessoa maior de 80 anos para participar de um estudo intitulado Escolaridade, Cognição e Atividade Social de Idosos.

a)O objetivo desta pesquisa é entender como os idosos estão envelhecendo em Curitiba. Para tentar encontrar algumas respostas vamos analisar a escolaridade, quais séries da escola formal você atendeu, e como você está participando da sociedade (passeia, vai a igreja, faz exercício e etc.). Há indícios de que essas atividades podem ser fatores que fazem bem para a cognição de idosos maiores de 80 anos. A cognição é como que a sua mente (cabeça) processa as informações para fazer ou aprender algo.

b)Caso você participe da pesquisa, será necessário responder cinco questionários. Na primeira parte são informações como: lugar que nasceu, aonde mora, se é aposentado, renda, com quem mora e etc.; na segunda parte vamos avaliar como estão alguns aspectos da sua memória; além de questões sobre que tipo de atividade social você pratica; e por fim, queremos saber um pouco mais sobre o que você gosta de fazer e seus sonhos.

c)Para tanto você deverá atender a ligação dos pesquisadores conforme data e horário previamente combinados ou comparecer na sua Paróquia ou centro de convivência, no horário normal de seus encontros semanais, para responder ao questionário, o que levará aproximadamente 60 a 90 minutos.

d)É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a algum cansaço durante o preenchimento das questões.

e) Alguns outros riscos relacionados ao estudo podem ser constrangimento durante o preenchimento de alguma das respostas.

f)Os benefícios esperados com esse estudo são os de oportunizar maior conhecimento sobre os idosos maiores de 80 anos, colaborando com a comunidade científica nas pesquisas sobre longevidade. Com os resultados, também colaboraremos com novas informações e atualizações possíveis de serem implementadas em programas de atendimento integral ao idoso.

g)Os pesquisadores Valdomiro de Oliveira e Polliana Ribeiro Coelho, responsáveis pelo estudo poderão ser localizados pelos endereços eletrônicos: voliveira@ufpr.br (Valdomiro de Oliveira) e pollianarc@gmail.com (Polliana Ribeiro Coelho) ou e pelos telefones: (041) 3360-4328 (Valdomiro de Oliveira) (041) 99904-0511 (Polliana Ribeiro

Coelho). O endereço institucional dos pesquisadores é: Rua Rockefeller, 57 2 andar. Curitiba-PR, de segunda a sexta-feira, das 13h às 17h00. Eles poderão ser contatados para esclarecer eventuais dúvidas que **você** possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h)A sua participação neste estudo é voluntária e se [o senhor | a senhora | você] não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i)As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, o orientador e pesquisador do estudo. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.

j)O material obtido – questionários respondidos– será utilizado unicamente para essa pesquisa e será descartado ao término do estudo, dentro de **5 anos**.

k)As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

l)Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

m)Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim, Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de _

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal] [Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE].

ANEXO 7 – PERGUNTAS QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

NOME:

DATA:

1. O que você mais gosta de fazer no seu dia a dia?

2. Você faz alguma atividade artística ou trabalhos manuais? Se sim, qual?

3. Você usa o computador? Se sim, com que frequência?

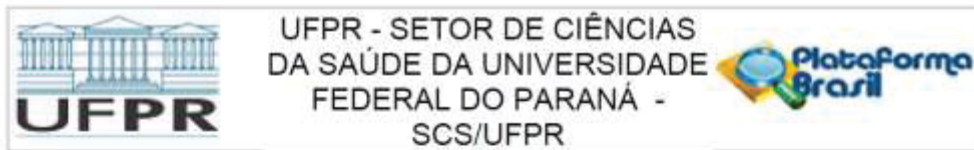
4. Você usa o celular? Se sim, com que frequência? Para que você usa?

5. Qual é sua motivação de vida? E seu sonho?

6. Qual foi o maior desafio de sua vida?

(Adaptado de BURKHARD, 2019)

ANEXO 8 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESCOLARIDADE, COGNIÇÃO E ATIVIDADE SOCIAL DE IDOSOS

Pesquisador: Valdomiro de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 28262919.5.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Educação

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.986.011

Apresentação do Projeto:

O projeto em análise tem como título: "ESCOLARIDADE, COGNIÇÃO E ATIVIDADE SOCIAL DE IDOSOS" e está sob a coordenação do Prof. Dr. Valdomiro de Oliveira do PPG em Educação. Como membro da equipe tem-se Polliana Ribeiro Coelho. O projeto será desenvolvido entre 2020 (a partir da aprovação pelo CEP) e dezembro de 2021.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores, são objetivos do projeto:

"Identificar se há relação entre a escolaridade, a cognição e a atividade social em idosos com mais de 80 anos.

Segundo os pesquisadores, são objetivos do projeto:

"Identificar se há relação entre a escolaridade, a cognição e a atividade social em idosos com mais de 80 anos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Avaliar como a escolaridade e renda poderiam influenciar ou não os níveis de cognição em

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.986.011

idosos

longevos da amostra.

2. Analisar se o engajamento ou a participação em atividade social poderia moderar, mediar ou ter alguma relação na função cognitiva.
3. Identificar se há relação da cognição nos domínios de 1. Atividades sociais; 2. Atividades práticas; 3. Atividade Intelectual.
4. Verificar de maneira qualitativa, com questionário de perguntas semiestruturadas, aspectos identificados no questionário quantitativo."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores, são riscos da pesquisa:

"Por se tratar de um estudo misto e de caráter transversal, onde serão aplicados questionários com os participantes, a presente pesquisa pode trazer riscos como algum tipo de desconforto, constrangimento ao resgatar memórias. Todos os cuidados referentes a explicação prévia dos objetivos do estudo aos participantes serão tomados..." "...O indivíduo que sentir qualquer tipo de desconforto ou constrangimento, durante o preenchimento das questões, poderá suspender imediatamente a sua participação na pesquisa."

No que se refere aos benefícios, os pesquisadores defendem que:

"Os benefícios esperados com a presente pesquisa são os de oportunizar uma discussão sobre como o idoso longo vivo se faz presente na sociedade hoje. Os participantes poderão não ser beneficiados diretamente com o resultado da pesquisa, mas suas informações serão de grande valia na busca do entendimento e dos possíveis ajustes a serem implementados pelas famílias e instituições para a melhoria na promoção de atividades para idosos longo vivos."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Se de acordo com o projeto, "a população deste estudo será de idosos nascidos até 1940, ou seja, com 80 anos ou mais, independentes, não institucionalizados, homens e mulheres, sem comprometimento cognitivo de Curitiba e Região Metropolitana" em um número de 120 participantes de duas instituições: Centro Convivência São José dos Pinhais e Pastoral da Pessoa Idosa vinculados à

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -
SCS/UFPR



Continuação do Parecer: 3.985.011

Pastoral da Pessoa Idosa de Curitiba e à Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais. Esses idosos responderão oralmente a um

questionário cuja entrevista será de 60 a 90 minutos.

No que se refere às estratégias de recrutamento, no projeto está descrito que "o recrutamento dos idosos ocorrerá em fases. Na primeira, serão feitos anúncios sobre a pesquisa nas instituições coparticipantes. Líderes religiosos e comunitários, voluntários e coordenadores de centros de convivência serão acionados para auxílio na divulgação e vão indicar quais idosos da rede cumprem os critérios de elegibilidade da pesquisa.

Antes de responderem os questionários, os participantes serão informados sobre o método da coleta de dados, pelo aplicador específico. Os participantes terão todas as informações pertinentes ao objetivo da pesquisa, seus riscos e benefícios. Será assegurado o sigilo das informações e a identidade dos participantes, bem como o espaço para fazer os questionamentos que se fizerem necessárias para maiores esclarecimentos sobre a sua participação."

Crerios de inclusao e exclusao:

No projeto está descrito que: "a pesquisa será realizada com pessoas idosas, maiores de 80 anos, homens e mulheres, saudáveis, independentes cognitiva e intelectualmente, cadastrados na Pastoral da Pessoa Idosa de Curitiba; participantes do grupo de convivência de idosos nos bairros, programa da Secretaria de Assistência Social da prefeitura de São José dos Pinhais.

A exclusão se fará por qualquer comprometimento cognitivo ou motor severos que impossibilitem a presença do idoso nas instituições co-participantes; idosos dependentes e/ou institucionalizados, aqueles que não concordarem e não assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, antes da coleta dos dados; pessoas idosas com menos de 80 anos."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os pesquisadores realizaram as modificações sugeridas e portanto, no que se refere ao caráter ético, esse colegiado é favorável ao desenvolvimento do projeto.

Face ao isolamento social, devem os pesquisadores ajustar o cronograma através de emenda, uma

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.986.011

vez encerrada esta fase que vivemos.

- É obrigatório solicitar por e-mail à secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

*Em caso de projetos com Coparticipantes que possuam Comitês de Ética, seu TCLE somente será liberado após aprovação destas instituições.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

Favor solicitar o TCLE por e-mail cometica.saude@ufpr.br, necessário informar o CAAE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1465701.pdf	05/04/2020 20:08:36		Aceito
Outros	Respostaspendencias_polliana.docx	05/04/2020 20:07:49	Valdomiro de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetopolliana_abril.docx	05/04/2020 20:02:31	Valdomiro de Oliveira	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -
SCS/UFPR



Continuação do Parecer: 3.986.011

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_Abril_Polliana.docx	05/04/2020 20:01:58	Valdomiro de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetopolliana_jan.docx	23/01/2020 14:43:32	Valdomiro de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaraequipeassin.pdf	02/01/2020 11:45:56	Valdomiro de Oliveira	Aceito
Outros	ataprojetooppge.pdf	02/01/2020 11:37:56	Valdomiro de Oliveira	Aceito
Outros	ChecklistPB_assinado.pdf	02/01/2020 11:32:29	Valdomiro de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_saojose.pdf	02/01/2020 11:18:31	Valdomiro de Oliveira	Aceito
Outros	cartacoordenador_assinada.pdf	05/11/2019 12:28:39	Valdomiro de Oliveira	Aceito
Outros	Analiseremito_assinada.pdf	05/11/2019 12:25:42	Valdomiro de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_autpastoral_assinada.pdf	05/11/2019 12:23:20	Valdomiro de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_Polliana.docx	05/11/2019 12:08:16	Valdomiro de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	Folharosto_assinada.pdf	05/11/2019 12:00:06	Valdomiro de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 23 de Abril de 2020

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br