



Christina Martins Borges Lima

**PERFIL NEUROPSICOLÓGICO E FUNCIONAL DE IDOSOS
BRASILEIROS FREQUENTADORES DE
CENTROS DE CONVIVÊNCIA**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientadora: Prof^a. Helenice Charchat-Fichman

Rio de Janeiro
Fevereiro de 2016



Christina Martins Borges Lima

**Perfil neuropsicológico e funcional de
idosos brasileiros frequentadores
de centros de convivência**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Prof^a. Helenice Charchat-Fichman

Orientadora

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Prof. Daniel Correa Mograbi

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Dr^a. Ana Cláudia Becattini de Oliveira

Geriatra e Doutora em Saúde do
Idoso – Universidade de São Paulo

Profa. Denise Berruezo Portinari

Coordenadora Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 18 de fevereiro de 2016.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Christina Martins Borges Lima

Aluna de Mestrado em Psicologia Clínica, linha de pesquisa Psicologia Clínica e Neurociências, Departamento de Psicologia PUC-Rio, início em 03/2014. Especialista em Gerontologia – Universidade Federal Fluminense (UFF) 2005. Graduada em Psicologia – Universidade Gama Filho 03/1981 – 12/1985.

Ficha Catalográfica

Lima, Christina Martins Borges

Perfil neuropsicológico e funcional de idosos brasileiros frequentadores de centros de convivência / Christina Martins Borges Lima ; orientador: Helenice Charchat-Fichman. – 2016.

76 f. : il. color. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2016.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Envelhecimento saudável. 3. Cognição. 4. Testes neuropsicológicos/Bateria breve de rastreio cognitivo. 5. Depressão. 6. Funcionalidade. I. Charchat-Fichman, Helenice. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Agradecimentos

A Deus, pela vida e pela possibilidade de chegar até aqui com saúde. Pela oportunidade de exercitar a fé, porque acredito que a religiosidade nos dá a chance de ter fé na vida, nas pessoas, em mim mesma e em dias melhores.

À minha família, que está sempre ao meu lado. Ao meu marido, que suportou as minhas ausências ao longo desses dois anos, sempre me apoiando, incentivando e tentando me proporcionar momentos de tranquilidade. Agradeço imensamente às minhas filhas, Marina e Júlia, que entenderam o meu distanciamento, os longos períodos de estudo e serviram de estímulo para eu seguir adiante.

À minha mãe, que sempre me serviu de inspiração, como modelo de coragem e determinação, ensinando a enfrentar as adversidades da vida, a lidar com as frustrações e sempre encontrar uma forma de continuar.

À Helenice Charchat-Fichman, por me aceitar em seu grupo de pesquisa e orientar na construção de todo estudo, culminando na dissertação. Por compartilhar seu conhecimento e experiência, acreditando no meu desenvolvimento acadêmico e profissional.

À Emmy Uehara, que me apresentou ao Grupo de Estudo de Neuropsicologia, onde tive a oportunidade de conhecer pessoas especiais que fizeram parte desse processo de aprendizado, das trocas de experiências, ajudas nas coletas dos dados para a pesquisa, enfim: tudo que contribuiu para este trabalho. Ao longo desses anos nos transformamos numa equipe. Sem a qual essa dissertação não seria possível.

À Heloisa Veiga, que me acolheu, assim como a todas as outras “Gaiivotas”, desde antes da prova para o ingresso no mestrado. E depois, na ajuda com os dados da pesquisa, na revisão dos artigos, no apoio nas horas de desespero!

Torço para que as Gaivotas Andréa, Elaine, Maria Clara e Natália – que por algum motivo, além de suas vontades, tiveram que se afastar do mestrado – possam encontrar os seus caminhos, ou seja, voltando ou alçando novos voos!

À Ana Lara, a “gaivota” que se transformou numa grande amiga e me permitiu dividir as angústias, medos, desabafos e conquistas. Enfim, uma pessoa que conseguiu com seu jeito espontâneo arrancar boas risadas nos momentos tensos e que com certeza continuará fazendo parte da minha vida!

À banca – os professores Daniel Correa Mograbi e Ana Cláudia Becattini de Oliveira –, que aceitaram o convite e me honraram com suas considerações, mesmo ainda no projeto de dissertação.

Às pessoas queridas que tive a chance de conviver durante esses anos: Camila Faria, Eduarda Naidel, Liana Chaves, Verônica Carvalho, Manuela Colares, Karin Verônica, Denise Greca, Denise Kale, Iasmin Gabrig, Bárbara Spenciere e Denise Ando. Não posso esquecer o Antônio Malvar, “o bendito fruto” entre esse monte de mulheres do Grupo de Pesquisa, que ajudou a dar um contraponto nessa “feminilização” da psicologia. Enfim, a todas as outras pessoas que, de alguma forma, contribuíram para que eu tivesse condição de concluir este estudo.

À Flávia Furtado, coordenadora técnica do projeto Casas de Convivência da Secretaria Especial de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida, que representa todos os profissionais que atuam nas casas. Agradeço a parceria em nome de toda a equipe de pesquisadores pela oportunidade da coleta dos dados que se transformaram neste estudo, acreditando que surgirão novos “frutos”.

Aos meus pacientes e profissionais amigos, que fizeram ou ainda fazem parte dessa jornada, ajudando a construir esse desejo de continuar estudando e aprendendo mais sobre o envelhecimento.

A todos vocês, o meu agradecimento! Aos que por ventura eu possa ter esquecido, tenham certeza de que não foi nada pessoal, mas é a idade pesando!

Resumo

Lima, Christina Martins Borges; Charchat-Fichman, Helenice. **Perfil neuropsicológico e funcional de idosos brasileiros frequentadores de Centros de Convivência.** Rio de Janeiro, 2016. 76 p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A compreensão do funcionamento cognitivo no envelhecimento torna-se fundamental na atualidade diante do crescimento desta população. A presente dissertação, elaborada a partir de dois artigos, teve como objetivo investigar o perfil cognitivo, funcional e sintomas de depressão em idosos residentes na comunidade. O protocolo neuropsicológico utilizado em ambos os estudos foi composto por instrumentos de rastreio validados para a população brasileira. O estudo foi realizado com 298 idosos inseridos nas atividades oferecidas pelas Casas de Convivência da Prefeitura do Rio de Janeiro. O primeiro estudo investigou o perfil cognitivo e funcional destes idosos e identificou um padrão de normalidade na amostra, apesar de um desempenho abaixo do esperado no Teste do Desenho do Relógio. Entretanto, 20,9% dos idosos apresentaram sintomas leves de depressão. Desta forma, o segundo artigo avaliou estes idosos com sintomas de depressão, comparando-os com um grupo controle pareado por idade e escolaridade. Os resultados evidenciaram que os sintomas depressivos interferiram nas atividades instrumentais de vida diária, na memória episódica anterógrada e na fluência verbal. Os estudos apontaram a importância da investigação neuropsicológica em idosos para uma maior compreensão da senescência, bem como os fatores que interferem neste processo e que representam um risco potencial para uma evolução para transtornos cognitivos leves ou estágios pré-clínicos de quadros demenciais.

Palavras-chave

Envelhecimento saudável; cognição; testes neuropsicológicos/Bateria Breve de Rastreio Cognitivo; depressão; funcionalidade.

Abstract

Lima, Christina Martins Borges; Charchat-Fichman, Helenice (Advisor). **Neuropsychological and functional profile of elderly Brazilians sample assisted at Community Centers.** Rio de Janeiro, 2016. 76 p. MSc. Dissertation - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Understanding how the aging process affects cognitive functioning is crucial nowadays, given the growth of the elderly population in the world. This dissertation, comprised of two research papers, aimed to investigate the cognitive and functional profile, as well as symptoms of depression, in community-dwelling elderly adults. The neuropsychological protocol used in both studies consisted of screening tools validated for the Brazilian population. The studies were conducted with 298 elderly adults who participate in the activities offered by the government in the city of Rio de Janeiro. The first study investigated the cognitive and functional profile of these subjects and identified a pattern of normality in the sample, despite a below average performance in the Clock Drawing Test. However, 20.9% of the elderly had symptoms of mild depression. Thus, the second study specifically assessed these subjects, comparing them to a control group matched for age and education. The results showed that depressive symptoms significantly interfered with instrumental activities of daily living, anterograde episodic memory, and verbal fluency. The studies pointed out the importance of neuropsychological research of elderly adults for a greater understanding of senescence, as well as factors that interfere with this process and represent a potential risk for progression to mild cognitive impairment or preclinical stages of dementia.

Keywords

Healthy aging; cognition; neuropsychological tests/Brief Screening Cognitive Battery; depression; functionality.

Sumário

1. Introdução	12
1.1 Objetivo	17
1.2 Estudos	18
2. Estudo I: Perfil cognitivo e funcional no envelhecimento saudável	20
2.1 Introdução	20
2.2 Métodos	22
2.3 Resultados	26
2.4 Discussão	34
3. Estudo II: O Impacto dos sintomas de depressão no envelhecimento saudável	40
3.1 Introdução	40
3.2 Métodos	44
3.3 Resultados	48
3.4 Discussão	51
4. Considerações finais	57
5. Referências bibliográficas	60
6. Anexos	72
6.1 Anexo I – TCLE	72
6.2 Anexo II – Questionário	75

Lista de Tabelas e Figuras

Artigo: Perfil cognitivo e funcional no envelhecimento saudável

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra 27

Tabela 2 - Desempenho nas tarefas cognitivas da BBRC 28

Tabela 3 - Correlação de Pearson entre idade e escolaridade com as medidas da BBRC 31

Tabela 4 - Desempenho dos diferentes grupos etários na BBRC, GDS-15 e escalas funcionais 32

Tabela 5 - Desempenho dos diferentes grupos de escolaridade na BBRC, GDS-15 e escalas funcionais 33

Figura 1 – Histograma com distribuição do desempenho nos testes cognitivos 29

Artigo: O Impacto dos sintomas de depressão no envelhecimento saudável

Tabela 6 - Caracterização sociodemográfica da amostra com ausência e presença de sintomas de depressão (Teste *t* de Student) 48

Tabela 7 - Desempenho nas tarefas cognitivas da BBRC, EDG-15 e escalas funcionais 49

Tabela 8 - Correlação de Pearson entre o EDG-15 e as variáveis sociodemográficas, as medidas da BBRC e escalas funcionais 51

Lista de Abreviaturas e Siglas

CCL	Comprometimento Cognitivo Leve
AVD	Atividades da Vida Diária
ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
BBRC	Bateria Breve de Rastreo Cognitivo
SESQV	Secretaria Especial de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida
EDG -15	Escala de Depressão Geriátrica (versão reduzida – 15 itens)
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
TMF	Teste de Memória de Figuras
TFV	Teste de Fluência Verbal categoria animais
TDR	Teste do Desenho do Relógio
LAWTON	Escala de Atividades da Vida Diária de Lawton
QAF-Pfeffer	Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer
UNIRIO	Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal do Rio de Janeiro
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
DP	Desvio Padrão
SDCR	Sintomas Depressivos Clinicamente Relevantes

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmo.”

Fernando Pessoa

1

Introdução

Há algumas décadas, o envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma exponencial, trazendo mudanças demográficas e impactos diferentes para os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. No Brasil, o avanço do controle dos riscos ambientais e as intervenções de saúde têm possibilitado o aumento da expectativa média de vida. Assim, cada vez mais, a chegada à velhice é uma realidade da população do Brasil, mesmo para as camadas mais pobres, segundo Veras (2009). Entretanto, o aumento dos longevos traz uma série de questões cruciais para as políticas públicas, gestores e pesquisadores dos sistemas de saúde, com repercussões para a sociedade como um todo. Para que o atual sistema de saúde brasileiro ofereça melhorias nas abordagens de prevenção, na detecção precoce das doenças e nos tratamentos das enfermidades de caráter crônico é fundamental a compreensão pormenorizada do envelhecimento e suas peculiaridades nesta população tão heterogênea.

O envelhecimento normal, ou senescência, é um processo natural e universal, definido geneticamente, que permite ao indivíduo conviver com as limitações impostas pelo passar dos anos e permanecer ativo até as fases mais avançadas da vida. Dentro desta perspectiva, alguns idosos envelhecem sem doenças ou incapacidades, com desempenho cognitivo e funcional adequados à idade, participando ativamente de atividades cotidianas, laborais e sociais, assim como esperado (Borges et al., 2015). Embora o avanço da idade não seja sinônimo de adoecimento, o envelhecimento humano torna o organismo mais suscetível a doenças que podem comprometer a independência e a qualidade de vida do idoso (Burlá, 2013). Sob o olhar das teorias biológicas, o envelhecimento pode ser descrito como a alteração das funções e estruturas orgânicas. Se considerarmos as variáveis biológicas e sociais, este processo pode ter um caráter heterogêneo e se relacionar com um declínio gradativo, que envolve perdas físicas, mentais, cognitivas e sociais, e evidencia as vulnerabilidades observadas mesmo no envelhecimento normal (Bottino et al., 2006; Neri, 2013). As alterações cognitivas observadas no envelhecimento normal podem se assemelhar às modificações apresentadas nos períodos iniciais de um processo demencial, tornando difícil a

distinção entre alterações cognitivas típicas do envelhecimento normal e patológico. Por isso a importância de compreender esta progressão (Damasceno, 1999; Charchat-Fichman et al, 2005).

A transição entre a senescência e a senilidade é denominada de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) e considerada, inicialmente, como uma fase pré-clínica das demências (Petersen et al, 2009). Assim, no CCL espera-se que o idoso apresente o funcionamento cognitivo global preservado, com a funcionalidade preservada para a realização das atividades de vida diária (AVDs) e ausência de demência (Petersen et al, 2014). Entretanto, com o avanço de outros estudos com idosos que apresentam CCL, detectou-se que ocorrem discretos déficits funcionais, principalmente na realização de tarefas cotidianas mais complexas, apontando que este desempenho deve ser observado (Forlenza et al, 2013). Desta forma, o CCL - anteriormente caracterizado como um estágio de transição, dada a variedade de fatores biológicos, genéticos, preditores de progressão, comorbidades e outras características que foram inseridas como critério diagnóstico ao longo dos anos - atualmente é compreendido como uma síndrome clínica com perfis diferenciados (Charchat-Fichman et al, 2013; Petersen et al, 2014; Barbosa et al. 2015). Assim, a identificação de idosos com CCL é fundamental devido o risco aumentado de evolução para uma demência, embora a literatura demonstre que a caracterização do CCL não estabelece uma relação direta com um quadro demencial (Diniz & Forlenza, 2007). Isto se deve ao fato de muitos idosos com CCL retornarem à função cognitiva normal, como referem estes pesquisadores, ou mesmo manterem-se estáveis nos déficits apresentados.

Nos estudos com idosos observa-se que a cognição também pode sofrer alteração devido à presença de sintomas de depressão, uma vez que este é um transtorno psiquiátrico com alta incidência no envelhecimento (Ávila & Bottino, 2006; Paradela, 2011). Com o avanço da idade, é comum surgirem algumas características atípicas ou particularidades que predisõem o desenvolvimento de sintomas depressivos nessa fase (Suassuna et al., 2012). As mudanças físicas, sociais e emocionais, associadas às perdas do processo de envelhecimento, às modificações na funcionalidade e às alterações biológicas, propiciam a tristeza, o isolamento e o surgimento de sintomas depressivos, caracterizando a depressão

como uma entidade nosológica de caráter multifatorial (Forlenza, 2000; Bottino, 2003).

Na busca para identificar o quanto os sintomas depressivos podem comprometer as várias habilidades cognitivas dos idosos, Ávila & Bottino (2006) realizaram uma revisão sistemática e constataram que a psicomotricidade, a memória, a compreensão da leitura, a fluência verbal e as funções executivas sofrem influência destes sintomas no envelhecimento. Desta forma, se observa na literatura que os déficits cognitivos e a depressão ocorrem com frequência nesta população, muitas vezes de forma simultânea, podendo simular quadros de CCL ou até mesmo de demências (Netto & Landeira-Fernandez, 2012). Segundo Gallucci e colaboradores (2005) além do quadro apresentado por idosos com depressão produzir erro diagnóstico com a demência - a depressão pode ser um sintoma da demência - e com frequência estas duas patologias se apresentam simultaneamente. Outra condição clínica que deve ser observada no envelhecimento é a "Pseudodemência Depressiva" que atribui os déficits cognitivos à depressão. Entretanto, como a depressão é uma doença que tem tratamento, a diferenciação entre depressão e demência, torna-se primordial para a terapêutica adequada e a reversão do quadro cognitivo (Paradela, 2011).

Assim, constata-se a importância de se identificar os sintomas de depressão nos idosos, que muitas vezes são confundidos com doenças clínicas gerais - frequentes no envelhecimento - ou como uma consequência de envelhecimento normal. Observa-se, ainda, que a alta prevalência de depressão entre os longevos afeta a qualidade de vida, contribui para o isolamento social, compromete as atividades mais complexas da vida diária e constitui um fator de risco para demência (Wilson et al, 2002; Laks & Engelhardt, 2010; Saczynski et al, 2010; Suassuna, 2012).

Durante o processo de envelhecimento, outras questões são fundamentais para que o idoso tenha uma vida ativa e funcional. Dentre elas, é possível destacar a manutenção da autonomia e a independência. A autonomia é considerada a habilidade para tomar decisões, ou seja, ter autocontrole sobre sua própria vida (Argimon & Stein, 2005). Enquanto que independência é a capacidade de realizar as atividades da vida diária sem depender de terceiros (Ventura & Bottino, 1996).

É importante atentar que ambas são variáveis que podem sofrer alterações no decorrer do processo de envelhecimento.

Estudos apontam que as alterações fisiológicas, durante o envelhecimento, interferem progressivamente na capacidade funcional, sendo as atividades da vida diária (AVDs) medidas frequentemente utilizadas para avaliá-la (Brito et al, 2013). O estado funcional é considerado a dimensão mais básica para a avaliação do idoso - associada a outras - como a avaliação social, a cognitiva e o humor. Estas dimensões interagem de tal forma com o estado funcional, que uma alteração na funcionalidade pode indicar problemas nas demais dimensões elencadas acima. Na avaliação da funcionalidade do idoso existem três subdivisões (Paixão Jr. & Reichenheim, 2005; Soares, Coelho & Carvalho, 2012):

(a) Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) que consistem nas funções de sobrevivência, tarefas de autocuidado, como tomar banho, vestir-se e alimentar-se entre atividades básicas;

(b) Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) englobam atividades funcionais mais complexas, como telefonar, manusear medicamentos, possuir controle das finanças, dentre outros. Oferecem indicadores de funções sociais.

(c) Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVDs) que incluem atividades voluntárias sociais, ocupacionais e de recreação. As dificuldades em participar dessas atividades podem não indicar perda funcional atual, mas risco de perdas futuras ainda mais importantes.

Estudos evidenciam, com muita frequência, que o déficit cognitivo pode relacionar-se à presença de incapacidade funcional no desempenho de atividades da vida diária, especialmente em populações com baixo nível de escolaridade (Castro, & Guerra, 2008). Segundo Rodrigues (2008), o declínio cognitivo afeta a capacidade funcional, que por sua vez também pode interferir no desempenho cognitivo. Desta forma, a incapacidade funcional pode ser preditora de declínio cognitivo em idosos e o aparecimento de prejuízos para AIVDs pode evidenciar riscos de progressão para CCL (Pereira et al, 2010).

A literatura caracteriza que existe uma forte correlação entre a magnitude das alterações cognitivas e o desempenho das habilidades funcionais no cotidiano, mas nem sempre essa relação é tão linear. As alterações nas AVDs são

frequentemente consequências de doenças. A demência é apontada como uma das principais patologias, presentes no envelhecimento, que levaria à dependência funcional nos estágios mais avançados da doença, comprometendo a execução das ABVDs (Pereira, 2010). No CCL, entretanto, observa-se que as perdas funcionais são detectadas mais fortemente nas AIVDs (Pereira et al, 2010). Enquanto as AAVDs tem um agravo pelo estado de humor, prejudicando a socialização, os hobbies, mas o impacto cognitivo não é tão pronunciado (Paixão Jr. & Reichenheim, 2005)

Para a compreensão global do processo de envelhecimento, é de fundamental relevância investigar a tríade: cognição, depressão e atividades de vida diária. A associação desses fatores pode dar subsídios para uma possível base diagnóstica do envelhecimento patológico, isto é, a detecção precoce de um quadro demencial. Neste contexto, a caracterização do perfil neuropsicológico e funcional do idoso saudável torna-se fundamental para detectar precocemente o envelhecimento patológico. Assim como possibilitar intervenções terapêuticas adequadas, possam promover melhoras na qualidade de vida para o idoso prolongando da autonomia, a manutenção funcional, a diminuição dos riscos de acidentes, a redução dos níveis de estresse pessoal e familiar, assim como a possibilidade de retardar, ou até mesmo evitar, o início do processo demencial (Charchat- Fichman et al, 2005).

Apesar dos avanços de estudos com relação ao envelhecimento, ainda existem dificuldades de identificar e diferenciar o declínio cognitivo normal do declínio cognitivo patológico, dada a heterogeneidade da população brasileira. Nesse sentido, a avaliação cognitiva constitui um recurso estratégico para a compreensão e seguimento do perfil cognitivo de idosos. Os testes cognitivos são instrumentos que fornecem dados relativos ao perfil das alterações cognitivas e podem ajudar no diagnóstico precoce de processos demenciais. Nesta categoria, está a Bateria Breve de Rastreamento Cognitivo (BBRC), definida como um conjunto de instrumentos validados para a população brasileira, muito utilizada com idosos da comunidade e em ambulatórios (Nitrini et al, 1994. Herrera et al, 2002; Nitrini et al, 2008; Novaretti et al, 2012; Charchat-Fichman et al, 2013; Barbosa et al, 2015). A BBRC foi associada a outros instrumentos de rastreamento para compor o

protocolo neuropsicológico utilizado para avaliação da amostra nos presentes estudos, apresentados nos capítulos, que integram esta dissertação.

É importante ressaltar que os idosos que participaram destes estudos fazem parte da população que almeja alcançar a longevidade, mas de maneira que permaneçam saudáveis por mais anos. Com isso, é frequente a busca por grupos ou serviços que ofereçam atividades físicas, cognitivas ou sociais. Inseridas nesta nova realidade demográfica, estão as Casas de Convivência da Secretaria Especial de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida (SESQV) da Prefeitura do Rio de Janeiro, que oferecem atividades para pessoas acima de 60 anos, saudáveis e independentes. No entanto, o perfil cognitivo e funcional dos idosos que frequentam as Casas de Convivência nunca foi traçado. A caracterização deste perfil é fundamental para a compreensão do processo de envelhecimento normal, além de ser relevante em uma perspectiva clínica, acadêmica e social que ofereça subsídios para uma prática adequada do ponto de vista de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Outra contribuição a partir da identificação do perfil dos idosos será o possível desenvolvimento e/ou implementação de atividades nas Casas de Convivência, visando beneficiar os usuários após uma possível constatação de declínio cognitivo e/ou funcional. Intervenções como a estimulação cognitiva ou treino de habilidades poderão amenizar ou melhorar as funções identificadas como comprometidas. Propostas de programas individualizados ou em grupo, de acordo com o perfil cognitivo e funcional identificado na avaliação neuropsicológica. Atividades que, com estes propósitos, permitam a manutenção da autonomia e, por consequência, a melhora da qualidade de vida deste público.

1.1.

Estudos

Para fins de apresentação dos resultados, essa dissertação foi dividida em dois estudos desenvolvidos no decorrer do programa de Mestrado. O intuito foi investigar o perfil cognitivo e funcional dos idosos inseridos nas atividades

oferecidas pelas Casas de Convivência. Para isso, foi realizada uma avaliação neuropsicológica que envolveu a tríade: cognição, depressão e AVDs.

O primeiro estudo, intitulado *“Perfil cognitivo e funcional no envelhecimento saudável”*, teve como objetivo descrever o perfil cognitivo, o desempenho em atividades da vida diária e a intensidade de sintomas de depressão em idosos saudáveis. No total, 298 idosos, de ambos os sexos, escolarizados e saudáveis foram submetidos a uma Bateria Breve de Rastreamento Cognitiva (BBRC), juntamente com outros instrumentos para avaliação global da amostra. O perfil encontrado seguiu um padrão de normalidade, revelando um funcionamento tanto do ponto de vista cognitivo quanto funcional, compatível com o envelhecimento saudável.

O segundo estudo, nomeado *“O impacto dos sintomas de depressão no envelhecimento saudável”*, teve como objetivo avaliar o desempenho cognitivo dos idosos da comunidade com sintomas depressivos, a relação com as variáveis demográficas e o funcionamento nas atividades da vida diária. Foram avaliados 124 idosos, de ambos os sexos e escolarizados. A amostra foi dividida em dois grupos de idosos: com presença de sintomas depressivos e com ausência de sintomas depressivos, a partir da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15). Além desta escala, foram utilizados outros instrumentos neuropsicológicos. O resultado encontrado foi a interferência dos sintomas depressivos na memória episódica anterógrada, na fluência verbal e nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), acarretando prejuízo nas atividades cotidianas, na independência e autonomia dos idosos.

1.2.

Características dos estudos

Os estudos que serão apresentados a seguir estão inseridos num projeto de pesquisa mais abrangente denominado *“Avaliação e reabilitação neuropsicológica dos usuários das Casas de Convivência da Prefeitura do Rio de Janeiro”*. Esta pesquisa que inclui indivíduos idosos acima de 60 anos, independentes, autônomos e residentes na comunidade. Os idosos participam de pelo menos uma das atividades realizadas por estes centros comunitários, que tem como proposta a

manutenção da qualidade de vida, através de atividades de cunho culturais, físicas e cognitivas.

O método de investigação científica utilizado para a realização da pesquisa foi descritivo. A coleta dos dados foi realizada por um grupo de avaliadores que fazem parte da equipe de neuropsicólogos da PUC-Rio, composta por alunos do mestrado e da graduação, treinados para este fim.

2

Estudo I: Perfil cognitivo e funcional no envelhecimento saudável

2.1.

Introdução

O envelhecimento é uma tendência mundial, com taxa de crescimento da população idosa superior à da população jovem (Camarano et al., 2004). Atualmente, o Brasil detém uma população de mais de 19,6 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos, representando 12% da população brasileira. Contudo, as projeções indicam que esse contingente será superior a 41,5 milhões em 2030 (Borges et al., 2015). Esse resultado se deve à redução da mortalidade nas idades avançadas e à baixa fecundidade atual. Isso significa o aumento da população idosa e da proporção de pessoas com 80 anos ou mais, modificando a composição etária deste grupo e mostrando que essa população “mais idosa” também envelheceu (Camarano et al., 2004; Burlá et al., 2013). Esta realidade acarreta novos desafios, especialmente para a sociedade e para as políticas públicas dos países em desenvolvimento, que precisam adaptar-se a esse novo contexto (Camarano et al., 2004; Borges et al., 2015). Este panorama, que envolve uma grande diferença entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento - ou mesmo entre cidades de uma mesma região -, precisa ser descrito para que ocorram melhorias nas abordagens de prevenção e detecção precoce das doenças mais prevalentes no processo de envelhecimento (Burlá et al., 2013; Lebrão & Laurenti, 2005).

Os primeiros estudos sobre envelhecimento e cognição buscaram descrever o declínio da capacidade cognitiva na senescência como um processo natural que revela mudanças neuropsicológicas com alterações cognitivas leves (Charchat-Fichman et al., 2005). Sabe-se que os impactos do declínio cognitivo se apresentam em diversos domínios, envolvendo a memória, a atenção, a linguagem e as funções executivas, podendo também interferir nas atividades da vida diária e se relacionar com transtornos do humor, ansiedade e com as demências (Herrera et al., 2002). Estudos populacionais buscaram identificar os fatores que influenciam a normalidade e a patologia no envelhecimento, para assim

compreender o desempenho cognitivo e funcional de idosos. Ribeiro e colaboradores (Ribeiro et al., 2010), em um estudo realizado com idosos na comunidade, observaram que escolaridade, idade, gênero e estado civil foram fatores que determinaram diferenças significativas no desempenho cognitivo. Outro estudo realizado por Pereira e colaboradores (Pereira et al., 2010), que acompanhou idosos por três anos na comunidade, identificou como fatores que exerceram um papel positivo na manutenção do funcionamento cognitivo e funcional no envelhecimento saudável: a escolaridade, a capacidade intelectual, o estilo de vida saudável e o engajamento em atividades comunitárias. Além disso, o estudo apontou que os níveis educacionais elevados contribuem para construir uma reserva cognitiva, que são recursos intelectuais armazenados durante as experiências de vida do indivíduo e que desempenham um papel de “proteção” parcial na presença de processos neurodegenerativos (Pereira et al., 2010).

Além dos fatores como idade e escolaridade, é possível observar que a cognição nos idosos pode sofrer influência de outras variáveis, entre elas os sintomas de depressão. Estudos revelam que a depressão é um transtorno psiquiátrico com alta incidência no envelhecimento (Netto & Landeira-Fernandez, 2012; Novaretti et al., 2012). Identifica-se na literatura que os sintomas depressivos comprometem as habilidades cognitivas e, com frequência, ocorrem de forma simultânea com os déficits cognitivos nesta população, podendo simular quadros de comprometimento cognitivo leve (CCL) ou até mesmo de demências (Netto & Landeira-Fernandez, 2012). Os sintomas depressivos, por sua vez, também comprometem a funcionalidade, apontando para a necessidade premente de identificação e tratamento desta patologia nesta fase da vida.

O envelhecimento por si só tem como uma de suas consequências a diminuição gradual da capacidade funcional, que é progressiva e aumenta com a idade. Idosos cognitivamente saudáveis têm como característica principal a manutenção da autonomia e da independência. Ambas são variáveis que podem ser alteradas no decorrer do processo de envelhecimento e frequentemente estão relacionadas com o declínio cognitivo e com os sintomas de depressão, especialmente em populações com baixo nível de escolaridade (Lebrão & Laurenti, 2005). O declínio cognitivo, por sua vez, afeta a capacidade funcional no desempenho adequado das atividades cotidianas (Ribeiro et al., 2010). Estudos

detectaram que a incapacidade funcional pode ser preditora de declínio cognitivo em idosos e do aparecimento de prejuízos nas atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), que exigem a integridade da memória e das funções executivas, além de serem medidas objetivas do estado funcional, ajudando a identificar os idosos com risco aumentado de progressão para CCL e demência (Herrera et al., 2002; Nitrini et al., 2004; Pereira et al., 2010).

Para a compreensão global do processo de envelhecimento normal é fundamental investigar a tríade cognição-depressão-capacidade funcional em idosos da comunidade, com o intuito de detectar de que forma esta população comporta-se as variáveis relacionadas. Os recentes estudos que incluíram idosos da comunidade e que utilizaram uma bateria de rastreio para avaliar ou acompanhar o envelhecimento desta população tão heterogênea identificaram que as variáveis sociodemográficas - em especial a idade, a baixa escolaridade e sintomas de depressão - podem contribuir fortemente para o declínio cognitivo e impactar a funcionalidade deste grupo (Charchat-Fichman et al., 2009; Nitrini et al., 2004; Paulo & Yassuda, 2010; Pereira et al., 2010; Novaretti et al., 2012; Soares et al., 2012). Nesse sentido, o objetivo do presente estudo foi avaliar a cognição no envelhecimento saudável por meio de uma bateria de testes neuropsicológicos, buscando descrever o perfil cognitivo e funcional de idosos que participam de atividades nas Casas de Convivência da Prefeitura do Rio de Janeiro.

2.2.

Métodos

2.2.1.

Amostra

Foram avaliados 321 idosos que participavam das atividades físicas, culturais e sociais oferecidas nas Casas de Convivência no município do Rio de Janeiro. Deste total 15 eram analfabetos e 8 tinham idade inferior a 60 anos, portanto não preencheram os critérios de inclusão que serão expostos abaixo. A amostra final do presente estudo foi de 298 idosos de ambos os sexos, residentes na comunidade, escolarizados e frequentadores de atividades em pelo menos das

Casas de Convivência situadas nos seguintes bairros das Zonas Norte e Sul do município do Rio de Janeiro: Penha, Botafogo, Tijuca, Gávea, São Conrado (Rocinha) e Lagoa.

2.2.2.

Critérios de inclusão e exclusão

Para serem incluídos no estudo, os idosos deveriam ter controle médico de doenças crônicas, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, tireoide e cardiopatia.

Os critérios de exclusão do estudo foram: presença de déficits sensoriais graves sem correção, alterações motoras que impossibilitassem a aplicação completa dos protocolos de avaliação, assim como quaisquer doenças neurológicas e psiquiátricas (exceto depressão, que foi medida na amostra).

2.2.3.

Cuidados éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO) Parecer: 1023155.

Todos os participantes do estudo leram e assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A participação no estudo foi feita de maneira voluntária, sem direito à remuneração, sem apresentar nenhum tipo de risco para a saúde e podendo ser interrompida a qualquer momento.

2.2.4.

Instrumentos e Procedimentos

Um questionário padronizado para análise dos aspectos sociodemográficos e clínicos foi aplicado para registro e caracterização da amostra do estudo. As variáveis coletadas foram: idade, gênero, escolaridade, estado civil, etnia, profissão, índice de saúde geral, doenças autorreferidas e medicamentos em uso. Todos os dados foram coletados a partir de entrevistas individuais, realizadas nas

Casas de Convivência, em sessão única, com duração média de uma hora. Todos os participantes foram submetidos ao mesmo protocolo de avaliação neuropsicológica e funcional através de instrumentos validados, de fácil e rápida aplicação. Os instrumentos foram aplicados por neuropsicólogos e estagiários de pesquisa da Graduação em Psicologia da PUC-Rio, que foram treinados para aplicação e correção dos instrumentos.

A Bateria Breve de Rastreio Cognitivo (BBRC) foi aplicada baseado no estudo de Nitrini e colaboradores (1994) e, posteriormente, validada em outros estudos (Herrera et al., 2002; Nitrini et al., 2008; Novaretti et al., 2012; Charchat-Fichman et al., 2013; Barbosa et al., 2015) para amostras brasileiras. Os testes neuropsicológicos foram administrados com o uso de estímulos padronizados. O registro das respostas corretas e observações foram feitos com lápis e papel. O tempo foi mensurado, quando necessário, com o uso de um cronômetro manual. Os testes que compreendem a BBRC foram aplicados na seguinte sequência:

- a. **Mini Exame do Estado Mental (MEEM)** - Teste de rastreio que permite avaliação do funcionamento cognitivo global de forma rápida. O escore varia de 0 a 30 pontos. Quanto mais baixo o valor, pior o desempenho (Folstein et al., 1975; Brucki et al., 2003);
- b. **Teste de Memória de Figuras (TMF)** - Avalia a memória episódica. É composto por diferentes tarefas, como: nomeação, memória incidental, memória imediata, aprendizado, memória tardia e reconhecimento (Nitrini et al., 1994; 2008);
- c. **Teste de Fluênciaia Verbal (TFV)** - Avalia a velocidade de processamento, a memória semântica, a atenção sustentada, organização, estratégia, perseveração e funções executivas. Neste estudo foi utilizada apenas a categoria semântica de animais. A pontuação foi de acordo com o número de palavras geradas (Nitrini et al., 1994; Brucki & Rocha, 2004; Caramelli et al., 2007; Charchat-Fichman et al., 2009);
- d. **Teste do Desenho do Relógio (TDR)** - Avalia funções executivas (planejamento, sequência lógica, capacidade de abstração e monitoramento de execução), organização visuo-espacial, praxia visuo-construtiva, coordenação psicomotora e memória recente. (Nitrini et al., 1994). A

pontuação foi de 1 a 10 conforme os critérios adaptados por Sunderland e colaboradores (1989);

- e. **Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15)** - Utilizada para o rastreamento de sintomas depressivos na população geriátrica. O ponto de corte utilizado para determinar a presença de sintomas depressivos foi de 5 pontos, sendo a pontuação menor que 5 = normal, entre 5 e 10 = sintomas de depressão leve e acima de 11 = depressão grave. (Sheikh & Yesavage, 1986; Almeida & Almeida, 1999; Paradela et al., 2005)
- f. **Escala Lawton** - Respondida pelo idoso e familiar, trazendo uma perspectiva de como ele se comporta nas atividades instrumentais da vida diária, fora do ambiente das Casas de Convivência. Cada item tem a pontuação de 1 a 3, onde: (1) indica dependência total, (2) dependência parcial e (3) independência para realização da atividade. Assim quanto maior o escore, mais capaz de realizar as tarefas cotidianas (Lawton & Brody, 1969);
- g. **Questionário de Atividades Funcionais (QAF-Pfeffer)** – Avalia a funcionalidade que requer um nível de complexidade, para a realização das atividades cotidianas. A pontuação varia entre 0 e 30, onde o escore acima de 3 indica presença de prejuízo funcional (Pfeffer et al., 1982).

2.2.5.

Análises estatísticas

Primeiramente, foram realizadas análises descritivas dos dados demográficos, cognitivos e funcionais da amostra. Em seguida, uma análise de correlação (Pearson) foi realizada para estas mesmas variáveis. A amostra do estudo foi, então, dividida em função da idade e da escolaridade. Foram criados dois grupos etários:

- a. Grupo 1: 60 a 74 anos;
- b. Grupo 2: 75 anos em diante.

- c. Os grupos foram comparados através de um teste *t*, de amostras independentes, em todas as variáveis cognitivas e funcionais. Em seguida a amostra também foi dividida por escolaridade:
 - a. Grupo 1: 1 a 4 anos;
 - b. Grupo 2: 5 a 8 anos;
 - c. Grupo 3: 9 anos em diante.

Os três grupos foram comparados através de uma ANOVA de uma via. Para todas as análises foi utilizada a versão 16 do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*.

2.3.

Resultados

Na Tabela 1, a seguir, são apresentadas as características sociodemográficas da amostra. A amostra foi composta de idosos com a idade variando entre 60 e 96 anos, com média de 72,7 (6,97) anos. O nível de escolaridade variou entre 1 e 22 anos, com a média de 9,1 (4,64) anos. Observou-se que a maior parte foi composta por mulheres e viúvas, seguindo o padrão típico observado no envelhecimento. Um nível alto de escolaridade - característica pouco frequente na população brasileira - também foi observado na amostra.

TABELA 1:

Características sociodemográficas da amostra

Idade	Frequência (%)
60-74 anos	175 (64,8%)
≥ 75 anos	123 (35,2%)
Anos de Escolaridade	
1- 4 anos	66 (22,1%)
5 - 9 anos	90 (30,1%)
≥ 10 anos	142 (47,5%)
Sexo	
Masculino	39 (13,1%)
Feminino	259 (86,9%)
Estado civil	
Solteiro(a)	57(19,0%)
Casado(a)	60 (20,0%)
Separado(a)	49(16,3%)
Viúvo(a)	132 (44,7%)

NOTA: N = 298.

A Tabela 2 a seguir apresenta o resultado do desempenho dos idosos (média, desvio-padrão e intervalo mínimo-máximo) nas tarefas cognitivas que compõem a BBRC.

TABELA 2:

Desempenho nas tarefas cognitivas da BBRC

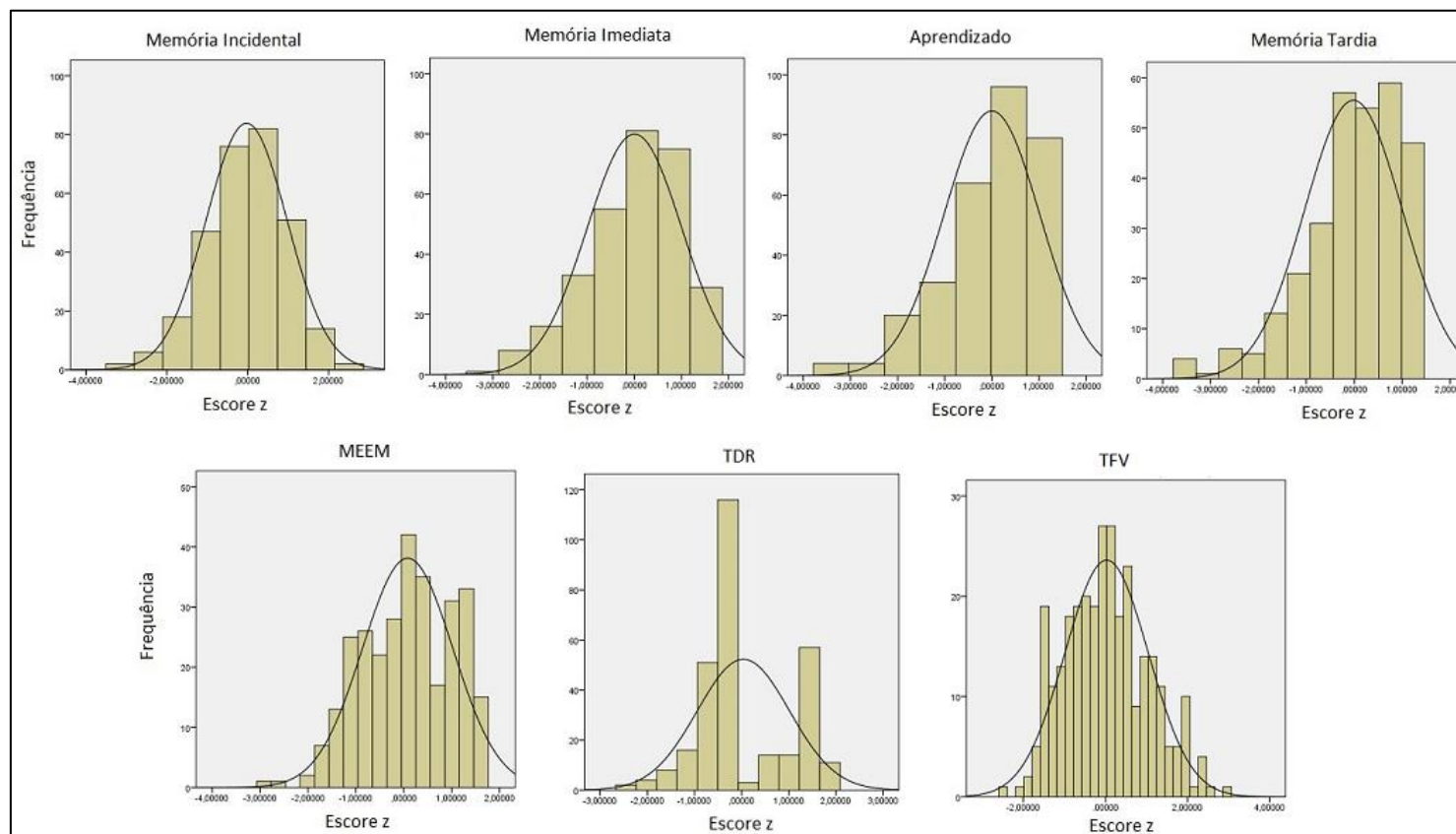
Instrumentos	Média (DP)	Mínimo-Máximo
MEEM	24,93 (3,12)	15-30
TFV	15,47 (5,04)	3-30
TDR	5,75 (2,14)	0-10
Nomeação	9,90 (0,35)	8-10
Memória Incidental	5,42 (1,42)	1-9
Memória Imediata	7,76 (1,49)	3-10
Aprendizado	8,52 (1,35)	4-10
Memória Tardia	7,39 (2,14)	0-10
Reconhecimento	9,82 (0,63)	6-10

NOTA: BBRC - Bateria Breve de Rastreio Cognitivo; DP - desvio-padrão; MEEM – Mini Exame do Estado Mental; TRD - Teste do Desenho do Relógio; TFV - Teste de Fluência Verbal. Tarefas do Teste de Memória de Figuras: Nomeação, Memória Incidental, Memória Imediata, Aprendizado, Memória Tardia e Reconhecimento. Dois idosos não completaram o TDR. N = 298.

A Figura 1 a seguir ilustra a distribuição de frequência do escore Z nos testes cognitivos, indicando o quanto o desempenho dos idosos se aproximou de uma distribuição normal nas tarefas do Teste de Memória de Figuras (memória incidental, memória imediata, aprendizado e memória tardia), no MEEM, no TDR e no FV.

Figura 1

Distribuição do desempenho nos testes cognitivos



NOTA: MEEM – Mini Exame do Estado Mental; TRD - Teste do Desenho do Relógio; TFV - Teste de Fluência Verbal. N = 298.

Foram realizadas análises descritivas das escalas utilizadas para avaliar a funcionalidade e sintomas depressivos na amostra. Na escala de depressão (EDG-15), a média observada foi 2,72 enquanto que o desvio padrão foi de 3,11 (n=296). Com isso, foi possível constatar que 20,9% dos idosos apresentaram sintomas significativos de depressão. Destes, 16,8% apresentaram sintomas de depressão leve e 4,1% sintomas de depressão grave. Na escala Lawton, observou-se uma média de 20,21 e um desvio-padrão de 1,38 (n=297), verificando-se que apenas 0,3% dos idosos mostraram-se parcialmente dependentes para as AIVDs, enquanto que os demais mostraram-se independentes para as atividades do cotidiano. Na escala Pfeffer, outra medida utilizada para avaliar a funcionalidade através dos familiares, a média observada foi de 1,2 e o desvio-padrão de 2,75 (n=182), constatando que 12,1% dos idosos apresentaram dependência nas AIVDs.

A Tabela 3 abaixo apresenta o resultado da análise de correlação realizada para os escores dos testes cognitivos da BBRC, idade e escolaridade.

TABELA 3:**Correlação (*r*) entre idade e escolaridade com as medidas da BBRC**

	Idade	Escolaridade
MEEM	-,113	,404**
TFV	-,153**	,390**
TDR	-,126*	,256**
Nomeação	,112	,132*
Memória Incidental	-,094	,026
Memória Imediata	-,151**	,037
Aprendizado	-,089	,094
Memória Tardia	-,192**	,092
Reconhecimento	-,152**	,017

Nota: BBRC - Bateria Breve de Rastreamento Cognitivo; MEEM – Mini Exame do Estado Mental; TRD- Teste do Desenho do Relógio; TFV: Teste de Fluência Verbal. Tarefas do Teste de Memória de Figuras; Nomeação, Memória Incidental, Memória Imediata, Aprendizado, Memória Tardia e Reconhecimento. Dois idosos não completaram o TDR. N = 298. *Correlação significativa

A amostra foi dividida em dois grupos, por faixa etária. A Tabela 4 abaixo apresenta o resultado do Teste *t* de Student, realizado entre os grupos em cada medida da BBRC, no EDG-15 e nas escalas funcionais. Observou-se uma diferença significativa entre os grupos no TFV e no TDR.

TABELA 4:

Desempenho (média e desvio-padrão) dos diferentes grupos etários na BBRC, EDG-15 e escalas funcionais

Instrumentos	60 - 74 anos	≥ 75 anos	p – valor
MEEM	25,1 (3,1)	24,7 (3,2)	0,24
TFV	16,0 (5,3)	15,0 (4,6)	0,05*
TDR	6,1 (2,4)	5,3 (2,0)	0,01*
Memória Incidental	5,4 (1,4)	5,4 (1,4)	0,90
Memória Imediata	7,9 (1,4)	7,6 (1,6)	0,16
Aprendizado	8,5(1,3)	8,5 (1,4)	0,67
Memória Tardia	7,6 (2,1)	7,1 (2,2)	0,08
Reconhecimento	9,9 (0,5)	9,8 (0,8)	0,24
EDG – 15	2,9 (3,1)	2,4 (3,1)	0,12
Lawton	20,3 (1,3)	20,1 (1,5)	0,17
Pfeffer	1,3 (3,1)	0,1 (2,1)	0,48

NOTA: BBRC - Bateria Breve de Rastreio Cognitivo; MEEM – Mini Exame do Estado Mental; TRD - Teste do Desenho do Relógio; TFV - Teste de Fluência Verbal. Tarefas do Teste de Memória de Figuras: Memória Incidental, Memória Imediata, Aprendizado, Memória Tardia e Reconhecimento; GDS-15 - Escala de Depressão. Idosos que não completaram o TDR (2), EDG-15 (2), Lawton (1) e familiares no Pfeffer (116). * Indica significância estatística ($p < 0,05$). N = 298.

Uma vez que essa população é muito heterogênea em relação à educação formal (que variou de 0 a 22 anos), a amostra foi dividida em três grupos de acordo com a escolaridade:

- a. Grupo 1: 1 a 4 anos de escolaridade;
- b. Grupo 2: 5 a 9 anos de escolaridade;
- c. Grupo 3: 10 ou mais anos de escolaridade.

A Tabela 5 a seguir apresenta os resultados da análise de variância (ANOVA) utilizada para comparar os grupos nos diferentes instrumentos, bem como análises *post-hoc*.

TABELA 5:

Desempenho (média e desvio-padrão) dos diferentes grupos de escolaridade na BBRC, EDG-15 e escalas funcionais

Instrumentos	1- 4 anos	5 - 9 anos	≥ 10	Anova	F
MEEM	23,2 (3,2) ^c	24,3 (3,0) ^b	26,1 (2,5)	$p < 0,001^*$	F(2,295)= 26,29
TFV	12,9 (4,3) ^c	14,6 (4,4) ^b	17,2 (5,2)	$p < 0,001^*$	F(2,295)= 19,91
TDR	4,9 (2,1) ^c	5,6 (2,2)	6,3 (2,2)	$p < 0,001^*$	F(2,293)= 9,87
Nomeação	9,8 (0,5)	9,9 (0,4)	9,9 (0,3)	$p = 0,054$	F(2,295)= 2,94
Memória Incidental	5,4 (1,4)	5,4 (1,3)	5,5 (1,5)	$p = 0,871$	F(2,295)= 0,14
Memória Imediata	7,7 (1,5)	7,7 (1,4)	7,8 (1,5)	$p = 0,788$	F(2,295)= 0,24
Aprendizado	8,5 (1,3)	8,3 (1,4)	8,7 (1,4)	$p = 0,059$	F(2,295)= 2,86
Memória Tardia	7,1 (2,2)	7,2 (2,1)	7,6 (2,1)	$p = 0,234$	F(2,295)= 1,46
Reconhecimento	9,8 (0,8)	9,8 (0,5)	9,3 (0,6)	$p = 0,905$	F(2,295)= 0,10
GDS – 15	3,7 (4,0) ^c	2,8 (2,6) ^a	2,4 (2,8)	$p = 0,013^*$	F(2,293)= 4,40

TABELA 5:

Desempenho (média e desvio-padrão) dos diferentes grupos de escolaridade na BBRC, EDG-15 e escalas funcionais (continua)

Instrumentos	1- 4 anos	5 - 9 anos	≥ 10	Anova	F
Lawton	19,9 (1,6)	20,3 (1,2)	20,3 (1,3)	$p =$ 0,107	F(2,294)= 2,25
Pfeffer	2,2 (3,9) ^c	1,2 (3,0)	0,4 (1,0)	$p =$ 0,001*	F(2,179)= 7,17

NOTA: BBRC - Bateria Breve de Rastreamento Cognitivo; MEEM – Mini Exame do Estado Mental; TRD - Teste do Desenho do Relógio; TFV - Teste de Fluência Verbal. Tarefas do Teste de Memória de Figuras: Nomeação, Memória Incidental, Memória Imediata, Aprendizado, Memória Tardia e Reconhecimento; GDS-15 - Escala de Depressão. Idosos que não completaram o TDR (2), EDG-15 (2), Lawton (1) e familiares no Pfeffer (116). ^a = diferença significativa entre o Grupo 1 e o Grupo 2; ^b = diferença significativa entre o Grupo 2 e o Grupo 3; ^c = diferença significativa entre o Grupo 1 e o Grupo 3. * Indica significância estatística ($p < 0,05$). N = 298.

Com relação às escalas de atividades de vida diária, não observamos diferenças entre os grupos de escolaridade no Lawton. No Pfeffer, no entanto, a única diferença observada foi entre o Grupo 1 e 3 ($p = 0,001$), não havendo diferença entre os demais. Quanto ao EDG-15, os resultados apontaram uma diferença entre os Grupos 1 e 2 ($p = 0,013$), assim como também entre os Grupos 1 e 3 ($p = 0,013$). Não houve diferença entre os Grupos 2 e 3.

2.4.

Discussão

Para compreender a transição do envelhecimento normal para o patológico e diagnosticar precocemente as doenças neurodegenerativas, tem-se avançado na validação de instrumentos de rastreamento para detectar de forma rápida e simples o declínio cognitivo. Entretanto, estudos com idosos saudáveis da comunidade utilizando a BBRC são menos frequentes (Nitrini et al., 2004; Pereira et al., 2010; Soares et al., 2012; Silva et al. 2014).

A BBRC é uma bateria precisa para diagnosticar o comprometimento cognitivo em populações heterogêneas e vem sendo utilizada em diferentes contextos, entre eles: epidemiológicos (Herrera et al., 2002; Nitrini et al., 2004; Soares et al., 2012), pacientes com diagnóstico de doença de Alzheimer (Herrera et al., 1994; Nitrini et al., 2007; Novaretti et al., 2012), em ambulatório de neurologia com pacientes com queixas cognitivas e sintomas depressivos (Porto et al., 2013), ambulatórios de geriatria (Charchat-Fichman et al., 2013; Charchat-Fichman et al., 2015) e com diagnóstico de demência em comunidade com alta prevalência de analfabetos (Nitrini et al., 2008).

No presente estudo, a BBRC foi usada em uma amostra de idosos na comunidade que frequentam Casas de Convivência. Os resultados indicaram um padrão cognitivo e funcional normal, ou seja, o desempenho dos idosos revelou um padrão semelhante à curva normal e acima dos pontos de cortes, comparados com estudos normativos da literatura (Brucki et al., 2003; Caramelli et al., 2007; Charchat-Fichman et al., 2009; Nitrini et al., 2004; Nitrini et al., 2007; Paula et al., 2013).

Em relação às características sociodemográficas dos idosos que participaram do estudo, verificou-se uma elevada proporção de mulheres e viúvos, assim como observado em estudos epidemiológicos realizados no Brasil (Herrera et al., 2002; Lebrão & Laurenti, 2005; Castro-Costa et al., 2011). Os resultados relativos ao gênero confirmaram a tendência encontrada na literatura de um predomínio de mulheres, salientando a “feminilização da velhice” (Camarano et al., 2004). Essa composição demográfica do envelhecimento parece se justificar pela maior sobrevivência do sexo feminino em idades avançadas, que poderia se relacionar com: (a) menor exposição aos riscos ocupacionais; (b) menores taxas de mortalidade por causas externas; (c) maior aderência aos serviços de saúde; (d) maior participação em atividades na comunidade e de grupos de convivência onde essa amostra foi recrutada (Camarano et al., 2004; Lebrão & Laurenti, 2005). Verificou-se uma diversidade em relação à educação formal e foi detectado um percentual de 47,5% dos idosos com 10 anos ou mais de escolaridade. Esse nível educacional difere dos estudos populacionais epidemiológicos sobre o envelhecimento quando conduzidos em cidades do interior, com coletas nos domicílios (Herrera et al., 2002; Castro-Costa et al., 2011; Silva et al., 2014).

Esse perfil demográfico tem um impacto no desempenho cognitivo global, observado no MEEM. A média da amostra no MEEM foi semelhante à encontrada em outros estudos que avaliaram o funcionamento cognitivo em idosos saudáveis (Silva et al., 2014) e quando comparados com idosos com CCL ou demência (Nitrini et al. 2004; Caramelli et al., 2007; Nitrini et al. 2007; Charchat-Fichman et al., 2009; Lima-Silva et al., 2009; Pereira et al., 2010; Castro-Costa et al., 2011; Novaretti et al., 2012; Porto et al., 2013). No presente estudo, foi constatado que a escolaridade influenciou de modo significativo o MEEM, assim como observado na literatura (Silva et al., 2014).

Observou-se também que o desempenho da amostra no TFV ficou de acordo com o ponto de corte proposto no estudo de Charchat-Fichman e colaboradores (2009), evidenciando a preservação da capacidade de acesso semântico, riqueza de vocabulário, velocidade de processamento, linguagem e as funções executivas nessa população. Ao passo que o envelhecimento influenciou negativamente o desempenho, e, observou-se que a escolaridade estava relacionada a um aumento do número de palavras geradas. Tais achados estão em consonância com os estudos com idosos da comunidade (Nitrini et al. 2004; Caramelli et al., 2007; Ribeiro et al., 2010; Soares et al., 2012; Silva et al., 2014; Charchat-Fichman et al., 2015). A média encontrada no presente estudo está em consenso com outras pesquisas que avaliaram idosos saudáveis, sendo um indicador de envelhecimento normal, uma vez que essa tarefa apresenta alta sensibilidade para discriminar estágios iniciais de demência (Nitrini et al. 2004; Nitrini et al. 2007; Lima-Silva et al., 2009; Pereira et al., 2010; Ribeiro et al., 2010; Porto et al. 2013; Fabricio et al., 2014).

Além do MEEM e TFV, a amostra apresentou um desempenho nas tarefas de memória dentro dos padrões de normalidade propostos por outros estudos brasileiros (Nitrini et al. 2004; Lima-Silva et al., 2009; Pereira et al., 2010; Novaretti et al., 2012; Soares et al., 2012; Charchat-Fichman et al., 2013; Porto et al. 2013). Estes estudos apontam que esta bateria sofre uma pequena influência da escolaridade – também observado na presente amostra –, reforçando o mesmo padrão de um baixo efeito do nível educacional nestes tipos de tarefa e caracterizando estes instrumentos como adequados para uma população que apresenta heterogeneidade educacional (Silva et al., 2014).

Neste estudo, o nível de funcionalidade observado retratou uma população saudável, com autonomia e independência que são exigidas nas atividades instrumentais da rotina diária (Pereira et al., 2010; Porto et al. 2013), diferente dos resultados apresentados por outros estudos que avaliaram idosos em ambulatório (Charchat-Fichman et al., 2013; Charchat-Fichman et al., 2015). Em relação à idade, não se observou diferenças quanto à capacidade funcional para AIVDs em nenhum dos grupos etários neste estudo. Embora a literatura aponte que quanto maior a idade, pior o desempenho nas atividades instrumentais, relacionando a perda de habilidades funcionais com o envelhecimento fisiológico e, normalmente, com um gradual comprometimento das AIVDs para as ABVDs (Lebrão & Laurenti, 2005). Entretanto, os idosos deste estudo estavam inseridos em centros comunitários que promovem atividades físicas, cognitivas e de interação social. Tais atividades corroboram para o desempenho e independência nas AIVDs, que se relacionam com a participação efetiva do idoso na comunidade.

O estudo, no entanto, constata uma associação entre o desempenho das atividades de vida diária e a escolaridade, verificando-se um melhor desempenho em idosos com níveis mais elevados de escolaridade. Um estudo realizado com idosos ativos na comunidade constatou que maior escolaridade e maior renda se relacionam com um maior engajamento em atividades intelectuais, culturais e de lazer, perfil semelhante à amostra deste estudo, o que poderia justificar os resultados acima (Ribeiro et al., 2010).

Os padrões de normalidade observados na amostra também ficaram evidentes na Figura 1, onde os histogramas revelaram os achados encontrados nos instrumentos que avaliaram tanto o funcionamento cognitivo global quanto as tarefas de memória. De um modo geral, os resultados caracterizaram um padrão próximo da curva de distribuição normal, com os dados demonstrando uma alta frequência de idosos com desempenho próximo da média e frequência menor de idosos com desempenho afastado da média.

Entretanto, no TDR a amostra que se apresentou cognitivamente dentro dos padrões de normalidade nos outros instrumentos teve um desempenho abaixo do esperado, e estes resultados estão em concordância com alguns estudos (Soares et al., 2012; Paula et al., 2013). A pontuação média encontrada na amostra do

presente estudo foi de 5,75 (2,14), considerada abaixo do ponto de corte de acordo com outros estudos que avaliaram idosos normais (Nitrini et al. 2004; Lima-Silva et al., 2009; Pereira et al., 2010; Novaretti et al., 2012; Porto et al. 2013; Fabricio et al., 2014). Estes dados podem indicar um rigor nos critérios adotados para pontuação dos desenhos, uma vez que o desempenho dos idosos na amostra apresentou uma elevada concentração no critério de pontuação "5", que indica "aglomeração de números numa extremidade do relógio ou inversão de números", de acordo com as normas propostas por Sunderland e colaboradores (1989).

Um estudo realizado por Mendes-Santos (2015) utilizando uma subamostra com 100 idosos da população referida no presente estudo verificou a aplicabilidade de novos critérios de pontuação do TDR. Observou-se uma elevada porcentagem da população (53,5%) com pontuação 5, corroborando com os achados encontrados na amostra original. Tal desempenho pode ser interpretado como um indicador de comprometimento nas habilidades visuoespaciais e executivas. Levando em consideração os resultados encontrados, a relação com estudo atual e a consonância com os critérios, observa-se a necessidade da elaboração de novas normas de avaliação, mais sensíveis e que privilegie o planejamento e execução do desenho em populações heterogêneas, tanto em relação à idade quanto à escolaridade. A idade influenciou de forma negativa o desempenho na tarefa, enquanto que a escolaridade interferiu positivamente nos resultados. Esses achados estão de acordo com a literatura, que destaca a relação entre idade e escolaridade no desempenho do TDR, e ilustram a variabilidade no desempenho desta tarefa em idosos cognitivamente saudáveis (Paula et al., 2013; Fabricio et al., 2014).

Até o presente momento, as análises dos resultados apresentados demonstraram o perfil cognitivo da amostra, mas os dados comportamentais também são relevantes para compreensão deste perfil. Os estudos na literatura têm comprovado que a depressão é uma doença de incidência elevada entre idosos, podendo ser influenciada por variáveis biológicas e psicossociais (Novaretti et al., 2012; Silva et al., 2014). Na amostra estudada foram detectados sintomas de depressão em 20,9% dos idosos, de acordo com os pontos de corte estabelecidos na literatura. A maioria dos sintomas indicativos de depressão leve foi semelhante a outros estudos brasileiros com idosos na comunidade (Paulo et al., 2010; Soares

et al., 2012; Porto et al., 2013). A idade não se relacionou de forma significativa com os sintomas depressivos. Entretanto, observou-se uma associação com a escolaridade.

Futuros estudos devem incluir idosos analfabetos e mais longevos, com o objetivo de ampliar a compreensão acerca da heterogeneidade da população idosa na comunidade. Estes estudos também devem investigar de forma mais aprofundada os idosos com CCL e identificar a prevalência de depressão em idosos que estão cognitivamente e funcionalmente saudáveis.

Em síntese, o perfil encontrado seguiu um padrão de normalidade, apesar do desempenho um pouco abaixo do esperado no TDR, revelando um funcionamento compatível com o envelhecimento saudável, tanto do ponto de vista cognitivo quanto funcional, nesta amostra de idosos da comunidade, considerando a heterogeneidade educacional da população.

3

Estudo II: O impacto dos sintomas de depressão no envelhecimento saudável

3.1.

Introdução

O aumento de idosos impacta em todas as sociedades e em seus sistemas de saúde. Estratégias nas políticas públicas são fundamentais para proporcionar o envelhecimento saudável para a população acima de 60 anos, uma vez que saúde não significa somente a ausência de doenças, e sim a manutenção da capacidade cognitiva e funcional desse grupo (WHO, 2005; Veras, 2009). No envelhecimento, assim como em outras fases da vida, ocorrem mudanças nos aspectos físicos, psicológicos e sociais. Estas mudanças inerentes a este processo natural frequentemente interferem nas atividades rotineiras do idoso, exigindo resiliência para se adaptar às alterações impostas pelo impacto dos anos vividos. Além disso, a longevidade traz consigo a vivência de perdas em decorrência destas modificações biopsicossociais, que podem refletir na vida do idoso. Devido à heterogeneidade da população idosa, as estratégias que cada indivíduo tem como suporte para o enfrentamento destas perdas são únicas e individuais. Entretanto, frequentemente há um impacto no cotidiano do idoso, que pode se traduzir na percepção crescente de limitações, de mudanças nos papéis sociais, da diminuição da autonomia e da funcionalidade (Ramos et al., 2001; Ribeiro, 2009; Oliveira et al., 2012).

A capacidade funcional tem sido um parâmetro importante no dimensionamento do envelhecimento saudável, entendido como a manutenção das habilidades físicas e mentais, fundamentais para uma vida independente e autônoma, segundo o Ministério da Saúde (PORTARIA 1.395, 1999). É nesse contexto que a capacidade funcional, em seu sentido amplo, surge como um novo conceito de saúde. Assim, a preservação da capacidade funcional promove o bem-estar e possibilita ao idoso se manter na comunidade de forma independente, mesmo nas idades mais avançadas (Ramos et al., 2001; Brito et al., 2014). Entretanto, apesar do envelhecimento não se relacionar necessariamente a doenças

e incapacidades, há um aumento das doenças crônicas associadas a esta fase da vida. Observa-se que a instalação de patologias crônicas pode influenciar todas as dimensões da funcionalidade, ou seja, a capacidade funcional, o desempenho cognitivo e o estado de humor dos idosos, que se associam à qualidade de vida (Lima et al., 2009; Paula et al., 2013). Os achados na literatura sugerem que é possível tanto a prevenção quanto o controle das doenças crônicas, de forma que o idoso continue realizando as atividades cotidianas e, conseqüentemente, mantendo a vida com independência e autonomia (Alves et al., 2007).

Contudo, algumas modificações são inerentes a esta fase do desenvolvimento humano. As alterações biológicas, o aumento das comorbidades, o declínio na capacidade de memória e de outras habilidades cognitivas estarão presentes mesmo no envelhecimento saudável. Estas mudanças podem propiciar o surgimento da tristeza, o isolamento e, com frequência, a aparição de sintomas de depressão. Uma característica da depressão em idosos é que muitas vezes esta se manifesta associada às doenças crônicas, com o declínio da capacidade cognitiva e funcional, e, por conseguinte, o comprometimento da qualidade de vida (Paula et al., 2013; Carvalho, 2010).

A depressão é um transtorno psiquiátrico com alta incidência na população geriátrica – embora seja por tantas vezes subdiagnosticada – e apresenta um caráter fundamentalmente multifatorial (Gazalle, 2004; Ávila, 2006; Lima et al., 2009). As características mais comuns são o humor rebaixado e a perda do interesse ou prazer, que acarretam repercussões importantes na vida do idoso. Os estudos constatam que a depressão tem caráter heterogêneo no envelhecimento, no que se refere a sua etiologia e aos aspectos relacionados à sua forma de apresentação (Batistonni, 2005; Lima et al., 2009). O transtorno depressivo em idosos pode diferir em grau e apresentar características clínicas peculiares, além de requerer uma abordagem diferenciada. Na maioria das vezes, os sinais se apresentam como irritabilidade, dificuldade para expressar emoções, sentimentos de culpa e desamparo, assim como a perda do interesse ou prazer em atividades do cotidiano. No idoso, com frequência o humor depressivo tende a ser aparente, embora exista uma maior tendência a ocultar os sintomas, não se apresentando como queixa frequente. No geral, as características clínicas da depressão no envelhecimento podem se apresentar como um quadro de: depressão maior

unipolar, depressão no transtorno afetivo bipolar, ciclotimia, distímia, ou sintomas depressivos clinicamente relevantes (SDCR) (Barcelos-Ferreira, Lopes e Bottino, 2014).

Uma revisão sistemática e meta-análise realizada por Barcelos-Ferreira e colaboradores (2010), na literatura brasileira, revelou que idosos na comunidade apresentam uma taxa média de 1,8% de depressão maior. As evidências de depressão menor giram em torno de 9,8%, enquanto os mais frequentes são os SDCR, com a taxa de 13,5%. Os autores identificaram uma variabilidade na prevalência de depressão maior entre os idosos brasileiros na comunidade e acreditam que isso ocorre, em grande parte, devido à variação dos instrumentos de diagnóstico utilizados, aos pontos de corte e a gravidade dos sintomas avaliados para identificar a depressão em estudos epidemiológicos. Outro dado relevante observado no estudo foi a clara associação entre a depressão e os déficits cognitivos, mesmo em idosos com sintomas depressivos mais leves. Corroborando com estes dados, um estudo recente detectou que a depressão e os déficits cognitivos com frequência surgem concomitantemente no envelhecimento, acarretando piora da qualidade de vida, do declínio funcional e trazendo graves consequências para as atividades do cotidiano (Novaretti, Radanovic e Nitrini, 2012).

Assim, se observa no envelhecimento normal que os sintomas depressivos, associados à cognição podem se configurar como um fator de risco para demência (Ávila & Bottino, 2006; Barcelos-Ferreira, Lopes e Bottino, 2014). Entretanto, as manifestações de alterações cognitivas e comportamentais – decorrentes tanto da depressão, como no Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) e certos tipos de demência em seus estágios iniciais – evidenciam-se por uma sobreposição de sintomas. Estes dados apontam a importância, nesta fase da vida, da associação destes fatores e a necessidade da identificação dos sintomas depressivos ou de outras patologias que se assemelhem.

O interesse dos estudos sobre os sintomas depressivos no envelhecimento se deve ao fato de que é difícil a diferenciação diagnóstica, onde o quadro depressivo pode simular o CCL ou mesmo um processo pré-clínico de demência, dificultando a avaliação e o tratamento dessa patologia em idosos (Alexopoulos et

al., 2002; Ávila & Bottino 2006). Os sintomas observados com maior frequência e que dificultam o diagnóstico diferencial são as alterações na memória, na atenção concentrada, no padrão do sono, lentificação psíquica, apatia, irritabilidade, descuido pessoal, entre outros sintomas que comprometem a capacidade cognitiva e funcional do idoso (Netto & Landeira-Fernandez, 2012). Desta forma, o diagnóstico precoce deste transtorno do humor e a prevenção de outros episódios constituem medidas fundamentais para acompanhamento do indivíduo no envelhecimento, assim como a distinção entre depressão e demência ou constatação da coexistência destas entidades nosológicas.

Segundo Stoope Jr. & Louzã Neto (2007) há uma relação recíproca entre depressão e demência apresentando-se da seguinte maneira:

(a) depressão na demência – sintomas depressivos constituem parte integrante do processo demencial;

(b) demência com depressão – coexistência de ambas as condições, sendo que os sintomas depressivos instalam-se em um quadro demencial preexistente;

(c) depressão com comprometimento cognitivo – a depressão evolui com dificuldades cognitivas, particularmente, de concentração e memória;

(d) demência com depressão – o comprometimento cognitivo resulta do processo depressivo, denominado “pseudodemência depressiva”.

A depressão tem repercussão em vários aspectos da vida do idoso, dentre eles o impacto no desempenho das atividades instrumentais de vida diária e na cognição, aumentando assim a chance de CCL e, conseqüentemente, uma possível evolução para quadros demenciais, conforme mencionado acima. Um estudo populacional realizado na cidade de São Paulo por Silva, Scazufca e Menezes (2102) identificou que os sintomas depressivos contribuem significativamente para a incapacidade funcional entre idosos em países de baixa e média renda, apontando mais uma vez, para a necessidade de identificação e tratamento desta patologia. Assim, diante de todos esses fatores, o presente estudo tem como objetivo avaliar o efeito dos sintomas de depressão no desempenho cognitivo e funcional em idosos da comunidade, saudáveis e independentes, frequentadores de Casas de Convivência da Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, Brasil.

3.2.

Métodos

Este estudo surgiu a partir da identificação de sintomas de depressão nos idosos avaliados nos centros comunitários da Prefeitura do Rio de Janeiro. Estes indivíduos estavam inseridos nas atividades oferecidas nas seis Casas de Convivências localizadas em diferentes bairros das Zonas Sul e Norte do município e fizeram parte do estudo intitulado “*Perfil cognitivo e funcional no envelhecimento saudável*”, descrito no capítulo anterior.

3.2.1.

Amostra

A amostra deste estudo foi composta por idosos acima de 60 anos, de ambos os sexos, escolarizados, residentes na comunidade e frequentadores das Casas de Convivência. Os idosos foram selecionados a partir da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15). Conforme dados observados na literatura (Almeida, 1999; Paradela et al., 2005), 62 idosos apresentaram pontuação acima do ponto de corte, ≥ 5 no EDG-15, evidenciando sintomas leves de depressão. Considerando a idade e escolaridade deste grupo foi realizado o pareamento com idosos da mesma idade e escolaridade, ou bem próximos. Porém abaixo do ponto de corte no EDG-15 e, conseqüentemente, considerados com ausência de sintomas de depressão. Ao final, a amostra totalizou 124 idosos e foi dividida em dois grupos: idosos com presença de sintomas depressivos (N = 62) e idosos com ausência de sintomas depressivos (N = 62).

3.2.2.

Crítérios de inclusão e exclusão

Além da pontuação no EDG-15, os outros critérios de inclusão para os dois grupos foram:

- a. ser alfabetizado (média = 8,3 anos de escolaridade, DP = 4,8);
- b. ter 60 anos ou mais de idade (idade = 71,9 anos de idade média, DP = 6,6);

- c. ter controle médico de doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus, tireoide e cardiopatia.

Os critérios de exclusão, definidos também para os dois grupos, foram:

- a. apresentar deficiência visual e/ou auditiva ou sem correção;
- b. presença de anomalias endócrinas e metabólicas sem acompanhamento médico;
- c. distúrbios neurológicos e psiquiátricos (exceto depressão, que foi medida na amostra);
- d. dificuldade em executar os movimentos das mãos por doenças que impossibilitassem a aplicação completa dos protocolos de avaliação.

3.2.3.

Cuidados éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO) Parecer: 1023155.

Todos os participantes do estudo leram e assinaram duas vias assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A participação no estudo foi feita de maneira voluntária, sem direito à remuneração, sem apresentar nenhum tipo de risco para a saúde e podendo ser interrompida a qualquer momento.

3.2.4.

Instrumentos e procedimentos

O protocolo foi composto por questionário padronizado, elaborado para análise dos aspectos sociodemográficos e clínicos. Este questionário foi utilizado para registro e caracterização da amostra do estudo, limitando-se ao autorrelato de condições de saúde, e não aprofundando a investigação das patologias orgânicas. As variáveis coletadas no questionário foram: idade, gênero, cor, escolaridade,

estado civil, etnia, profissão, doenças autorreferidas e medicamentos em uso. Todos os dados foram coletados a partir de entrevistas individuais realizadas nestes centros comunitários, denominados “Casas de Convivência”, em sessão única, com duração média de uma hora.

Além da entrevista, uma bateria de testes neuropsicológicos e escalas comportamentais foram aplicadas. O mesmo protocolo de avaliação neuropsicológica e funcional, composto de instrumentos validados, foi aplicado em todos os idosos por neuropsicólogos e estudantes de graduação em Psicologia da PUC-Rio, treinados para esta bateria. A utilização de instrumentos padronizados minimizou a influência de fatores subjetivos que poderiam resultar em diferenças na coleta e no registro dos dados por parte dos entrevistadores.

Para compreender o impacto dos sintomas depressivos no desempenho cognitivo e funcional, utilizou-se o protocolo neuropsicológico, que incluiu a Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15), já traduzida e validada para uso no Brasil (Almeida, 1999; Paradela et al., 2005), a Bateria Breve de Rastreamento Cognitivo (BBRC), validada para a população brasileira em diferentes contextos clínicos (Nitrini et al., 1994; Herrera et al., 2002; Nitrini et al., 2008; Novaretti et al., 2012; Charchat et al., 2013) e os demais instrumentos relacionados a seguir, na seguinte ordem de aplicação:

- a. Mini Exame do Estado Mental (MEEM)** - O escore do MEEM varia de 0 a 30 pontos. Quanto mais baixo o valor, pior está o desempenho cognitivo (Folstein et al., 1975; Brucki et al., 2003);
- b. Teste de Memória de Figuras (TMF)** - Composto por diferentes tarefas, como: nomeação, memória incidental, memória imediata, aprendizado, memória tardia e reconhecimento (Nitrini et al., 1994; 2008);
- c. Teste de Fluência Verbal (TFV)** - Neste estudo foi utilizada apenas a categoria semântica de animais (Nitrini et al., 1994; Brucki & Rocha, 2004; Caramelli et al., 2007; Charchat-Fichman et al., 2009).
- d. Teste do Desenho do Relógio (TDR)** - A pontuação foi de 1 a 10, conforme os critérios adaptados por Sunderland e colaboradores (1989);
- e. Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15)** - Instrumento de triagem para depressão, na versão reduzida, realizada através de 15 perguntas

respondidas pelo idoso (Sheikh & Yesavage, 1986). A escala é validada para a população idosa brasileira (Almeida, 1999, Paradela et al., 2005) e mostra boa correlação com o diagnóstico de depressão, onde a presença de cinco ou mais respostas positivas sugere fortemente o diagnóstico de depressão, devendo a seguir ser mais explorado. O ponto de corte utilizado para determinar a presença de sintomas depressivos neste estudo foi ≥ 5 pontos, sendo a pontuação menor que 5 = ausência de depressão, entre 5 e 10 = sintomas de depressão leve e acima de 11 = depressão grave (Paradela et al., 2005);

- f. **Escala Lawton** - Respondida pelo idoso e familiar, sempre que possível, trazendo uma perspectiva de como o idoso se comporta fora do ambiente das Casas. Cada item tem a pontuação de 1 a 3, onde (1) indica dependência total, (2) dependência parcial e (3) independência para realização da atividade. Quanto maior o escore do sujeito, mais capaz de realizar as tarefas cotidianas (Lawton & Brody, 1969);
- g. **Questionário de Atividades Funcionais (QAF-Pfeffer)** - Escala com pontuação variando entre 0 a 30, onde o escore acima de 3 indica presença de prejuízo funcional (Pfeffer et al., 1982).

3.2.5.

Análises Estatísticas

As análises estatísticas descritivas foram realizadas com os dados demográficos clínicos e funcionais da amostra. As variáveis apreciadas neste estudo (idade, escolaridade, gênero, presença de sintomas depressivos e funcionamento cognitivo e funcional) foram submetidas a análises de frequência. As variáveis numéricas (idade e pontuação nas escalas) foram submetidas a análises estatísticas descritivas, com valores de média, desvio-padrão, valores máximos e mínimos. O nível de significância adotado em todos os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$). Em seguida foi realizada uma análise de correlação (Pearson) entre os sintomas depressivos e as variáveis demográficas, cognitivas e funcionais. Por fim, as médias dos grupos, com ausência e presença de sintomas depressivos, foram comparadas utilizando o teste *t* de Student. Para

todas as análises foi utilizada a versão 16 do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*.

3.3.

Resultados

As características sociodemográficas analisadas estão descritas na Tabela 6, destacando que a amostra foi composta de idosos com a idade entre 60 e 89 anos (média de 72,7 e desvio-padrão de 6,97) e que a escolaridade variou entre 1 e 17 anos (média de 9,1 e desvio-padrão de 4,64). Verificou-se, ainda, que a amostra foi composta na maior parte por mulheres (83,9%), sendo a grande maioria de viúvas (45,2%), seguido de solteiros (23,4%). Não houve diferença entre idade e escolaridade na amostra, uma vez que os grupos foram pareados.

TABELA 6:

Caracterização sociodemográfica da amostra com ausência e presença de sintomas de depressão (Teste *t* de Student)

	Ausência de sintomas de depressão (n= 62) Média (DP)	Presença de sintomas de depressão (n= 62) Média (DP)	p – valor
Idade	71,8 (6,45)	72,0 (7,10)	0,905
Anos de Escolaridade	8,4 (4,76)	8,3 (4,91)	0,911
Sexo (%)	84/16*	87/13*	0,799**

NOTA: DP - desvio-padrão. * Análise descritiva da frequência da variável: gênero, com porcentagem de mulheres e homens respectivamente. ** Qui-quadrado.

A Tabela 7 a seguir apresenta o resultado do desempenho dos idosos com ausência de sintomas de depressão e com presença de sintomas de depressão

(média, desvio-padrão e intervalo mínimo-máximo) no EDG-15, nas tarefas cognitivas que compõem a BBRC e nas escalas funcionais. Observa-se o nível de significância ($p < 0,05$) no EDG-15 apontando a diferença entre os grupos, considerando-se os sintomas depressivos. Assim como, na memória tardia que é uma das tarefas da BBRC, no TFV e na Escala Lawton. O Questionário Pfeffer foi respondido por 73 familiares de idosos - sendo 41 sem sintomas de depressão e 32 com sintomas de depressão - que compuseram a amostra do presente estudo. Isto se deu em decorrência desta escala ser respondida pelos familiares por contato telefônico, dificultando o acesso, uma vez que esta população considerada independente comparecia desacompanhada às atividades nas Casas de Convivência.

TABELA 7:

Desempenho nas tarefas cognitivas da BBRC, EDG-15 e escalas funcionais

Testes Neuropsicológicos	Ausência de sintomas de depressão (n= 62)	Presença de sintomas de depressão (n= 62)	p - valor
	Média (DP)	Média (DP)	
EDG-15	1,40 (1,26)	7,87 (2,49)	<0.05
Nomeação	9,9 (0,35)	9,87 (0,42)	>0.05
Mem Incidental	5,37 (1,44)	5,37 (1,32)	>0.05
Mem Imediata	7,85 (1,40)	7,47 (1,46)	>0.05
Aprendizado	8,73 (1,18)	8,34 (1,50)	>0.05
Memória tardia	8,11 (1,83)	7,15 (2,07)	<0.05
Reconhecimento	9,81 (0,54)	9,69 (0,86)	>0.05
MEEM	25,4 (3,51)	24,6 (3,06)	>0.05
TDR	5,29 (2,12)	5,46 (2,13)	>0.05

TABELA 7:

Desempenho nas tarefas cognitivas da BBRC, EDG-15 e escalas funcionais (continua)

Testes Neuropsicológicos	Ausência de sintomas de depressão (n= 62)	Presença de sintomas de depressão (n= 62)	<i>p</i> - valor
	Média (DP)	Média (DP)	
Lawton	20,34 (1,34)	19,56 (1,83)	<0.05
Pfeffer	1,05 (1,96)	2,47 (4,73)	>0.05

NOTA: BBRC - Bateria Breve de Rastreio Cognitivo; DP - desvio-padrão; MEEM - Mini Exame do Estado Mental; TRD - Teste do Desenho do Relógio; TFV - Teste de Fluência Verbal; Tarefas da BBRC Teste de Memória de Figuras: Nomeação, Memória Incidental, Memória Imediata, Aprendizado, Memória Tardia e Reconhecimento; EDG-15 - Escala de Depressão Geriátrica; Lawton - escala de atividades de vida diária; Pfeffer: Questionário de Atividades Funcionais respondidos por familiares dos idosos: sem sintomas de depressão (41), com sintomas de depressão (32). Teste *t* de Student. N = 124.

A Tabela 8 abaixo apresenta o resultado da análise de correlação de Pearson realizada entre os escores do EDG-15, os testes cognitivos da BBRC e as escalas funcionais. Os resultados evidenciam uma correlação significativa entre o EDG-15 e a memória imediata, o aprendizado e a memória tardia. Destaca, ainda, o nível de significância ($p < 0,05$) no TFV e nas escalas funcionais – Lawton e Pfeffer.

TABELA 8:

Correlação (*r*) entre o EDG-15 com variáveis sociodemográficas, as medidas da BBRC e escalas funcionais

	EDG-15	<i>p</i> – valor
Idade	-,034	>0.05
Escolaridade	-,077	>0.05
Nomeação	-,061	>0.05
Memória Incidental	-,050	>0.05
Memória Imediata	-,241**	<0.05
Aprendizado	-,223*	<0.05
Memória Tardia	-,337**	<0.05
Reconhecimento	,072	>0.05
MEEM	-,168	>0.05
TDR	-,051	>0.05
TFV	-,257**	<0.05
Lawton	-,358**	<0.05
Pfeffer	-,305**	<0.05

NOTA: BBRC - Bateria Breve de Rastreio Cognitivo; MEEM - Mini Exame do Estado Mental; TRD - Teste do Desenho do Relógio; TFV: Teste de Fluência Verbal; Tarefas do Teste de Memória de Figuras: Nomeação, Memória Incidental, Memória Imediata, Aprendizado, Memória Tardia e Reconhecimento. N = 124. * Correlação significativa.

3.4.

Discussão

O presente estudo teve como finalidade analisar e comparar a presença de sintomas depressivos na amostra e entender como estes sintomas impactaram no

desempenho cognitivo e funcional dos idosos residentes na comunidade. Esta amostra faz parte de um estudo mais amplo denominado “Perfil cognitivo e funcional no envelhecimento saudável” que avaliou 298 idosos e está descrito no capítulo anterior. Neste estudo inicial 20,9% dos idosos apresentaram sintomas leves de depressão, de acordo com os pontos de corte ≥ 5 no EDG-15. Estes dados estão de acordo com outros estudos brasileiros com idosos residentes na comunidade (Paulo et al.,2010; Soares et al., 2012; Porto et al.,2013). Entretanto, observou-se que, mesmo na amostra saudável e independente a depressão interferiu nas atividades instrumentais da vida diária (AIVDs), na memória tardia e na fluência verbal, conforme os resultados apresentados.

A depressão foi identificada como um possível fator, com importância considerável para determinar o CCL, uma vez que os idosos com essa entidade nosológica podem apresentar alterações na memória tardia e nas AIVDs, conforme estudo recente realizado por Charchat-Fichman e colaboradores (2013). Neste estudo, os autores descrevem a heterogeneidade do CCL, que se apresenta como uma fase de transição entre o envelhecimento normal e patológico, salientando o prejuízo mesmo que discreto nas AIVDs, dados também encontrados nos resultados do presente estudo.

A literatura ressalta que uma das principais consequências do comprometimento cognitivo é a perda de autonomia na execução de atividades cotidianas, segundo constatação do estudo realizado por De Paula & Malloy-Diniz (2013). Estes autores destacam, ainda, que no CCL as limitações funcionais independente da gravidade são frequentes na maioria dos idosos, mesmo que nas fases em que o comprometimento cognitivo se apresenta de forma discreta. Assim, as limitações sutis nas atividades de vida diária, especialmente nas instrumentais e avançadas, são um índice importante para ser observado em idosos com ou sem presença de sintomas depressivos.

Na amostra do presente estudo, os grupos pareados por idade e escolaridade apresentaram resultados diferenciados quando medidos os sintomas de depressão pelo EDG-15 (p -valor $< 0,001$). Nas tarefas que avaliaram a memória tardia, o grupo com presença de sintomas de depressão teve pior desempenho, assim como nas escalas que avaliaram as AIVDs. Estes resultados representam um perfil de CCL e, conseqüentemente, com o maior risco desse

grupo de idosos desenvolverem um quadro demencial, conforme estudos recentes (Royall et al., 2007; De Paula & Malloy-Diniz, 2013; Pereira et al., 2010).

Bottino (2003) aponta que o desenvolvimento da depressão no idoso tem um caráter multifatorial e, diante da heterogeneidade desta população, este transtorno pode acarretar características diferentes no envelhecimento normal, no CCL e em quadros demenciais. Desta forma, a detecção destes processos patológicos no envelhecimento é fundamental na avaliação de idosos considerados saudáveis e independentes, que não chegam aos serviços de saúde. Assim, a inclusão de escalas de depressão na avaliação dessa população com o intuito de verificar os sintomas depressivos – que, muitas vezes, não são percebidos pelos idosos e nem pelas pessoas com as quais convivem, ou até mesmo subdiagnosticados - deve ser considerada (Almeida, 1999; Gazalle et al., 2004). Essas pesquisas corroboram com os dados constatados neste estudo, que identificaram os sintomas de depressão como informação relevante na avaliação do idoso, especialmente porque impactaram no funcionamento cognitivo e funcional desta população.

A literatura evidencia que a presença de depressão na população geriátrica tende a interferir na recuperação de doenças, comprometer o funcionamento cognitivo e no desempenho das AVDs (Vargas et al., 2003; Hamdan & Corrêa, 2009). Assim, os estudos que apontam para a existência de comorbidades e a necessidade da identificação do declínio não harmonioso, mesmo no envelhecimento normal, ajudam a colocar o foco em características importantes dos sintomas depressivos, na população idosa que se apresenta de forma tão heterogênea.

Na correlação realizada entre o EDG-15 e as tarefas de memória, constatou-se que quanto maior a gravidade dos sintomas de depressão, pior o desempenho nas tarefas que envolvem a memória episódica anterógrada, ritmo de aprendizagem e a evocação após intervalo. Esses dados corroboram evidências encontradas na literatura, conforme estudo realizado por Novaretti, Radanovic e Nitrini (2012) com idosos deprimidos, que também constatou que a depressão é uma causa frequente de declínio cognitivo no envelhecimento, acarretando um déficit na memória episódica e semântica, na velocidade de processamento perceptivo, fluência verbal e nas funções executivas, o que acaba impactando a

realização das habilidades cotidianas. Outros estudos reafirmam que idosos com presença de sintomas depressivos diferem significativamente de idosos saudáveis, apresentando comprometimento em diferentes funções cognitivas, entre elas a memória e as funções executivas (Hadam & Corrêa, 2009; Ávila et al., 2009; Lopes et al., 2013).

Netto & Landeira-Fernandez (2012), que estudaram o impacto da depressão sobre a memória em um grupo reduzido de idosos, observaram que o recrutamento de recursos cognitivos torna-se menor diante de sintomas depressivos, refletindo nas tarefas cognitivas e principalmente na memória episódica. Desta forma, os sintomas depressivos favorecem o declínio da memória episódica anterógrada e podem ser preditores significativos de CCL (Black et al., 2007). Vale ressaltar que na literatura (Hadam & Corrêa, 2009) observa-se que os testes de memória verbal e de evocação tardia têm se mostrado como instrumentos sensíveis para diferenciar idosos deprimidos com CCL e possíveis quadros demenciais, principalmente quando há uma tarefa de distração entre a evocação imediata e a tardia, conforme testado no presente estudo.

Constatou-se que o grupo com sintomas de depressão também apresentou um desempenho inferior na tarefa de FV, categoria semântica, corroborando com outros estudos que apontaram que os sintomas depressivos comprometem, entre outras habilidades, a fluência verbal e as funções executivas (Ávila e Bottino, 2006; Silva et al., 2014). Sabe-se que o TFV avalia as funções executivas, linguagem e memória semântica (Brucki & Rocha, 2004; Radanovic et al., 2009). Assim, para que o idoso tenha um desempenho adequado nesta tarefa, é importante que as funções executivas estejam preservadas, uma vez que este domínio cognitivo requer certo grau de flexibilidade e iniciativa (Charchat-Fichaman et al., 2009). As funções executivas são habilidades que possibilitam o direcionamento de comportamentos a metas, que devem ser avaliados e monitorados, e - quando necessário - buscar novas estratégias para resolver os problemas do cotidiano (Malloy-Diniz et al., 2008).

De acordo com estudo realizado em idosos com CCL e Doença de Alzheimer, observou-se que as funções executivas também são recrutadas em tarefas de fluência verbal (De Paula & Malloy-Diniz, 2013). Neste estudo, constatou-se que os instrumentos que avaliam as habilidades de fluência também

requisitam a capacidade de iniciar comportamentos, associada à velocidade de processamento, à busca na memória semântica, ao monitoramento e à flexibilidade. Da mesma forma, é possível observar o recrutamento de tais habilidades no desempenho das atividades no cotidiano. Assim, o idoso necessita em qualquer tarefa iniciar o comportamento, utilizar recursos prévios para realizar as atividades diárias que sejam mais complexas, monitorar e adaptar-se aos novos contextos.

Outro estudo, realizado por Mograbi e colaboradores (2014) com idosos saudáveis e pacientes com demência, também detectou que as funções executivas e memória verbal são importantes preditores para o desempenho AIVD, ressaltando a memória como essencial para a execução de habilidades complexas. Entretanto, os sintomas depressivos podem rebaixar estes domínios, assim como dificultar a codificação e o acesso às informações armazenadas, além de prejudicar as estratégias de busca como constatado na amostra, quando comparados os dois grupos.

As características da amostra e do local em que foram coletados os dados implicaram em algumas limitações como: a ausência de prontuário dos usuários com diagnóstico das doenças orgânicas e os medicamentos em uso, que somente foi informado através de autorrelato; ausência de avaliação psiquiátrica e geriátrica ampla para diagnóstico clínico de depressão e outras patologias, como CCL e demência. Estes fatores devem ser levados em consideração em estudos futuros, com o objetivo de ampliar a compreensão acerca do impacto da depressão nessa população, investigando de forma mais aprofundada os sintomas depressivos, os idosos que apresentam o CCL e outras patologias que podem estar associadas, auxiliando no diagnóstico diferencial.

Outro dado relevante é o fato desta população que frequenta as Casas de Convivência, de forma geral, não chegar aos serviços de geriatria por ser considerada autônoma e saudável e, conseqüentemente, não ter o diagnóstico de depressão. Assim, a inclusão da EDG-15 no prontuário destes idosos é de grande importância, como revelou o presente estudo. É uma escala fácil e de rápida aplicação, que pode ser utilizada por qualquer profissional que receba um treinamento breve e específico. A partir da identificação dos sintomas depressivos, torna-se possível encaminhar para confirmação do diagnóstico e,

assim, evitar que ocorram as alterações cognitivas e funcionais observadas neste estudo.

Embora a proposta dos serviços oferecidos pelas Casas de Convivência seja socialização e realização de atividades que não exigem avaliação clínica, o acompanhamento dos idosos que apresentaram os sintomas depressivos torna-se imprescindível. Da mesma forma, é importante a realização da avaliação neuropsicológica, com instrumentos não somente de rastreio, mas a investigação de forma mais aprofundada do CCL e dos estágios iniciais de demência. Portanto, estas estratégias poderão auxiliar no planejamento de atividades que estimulem as funções cognitivas e funcionais, que apresentaram declínio nos idosos com sintomas depressivos, melhorando as que estejam comprometidas.

Em síntese, fica evidente no resultado do estudo o quanto os sintomas depressivos podem comprometer as habilidades cognitivas, em particular a memória episódica anterógrada e a fluência verbal, além de impactar nas AIVDs. Desta forma, pode-se constatar que os sintomas de depressão provocam um prejuízo importante, repercutindo na funcionalidade do idoso em seu sentido mais amplo e, conseqüentemente, piorando a qualidade de vida.

4

Considerações finais

O presente estudo foi desenvolvido no intuito de compreender, de maneira mais abrangente, o perfil cognitivo e funcional de idosos na comunidade. Para tanto, ele foi dividido em dois estudos, buscando a compreensão pormenorizada de características desta população idosa, que apresenta uma grande heterogeneidade. O estudo inicial, denominado *Perfil cognitivo e funcional no envelhecimento saudável*, foi uma pesquisa de rastreio, em que os resultados revelaram um funcionamento cognitivo compatível com perfil de normalidade e com independência funcional para atividades do cotidiano. Neste primeiro estudo, foram avaliados 298 idosos através de um protocolo neuropsicológico que incluiu a BBRC e outros instrumentos, como: MEEM, TMF, TFV (categoria animais), TDR, EDG-15, a Escala Lawton e o Questionário de Pfeffer.

As médias dos testes MEEM, TFV e BBRC (nomeação, memória incidental, imediata, tardia, aprendizado e reconhecimento) ficaram dentro dos valores encontrados com grupos similares. Em contraste, o desempenho no TDR foi abaixo da média esperada para esta população. Este resultado aponta para a necessidade de novas investigações que evidenciem o planejamento e execução da figura do relógio, levando-se em consideração a idade e escolaridade desta população idosa. No TFV e no TDR observou-se uma influência significativa da idade, visto que os idosos do grupo etário mais novo apresentou um melhor desempenho. A escolaridade foi outra variável que influenciou significativamente o desempenho no MEEM, TFV e TDR. No desempenho funcional, foram detectadas independência e autonomia nas atividades cotidianas, apontando para o desempenho funcional adequado para esta amostra.

Entretanto, os resultados do EDG-15 evidenciaram sintomas leves de depressão em 20,9% na amostra, de acordo com os pontos de corte constatados na literatura. Estes dados revelaram essa característica da população do estudo, evidenciando uma frequência alta de sintomas de depressão. A partir destes dados, surge a necessidade de investigar de forma mais detalhada o efeito dos sintomas de depressão nessa população cognitiva e funcionalmente saudável.

O segundo estudo, intitulado *O impacto dos sintomas de depressão no envelhecimento saudável*, utilizou 124 idosos da amostra do primeiro estudo, divididos em dois grupos: idosos com presença de sintomas depressivos e idosos com ausência de sintomas depressivos, a partir da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15). Foi utilizado o mesmo protocolo neuropsicológico do estudo anterior.

Em relação aos resultados do segundo estudo, as médias encontradas nos testes MEEM, TDR e TMF (tarefas de nomeação, memória incidental, imediata, aprendizado e reconhecimento) não apresentaram diferença entre os grupos com presença e ausência de sintomas depressivos. Entretanto, na tarefa de memória tardia e no TFV observou-se a influência significativa dos sintomas depressivos ($p < 0,05$), com pior desempenho no grupo dos idosos com sintomas de depressão. Verificando o desempenho funcional deste mesmo grupo, detectou-se interferência dos sintomas de depressão, acarretando prejuízo nas atividades cotidianas, na independência e autonomia dos idosos.

Considerando os resultados deste segundo estudo, constatou-se que os sintomas depressivos interferiram nas AIVDs, na memória episódica anterógrada e na fluência verbal. Assim, a detecção dos sintomas de depressão, quando ainda não comprometeram o cotidiano do idoso, é de importância fundamental porque permite aos profissionais das Casas de Convivência intervir, identificando e, quando necessário, encaminhando para o tratamento adequado.

É importante destacar que os Centros de Convivência têm se multiplicado e estão presentes em vários municípios do país. Desta forma, este tipo de serviço - que tem como foco proporcionar qualidade de vida à pessoa idosa, contribuir para o envelhecimento ativo e saudável, além de promover autonomia e socialização - também poderá atuar na prevenção de situações de risco, como a identificação da depressão, que compromete a funcionalidade da população geriátrica, como observado ao longo deste estudo. Além disso, o presente estudo pretende contribuir para a compreensão deste perfil de idosos que frequentam os Centros de Convivência a partir das avaliações de rastreio, possibilitando a adequação de atividades oferecidas na busca da promoção de saúde. A identificação e a intervenção com objetivo de minimizar os impactos dos sintomas depressivos, preservando a independência e autonomia dos idosos, também contribui de forma a impedir ou retardar a sobrecarga no ambiente familiar. Por ser uma doença que

traz implicações consideráveis no bem estar e na qualidade de vida do idoso, quando detectada e tratada diminui o impacto na sociedade e no sistema de saúde. Assim, o uso rotineiro de instrumentos de rastreio cognitivo, funcional e de depressão permitiria não só o diagnóstico de muitos casos da doença, mas também planejamento de medidas preventivas, garantindo a funcionalidade desse grupo, além de auxiliar na compreensão da transição do envelhecimento normal para o patológico.

A detecção dos sintomas depressivos constatados neste estudo em idosos cognitivamente saudáveis e residentes na comunidade pode ser de relevante contribuição para a neuropsiquiatria geriátrica. Isto é possível devido ao reduzido número de pesquisas com populações tão heterogêneas e em países em desenvolvimento, como as observadas no presente estudo. Desta forma, os achados encontrados podem vir a colaborar com a neuropsicologia clínica, promovendo uma melhor compreensão do conceito clínico de senescência, em contraste com a senilidade. É importante ressaltar que o perfil demográfico, cognitivo e funcional da amostra deste estudo auxilia no entendimento da transição para os estágios pré-clínicos das demências, bem como transtornos cognitivos leves.

Embora o estudo tenha buscado contribuir para as questões do envelhecimento saudável, sabe-se que ainda há muito a ser investigado acerca do funcionamento cognitivo e funcional de idosos na comunidade. É necessária a realização de estudos subsequentes, aprofundando e contemplando os aspectos da tríade cognição-depressão-funcionalidade. Assim, será possível alcançar um nível de conhecimento ainda mais abrangente sobre o envelhecimento saudável.

5

Referências bibliográficas

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S.A. **Confiabilidade da Versão Brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS)**. (1999) Versão Reduzida. Arq Neuropsiquiatr. 57(2B): p. 421-6. PMID: 10450349. Disponível em: <<http://dx.doi.org/>>. Acesso em: dez. 2015.

ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. **Short versions of the Geriatric Depression Scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV**. (1999) Int J Geriatr Psychiatry. 14(10): p. 858-865. Disponível em: <<http://dx.doi.org/>>. Acesso em: dez. 2015.

ALVES, L. C. et al. **The effect of chronic diseases on functional status of the elderly living in the city of São Paulo, Brazil**. (2007) Cad Saúde Pública. 23(8): p. 1924-30.

ARDILA, A. et al. **Age-related cognitive decline during normal aging: the complex effect of education**. (2000) Arch Clin Neuropsychol. 15(6): p. 495-513.

ARGIMON, I. I. L.; STEIN, L. M. **Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal**. (2005) Republic Public Health. v.21, p.64-72.

ÁVILA, R.; BOTTINO, C. M. C. **Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva**. (2005) Revista Brasileira de Psiquiatria. v. 28, n.4, p.316-320.

BARBOSA, E. N. B. et al. **Perfis neuropsicológicos do Comprometimento Cognitivo Leve no envelhecimento (CCL).** (2015) Revista Neuropsicologia Latino-americana. 7(2): p. 15-23.

BARCELOS-FERREIRA, R. et al. **Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis.** (2010) International Psychogeriatrics. p. 712–726.

BATISTONI, S. S. T. **Depressão.** In: Neri, A. L. (Org.). Palavras-chave em Gerontologia. Campinas: Alínea, 2005.

BLACKER, D. et al. **Neuropsychological measures in normal individuals that predict subsequent cognitive decline.** (2007) Arch. Neurol. p. 862–871.

BORGES, G. M.; ERVATTI, L. R.; JARDIM, A.P. **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população.** Rio de Janeiro: IBGE; 2015. p.146-148.

BOTTINO, C. M. C. **The challenge of treating depression in the elderly.** *International Clinics Psychopharmacology.* (2003) v. 18, p. 39-45.

BOTTINO, C. M. C. **Demência e transtornos cognitivos em idosos.** Guanabara Koogan, 2006. p. 13-19.

BRITO, M. C. C. et al. **Atenção à saúde do idoso e família: evidências da produção científica.** (2014) São Paulo: Revista Kairós Gerontologia. p. 87-101.

BRITO, T. A., et al. **Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade.** v. 22, n.1. Contexto Enfermagem: 2013. p. 43-51.

BRUCKI, S. M. et al. **Normas sugeridas para o uso do Mini Exame do Estado Mental no Brasil.** Arq Bras Neuro-Psiquiatria: 2003. p. 777-787.

BURLÁ, C. et. al. **Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico.** (2013) Ciência & Saúde Coletiva. 18(10): p. 2949-2956.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. **Como vive o idoso brasileiro?** In: CAMARANO, A. A. (coord.) Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA; 2004. p. 25-73.

CARAMELLI, P. et al. **Category Fluency as a Screening Test for Alzheimer Disease in Illiterate and Literate Patients.** (2007) Alzheimer Dis Assoc Disord. p. 65-67.

CARVALHO, J. M. **Prevalência de sintomas depressivos em uma população de idosos usuários de serviços públicos de saúde.** Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

CASTRO, K. C. M.; GUERRA, R. O. **Impact of cognitive performance on the functional capacity of an elderly population in Natal, Brazil.** (2008) Arq Neuropsiquiatr.

CASTRO-COSTA E. et al. **Trajectories of cognitive decline over 10 years in a Brazilian elderly population: the Bambuí Cohort Study of Aging.** (2011) Cad. Saúde Pública. p. 345-350.

CHARCHAT-FICHMAN, H. et al. **Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento.** (2005) Rev Bras Psiquiatr. p. 79-82.

CHARCHAT-FICHMAN, H. et al. **Age and educational level effects on the performance of normal elderly on category verbal fluency tasks.** (2009) *Dementia & Neuropsychologia*. p. 49-54.

CHARCHAT-FICHMAN, H. et al. **Predomínio de comprometimento cognitivo Leve disexecutivo em idosos atendidos no ambulatório da geriatria de um hospital público terciário na cidade do Rio de Janeiro.** (2013) *Revista Neuropsicologia Latino-americana*. p. 31-40.

CHARCHAT-FICHMAN, H. et al. **Brief Cognitive Screening Battery (BCSB) is a very useful tool for diagnosis of probable mild Alzheimer's disease in a geriatric clinic.** (2015) *Arq Neuro-Psiquiatria*. p.1-6.

DAMASCENO, B. P. **Envelhecimento cerebral: o problema dos limites entre o normal e o patológico.** (1999) *Arq Neuro-Psiquiatria*. p. 59:57-58.

DE PAULA, J. J.; MALLOY-DINIZ, L. F. **Funções Executivas como preditores do desempenho funcional em idosos com demência de Alzheimer em fase inicial e Comprometimento Cognitivo Leve.** (2013)

DINIZ, B. R. O.; FORLENZA, O. V. **O uso de biomarcadores no líquido cefalorraquidiano no diagnóstico precoce da doença de Alzheimer.** (2007) *Rev. Pisa. Clín.* 34 (3); p. 144-5.

FABRÍCIO, A. T.; APRAHAMIAN, I.; YASSUDA, M. S. **Qualitative analysis of the Clock Drawing Test by educational level and cognitive profile.** (2014) *Arq Neuropsiquiatr.* 72(4): p. 289-295.

FORLENZA, O. V. (Ed.) **Transtornos depressivos em idosos.** In: FORLENZA, O.V, CARAMELLI, P. Neuropsiquiatria geriátrica. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 299-308.

FORLENZA, O. V. et. al. **Mild cognitive impairment (part 1): clinical characteristics and predictors of dementia.** (2013) Rev Bras Psiquiatr.

GALLUCCI N, J.; Tamelini, M. G.; Forlenza. O.V. **Diagnóstico diferencial das demências.** (2005) Rev. Psiq. Clín. 32 (3); 119-130.

GAZALLE, F.K.; HALLAL, P.C.; LIMA, M.S. **Depression in the elderly: are doctors investigating it?** (2004) Rev Bras Psiquiatr. p. 145-9.

HAMDAN, A. C.; CORRÊA, P. H. **Memória episódica e funções executivas em idosos com sintomas depressivos.** Porto Alegre: PUCRS, 2009. v. 40, n. 1, p. 73-80.

HERRERA Jr, E.; CARAMELLI, P.; SILVEIRA, A.S.; NITRINI, R. **Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population.** (2002) Alzheimer Dis Assoc Disord. p. 103-8.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. **Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living.** (1969) Gerontologist. p. 179-86.

LAKS, J.; ENGELHARDT, E. **Peculiarities of Geriatric Psychiatry: A Focus on Aging and Depression.** (2010) CNS Neuroscience & Therapeutics. p. 374–379.

LEBRÃO, M. L., LAURENTI, R. **Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo.** (2005) Rev. Bras. Epidemiologia. p. 127-141.

LIMA, M. T. R.; SILVA R. S.; RAMOS, L. R. **Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos.** (2009) J Bras Psiquiatr. 58(1): p. 1-7.

LIMA-SILVA, T. B.; YASSUDA, M. S. **The relationship between memory complaints and age in normal aging.** (2009) Dementia & Neuropsychologia. 3(2): p. 94-100.

LOPES, R. M. F. et al. **Funções executivas de idosos com depressão: um estudo comparativo.** (2013) Cuadernos de Neuropsicología Panamerican Journal of Neuropsychology. 7 (2).

MATTOS, P.; PAIXÃO Jr, C. M. **Avaliação Cognitiva de Idosos. Envelhecimento e Comprometimento Cognitivo Leve.** In: MALLOY-DINIZ, MATTOS, P.; ABREU, N. Avaliação Neuropsicológica. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 247-53.

MENDES-SANTOS, L. C. et al. **Specific algorithm method of scoring the Clock Drawing Test applied in cognitively normal elderly.** (2015) Dement Neuropsychol. 9(2): p. 128-135.

MOGRABI, D. C. et al. **Relationship between activities of daily living and cognitive ability in a sample of older adults with heterogeneous educational level.** (2014) Annals of Indian Academy of Neurology. v. 17. p. 71.

NERI, A. L. In: **Neuropsicologia do Envelhecimento: uma abordagem multidimensional.** MALLOY-DINIZ, L. F.; FUENTES, D.; COSENZA, R. M. (Org.) Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 17-42.

NETTO, T. M.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. **Perfil neuropsicológico preliminar de idosos com queixas mnemônicas e sintomas**

sugestivos de depressão. (2012) Revista Neuropsicologia Latino-americana. 4(4): p.19-27.

NITRINI, R. et al. **Testes neuropsicológicos de aplicação simples para o diagnóstico de demência.** (1994) Arq Neuro-Psiquiatria. 52(4).

NITRINI, R. et al. **Incidence of dementia in a community-dwelling Brazilian population.** (2004) Alzheimer Dis Assoc Disord. 18(4): p. 241-246.

NITRINI, R. et al. **Brief cognitive battery in the diagnosis of mild Alzheimer's disease in subjects with medium and high levels of education.** (2007) Dementia & Neuropsychologia. 1: p. 32-36.

NITRINI, R et al. **Influence of age, gender and educational level on performance in the Brief Cognitive Battery-Edu.** (2008) Dementia Neuropsychology. 2(2): p. 114-118.

NOVARETTI, T. M.; RADANOVIC, M.; NITRINI, R. **Screening for cognitive impairment in late onset depression in a Brazilian sample using the BBRC- EDU.** (2012) Dementia Neuropsychology. 6(2): p. 85-90.

OLIVEIRA, M. F. et al. **Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade.** (2012) Ciência & Saúde Coletiva: 17(8): p. 2191- 98.

PAIXÃO Jr. C. M., Reichenheim, M.E. **Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso.** (2005) Cad. Saúde Pública. jan-fev; 21(1):7-19.

PAULA, A. F. M. et al. **Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de Geriatria.** (2013) Rev Bras Clin Med: São Paulo, jul-set; 11(3): p. 212-8.

PAULA, J. J. et al. **Mapping the clockworks: what does the Clock Drawing Test assess in normal and pathological aging?** (2013) Arq Neuro-Psiquiatria. 71(10): p. 763-768.

PAULO, D. A. L. V.; YASSUDA, M. S. **Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade.** (2010) Rev Psiq Clín. 37(1): p. 23-26.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R.; VERAS, R. **Validação da Escala de Depressão Geriátrica em um Ambulatório Geral.** (2005) Rev Saúde Pública. 39(6): p. 918-23.

PARADELA, E. M. P. **Depressão em idosos.** (2011) Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ. 10: p. 31-40.

PEREIRA, C. O. M. et al. **Longitudinal cognitive screening study in community-dwelling individuals.** (2010) Dement Neuropsychol. 4(3): p. 214-221.

PEREIRA, F. S. et al. **Profiles of functional deficits in mild cognitive impairment and dementia: benefits from objective measurement.** (2010) Journal International Neuropsychological Society. 16 : p; 297-305 .

PEREIRA, F. S. **Funções executivas e funcionalidade no envelhecimento normal, comprometimento cognitivo leve e doença de Alzheimer.** 2010. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

PEREIRA, F. S. et al. **Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the DAFS-R in a sample of Brazilian older adults.** (2010) Arch Clin Neuropsychol. 25(4): p. 335-43.

PETERSEN, R. C. et al. **Mild Cognitive Impairment: Ten Years Later.** (2009) Arch Neurol. Vol. 66, n. 12, p. 1447-1455.

PETERSEN, R. C. et al. **Mild cognitive impairment: a concept in evolution.** J Intern Med. Vol. 275, pp. 214–228.

PFEFFER, R. I. et al. **Measurement of functional activities in older adults in the community.** (1982) J Gerontol. 37: p. 323-329.

PORTO, F. H. G. et al. **A score based on screening tests to differentiate mild cognitive impairment from subjective memory complaints.** (2013) Neurology International. 5(16): p. 53-57.

RADANOVIC, M. et al. **Verbal fluency in the detection of mild cognitive impairment and Alzheimer's disease among Brazilian Portuguese speakers: the influence of education.** (2009) International Psychogeriatrics. 21: 6, p. 1081–1087.

RAMOS, L. R.; SIMÕES, E. J.; ALBERT, M. S. **Dependence in Activities of Daily Living and Cognitive Impairment Strongly Predicted Mortality in Older Urban Residents in Brazil: A 2-Year Follow-Up.** (2001) J Am Geriatr Society. 49: p. 1168–1175.

RIBEIRO, P. C. C. et al. **Desempenho de Idosos na Bateria Cognitiva CERAD: Relações com Variáveis Sociodemográficas e Saúde Percebida.** (2010) Psicologia: Reflexão e Crítica. 23(1): p. 102-109.

RODRIGUES, J. L.; FERREIRA, F. O.; HAASE, V. G. **Perfil do desempenho motor e cognitivo na idade adulta e velhice.** (2008) Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, v.1, n.1, p. 20-33.

ROYALL, D. R. et al. **The cognitive correlates of functional status: A review from the committee on research of the American Neuropsychiatric Association.** (2007) The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience. 19(3), p. 249-265.

SACZYNSKI, J. S. et al. **Depressive symptoms and risk of dementi.** (2010) Neurology. 75(1), p. 35-41, 2010.

SHEIKH, J. I.; YESAVAGE, J. A. **Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version.** In: BRINK, T.L. (editor) Clinical Gerontology: a guide to assessment and intervention. New York: The Haworth Press: 1986. p. 165-173.

SILVA, L. S. V. et al. **Relações entre queixas de memória, sintomas depressivos e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade.** (2014) Rev Psiq Clín. 41(3): p. 67-71.

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

SOARES, L. M. et al. **Determinants of cognitive performance among community dwelling older adults in an impoverished sub-district of São Paulo, in Brazil.** (2012) Archives of Gerontology and Geriatrics. 54: p. 187–192.

STOOPE Jr., A; Louzã Neto, M. R. **Transtorno Depressivo no Idoso.** São Paulo: Elsevier, 2007.

SUASSUNA, P. D. et al. **Fatores associados a sintomas depressivos em idosos atendidos em ambulatório público de Geriatria.** (2012) Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro. 15(4): p. 643-650.

SUNDERLAND, T. **Clock drawing in Alzheimer's disease: A novel measure of dementia severity.** (1989) Journal American Geriatric Society. 37(8): p. 725-729.

VENTURA, M. M.; BOTTINO, C. M. **Avaliação cognitiva em pacientes idosos.** In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.) Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 174-189.

VERAS, R. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações.** (2009) Rev Saúde Pública. 43(3): p. 548-54.

WAGNER, G.; BRANDÃO, L.; PARENTE, M. A. M. P. **Disfunções cognitivas no declínio cognitivo leve.** In: M. A. M. P. Parente (Ed.), Cognição e envelhecimento (pp. 221-238). Porto Alegre: Artmed, 2006.

WILSON, R. S. Et al. **Depressive symptoms, cognitive decline, and risk of AD in older persons.** (2002) Neurology. 59(3): p. 364-70.

World Health Organization (WHO). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization.** Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

YASSUDA, M. S.; SILVA, H. S. **Participação em programas para a terceira idade: impacto sobre a cognição, humor e satisfação com a vida.** (2010) Estudos de Psicologia-Campinas. 27(2): p. 207-214.

ZIBETTI, M. R. **Estudo comparativo de funções neuropsicológicas entre grupos etários de 21 a 90 anos.** (2010) Revista de Neuropsicologia Latino-americana. v.2, n.1, p.55-67.

ANEXO I

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Título: Avaliação e reabilitação neuropsicológica dos usuários das Casas de Convivência da Prefeitura do Rio de Janeiro.

OBJETIVOS DO ESTUDO: Traçar o perfil neuropsicológico e funcional dos idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, que utilizam os serviços oferecidos nas Casas de Convivência da Prefeitura do Rio de Janeiro. Explorar o efeito de procedimentos que possam auxiliar o desenvolvimento de técnicas de reabilitação neuropsicológica em um grupo de idosos com Comprometimento Cognitivo Leve (CCL).

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo, podendo desistir a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar do estudo não impedirá a sua participação nas atividades oferecidas nas Casas de Convivência.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista individual, com duração de aproximadamente 1 hora, para serem coletados dados através da aplicação de testes e escalas, que serão usados apenas com finalidade científica. Os resultados obtidos serão sempre apresentados como um todo, sem revelar sua identidade ou qualquer informação que esteja relacionada à sua privacidade.

RISCOS: Você pode achar que algumas informações são pessoais; caso ocorra, você poderá escolher não responder. Esta pesquisa envolve riscos mínimos de acordo com a resolução 466/12, artigo V.

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará a compreender melhor o perfil dos idosos que frequentam as Casas de Convivência, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para a própria instituição em questão e para fins acadêmicos e científicos.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado, utilizando as informações somente para fins científicos.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada nas Casas de Convivência da Prefeitura do Rio de Janeiro. Possui vínculo com a Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro através do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, sendo Daniel Mograbi, Heloisa Alves e Christina Borges os pesquisadores principais, sob a orientação da Prof^a Helenice Charchat-Fichman.

Departamento de Psicologia

Rua Marquês de São Vicente, 225, Sala 201L - Gávea – CEP: 22543-900.

Rio de Janeiro - RJ - Tel. (21) 3527.1001 / 3527.2286

E-mail: psipos@puc-rio.br



Os investigadores estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contate a Prof^ª Helenice Charchat-Fichman no telefone (21) 99219-1293 / (21) 3527-2286 ou e-mail hcfichman@puc-rio.com. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contatar, em caso de necessidade.

Eu, _____ concordo em participar deste estudo.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Endereço: _____

Telefone de contato: _____

Assinatura (Pesquisador): _____

Nome: _____

Data: ____/____/____

ANEXO II
QUESTIONÁRIO

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Data: ____/____/____ Data de nascimento: ____/____/____

Idade completa: _____ anos Sexo: () M () F

Etnia: Branca () Preta () Parda () Amarela() Escolaridade: ____ anos

Estado civil: Casado () Solteiro () Viúvo() Desquitado () Divorciado ()

Nacionalidade: Brasileira () Outra: _____

Natural de (cidade, estado): _____

Profissão: _____ Aposentado? _____

Você tem algum problema de saúde? () Não () Sim

Se sim, quais?

Quais remédios você tomou nas duas últimas semanas?

Endereço: _____

Telefone: _____

Nome do pesquisador: _____

Telefone acompanhante: _____

Nome e grau de parentesco: _____