



Serviço Público Federal
Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

QUALIDADE DE VIDA E DESEMPENHO COGNITIVO EM IDOSOS COM E SEM DOENÇA
DE ALZHEIMER

PAULA DANIELLE PALHETA CARVALHO

Belém
Abril/2016



Serviço Público Federal
Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

QUALIDADE DE VIDA E DESEMPENHO COGNITIVO EM IDOSOS COM E SEM DOENÇA DE ALZHEIMER

Tese de doutorado apresentado ao Programa de Pós-graduação
em Teoria e Pesquisa do Comportamento como requisito
parcial para a obtenção do título de Doutor.

Aluna: Paula Danielle Palheta Carvalho.

Orientador: Prof^o Dra. Celina Maria Colino
Magalhães.

Co-orientador: Prof^o Dr. Janari da Silva Pedroso.

Belém
Abril/2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- P153q Palheta Carvalho, Paula Danielle
Qualidade de Vida e Desempenho Cognitivo em Idosos com e sem Doença de Alzheimer / Paula Danielle
Palheta Carvalho. — 2018
92 f. : il.
- Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento (PPGTPC),
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém, 2018.
Orientação: Profa. Dra. Celina Maria Colino Magalhães
Coorientação: Profa. Dra. Janari da Silva Pedroso.
1. Desempenho Cognitivo. I. Colino Magalhães, Celina Maria , *orient.* II. Título
-



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento - TPC
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento - PPGTPC
E-mail: tpcc@ufpa.br
Fones: 3201-8475 / 3201-3142
Rua Augusto Corrêa, nº 01
Guamá - CEP: 66.075-110
Belém - Pará

Tese de Doutorado

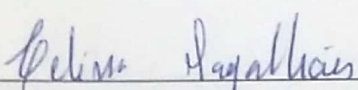
“Qualidade de vida e desempenho cognitivo em idosos com e sem doença de Alzheimer”.

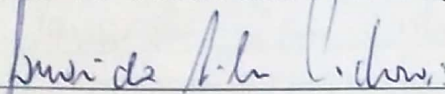
Aluna: Paula Danielle Palheta Carvalho.

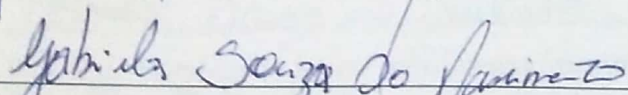
Data da Defesa: 13 de abril de 2018.

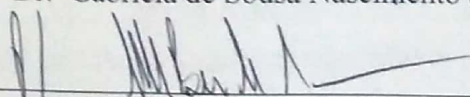
Resultado: Aprovada.

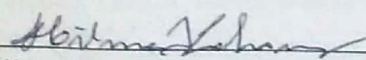
Banca examinadora:

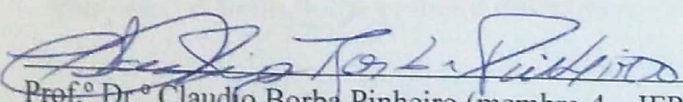

Prof.ª Dr.ª Celina Maria Côlino Magalhães (orientadora - UFPA).


Prof.º Dr.º Janari da Silva Pedrosa (Co-orientador – UFPA).


Prof.ª Dr.ª Gabriela de Sousa Nascimento (membro 1 – UNAMA).


Prof.º Dr.º Paulo Cezar Morales Mayer (membro 2 – CEUMA, via Skype).


Prof.ª Dr.ª Hilma Tereza Torres Khoury (membro 3 – UFPA).


Prof.º Dr.º Claudio Borba Pinheiro (membro 4 – IFPA).

SUMÁRIO

Lista de tabelas

Lista de figuras

Lista de Abreviaturas

Resumo

Abstract

Introdução	10
1. O envelhecimento da população	10
2. O processo de envelhecimento	11
2.1. Aspectos neuropsicológicos do envelhecimento	13
2.2. Doenças ligadas ao envelhecimento cerebral	14
3. Qualidade de vida no idoso	16
4. Relação entre qualidade de vida e desempenho cognitivo em idosos	19
Objetivo geral	26
Objetivos específicos	26
Método.....	27
Delineamento da Pesquisa	27
Participantes	27
Considerações éticas	28
Instrumentos	28
1. Questionário sociodemográfico	28
2. Mini-Exame do Estado Mental	28
3. Escala de Depressão Geriátrica	29
4. Escala Cornell de depressão em demência	29
5. Escala de avaliação clínica da demência	30
6. Escala de qualidade de vida na doença de Alzheimer	32

7. Desempenho cognitivo	33
Procedimento	37
Análise estatística	38
Financiamento	38
Resultados e Discussão	39
1. Qualidade de Vida	41
2. Desempenho cognitivo na escala WAIS-III	43
3. Análise de variância entre os grupos e correlações entre variáveis	49
3.1. Análise entre grupos	49
3.2. Análises intragrupos	55
Conclusão	61
Referências	64
Apêndices	73
Apêndice A	74
Apêndice B	78
Apêndice C	80
Apêndice D	81
Apêndice E	82
Apêndice F	88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Classificação das categorias avaliadas pela Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR), 31.

Tabela 2. Regras gerais para a classificação do estadiamento da demência pela CDR, 32.

Tabela 3. Subtestes agrupados por Índices Fatoriais, 36.

Tabela 4. Perfil dos participantes dos Grupos Doença de Alzheimer (DA) e Grupo Sem Doença de Alzheimer (SDA), 40.

Tabela 5. Escores obtidos pelos participantes de ambos os grupos (DA e SDA) nos instrumentos aplicados, 46.

Tabela 6. Médias e análises estatísticas das diferenças quanto às medidas QIE, QIT, IOP e IVP nos grupos DA e SDA, 58.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Porcentagem de casos sob as áreas da curva normal na escala WAIS-III, 44.

Figura 2. Gráficos de dispersão das médias de desempenho cognitivo individuais com linha de tendência linear do Grupo Doença de Alzheimer (DA) e Sem Doença de Alzheimer (SDA), 47.

Figura 3. Média $\pm$ Desvio Padrão dos escores dos coeficientes e índices da escala WAIS-III nos grupos DA e SDA, 50.

Figura 4. Gráficos de dispersão dos escores das escalas de depressão e de qualidade de vida e dos coeficientes e índices da escala WAIS-III com linha de tendência linear do Grupo DA, 52.

Figura 5. Gráficos de dispersão dos escores das escalas de depressão e de qualidade de vida e dos coeficientes e índices da escala WAIS-III com linha de tendência linear do Grupo SDA 53.

Figura 6. Correlações significativas entre as variáveis ao nível de $p = 0,05$ no Grupo DA, 56.

Figura 7. Correlações significativas entre as variáveis ao nível de $p = 0,05$ no Grupo SDA, 57.

LISTA DE ABREVIATURAS

QV – Qualidade de Vida

DA – Doença de Alzheimer

GDS – Escala de Depressão Geriátrica

MEEM – Mini-Exame do Estado Mental

ECDD – Escala Cornell de Depressão na Demência

CDR – Escala de Avaliação Clínica da Demência

QdV-DA – Escala de Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer

WAIS-III – Escala de Inteligência Weschler para Adultos – 3ª Edição

QIV – Coeficiente de Inteligência Verbal

QIE – Coeficiente de Inteligência Executiva

QIT – Coeficiente de Inteligência Total

ICV – Índice de Compreensão Verbal

IOP – Índice de Organização Perceptual

IVP – Índice de Velocidade de Processamento

IMO – Índice de Memória Operacional

AGRADECIMENTOS

Começo este agradecimento com uma recente frase da minha mãe “Poxa minha filha, eu sabia que tu ias estudar, que eu ia te educar, que tu ias te formar, mas eu não imaginei que tu fosse chegar tão longe assim, a ser doutora”. Então começo agradecendo à minha mãe, por ter contribuído com a minha formação, pois se não fosse por ela, pela minha tia e meus avós, realmente, talvez eu nunca tivesse chegado até aqui.

Obrigada minha querida família, por eu não ter precisado trabalhar enquanto estudava, por eu não ter tido privações que tirassem o meu foco e por sempre estarem ao meu lado sentindo-se gratificados por cada passinho dado na minha trajetória acadêmica.

Agradeço ao meu marido Amauri, que esteve/está sempre ao meu lado e por ter me incentivado a fazer o doutorado quando eu não tinha certeza se queria fazer ou não. Obrigada Amor! Foi a decisão mais acertada.

Aos meus orientadores Celina e Janari, obrigada pelo incentivo, por me direcionarem, por terem me orientado de modo generoso e atento.

Às graduandas de Psicologia Jaiane e Natasha, pela colaboração e empenho na coleta de dados.

Obrigada a todos vocês!

Palheta-Carvalho, P. D. (2018). Qualidade de vida e desempenho cognitivo em idosos com e sem doença de Alzheimer. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Belém, Pará, Brasil. 92 páginas.

RESUMO

O objetivo do presente trabalho foi verificar se há correlação entre a autoavaliação da Qualidade de Vida (QV) e o desempenho cognitivo de idosos com e sem Doença de Alzheimer, partindo-se da hipótese de que idosos que melhor avaliem sua qualidade de vida tem também um melhor desempenho cognitivo. Para isso, participaram do estudo 21 idosos divididos em dois grupos: Grupo Doença de Alzheimer (DA, $n = 13$) e Grupo Sem Doença de Alzheimer (Grupo SDA, $n = 8$). Os instrumentos para mensuração da Qualidade de Vida e Desempenho Cognitivo foram, respectivamente: 1) Escalas de Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer (QdV-DA), e 2) Escala Wechsler de Inteligência para Adultos-Terceira Edição (WAIS-III). O procedimento foi realizado a partir da entrevista com os próprios idosos e seus cuidadores (no Grupo DA) através da aplicação dos instrumentos acima citados. Os dados foram tratados através do *software* SPSS, versão 20.0. Os resultados encontrados não apontaram correlações significativas entre a QV e o Desempenho Cognitivo, exceto entre a QV e o Índice de Memória Operacional (IMO), denotando que possivelmente os sistemas envolvidos na memória operacional (atenção, controle inibitório, codificação de informações) sejam aqueles que colaboram para a manutenção da qualidade de vida diária, uma vez que esta envolve o desempenho bem-sucedido nas tarefas cotidianas. Embora a presente pesquisa não tenha confirmado sua hipótese, aponta-se sua contribuição para a importância do olhar sobre a qualidade de vida e o desempenho cognitivo de pessoas idosas com e sem doença de Alzheimer, explicitando o efeito de algumas variáveis intervenientes nesse processo (idade e escolaridade) e possibilitando discussões relevantes sobre seus papéis no processo de envelhecimento.

Palavras-chaves: Qualidade de vida, desempenho cognitivo, idoso, doença de Alzheimer.

Palheta-Carvalho, P. D. (2018). Quality of life and cognitive performance in elderly with and without Alzheimer's disease. Doctoral Thesis. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Belém, Pará, Brazil. 92 páginas.

ABSTRACT

The aim of the present was to verify correlations between Quality of Life (QOL) and the cognitive performance in elderly with and without Alzheimer's Disease. The participants of the study were 21 elderly people divided into two groups: Alzheimer's Disease Group (AD, n = 13) and Group without Alzheimer's Disease (Control Group, n = 8). The instruments of measurement of Quality of Life and Cognitive Performance were, respectively: 1) Quality of Life Scales in Alzheimer's Disease (QdV-DA), and 2) Wechsler Adult Intelligence Scale - Third Edition (WAIS-III). The procedure was performed through interview with elderly and their caregivers (in the Group AD) through the application of the above mentioned instruments. Data were treated using SPSS software, version 20.0. The results did not show correlation between Quality of Life and Cognitive Performance, except between a QOL and an Operational Memory Index (IMO), what indicates that both share similar systems involved at successful performance in everyday tasks. Although the present research has not confirmed its hypothesis, it is pointed out its contribution to the importance of looking at the quality of life and the cognitive performance of elderly people with and without Alzheimer's disease, explaining the effect of some intervening variables in this process (age and schooling) and enabling relevant discussions about their roles in the aging process.

Key-words: Quality of Life, Cognitive Performance, Elderly, Alzheimer's disease.

1. O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO

A população de idosos tem crescido significativamente ao longo dos anos, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), o crescimento entre 1970 e 2025 esperado é de 223% e em 2025 estima-se que a população de pessoas com mais de 60 anos será em torno de 1,2 bilhões e até 2050, será de 2 bilhões, com cerca de 80% deles nos países em desenvolvimento. No Brasil, segundo o IBGE (Censo 2010), a população de pessoas idosas é de cerca de 11% em relação à população total.

O continuado crescimento mundial do número de pessoas idosas traz inúmeros desafios aos países tanto desenvolvidos quanto em desenvolvimento no sentido de promover saúde e possibilitar que o processo de envelhecimento ocorra de forma bem sucedida.

A OMS (2005) lista sete desafios que devem ser levados em consideração para promover um envelhecimento saudável. São eles: 1) Lidar com a carga dupla de doenças; 2) Maior risco de deficiência; 3) Provisão de cuidados para populações em processo de envelhecimento; 4) A feminização do envelhecimento (uma vez que o número de mulheres idosas é maior que o número de homens idosos); 5) Ética e iniquidades; 6) A economia de uma população em processo de envelhecimento; e 7) A criação de um novo paradigma (a longevidade).

No Brasil, em 2006 foi implementada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), com o objetivo de promover o envelhecimento ativo e saudável de pessoas idosas, possibilitando a manutenção de sua capacidade funcional (Ministério da Saúde, 2006).

A PNSPI tem como diretrizes: 1) promoção do envelhecimento ativo e saudável; 2) atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; 3) estímulo às ações intersetoriais visando à integralidade da atenção; 4) provimento de recursos capazes de

assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; 5) estímulo à participação e fortalecimento do controle social; 6) formação e educação permanente dos profissionais da saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; 7) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; 8) promoção e cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e 9) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Assim, diante do panorama mundial de crescimento populacional de pessoas idosas e o aumento da expectativa de vida, tanto o estrato governamental quanto a sociedade de um modo geral são pressionadas a se organizarem e demandarem recursos, tanto financeiros quanto sociais, bem como adquirir novas atitudes diante do envelhecimento populacional, pois, “o envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade, e também um grande desafio” OMS (2005).

No presente trabalho discorrer-se-á sobre o processo de envelhecimento humano, abordando sua definição, seus aspectos biológicos, neuropsicológicos, sociais e culturais e, especificamente, serão discorridos os temas Qualidade de Vida e Desempenho Cognitivo de pessoas idosas com e sem doença de Alzheimer.

2. O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

A senescência – o envelhecimento - caracteriza-se como um processo universal determinado geneticamente aos indivíduos, podendo ser denominado também de envelhecimento normal (Neri, 2013). É um processo que se caracteriza por alterações do organismo não associadas à doença, mas sim como resultantes desse envelhecimento normal e decorrentes do declínio progressivo dos sistemas celulares e fisiológicos (Bicalho & Cintra, 2013).

Vale ressaltar também, que a deterioração dos sistemas corporais no envelhecimento não necessariamente ocorre de modo homogêneo entre os indivíduos, fatores genéticos e ambientais exercem importante papel na vulnerabilidade dos sistemas orgânicos, o que implica que este processo de deterioração é variável de pessoa para pessoa.

Moraes, Moraes e Lima (2010) propõem uma divisão do envelhecimento em biológico e psicológico. O primeiro tipo diz respeito às mudanças fisiológicas decorrentes da idade que podem ou não acarretar em deficiências e dificuldades funcionais; já o envelhecimento psicológico, diz respeito ao grau de maturidade psíquica do organismo, englobando aspectos como sabedoria, aprendizagem com as suas vivências, processo de autoconhecimento.

Cancela (2007) argumenta que o envelhecimento não tem a ver necessariamente com a idade cronológica da pessoa, mas também com os aspectos sociais e psicológicos. Assim, divide o envelhecimento em: 1) Idade biológica, que se refere ao envelhecimento orgânico, em que os órgãos sofrem modificações e alteram a capacidade de autorregulação do organismo; 2) Idade social, referente aos papéis que um indivíduo desempenha na sociedade, sofrendo influências da cultura e história; e 3) Idade psicológica, que está relacionada com as competências comportamentais para responder a seu ambiente, incluem inteligência, motivação e memória.

Diante de tais descrições, vê-se que o envelhecimento caracteriza-se como um processo multifatorial, que envolve modificações a nível celular, comportamental, cognitivo e social. Seu estudo deve considerar a integralização de todos estes fatores para uma compreensão acurada das diferenças entre os processos de envelhecimento típico e atípico para que, conseqüentemente, sejam elaboradas estratégias apropriadas

para promoção de um envelhecimento saudável mesmo para aqueles que já possuem alguma condição médica ou neuropsicológica (Santos, Andrade & Bueno, 2009).

2.1 Aspectos neuropsicológicos do envelhecimento

No processo de envelhecimento, ocorrem alterações no Sistema Nervoso Central e periférico que levam a modificações sensoriais e motoras, bem como emocionais e cognitivas (Ribeiro & Consenza, 2013). Uma das grandes dificuldades no que se refere às modificações cerebrais decorrentes da idade avançada é o limite tênue entre aspectos normais e patológicos (Damasceno, 1999; Aversi-Ferreira, Rodrigues & Paiva, 2008; Moraes et al, 2010). O envelhecimento normal do cérebro pode ser acompanhado de alterações mentais que se assemelham às demências incipientes (Aversi-Ferreira et al, 2008). Porém, este envelhecimento não está, necessariamente, associado ao declínio cognitivo significativo (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

Com o envelhecimento, ocorrem algumas modificações no cérebro tanto morfológicas quanto bioquímicas, como a diminuição de seu volume; perda de neurônios e outras substâncias; dilatação de sulcos e ventrículos; presença de placas neuríticas e emaranhados neurofibrilares; perda de mielina pelas fibras neurais, o que reduz a velocidade de condução do estímulo neural, além de declinar a habilidade de gerar neurônios; há diminuição da massa e do número de células nervosas, causando destruição das vias associativas; agregação de proteínas (placas senis) e mecanismos de morte celular (Damasceno, 1999; Ribeiro & Consenza, 2013).

Tais alterações morfofisiológicas e bioquímicas do cérebro contribuem para declínios cognitivos, como a lentificação de funções como a percepção, memória e o raciocínio (Moraes et al 2008). Decorrentes de tais alterações, vale destacar ainda importantes mudanças nas chamadas funções executivas (FEs), que estão relacionadas à

adaptação do indivíduo ao meio, dirigindo o comportamento a objetivos, que por sua vez auxiliam a resolução de problemas, sendo assim, tais funções envolvem o planejamento de ações, a análise de custo e benefício no processo de tomada de decisão e autorregulação comportamental (Paula, Silva, Fuentes & Malloy-Diniz, 2013).

2.2 Doenças ligadas ao envelhecimento cerebral

As demências são condições diretamente ligadas ao envelhecimento cerebral. Configuram-se essencialmente como enfermidades de idosos, a demência caracteriza-se por múltiplos comprometimentos nas funções cognitivas como a inteligência geral, aprendizagem, memória, linguagem, solução de problemas, orientação, percepção, atenção e concentração, julgamento, habilidades sociais e personalidade (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

Os critérios diagnósticos para demência segundo o *National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke* (NINCDS) e *Alzheimer's Disease and Related Disorders Association* (ADRDA) incluem comprometimento de duas ou mais funções cognitivas independentemente da memória, que interfiram com habilidades no trabalho e atividades cotidianas, que representem declínio em relação ao funcionamento anterior do indivíduo e que não sejam explicadas por *delirium* (McKhann et al 2011; Nitzsche, Moraes & Tavares Júnior, 2015).

Entre os vários tipos de demências, a mais comum entre pessoas idosas é a Doença de Alzheimer (DA) (Caramelli & Barboza, 2002; Nitzsche, Moraes & Tavares Júnior, 2015). É uma doença crônico-degenerativa, que se caracteriza por declínio cognitivo progressivo, iniciando-se normalmente após os 65 anos (início tardio), no entanto há casos em que ela se manifesta em indivíduos mais jovens (início precoce).

Segundo o NINCDS-ADRDA, para o diagnóstico da DA, devem ser preenchidos os critérios para demência e apresentar início insidioso, história clara de piora cognitiva, déficits cognitivos iniciais e mais proeminentes em uma das categorias: apresentação amnésica (deve haver outro domínio afetado); apresentação não amnésica (deve haver outro domínio afetado); linguagem; visual-espacial (cognição espacial, agnosia para objetos ou faces, simultaneoagnosia e alexia); funções executivas (alterações de raciocínio, julgamento e solução de problemas) (McKhann et al 2011).

A acurácia na avaliação de idosos com algum comprometimento cognitivo torna-se mandatória para que sejam adequadamente identificados e avaliados no intento tanto de se elaborar intervenções que minimizem os sinais clínicos de tal comprometimento, bem como de se prevenir os maiores prejuízos de uma demência já instalada.

O declínio cognitivo em idosos tem sido apontado como decorrente tanto das modificações orgânicas já mencionadas bem como dos diferentes estilos de vida de cada indivíduo. Rabelo (2009) aponta que um maior suporte social, um histórico de saúde positivo, um maior engajamento social, um estilo de vida positivo, melhor saúde percebida, menos queixas subjetivas de memória, melhor saúde mental e menos sintomas depressivos são preditores de menor declínio cognitivo e consequentemente, uma melhor qualidade de vida.

Nesta mesma linha de raciocínio, vale ressaltar o papel das denominadas Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVDs), que se configuram pelo engajamento motivado em atividades diárias de maior complexidade, que por sua vez demandam competências físicas e cognitivas necessárias para a participação em diversas atividades sociais (Dias, Duarte, Almeida & Lebrão, 2014). Tais atividades podem ser divididas em componentes social (atividades ligadas à religião, frequentar igrejas, fazer visitas,

atividades voluntárias, danças, participação em eventos culturais), físico (caminhadas, corridas, ginástica, musculação) e intelectual (assistir televisão, ler jornais, jogar jogos de tabuleiros, engajamento em atividades de lazer e relaxamento) (Sposito, Neri & Yassuda, 2015).

Estas atividades têm sido apontadas como desempenhando papel protetivo contra o declínio cognitivo bem como, o progresso da demência (Dias et al, 2010; Wang, Xu & Pei, 2012; Dias, Duarte & Lebrão, 2010; Sposito et al, 2015; Sposito, Neri & Yassuda, 2016).

3. QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO

Qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente (OMS, 1994 apud OMS, 2005).

De acordo com esta definição, percebe-se que a qualidade de vida é um conceito subjetivo, uma vez que leva em consideração a percepção do indivíduo sobre si, e é um conceito multidimensional uma vez que envolve múltiplos aspectos da existência humana.

No que se refere à qualidade de vida no idoso, ainda não há consenso sobre quais são os aspectos determinantes de um bom envelhecer e um dos fatores que contribui para isto é que há uma proeminente heterogeneidade sobre a percepção do processo de envelhecer pelos idosos (Teixeira & Neri, 2008). No entanto, Neri (1993) aponta que ao se avaliar a qualidade de vida no idoso, deve-se levar em consideração fatores de natureza psicológica, biológica e socioestrutural, como longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação com a vida, controle cognitivo, competência social,

produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos.

Segundo a OMS (2005), um envelhecimento bom, saudável, é aquele considerado ativo, definido como *processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas*. Esta proposta de envelhecimento baseia-se no reconhecimento dos direitos dos idosos bem como em princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (OMS, 2005).

Desse modo, a ideia do envelhecimento ativo diz respeito não só ao ato de manter-se ativo em termos de praticar atividades físicas, mas principalmente à capacidade de ser atuante dentro da sociedade, exercendo seus direitos e desenvolvendo plenamente suas capacidades.

Alguns autores também consideram importante para um envelhecimento saudável e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, quesitos como autonomia e independência (Ribeiro, Silva, Modena & Fonseca, 2002; Miranda & Banhato, 2008; Lima & Bittar, 2012). A autonomia diz respeito a controlar, lidar e tomar as próprias decisões quanto ao modo de vida, com regras e preferências próprias; e a independência refere-se à capacidade de executar funções da vida diária bem como viver sem ajuda de outros (OMS, 2005).

Outro aspecto que tem sido apontado como preditor de qualidade de vida em idosos é a depressão/sintomas depressivos. Alguns estudos relatam que idosos que possuem diagnóstico de depressão ou que apresentam sintomas depressivos obtêm índices de qualidade de vida mais baixos nos testes. Barca, Engedal e Selbaek (2011) realizaram um estudo com idosos demenciados institucionalizados e encontraram que

aqueles com diagnóstico de depressão maior obtiveram menores escores na escala de qualidade de vida (*Quality of Life in Late-Stage Dementia-QUALID*), pior desempenho nas atividades de vida diária e pior função cognitiva.

Winter, Korchounov, Zhukova e Bertschi (2011) investigaram a prevalência de depressão em idosos com doença de Alzheimer e demência vascular e sua influência na qualidade de vida; no estudo encontraram uma prevalência de 87% de depressão nos idosos com demência e uma significativa diminuição da qualidade de vida (mensurada através da *Health-related quality of life – HrQoL*).

Hasche, Morrow-Howell e Proctor (2010) compararam a qualidade de vida física e mental de idosos com e sem depressão e observaram que os idosos com depressão apresentavam significativamente piores escores na escala de qualidade de vida (*Medical Outcome Study's Short-Form – SF-8*).

Tais dados mostram que os efeitos e relações da depressão com a qualidade de vida independem da condição neurológica do idoso e se este está ou não institucionalizado, o que ressalta a importância da avaliação dos sintomas depressivos na pessoas idosa.

A partir dos dados investigados e apontados nos estudos descritos, pode-se dizer que a qualidade de vida está relacionada com a percepção e sensação de bem-estar e satisfação com a vida pelo indivíduo, e por sua vez pode ser mensurada com base em dados sociodemográficos, saúde percebida, quantidade e intensidade de sintomas depressivos, exercício da autonomia e independência, uso estratégias eficazes para lidar com as perdas advindas do envelhecer, reiterando que a qualidade de vida é multideterminada.

4. RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E DESEMPENHO COGNITIVO EM IDOSOS

Já foi mencionado anteriormente que a qualidade de vida em pessoas idosas engloba múltiplos aspectos considerados importantes para a promoção de um envelhecimento saudável, aspectos estes ligados à biologia do organismo, sua história e fatores sociais e culturais. Por sua vez, o desempenho cognitivo nesta população, segundo Ribeiro, Oliveira, Cupertino, Neri e Yassuda (2009), tanto o declínio quanto a estabilidade das funções cognitivas ao longo do processo de envelhecimento, podem ser afetados por diferenças interindividuais que envolvem fatores sociodemográficos, genéticos, estilos de vida e de saúde física.

Nesse sentido, seria pertinente considerar que os mesmos fatores que contribuem para uma boa qualidade de vida, também desempenhariam importante papel na manutenção do funcionamento cognitivo. Serão descritos alguns estudos que se propuseram a investigar variáveis que interferem no funcionamento cognitivo de pessoas idosas com e sem demência.

Ribeiro et al (2009) realizaram um estudo na cidade de Juiz de Fora para investigar o papel de variáveis sociodemográficas e da saúde percebida sobre o desempenho de idosos utilizando a bateria cognitiva CERAD (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease). Os resultados mostraram que ocorreram relações significativas entre escolaridade, gênero, idade, ter ou não companheiro e saúde percebida e o desempenho nos testes da bateria CERAD. Foi evidenciado que: 1) quanto maior a escolaridade, melhor o desempenho no teste de fluência verbal, nomeação, memória para lista de palavras e evocação de praxia; 2) homens tiveram melhor desempenho no teste de nomeação; 3) idosos com companheiro tiveram melhor desempenho nos testes de fluência verbal, nomeação, praxia e evocação de praxia; 4)

quanto maior a idade, menor o desempenho nos testes de fluência verbal, nomeação, memória de lista de palavras, de praxia construtiva, de evocação de palavras e de evocação de praxia; e 5) quanto melhor a saúde percebida, melhor o desempenho em testes de memória de palavras e evocação de praxia.

As possíveis explicações para estes resultados é que os fatores sociodemográficos possibilitam que idosos com maior renda tenham mais acesso a recursos como escola, alimentação nutritiva, atividades estimulantes para o cérebro, tratamentos médicos, estilos de vida saudável, ou seja, possuem uma qualidade de vida melhor em relação àqueles com renda mais baixa. Porém, os autores recomendam que os aspectos sociodemográficos que podem estar associados ao melhor ou pior desempenho cognitivos em idosos devem ser melhor investigados.

Argimon, Stein, Xavier e Trentini (2004) realizaram um estudo em Veranópolis (RS) visando investigar se a diversidade de opções de lazer contribui para explicar diferenças nas habilidades cognitivas de idosos ao longo do envelhecimento. O desempenho cognitivo foi avaliado através do Mini-Exame do Estado mental (MEEM), Span de números, Teste de evocação seletiva livre e com pistas de Buschke I e Buschke II e Fluência verbal-categoria animal. Os resultados indicaram que quanto mais opções de lazer, melhor o desempenho do idoso nas habilidades cognitivas relacionadas à linguagem, memória e atenção. Vale ressaltar também, que esses idosos possuíam características compatíveis com uma boa qualidade de vida, como participação ativa em atividades diárias como cuidar dos netos, da horta, das atividades do lar em geral, costumavam visitar os amigos, ir à igreja, pescavam, jogavam sinuca, faziam crochê, levavam o cachorro para passear, entre outros. Os autores concluíram que tais idosos tinham um estilo de vida saudável que junto com a diversidade de opções de lazer possibilitou a preservação de suas habilidades cognitivas.

Freitas et al (2010) desenvolveram um estudo na cidade de Belo Horizonte com o objetivo de comparar idosos com e sem evidência de declínio cognitivo/demência com relação à autopercepção de saúde e variáveis sociodemográficas. Foram utilizados para a avaliação cognitiva dos idosos o *Short Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (IQCODE), o Teste do Desenho do Relógio (TDR), a Escala de Demência de Blessed (EDB) e o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM).

Os achados mostraram que dos 98 idosos pesquisados, 26% (cerca de 25 idosos) apresentaram o diagnóstico de declínio cognitivo/demência, sendo estes mais velhos, com menor renda familiar e pior desempenho nos testes cognitivos. Este diagnóstico associou-se significativamente à autopercepção negativa de saúde e à menor participação em atividades físicas e recreativas. Os autores concluíram que a autopercepção da saúde e um estilo de vida sedentário estão associados ao maior risco de declínio cognitivo em idosos.

O desempenho cognitivo de pessoas idosas, do ponto de vista dos estudos acima descritos, sofre forte influência de variáveis como escolaridade, idade, renda familiar, gênero, estado civil, participação cotidiana ativa, estilo de vida e autopercepção de saúde, mostrando assim que um envelhecimento saudável e a manutenção das funções cognitivas envolvem múltiplos fatores, com alguns podendo ser modificados no intento de melhorar a qualidade de vida na velhice, como é o caso do estilo de vida, por exemplo e, conseqüentemente, contribuir para a melhora ou manutenção das funções cognitivas.

Outro importante componente que pode contribuir para uma boa qualidade de vida e à manutenção e atenuação de perdas cognitivas em idosos é a prática de atividades físicas, inclusive naqueles com demência. Segundo Arcoverde et al (2008), a

estimulação física e cognitiva em idosos com Doença de Alzheimer (DA), por exemplo, pode contribuir para a atenuação do declínio cognitivo e funcional.

Antunes, Heredia, Bueno e Mello (2001) investigaram os efeitos da atividade física em testes neuropsicológicos em idosas sem demência. Este estudo foi realizado na cidade de Uberlândia e os testes utilizados foram a *Wechsler Adult Intelligence Scale Revised*, WAIS-R (subtestes de Números, Cubos e Código); a *Wechsler Memory Scale Revised*, WMS-R (subtestes de Controle Mental, Memória lógica e Pares associados); Figuras Complexas de Rey-Osterreith; Atenção Concentrada de Toulouse-Pieron-Fator P; Mini-Exame do Estado Mental (MEEM); e Recordação livre de palavras. Os resultados encontrados foram que o grupo participante do programa de condicionamento físico obteve melhora do controle mental, da memória lógica, houve diminuição no número de erros nos testes e aumento da atenção e rapidez, quando comparadas com idosas que não participavam de atividades físicas.

Os autores apontam que a prática regular de exercícios físicos auxilia no incremento da saúde e promoção de contatos sociais; estimula a autoestima; promove autonomia, uma vez que melhora a condição de saúde geral; melhora sintomas depressivos.

Hernandez, Coelho, Gobbi e Stella (2010) realizaram um estudo em que investigaram os efeitos de atividades físicas programadas nas funções cognitivas, em idosos com DA. O estudo foi realizado na cidade de Rio Claro (SP) e o instrumento aplicado para avaliação da cognição foi o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). Os resultados indicaram influências positivas da atividade física na manutenção das funções cognitivas em idosos com DA, ao passo que os idosos que não participaram do programa de atividades físicas, com DA, mostraram um declínio significativo das habilidades cognitivas.

Os autores argumentam que os benefícios observados no grupo que praticou atividades físicas são que, em decorrência desta, há uma alteração do metabolismo encefálico e aumento do fator neurotrófico de crescimento neuronal processado pela plasticidade cerebral; há benefícios psicológicos que reduzem sintomas de ansiedade e depressão (tais sintomas são muito comuns em idosos com declínio cognitivo); o fato dos exercícios terem sido praticados coletivamente levanta a hipótese de que as redes sociais tenham agido em conjunto com as alterações neurofisiológicas, potencializando, assim, a melhora dos sintomas e sinais físicos, cognitivos e comportamentais no idoso com demência.

Arcoverde et al (2008) desenvolveram um estudo objetivando averiguar o papel da atividade física sobre a manutenção da cognição e sobre as atividades de vida diária (AVDs) em três grupos de idosos: 1) idosos saudáveis (sem DA) que praticavam atividade física; 2) idosos com DA que praticavam atividade física e estimulação cognitiva (idosos ativos); e 3) idosos com DA que não tinham nenhuma atividade física regular (idosos sedentários). O estudo foi realizado na cidade do Rio de Janeiro e a avaliação cognitiva foi realizada através do MEEM e as AVDs, através da Escala de Lawton, que mede autonomia e independência nas AVDs.

Os dados encontrados revelaram que os idosos saudáveis possuíam melhor desempenho cognitivo e melhor realização de suas atividades diárias. E entre os idosos com DA, os ativos mostraram melhora de sua capacidade cognitiva e funcional em relação aos sedentários, mostrando ainda que quanto melhor o desempenho cognitivo melhor também o desempenho nas AVDs. Assim, os resultados mostraram que o melhor preditor de uma boa cognição foram os altos escores na Escala de Lawton, indicando que quanto mais autonomia e independência em suas atividades de vida diárias, melhores as funções cognitivas.

Com base nos estudos descritos, há evidências do impacto positivo da prática de atividades físicas no desempenho cognitivos de idosos tanto sem quanto com demência, revelando o quanto esta prática pode contribuir para um envelhecimento saudável e manutenção das funções cognitivas, vale ressaltar que a prática de atividades físicas é um dos componentes das Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVDs), já discutidas enquanto contribuindo para a manutenção de funções cognitivas.

O manejo adequado da própria vida tem sido apontado como fundamental para o envelhecimento saudável e percepção de bem-estar nos idosos, mesmo nos casos em que as perdas advindas desse processo começam a se fazer presentes. A respeito desta questão, foi proposto um modelo adaptativo de desenvolvimento baseado na Seleção (S), Otimização (O) e Compensação (C) (SOC), que seriam processos através dos quais os indivíduos gerenciam suas vidas de modo bem-sucedido para alcançar seus objetivos (Baltes, Baltes, Freund, & Lang, 1999; Freund & Baltes, 2002).

Segundo os autores supracitados, a Seleção (S) seria dentre uma gama de recursos biológicos, sociais e psicológicos disponíveis, utilizar aqueles mais propícios a atender as metas que se almejam e, nesse sentido, organizar e direcionar o comportamento a elas. Ressalta-se a dinamicidade de tais recursos, uma vez que a S, subdivide-se em dois tipos, Seleção Eletiva (SE), que consiste em priorizar certos objetivos em detrimento de outros; e a Seleção Baseada em Perdas (SBP), que se configura como a seleção dentro de um conjunto de possibilidades e limitações devido a perdas que aconteceram ao longo da vida.

A Otimização (O) envolve o foco e o uso de meios relevantes para o alcance dos objetivos, o que envolve o refinamento de estratégias, selecionando de modo a discernir aquelas que são eficazes para o alcance de tais objetivos. A Compensação (C) refere-se aos meios envolvidos para a manutenção do nível de funcionamento do indivíduo,

levando em consideração as perdas e os ganhos no decorrer da vida, englobando o desenvolvimento de habilidades e competências para compensar as perdas. Assim, a prerrogativa do modelo SOC (Baltes & Baltes, xxxx; Freund & Baltes, 2002), subjacente à perspectiva do desenvolvimento ao longo da vida (*lifespan*), possibilitaria aos idosos, um processo de envelhecimento saudável e bem-sucedido.

Os estudos descritos até aqui apontam variáveis relevantes para a manutenção tanto da qualidade de vida quanto do desempenho cognitivo em idosos. Assim, a partir de tais achados reitera-se a importância de fornecer às pessoas idosas, suporte para que adquiram ou mantenham hábitos de vida saudável que, conseqüentemente, possibilitarão melhora em suas qualidades de vida, e possivelmente de sua performance cognitiva também, de modo a prevenir e/ou atenuar comprometimentos cognitivos e possíveis demências.

Uma vez que as variáveis apontadas e investigadas nos estudos, enquanto relevantes tanto para a qualidade quanto para a performance cognitiva, são similares, emerge a hipótese de que possa haver uma correlação entre os relatos de qualidade de vida, pelos idosos, e seus desempenhos cognitivos, de modo que quanto melhor for a avaliação da qualidade de vida, melhor também será a performance cognitiva nos testes.

OBJETIVO GERAL

Verificar se há correlação entre a qualidade de vida e o desempenho cognitivo de idosos com e sem Doença de Alzheimer.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mensurar e classificar a qualidade de vida dos idosos com e sem doença de Alzheimer.
- Mensurar o desempenho cognitivo.
- Comparar o desempenho cognitivo entre os diferentes grupos de idosos, correlacionando-o com a qualidade de vida.

MÉTODO

DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo correlacional entre qualidade de vida e desempenho cognitivo de idosos com e sem doença de Alzheimer.

PARTICIPANTES

Foram, no total, 21 participantes, divididos em dois grupos: Grupo com Doença de Alzheimer (Grupo DA, n= 13) e Grupo Sem Doença de Alzheimer (Grupo SDA, n=8). O grupo de idosos com doença de Alzheimer (DA) foi composto por idosos da Associação Brasileira de Alzheimer-Regional Pará (ABRAZ/PARÁ), bem como por indicação dos próprios participantes; e o Grupo SDA foi composto por idosos da Universidade da Terceira Idade da Universidade Federal do Pará (UNITERCI) bem como da comunidade em geral.

Os critérios de inclusão para o grupo DA foram: 1) possuir o diagnóstico de Demência por Doença de Alzheimer; 2) ter idade igual ou superior a 65, até o máximo de 89 (devido esta ser a idade limite avaliada pelo instrumento de avaliação cognitiva aqui utilizado). Enquanto que os critérios de exclusão foram: 1) problemas de audição, visão e fala que o impossibilitasse de realizar os testes (baseado no relato do cuidador ou na observação do próprio idoso); 2) comprometimento severo da compreensão (baseada no próprio diálogo com o idoso); 3) ter diagnóstico ou histórico de qualquer outra condição neurológica, tais como acidente vascular cerebral, outras demências ou qualquer outra condição dessa ordem que pudessem interferir nos resultados (baseado no relato do cuidador ao questionário).

Para o Grupo SDA, o critério de inclusão foi: 1) ter idade igual ou superior a 65 anos, até 89 anos. Já os critérios de exclusão foram: 1) ter diagnóstico ou histórico de qualquer outra condição neurológica que comprometesse o desempenho nos testes tal (baseado na resposta do idoso ao questionário); 3) pontuação no MEEM abaixo daquela esperada para o nível de escolaridade.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética do Núcleo de Medicina Tropical (NMT) da Universidade Federal do Pará (UFPA) para avaliação e aprovação da pesquisa e recebeu parecer favorável sob o número 1.266.008.

A coleta de dados foi realizada no local escolhido pelo idoso, geralmente a própria residência. Após a finalização da coleta de dados, sua análise e interpretação, tanto as instituições quanto os próprios idosos bem como seus familiares, foram informados sobre o resultado final da pesquisa.

INSTRUMENTOS

1. Questionário sociodemográfico

Este questionário de própria autoria é composto de perguntas referentes à idade, escolaridade, alimentação, saúde, prática de atividades físicas, lazer, religião, estado civil e renda familiar. Apêndice A.

2. Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)

Trata-se de um instrumento desenvolvido para avaliação clínica prática de rastreio do estado cognitivo. Nele são avaliados orientação espacial e temporal, memória de curto prazo e evocação, cálculo, praxia, linguagem e habilidades visoespaciais. Trata-se de um instrumento de rastreio cognitivo e não deve ser usado

para diagnóstico de demência (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Folstein, 1998 *apud* Chaves, 2006-2008). A pontuação máxima é de 30 pontos e os pontos de corte são graduados por escolaridade, segundo Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci e Okamoto (2003), as medianas correspondentes aos pontos de corte para analfabetos é de 20 pontos; para 1 a 4 anos de estudo, 25 pontos; para 5 a 8 anos, 26,5; de 9 a 11 anos, 28; e mais de 11 anos de estudo, 29 pontos. Apêndice B.

3. Escala de Depressão Geriátrica- GDS-15 itens

A GDS-15 é a versão curta da escala original de 30 itens, foi elaborada por Sheikh e Yesavage (1986 *apud* Almeida & Almeida, 1999) e validada para o Brasil por Almeida e Almeida (1999). Trata-se de um instrumento elaborado especificamente para avaliar depressão em idosos. Esta versão reduzida conta com 15 perguntas a cerca de como o idoso tem se sentido ultimamente, especialmente na semana anterior á aplicação da escala. São perguntas diretas cujas respostas podem ser SIM ou NÃO; a pontuação maior que 5 pontos é a considerada suspeita para depressão (Almeida & Almeida, 1999) Apêndice C.

4. Escala Cornell de Depressão na Demência (ECDD)

A Escala Cornell de Depressão é um instrumento desenvolvido por Alexopoulos, Abrams, Young e Shamoian (1988), traduzido e adaptado para o Brasil por Cathery-Goulart et al (2007), para auxiliar pesquisas farmacológicas e estudos sobre evolução de sintomas psiquiátricos em pacientes com demência, trata-se de um questionário aplicado ao cuidador ou familiar. Este instrumento não visa o diagnóstico de depressão, mas sim a quantificação de sintomas, porém, pontuações maiores que 10 pontos indicam provável depressão maior. Apêndice D.

5. Escala de Avaliação Clínica da Demência (*Clinical Dementia Rating-CDR*)

A CDR é um instrumento para estadiamento da demência, desenvolvido por Hughes et al (1982) e adaptado por Morris (1993), validado para o Brasil por Macedo e Ramos (2005), trata-se de uma entrevista semi-estruturada aplicada a um informante próximo ao idoso, em que são avaliados aspectos cognitivo-comportamentais do indivíduo. Está dividida em categorias: Memória (M), Orientação (O), Julgamento e Resolução de Problemas (JRP), Atividades na Comunidade (AC), questões sobre Lar e Lazer (LP), Cuidados Pessoais (CP). Este instrumento está disponível em http://www.saude.rs.gov.br/upload/1330634187_ESCALA%20DE%20AVALIA%C3%87%C3%83O%20CL%C3%8DNICA%20DA%20DEM%C3%8ANCIA.pdf

São atribuídos escores para cada uma das categorias que variam de 0 a 3 (0 – 0,5 – 1 – 2 – 3), onde: 0, saudável; 0,5, demência questionável; 1, demência leve; 2, demência moderada; e 3, demência grave (Tabela 1). O escore global (CDR global) é baseado principalmente na categoria Memória, considerada como a categoria primária e as demais, categorias secundárias (CS); assim como a classificação em cada categoria, o CDR global também pode ser 0; 0,5; 1; 2 ou 3. Na tabela 2, estão descritas as regras para a obtenção do escore global.

Tabela 1. Classificação das categorias avaliadas pela (CDR).

	Saudável CDR 0	Demência questionável CDR 0,5	Demência leve CDR 1	Demência moderada CDR 2	Demência grave CDR 3
MEMÓRIA	Sem perda de memória ou apenas esquecimento discreto e inconsistente.	Esquecimento leve consistente, lembrança parcial de eventos, “esquecimento benigno”.	Perda de memória moderada, mais acentuada para fatos recentes, o déficit interfere com atividades do dia a dia	Perda de memória grave, apenas material muito aprendido é retido, materiais novos são rapidamente perdidos	Perda de memória grave, apenas fragmentos permanecem
ORIENTAÇÃO	Plenamente orientado	Plenamente orientado	Dificuldade moderada com as relações de tempo, orientado no espaço no exame, mas pode ter desorientação geográfica em outros locais	Geralmente desorientado	Orientação pessoal apenas
JULGAMENTO E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS	Resolve bem problemas do dia a dia, juízo crítico é bom em relação ao desempenho passado	Leve comprometimento na solução de problemas, semelhanças e diferenças.	Dificuldade moderada na solução de problemas, semelhanças e diferenças, julgamento social geralmente mantido	Grave comprometimento para solução de problemas, semelhanças e diferenças, juízo social geralmente comprometido	Incapaz de resolver problemas ou de ter qualquer juízo crítico
ASSUNTOS NA COMUNIDADE	função independente no trabalho, compras, negócios, finanças e grupos sociais	Leve dificuldade nestas atividades	Incapaz de funcionar independentemente nestas atividades embora ainda possa desempenhar algumas, pode parecer normal à avaliação superficial	Sem possibilidade de desempenho fora de casa, parece suficientemente bem para ser levado a atividades fora de casa	Sem possibilidade de desempenho fora de casa, parece muito doente para ser levado a atividades fora de casa.
LAR E PASSATEMPOS	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais mantidos	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais levemente afetados	Comprometimento leve mas evidente em casa, abandono das tarefas mais difíceis, passatempos e interesses mais complicados são também abandonados	Só realiza as tarefas mais simples, interesses muito limitados e pouco mantidos.	Sem qualquer atividade significativa em casa
CUIDADOS PESSOAIS	Plenamente capaz	Plenamente capaz	Necessita assistência ocasional	Requer assistência no vestir e na higiene	Requer muito auxílio nos cuidados pessoais, geralmente incontinente

Tabela 2. Regras gerais para a classificação do estadiamento da demência pela CDR.

1. $M = 2$ ou mais CS, $CDR = M$. Exceto:
2. $M = 0$; 2 CS = M e 3 CS $\neq 0$, $CDR = 0,5$. Outras situações:
3. $M = 0,5$; demais CS = 0, $CDR = 0,5$.
4. $M \geq 1$; demais CS < 1 , $CDR = 0,5$.
5. $M = 1$ CS; 2 CS $< M$; 2 CS $> M$, $CDR = M$.
6. $M > 2$ CS e < 3 CS, $CDR = M$.
7. $M < 2$ CS e > 3 CS, $CDR = M$.
8. $M < \text{ou} > 4$ CS, $CDR = \text{maioria das CS}$, exceto quando as categorias forem 0 e $M = 0,5$ (regra 3).

Fonte: Macedo e Ramos (2005).

Além das regras acima descritas, o cálculo do CDR global também pode ser realizado através de um algoritmo *on-line* disponibilizado pelo *National Alzheimer's Coordinating Center* em que são colocados os escores individuais de cada domínio e ao final é dado o CDR global indicando em qual estágio da demência o participante encontra-se. Neste trabalho foi utilizado este algoritmo, disponível em <https://www.alz.washington.edu/cdrnacc.html>.

6. Escala de Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer (QdV-DA)

A avaliação da qualidade de vida foi realizada através da Escala de Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer (QdV-DA), versão do paciente para ambos os grupos e versão do familiar/cuidador para o grupo DA. A escolha de usar a mesma escala para os dois grupos teve o objetivo de garantir que estavam sendo avaliados os mesmos critérios relevantes à QV.

A Escala de Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer (QdV-DA) é um instrumento específico para avaliar a QV em idosos com DA. Foi desenvolvida especificamente para esta população por Logsdon, Gibbons, McCurry e Teri (1999), foi adaptada e validada para o Brasil por Novelli (2003; 2006), e apresenta linguagem

simples e respostas diretas, foi desenhada para explorar domínios considerados importantes como o funcionamento interpessoal, ambiental, físico e psicológico (Novelli, 2003). Ver Apêndice E.

Este instrumento é constituído de três versões: a versão do paciente, onde o próprio idoso avalia sua QV; a versão do cuidador, onde a QV do idoso é avaliada pelo cuidador; e a versão do familiar/cuidador, em que este avalia sua própria QV. Neste trabalho foi considerada apenas a versão do paciente. A escala é constituída por 13 itens (em cada versão) que podem ser pontuados de 1 a 4, com 1 correspondendo à qualificação ruim; 2, regular; 3, boa e 4 à excelente. Quanto menor a pontuação, pior a qualidade de vida.

Uma vez que esta escala não possui pontos de corte exatos para a classificação da QV em Ruim, Regular, Boa e Excelente, o método empregado aqui foi o de separar a pontuação máxima (52 pontos) em quartis de 13 em 13 pontos aproximadamente, sendo assim, obtivemos a seguinte classificação: 13 pontos = QV Ruim; 14 a 26 = QV Regular; 27 a 39 = QV Boa; 40 a 52 = QV Excelente. Este método de atribuição da classificação da QV teve o consentimento de sua autora, Dra. Rebecca Logsdon.

7. Desempenho cognitivo

Para avaliação do desempenho cognitivo foi utilizada a Escala Wechsler de Inteligência para Adultos – Terceira Edição (WAIS-III), validada e normatizada para o contexto brasileiro por Nascimento (2000).

Este é um instrumento de aplicação individual muito difundido tanto para propósitos da prática psicológica quanto para pesquisas, é aplicado em pessoas de 16 a 89 anos. É uma escala composta por 14 subtestes divididos em Verbais e de Execução ou Desempenho (Hogan, 2006).

Os subtestes Verbais são: Vocabulário; Semelhanças; Aritmética; Dígitos; Informação; Compreensão; Sequência de Letras e Números. Os subtestes de Execução ou Desempenho são: Completar Figuras; Código; Cubos; Raciocínio Matricial; Arranjo de Figuras; Procurar Símbolos; Armar Objetos.

Abaixo serão descritos brevemente cada subteste:

Verbais

- Vocabulário: série de palavras apresentadas oral ou visualmente que o examinando deverá definir cada uma oralmente.
- Semelhanças: série de palavras apresentadas oralmente em que o examinando deverá explicar a semelhança dos objetos em termos de conceitos comuns que eles representam.
- Aritmética: série de problemas aritméticos que devem ser resolvidos mentalmente e respondidos oralmente pelo examinando.
- Dígitos: série de sequência de números apresentados oralmente em que o examinando deverá repeti-la na ordem em que foram anunciadas (ordem direta) ou de trás para frente (ordem inversa).
- Informação: série de questões apresentadas de forma oral que investigam os conhecimentos do examinando em relação a pessoas, lugares, objetos e eventos comuns.
- Compreensão: série de questões orais que requerem que o examinando compreenda e articule as regras e conceitos sociais ou soluções para problemas cotidianos.
- Sequência de Números e Letras: série de sequência de letras e números falados ao examinando, em que este deverá atentar e repetir oralmente, com os números na ordem crescente e as letras na ordem alfabética.

Execução ou Desempenho

- **Completar Figuras:** são apresentados um conjunto de figuras coloridas de objetos e situações, onde faltam partes importantes que devem ser identificadas pelo examinando.
- **Códigos:** série de números, onde cada uma é pareado com um símbolo que lhe corresponde, em que o examinando deverá guiar-se por um gabarito e escrever o símbolo correspondente ao número.
- **Cubos:** um conjunto de padrões geométricos bidimensionais modelados ou impressos é apresentado ao examinado e este deverá tentar reproduzir o modelo utilizando cubos de duas cores.
- **Raciocínio Matricial:** série de padrões quadriculados incompletos que o examinando deverá completar apontando ou dizendo o número correspondente à resposta certa, em meio a cinco opções.
- **Arranjo de Figuras:** série de figuras apresentadas fora da ordem que o examinando deverá rearranjá-las de modo a obter uma sequência lógica.
- **Procurar Símbolos:** são apresentadas séries de grupos pareados, em que cada par consiste em um grupo-alvo e em um grupo de pesquisa; o examinando deverá indicar, assinalando num espaço apropriado, se cada um dos símbolos aparece no grupo de pesquisa.
- **Armar objetos:** um conjunto de quebra-cabeças de objetos comuns é apresentado segundo uma configuração padronizada, que o examinando deverá montar de modo a obter um objeto significativo.

A WAIS-III fornece três escores de QI: 1) QI Verbal (QIV); 2) QI de Execução (QIE) e 3) QI Total (QIT). Estes QIs, respectivamente, indicam 1) conhecimento

adquirido, raciocínio verbal e atenção a materiais verbais; 2) raciocínio fluido, processamento espacial, atenção a detalhes e integração visomotora; e 3) nível de funcionamento geral intelectual do indivíduo (Wechsler, 2014). Para a obtenção dos escores dos QIs, os escores brutos obtidos em cada subteste são transformados em escores ponderados segundo uma tabela padronizada. Assim, o escore de QI Total é dado pela soma dos escores ponderados do QI Verbal e de Execução.

Além das medidas de QIs, podem ser obtidas pontuações por Índices Fatoriais, que permitem uma avaliação mais refinada do funcionamento cognitivo, tais índices são: 1) Índice de Compreensão Verbal (ICV), que é uma medida de conhecimento verbal adquirido e de raciocínio verbal; 2) Índice de Organização Perceptual (IOP), que mensura raciocínio fluido não-verbal, atenção e integração visomotora; 3) Índice de Memória Operacional (IMO), que é uma medida de tarefas que exigem alto nível de atenção, com ênfase na capacidade de prestar atenção às informações de modo a retê-las e processá-las na memória e então formular a resposta; e 4) Índice de Velocidade de Processamento (IVP) que mensura a capacidade do indivíduo de processar informações visuais rapidamente e resolver problemas de natureza visuoespacial (Wechsler, 2014). Na tabela 3, estão os subtestes que compõem cada índice fatorial.

Tabela 3. Subtestes agrupados por Índices Fatoriais.

Compreensão Verbal	Organização Perceptual	Memória Operacional	Velocidade de Processamento
Vocabulário	Completar figuras	Aritmética	Códigos
Semelhanças	Cubos	Dígitos	Procurar Símbolos
Informação	Raciocínio Matricial	Sequência de Números e Letras	

Fonte: Wechsler (2014).

PROCEDIMENTO

O pesquisador entrou em contato formal com as instituições das quais os participantes foram oriundos, explicando detalhadamente a pesquisa aos responsáveis e tendo estes concordado com seus propósitos, foi realizado o contato pessoalmente com aos responsáveis legais dos idosos com doença de Alzheimer e diretamente com demais idosos que compuseram o Grupo SDA, através das instituições (UNITERCI, Grupo da terceira idade do Palácio Bolonha). Tendo os idosos ou seus responsáveis compreendido e concordado em fazer parte do estudo, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue para assinatura. Apêndice F.

A coleta de dados ocorreu na seguinte ordem: 1º) Coleta com os idosos do grupo DA, uma vez que se pretendia parear os grupos em termos de idade e escolaridade, porém, devido à dificuldade e falta de disponibilidades dos idosos em participar da pesquisa, não foi possível pareá-los exatamente por anos estudos e nem faixa etária, no entanto a idade mínima (65 anos) e idade limite (89 anos) foram comuns aos dois grupos. 2º) Coleta com o Grupo SDA.

A coleta foi realizada na seguinte ordem:

1ª) Aplicação do Questionário Sociodemográfico; Escala Cornell de depressão e Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR) e escala de qualidade de vida (QdV-DA) para o grupo DA; e para o Grupo SDA foram aplicados o Questionário Sociodemográfico, MEEM, GDS e escala de qualidade de vida (QdV-DA). 2ª) Aplicação individual da escala WAIS-III. Devido à quantidade de instrumentos aplicados, a coleta foi realizada em dois dias consecutivos, na residência do próprio idoso ou local indicado por este ou pelo familiar, com intervalo de 24h, de modo a manter o nível atencional e motivacional dos participantes bem como evitar o cansaço dos mesmos.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram tratados através do *software* SPSS, versão 20.0. Para a normalidade dos dados foi realizado o teste Kolmogorov-Smirnov; para a verificação de diferenças entre e intragrupos foi realizada ANOVA de um fator e para as correlações entre variáveis foram utilizados correlação de *Pearson* e *Spearman*.

FINANCIAMENTO

Este trabalho foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) através de bolsa, bem como do Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento (PPGTPC) através do Programa de Apoio à Pós-Graduação (PROAP).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil dos participantes de ambos os grupos está descritos na tabela 4. No total foram 21 participantes, 13 no Grupo DA e 8 no Grupo SDA, deste total quanto ao sexo, foram 19 mulheres e 2 homens. A média de idade no grupo DA foi de $83,15 \pm 6,26$ (variando de 66 a 89 anos) e no Grupo SDA foi de $73,13 \pm 7,47$ (variando de 65 a 85 anos), quanto a esta variável os grupos têm distribuição assimétrica entre si, sendo esta diferença significativa [$F(1,19)=10,997$, $p = 0,004$]. Quanto à escolaridade, a média de anos estudados no grupo DA foi de $6,92 \pm 5,06$ (variando de 0 a 18 anos), e no Grupo SDA foi de $9 \pm 4,34$ (variando de 0 a 14 anos); a diferença entre os grupos não foi significativa [$F(1,19)=0,925$, $p = 0,348$].

No grupo DA, para a classificação do estadiamento da demência em Leve, Moderado ou Grave foi aplicada a Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR), onde dos 13 participantes, dois encontravam-se no estágio Leve (CDR = 1), nove, no estágio Moderado (CDR = 2); e dois no estágio Grave (CDR = 3). As descrições das características de cada estágio podem ser vistas na tabela 1.

No Grupo SDA, foi aplicado o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) para o rastreamento da capacidade cognitiva no intento de se excluírem possíveis casos de comprometimento desta capacidade. A média de pontuação do grupo foi de $26,87 \pm 2,3$ com mediana = 27,5, com valor mínimo de 23 pontos e máximo de 29. Segundo estes resultados e conforme a literatura (Brucki et al 2003), todos os participantes avaliados foram considerados aptos para compor este grupo. Também foi verificada correlação positiva significativa entre os escores do MEEM e a escolaridade [$r_s(8) = 0,850$, $p < 0,001$]. A pontuação no MEEM varia de 0 a 30 pontos com escores distribuídos

diferencialmente conforme a função cognitiva avaliada, de tais funções, os menores escores foram em “*Memória de Evocação*” e “*Atenção e Cálculo*”.

Tabela 4. Perfil dos participantes dos Grupos Doença de Alzheimer (DA) e Grupo SDA.

GRUPO DA (n=13)					
SEXO (n)	IDADE (M±DP)	ESCOLARIDADE (M±DP)	CDR (n)		
F = 11 M = 2	83,15±6,26	6,92±5,06	LEVE 2	MODERADO 9	GRAVE 2
GRUPO SDA (n=8)					
SEXO (n)	IDADE (M±DP)	ESCOLARIDADE (M±DP)	MEEM (M±DP)		GDS (M±DP)
F = 8 M = 0	73,13±7,47	9±4,34	26,87±2,3		2,63±2,26

n = Número de participantes; F = Feminino; M = Masculino; M±DP = Média±Desvio Padrão; CDR = Escala de Avaliação Clínica da Demência; Cornell = Escala de depressão da demência; MEEM = Mini-Exame do Estado Mental; GDS = Escala de Depressão Geriátrica.

A pontuação total quanto à “*Memória de Evocação*” são três pontos, que correspondem a lembrar das três palavras ouvidas pelo participante anteriormente (vaso, carro e tijolo). Dos oito participantes do Grupo SDA, sete não recordaram as três palavras, sendo que cinco recordaram duas delas e dois recordaram apenas uma. Já em relação à “*Atenção e Cálculo*”, cinco participantes não responderam corretamente as cinco subtrações correspondentes a esta tarefa, em que três acertaram quatro respostas e três acertaram uma, os outros dois participantes restantes conseguiram obter a pontuação total.

Os déficits observados na memória em idosos são comuns devido às alterações no funcionamento geral do indivíduo no decorrer do envelhecimento. Embora a maioria dos idosos não preencham os critérios para demências, o desempenho da memória sofre rebaixamento com a idade avançada (Abrisqueta-Gomez, 2013, p. 171). Os fatores que levam a declínios na memória ainda não são compreendidos em sua totalidade, no entanto Kester, Benjamim, Castel e Craik (2002) apontam entre eles o declínio na

velocidade de processamento, recursos reduzidos no processamento (como a atenção), déficits inibitórios relacionados à idade e a diminuição do controle cognitivo.

A segunda maior dificuldade apresentada pelos participantes do Grupo SDA no MEEM, “*Atenção e Cálculo*”, pode ser compreendida à luz dos apontamentos de Kester et al (2002), visto que a velocidade de processamento e a atenção configuram-se com importantes recursos para o processamento da informação envolvidos nas tarefas que envolvem cálculos e raciocínio lógico. Nesse sentido, o declínio de tais processos nos idosos pode ser apontado como subjacentes às dificuldades tanto nas tarefas de “*Memória de Evocação*” como em “*Atenção e Cálculo*”.

1. QUALIDADE DE VIDA (QV).

Para a avaliação da Qualidade de Vida foi utilizada a Escala de Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer (QdV-DA), versão do Paciente e do Cuidador para o grupo DA e apenas a versão do paciente para o Grupo SDA, visto que não possuíam cuidadores. As classificações de acordo com as pontuações obtidas na escala podem ser Ruim (até 13 pontos), Regular (de 14 a 26 pontos), Boa (de 27 a 39 pontos) e Excelente (de 40 a 52 pontos). No grupo DA obteve-se a seguinte classificação em relação à quantidade de indivíduos: Ruim = 0; Regular = 1; Boa = 9; Excelente = 3. No Grupo SDA: Ruim = 0; Regular = 0; Boa = 7; Excelente = 1. Em ambos os grupos, a maior porcentagem dos idosos avaliou sua própria qualidade de vida como Boa e nenhum destes avaliou como Ruim.

A média da QV no grupo DA, versão do paciente, foi de $35,46 \pm 5,13$ e no Grupo SDA foi de $34,13 \pm 5,44$ e a diferença entre eles não foi significativa [$F(1,19) = 0,322$, $p =$

0,577]. Também não foi significativa a diferença das pontuações, no grupo DA, entre a versão do paciente e a do cuidador [$H(1) = 0,149$, $p = 0,699$].

A diferença não significativa entre os grupos quanto à QV é um dado importante visto que um dos fatores comumente correlacionados com altos escores em escalas de qualidade de vida em idosos com Doença de Alzheimer é a anosognosia, condição cognitiva caracterizada pela falta de *insight* do indivíduo em relação a sua própria enfermidade e déficits, interferindo assim na autoavaliação da qualidade de vida (Conde-Sala et al, 2016). Estudos apontam que o comprometimento da consciência em relação às próprias dificuldades advindas de quadros demenciais é um dos preditores da falta de confiabilidade no autorrelato de idosos quanto à qualidade de vida, cujos escores são altos e discrepantes em relação ao relato do cuidador, que são mais baixos. (Berwig Leicht & Gertz, 2009; Woods et al, 2014; Conde-Sala et al, 2016). Contudo, no presente estudo houve consistência na avaliação feita pelos idosos do grupo DA e seus cuidadores, o que pode conferir maior confiabilidade a esses relatos.

No presente estudo, uma vez que as médias dos grupos para qualidade de vida foram similares, há duas hipóteses: 1) que a provável anosognosia dos participantes do grupo DA não interferiu na autoavaliação da qualidade de vida; ou 2) o fato dos escores serem semelhantes aos do Grupo SDA, pode ser o indicativo de que a baixa consciência do grupo DA sobre seus déficits, tenham comprometido a percepção tanto de si próprio como da vida em geral (fatores avaliados na QdV-DA), no sentido de considerar sua qualidade de vida Boa tal qual o grupo SDA.

Vale ressaltar que o Grupo SDA não apresentou resultados no MEEM que os pusesse sob suspeita de desenvolvimento de demências e então justificar que sua pontuação na QdV-DA também pudesse ser devido a comprometimentos na percepção e

consciência de suas dificuldades; e os relatos dos idosos com DA e seus cuidadores não apresentaram diferenças significativas, o que apoia a primeira hipótese aqui levantada quanto ao dado.

No entanto, para aferir se realmente os idosos do grupo DA estavam apresentando anosognosia à época, uma avaliação com instrumentos voltados especificamente para este fim seria necessária, porém, ressalta-se que este comprometimento é mais comum nos estágios graves da demência, e na presente amostra, apenas dois participantes foram classificados neste estágio (CDR=3), sendo que um deles avaliou sua QV como regular (23 pontos) e o outro como Boa (36 pontos).

2. DESEMPENHO COGNITIVO NA ESCALA WAIS-III.

O diferencial do presente trabalho quanto ao uso da Escala Wechsler de Inteligência para Adultos, 3ª edição (WAIS-III) foi quanto a sua aplicação integral, ou seja, de todos os seus subtestes, uma vez que a intenção foi avaliar o desempenho cognitivo com base tanto nos coeficientes de inteligência (Coeficiente de Inteligência Verbal-QIV; Coeficiente de Inteligência Executiva-QIE; Coeficiente de Inteligência Total-QIT) quanto nos índices fatoriais (Índice de Compreensão Verbal-ICV; Índice de Organização Perceptual-IOP; Índice de Memória Operacional-IMO e Índice de Velocidade de Processamento-IVP).

De acordo com as pontuações dos coeficientes e índices da escala, os indivíduos podem ter seus desempenhos localizados em diferentes pontos da curva normal, que recebem diferentes classificações qualitativas. Assim, conforme a figura 1, os indivíduos podem ter seus desempenhos cognitivos classificados conforme pontuação em: Extremamente Baixo (≤ 69); Limítrofe (70 a 79); Média Inferior (80 a 89); Média (90 a 109); Média Superior (110 a 119); Superior (120 a 129) e Muito Superior (≥ 130).

O escore médio dos coeficientes e índices é igual a 100 com desvio padrão de 15, sendo o desempenho dos indivíduos classificados conforme a faixa etária correspondente segundo o Manual para Administração e Avaliação da escala WAIS-III (Wechsler, 2014).

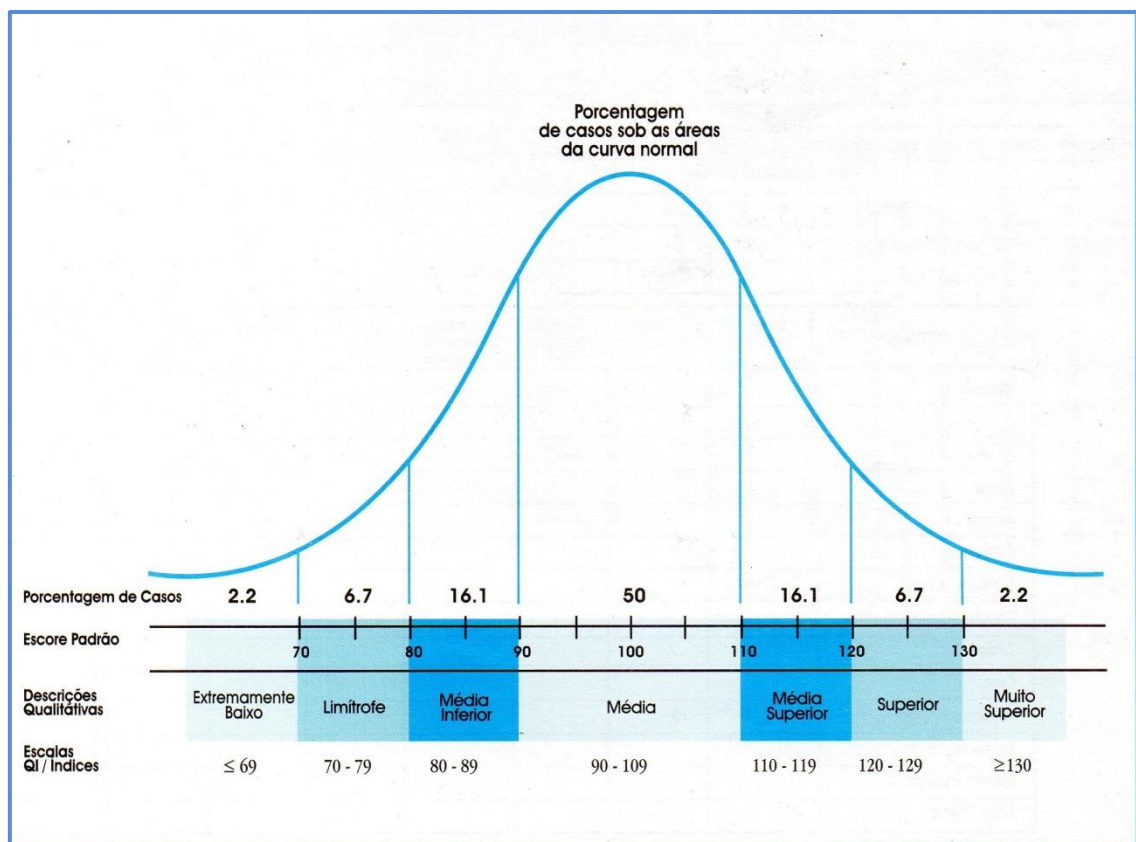


Figura 1. Porcentagem de casos sob as áreas da curva normal (Wechsler, 2014).

Do número total de participantes do grupo DA (13), 12 tiveram seus desempenhos distribuídos entre a Média, Média Inferior, Limítrofe ou Extremamente Baixo; e um com o desempenho distribuído entre a Média Inferior e a Média Superior, valendo ressaltar que este possuía escolaridade de 18 anos de estudo.

Os indivíduos com escolaridade de zero a três anos, obtiveram pontuações que se encaixaram nas descrições Extremamente Baixo; Limítrofe e Média Inferior, independente do estágio da demência. Com esta escolaridade, foram quatro

participantes no total, classificados em estágio Leve, Moderado e Grave. Com a escolaridade de cinco a 11 anos, do total de sete, seis classificaram-se na Média Inferior e Média, e um com desempenho distribuído do Extremamente Baixo à Média Inferior, sendo que este participante estava em estágio grave da demência, já os demais, em estágio moderado (cinco participantes) e leve (um participante).

No Grupo SDA, 50% da amostra teve seu desempenho distribuído entre a Média Inferior e a Média, aqueles com escolaridade de zero, seis, oito e 11 anos. Os outros 50% tiveram os desempenhos localizados na Média, Média Superior e Superior, com escolaridades de 11 a 14 anos, sendo que só este último obteve pontuação classificada na faixa superior.

Os dados das pontuações bem como as médias individuais dos participantes de ambos os grupos estão descritos na tabela 5.

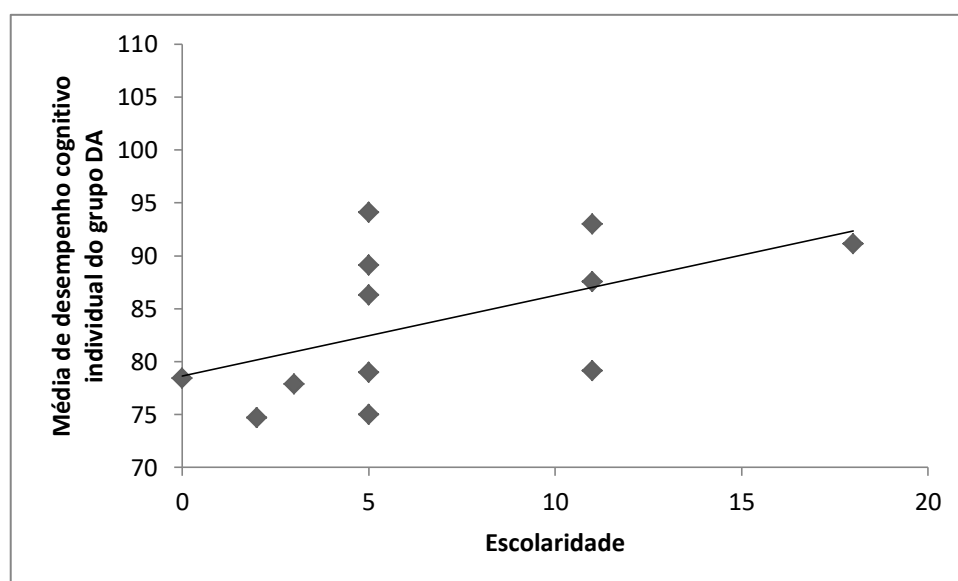
Tabela 5. Escores obtidos pelos participantes de ambos os grupos (DA e SDA) nos instrumentos aplicados.

DADOS DO GRUPO COM DOENÇA DE ALZHEIMER (DA)											
				WAIS-III							
Nº DO PARTICIPANTE	ESCOLARIDADE (Nº de anos)	CDR	EQV-DA	QIV	QIE	QIT	ICV	IOP	IMO	IVP	MÉDIA
1	11	2	35	92	100	96	3	104	85	89	94,14
2	5	2	34	93	92	92	94	98	85	84	91,14
3	3	1	32	74	81	76	77	81	72	84	77,86
4	11	2	39	107	87	98	107	87	102	87	96,43
5	11	2	43	94	85	90	91	85	92	87	89,14
6	5	1	33	84	94	88	89	94	80	84	87,57
7	5	2	40	77	78	77	80	79	81	82	79,14
8	0	2	33	81	77	78	84	79	78	76	79,00
9	3	2	35	80	76	77	82	77	81	76	78,43
10	11	2	42	87	84	85	87	85	94	82	86,29
11	18	2	36	93	88	91	89	90	111	89	93,00
12	2	3	23	75	75	73	84	75	65	76	74,71
13	5	3	36	71	79	73	77	81	65	79	75,00
DADOS DO GRUPO DAS											
				WAIS-III							
Nº DO PARTICIPANTE	ESCOLARIDADE (Nº de anos)		EQV-DA	QIV	QIE	QIT	ICV	IOP	IMO	IVP	MÉDIA
1	11		37	106	97	102	107	96	108	100	102,29
2	11		46	99	93	96	100	98	92	89	95,29
3	11		32	95	113	103	112	119	102	108	107,43
4	11		32	96	110	102	100	108	98	118	104,57
5	6		31	87	93	89	91	94	83	103	91,43
6	8		33	97	89	98	102	90	108	95	97,00
7	14		28	98	124	110	102	123	96	97	107,14
8	0		34	95	87	91	96	90	89	87	90,71

CDR: Escala de avaliação clínica da demência; **EQV-DA:** Escala de Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer; **WAIS-II:** Escala de Inteligência Wechsler para Adultos – Terceira Edição; **QIV:** QI Verbal; **QIE:** QI Execução; **QIT:** QI Total; **ICV:** Índice de Compreensão Verbal; **IOP:** Índice de Organização Perceptual; **IMO:** Índice de Memória Operacional; **IVP:** Índice de Velocidade de Processamento;

Para avaliar a relação do impacto da escolaridade no desempenho cognitivo, as médias individuais dos participantes foram representadas em gráficos de dispersão com análise gráfica de tendência (linha de tendência linear), conforme mostra a figura 2.

GRUPO DA



GRUPO SDA

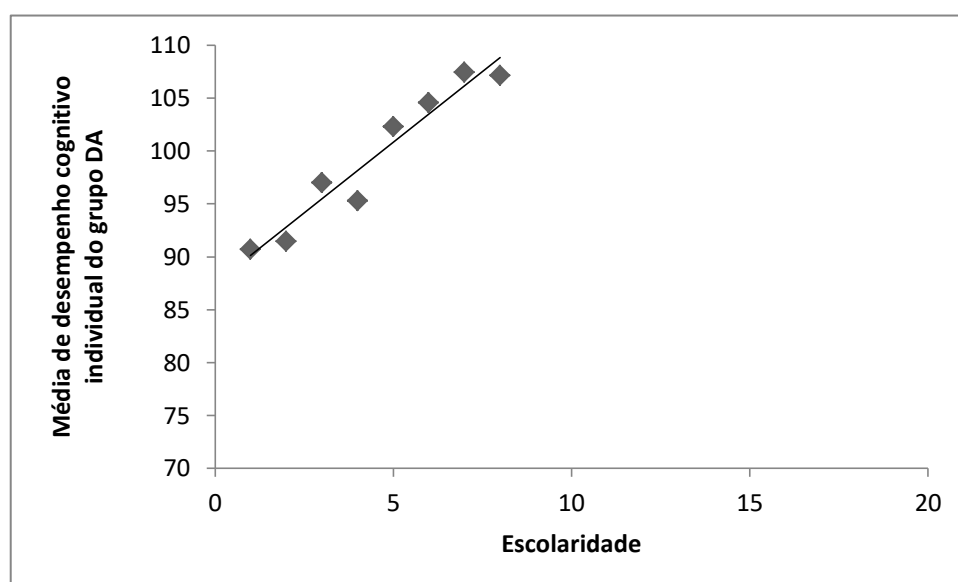


Figura 2. Gráficos de dispersão das médias de desempenho cognitivo individuais com linha de tendência linear do Grupo DA e SDA.

Os gráficos mostram uma tendência ao aumento do desempenho cognitivo com o maior número de anos estudados nos dois grupos.

Este dado quanto ao desempenho cognitivo ter relação com escolaridade é amplamente descrito na literatura (Brucki & Nitrini, 2008; Ribeiro et al, 2009; Huang & Zhou, 2013; Wajman et al, 2014; Ihle, Oris, Fagot, Maggiori & Kliegel, 2016) e estes resultados constituem-se em mais uma de suas evidências. O desenvolvimento ao longo da vida, paradigma conhecido como *lifespan* aponta que os fatores que contribuem para este desenvolvimento são múltiplos, e englobam os de natureza genético-biológica e socioculturais, apontando que estes últimos funcionariam como moduladores dos primeiros, no sentido de que dependendo das oportunidades de educação, relações familiares, suporte social, estratégias de enfrentamento desenvolvidas ao longo da vida, o indivíduo pode tornar-se mais ou menos suscetível às sequelas de doenças neurovegetativas. (Freund & Baltes, 2002; Neri, 2006;).

Nesse sentido, as concepções do paradigma *lifespan* conversam com a lógica da Teoria da Reserva Cognitiva (Stern, 2012) em que se discute que a plasticidade cerebral também seria modulada pela bagagem cognitiva do indivíduo (Reserva Cognitiva), que tem como um de seus importantes componentes o nível educacional, bem como as áreas de atuação ocupacional. Stern (2012) aponta que indivíduos com até oito anos de escolaridade e com atividades menos exigentes intelectualmente, apresentam o dobro de chances de desenvolver demências quando comparados com aqueles com maior escolaridade e ocupação mais desafiadora cognitivamente, bem como evidencia que indivíduos com alta reserva cognitiva, tem minimizados ou se adaptam melhor às perdas cognitivas dos quadros demenciais.

Na presente pesquisa, os indivíduos com maior escolaridade de ambos os grupos apresentaram desempenho cognitivo superior àqueles com menor escolaridade, valendo ressaltar que o participante com a mais alta escolaridade no grupo DA (18 anos de estudo) foi quem apresentou a maior média no Índice de Memória Operacional (111,

qualificado segundo a escala WAIS-III na média superior), sendo que este domínio cognitivo é comumente o mais comprometido em idosos com doença de Alzheimer, visto que se trata de uma tarefa de alta complexidade que exige atenção às informações, retenção destas na memória, processamento e elaboração das respostas com bases em tais informações (Wechsler, 2014, p. 201). Este participante graduou-se e fez especialização em enfermagem, trabalhando durante muitos anos na função.

3. ANÁLISE DE VARIÂNCIA ENTRE OS GRUPOS E CORRELAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS

3.1. ANÁLISES ENTRE GRUPOS

Foi realizada ANOVA de um fator para a verificação de diferenças entre os grupos quanto à Qualidade de Vida (QV) e os coeficientes e índices da escala WAIS-III. As médias dos escores da Qualidade de Vida no Grupo DA foi de $35,46 \pm 5,13$ e no Grupo SDA foi de $34,13 \pm 5,44$; a análise mostrou que não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos [$F(1,19) = 0,322$, $p = 0,577$]. Quanto aos demais índices (da escala WAIS-III), os grupos apresentaram diferenças significativas entre si, quanto ao: QIV [$H(1) = 8,199$, $p = 0,004$], QIE [$F(1,19) = 13,070$, $p = 0,002$], QIT [$F(1,19) = 15,999$, $p < 0,001$], ICV [$F(1,19) = 17,032$, $p < 0,001$]; IMO [$F(1,19) = 5,940$, $p = 0,025$]; IVP [$F(1,19) = 27,233$, $p < 0,001$]; e IOP [$F(1,19) = 12,348$, $p = 0,002$]. As médias dos escores dos coeficientes e índices da escala WAIS-III estão representados na figura 3 abaixo, indicando que o comprometimento cognitivo no Grupo DA é maior em relação ao Grupo SDA, observado através dos escores inferiores em todos os coeficientes e índices.

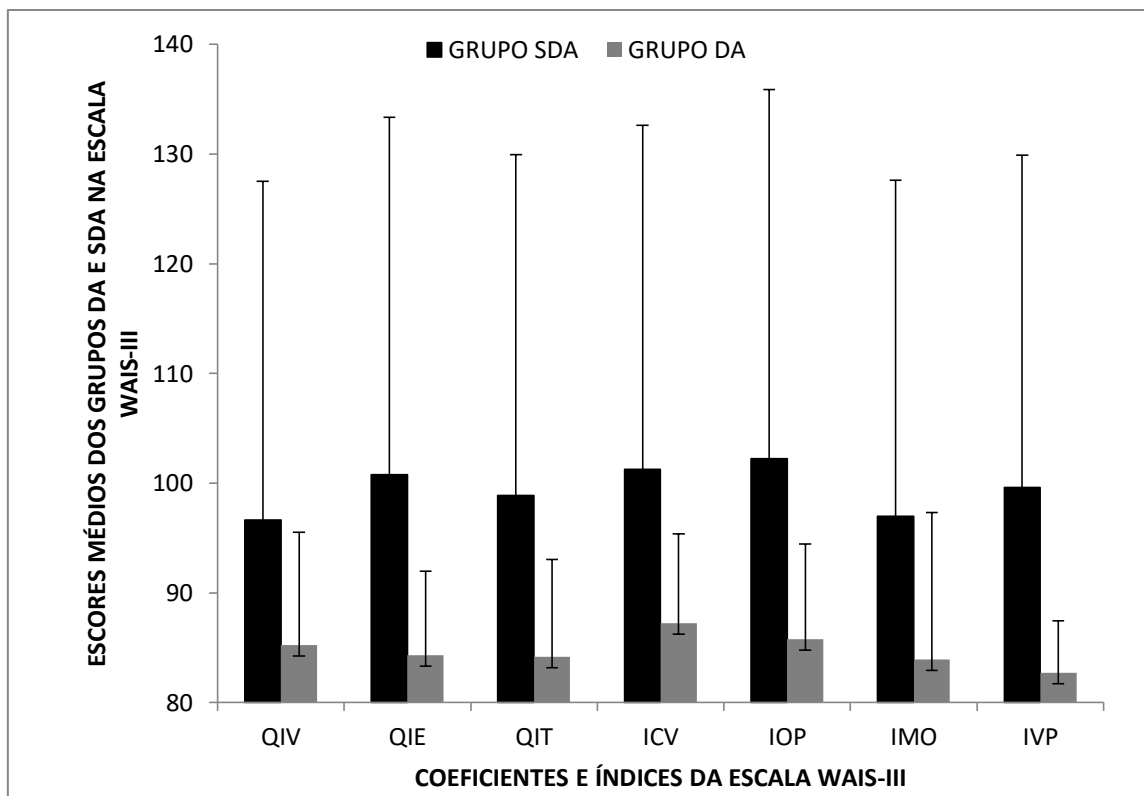


Figura 3. Média $\pm$ Desvio Padrão dos escores dos coeficientes e índices da escala WAIS-III nos Grupos DA e SDA.

Os dados também foram organizados em gráficos de dispersão com análise gráfica de tendência (linha de tendência linear) para ambos os grupos quanto aos escores das escalas de avaliação de sintomas depressivos (Cornell e GDS), escala de qualidade de vida (QdV-DA) bem como os escores da escala WAIS-III. Ver figura 4.

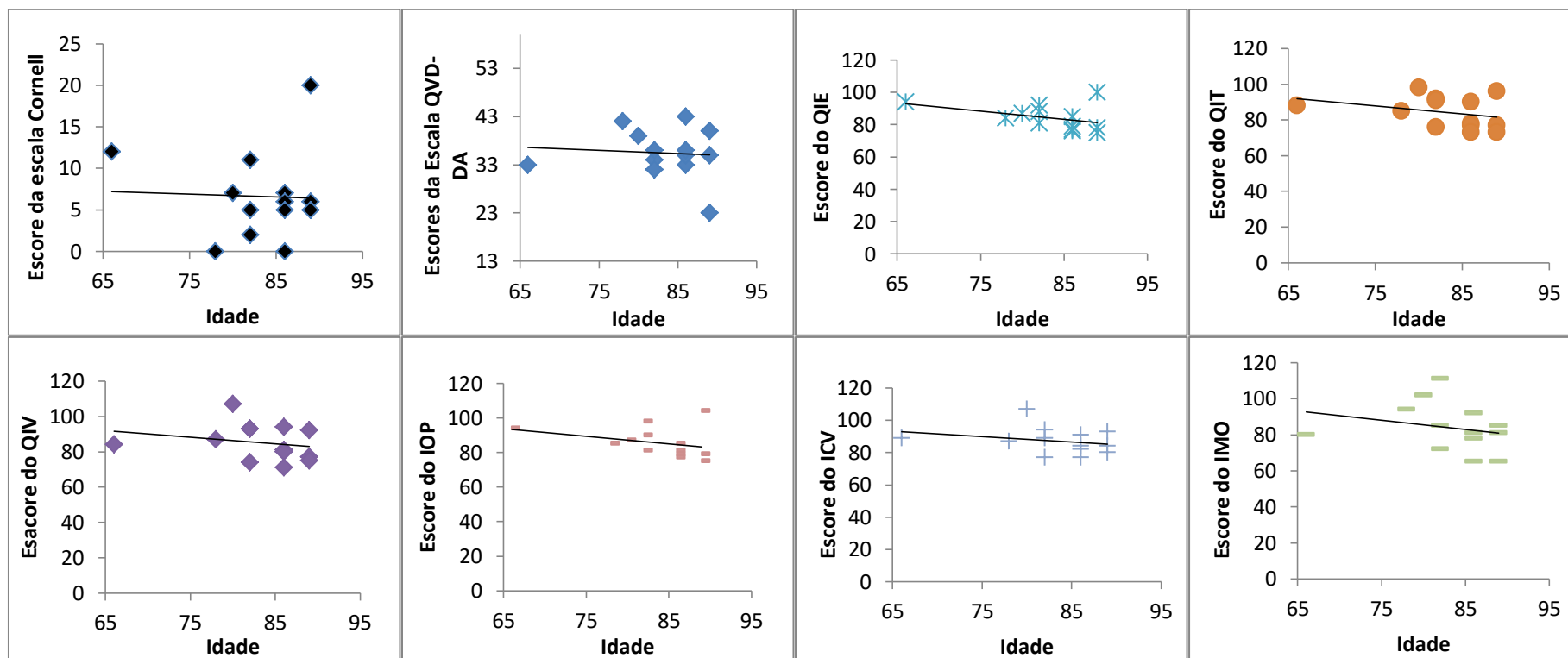


Figura 4. Gráficos de dispersão dos escores das escalas de depressão e de qualidade de vida e dos coeficientes e índices da escala WAIS-III com linha de tendência linear do Grupo DA.

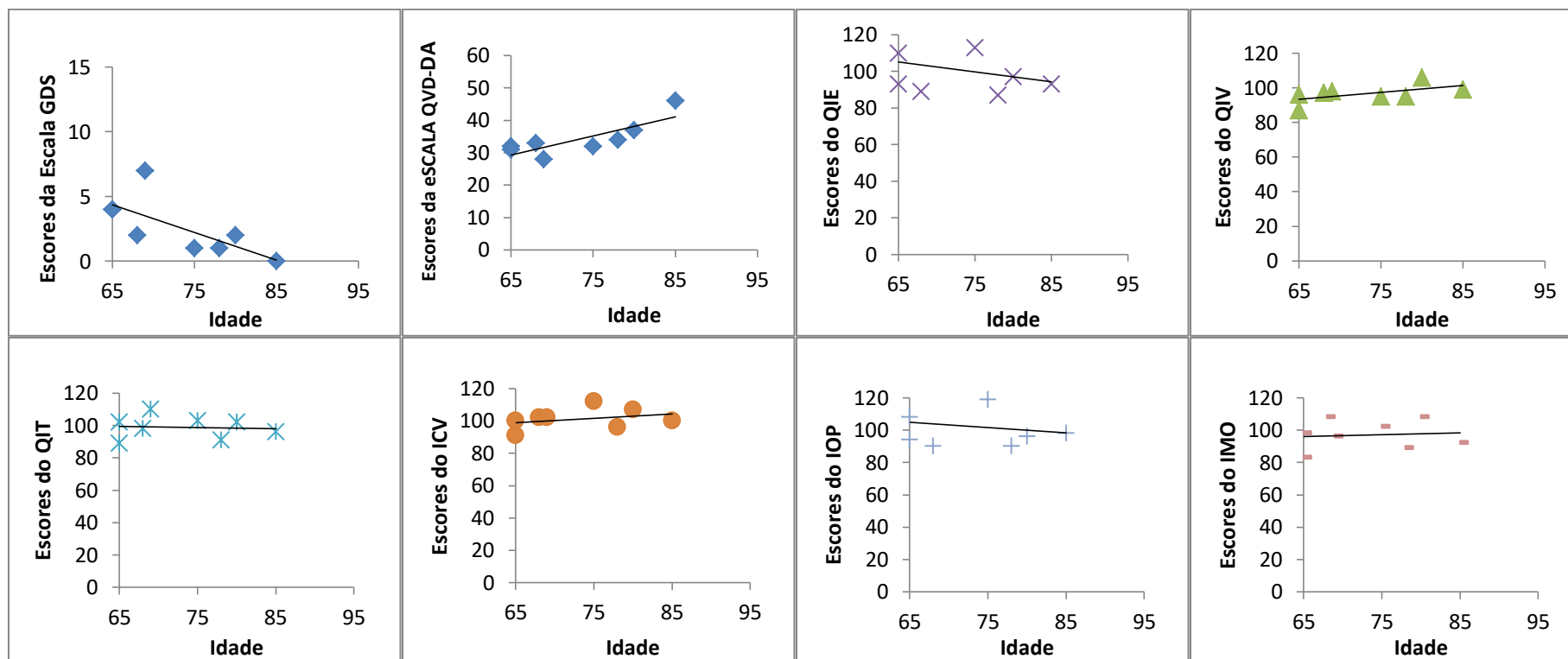


Figura 5. Gráficos de dispersão dos escores das escalas de depressão e de qualidade de vida e dos coeficientes e índices da escala WAIS-III com linha de tendência linear do Grupo SDA.

As figuras mostram que no Grupo DA há uma tendência à diminuição dos sintomas depressivos e do desempenho cognitivo de um modo global com o aumento da idade. No Grupo SDA, os sintomas depressivos também tendem a diminuir e há certa especificidade quanto ao declínio do desempenho cognitivo, mostrando tendência à diminuição, com a idade, do Coeficiente de Inteligência Executiva (QIE) e do Índice de Organização Perceptual (IOP).

Tanto o QIE quanto o IOP são medidas de raciocínio fluido, não verbal, processamento espacial, atenção a detalhes e integração visomotora (Wechsler, 2014; Nascimento, 2000). Estes componentes cognitivos compõem as chamadas funções executivas (FEs), que estão relacionadas à adaptação do indivíduo ao meio, uma vez que dirige o comportamento a metas para a resolução de problemas, planejamento, análise de custo e benefício no processo de tomada de decisão e autorregulação comportamental (Paula, Silva, Fuentes & Malloy-Diniz, 2013).

As FEs sofrem declínio em decorrência do próprio envelhecimento, bem como do Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) e da Doença de Alzheimer (Kurova, Bays, & Lagalwar, 2015). Nos dois grupos, tanto o QIE quanto o IOP tenderam à diminuição, com diferenças significativas entre os grupos, com o grupo DA apresentando desempenhos menores em relação ao grupo SDA, o que corrobora o rebaixamento das FEs em função envelhecimento normal e da doença de Alzheimer, sendo mais evidente neste último.

Foi realizada análise de correlação de *Pearson* entre as pontuações obtidas nas escalas de depressão com as variáveis qualidade de vida (QV) e coeficientes e índices da escala WAIS-III. Há correlação negativa significativa entre os dados da escala Cornell e QV no Grupo DA [$r(13) = -0,612$, $p = 0,026$] bem como entre os dados da

GDS e QV no Grupo SDA [$r(8) = -0,727, p = 0,041$]. Não houve correlações significativas entre os dados das escalas de depressão e o desempenho cognitivo na escala WAIS-III.

A depressão é um dos preditores da qualidade de vida, sendo que quanto maior o número de sintomas depressivos, menor a qualidade de vida avaliada (Hasche et al 2010; Barca et al 2011; Winter et al 2011; Siversten, Bjørkløf, Engendal, Selbæk & Helvik, 2015). Os quadros depressivos ainda, comumente produzem déficits cognitivos, afetando principalmente funções como atenção, memória e velocidade psicomotora (Beekman, Copeland & Prince, 1999; Siversten et al, 2015). A falta de correlações entre sintomas depressivos e o desempenho cognitivo, na presente pesquisa, pode ser explicada a partir do baixo número de sintomas depressivos em ambos os grupos, portanto, a frequência e magnitude destes sintomas não foram suficientes para interferir de modo significativo no desempenho cognitivo dos participantes.

Os resultados aqui encontrados são similares aos relatados na literatura, quanto à depressão ou sintomas depressivos correlacionando-se negativamente com a qualidade de vida, o que reforça a atenção multidimensional do idoso e o caráter psicoeducativo de cuidadores e familiares quanto ao impacto da depressão na qualidade de vida bem como na cognição de pessoas idosas.

3.2. ANÁLISES INTRAGRUPOS

Para a verificação de correlação intragrupal entre as variáveis foi realizado o teste de Correlação de *Spearman*. Na figura 6, estão representados os dados do grupo DA, mostrando correlações negativas significativas da Idade com as variáveis QIE [$r_s(12) = -0,779, p = 0,001$]; QIT [$r_s(12) = -0,588, p = 0,022$]; IOP [$r_s(12) = -0,776, p$

= 0,001] e IVP [$r_s(12) = -0,534, p = 0,037$]. Quanto à Escolaridade, houve correlações positivas significativas com a QV [$r_s(12) = 0,761, p = 0,002$]; QIV [$r_s(12) = 0,671, p = 0,008$]; QIE [$r_s(12) = 0,675, p = 0,008$]; QIT [$r_s(12) = 0,654, p = 0,010$]; ICV [$r_s(12) = 0,554, p = 0,031$]; IOP [$r_s(12) = 0,670, p = 0,009$]; IMO [$r_s(12) = 0,820, p = 0,001$] e ICV [$r_s(12) = 0,795, p = 0,001$]. Quanto à Qualidade de Vida, a única correlação significativa foi com o IMO [$r_s(12) = 0,664, p = 0,009$].

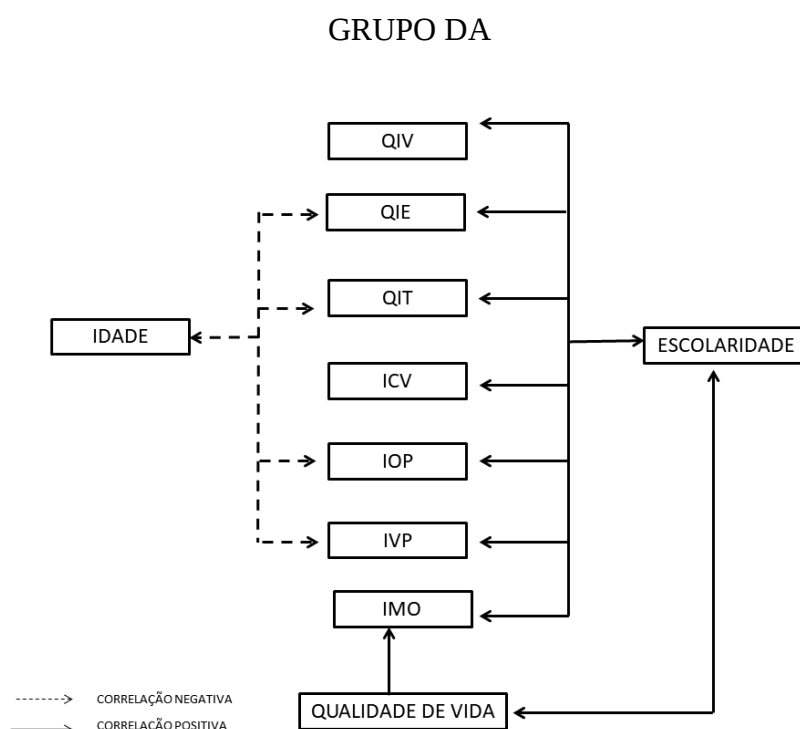


Figura 6. Correlações significativas entre os coeficientes e índices da escala WAIS-III e as variáveis Idade, Qualidade de Vida e Escolaridade ao nível de $p = 0,05$ no Grupo DA.

A figura 7 representa os dados do Grupo SDA, mostrando correlação positiva significativa da Idade apenas com a QV [$r_s(8) = 0,765, p = 0,013$]. Quanto à Escolaridade, houve correlações positivas significativas com o QIE [$r_s(8) = 0,874, p =$

0,002]; QIT [$r_s(8) = 0,855, p = 0,002$] e IOP [$r_s(8) = 0,893, p = 0,001$]. Quanto à Qualidade de Vida, a única correlação significativa foi com a Idade, já expressa acima.

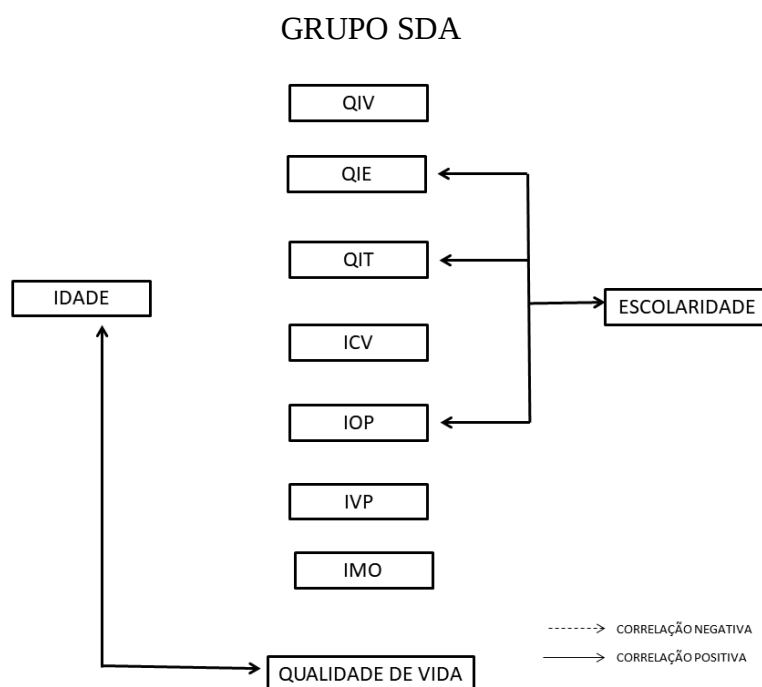


Figura 7. Correlações significativas entre os coeficientes e índices da escala WAIS-III e as variáveis Idade, Qualidade de Vida e Escolaridade ao nível de $p = 0,05$ no Grupo SDA.

As correlações negativas no grupo DA entre a Idade e QIE, IOP, IVP e QIT corroboram a discussão sobre o rebaixamento da capacidade de adaptação do indivíduo decorrente do processo de envelhecimento, que está ligada por sua vez ao declínio das funções executivas que são as responsáveis pelo comportamento dirigido a metas e tomada de decisão. Porém, uma vez que houve discrepância com o Grupo SDA, em que a única correlação significativa (positiva) da Idade foi com a qualidade de vida, pode-se supor que a doença de Alzheimer funciona como variável mediadora entre o processo de envelhecimento e a capacidade de adaptação do indivíduo de modo a dificultá-la, visto que além da correlação com os índices IOP e IVP, e QI de Execução, houve

também correlação com o QI Total, que denota a capacidade de funcionamento geral do indivíduo.

Vale ressaltar que os grupos eram assimétricos em relação à idade, com o grupo DA tendo uma média mais alta que o grupo SDA, sendo esta diferença significativa, como já apontado anteriormente. Porém, para se ter uma estimativa do peso da idade sobre tais medidas, comparando-se o desempenho entre os grupos com mesma faixa etária (71 a 85 anos), vê-se que as médias no grupo DA são menores do que as do grupo SDA, embora as diferenças não sejam significativas, o que pode ser atribuído ao n da amostra.

Tabela 6. Médias e análises estatísticas das diferenças quanto às medidas QIE, QIT, IOP e IVP nos grupos DA e SDA.

VARIÁVEIS	GRUPO DA (M±DP)	GRUPO SDA (M±DP)	ANOVA
QIE	86,4±4,16	97,5±11,12	F(1,7)=4,354, p=0,075
QIT	88,4±8,32	98±5,6	F(1,7)=3,862, p=0,090
IOP	88,2±6,38	100,75±12,63	F(1,7)=3,819, p=0,092
IVP	62,5±43,35	96±9,83	F(1,7)=0,133, p=0,726

QIE – Coeficiente de Inteligência de Execução; QIT – Coeficiente de Inteligência Total; IOP – Índice de Organização Perceptual; IVP – Índice de Velocidade de Processamento.

A correlação positiva da qualidade de vida e o índice de memória operacional (IMO) no grupo DA, denota o importante papel desta função cognitiva na funcionalidade do idoso em seu dia a dia. Também chamada de memória de trabalho, a memória operacional é constituída por subsistemas responsáveis por controlar a atenção, codificar informações e mantê-las na memória por um certo período de tempo

para então utilizá-las na resolução de tarefas (Abrisqueta-Gomez, 2013; Kurova et al, 2015). Logo, pode-se perceber que o bom funcionamento da memória operacional possibilita que as atividades de vida diárias nas quais os indivíduos engajam-se sejam bem-sucedidas, o que por sua vez, elevaria a autopercepção da própria qualidade de vida.

Cabe ressaltar também, que os componentes que contribuem para uma boa qualidade de vida, tal como atividades físicas, atividades de lazer, interações de qualidade, a abertura a experiências novas são apontados como elementos que contribuem para a reserva cognitiva, que por sua vez melhora a cognição como um todo e, quando há o engajamento em tais atividades na vida adulta, melhor será a performance cognitiva na velhice (Ihle et al, 2016).

A correlação positiva da Idade com a qualidade de vida no Grupo SDA reforça as discussões sobre esta última ser um constructo multidimensional que engloba segundo Neri (1993), além dos fatores de natureza biológica, os de natureza psicológica e socioestrutural, como satisfação com a vida, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações com amigos. Dessa forma, tais fatores seriam otimizados com o envelhecimento (otimização aqui sob o ponto de vista da teoria *lifespan*, que envolve uso de meios relevantes e o refinamento de estratégias para o alcance dos objetivos) de modo a contribuir para a autopercepção positiva da qualidade de vida bem como do bem-estar subjetivo advindo do manejo adequado de tais recursos.

Ressalta-se que todos os participantes do Grupo SDA desenvolviam atividades sociais e voluntárias, participando de grupos de apoio e/ou grupos religiosos em suas comunidades. Estes tipos de atividades são componentes das chamadas Atividades

Avançadas da Vida Diária (AAVDs), que estão relacionadas à maior satisfação com a vida bem como a manutenção do desempenho cognitivo (Sposito et al, 2015). Os dados da correlação da idade com a qualidade de vida em tal grupo, também apoiam a prerrogativa do desenvolvimento ao longo da vida, corroborando a velhice como uma importante fase do desenvolvimento em que os recursos cognitivos, sociais e biológicos dos idosos passam a ser otimizados para que metas relevantes sejam alcançadas, como propõe o paradigma *lifespan* (Freund & Baltes, 2002).

Quanto à escolaridade, no grupo DA, houve correlações positivas desta com todo os coeficientes e índices cognitivos, apoiando o papel da escolaridade enquanto possibilitando a manutenção da cognição e consequentemente auxiliando no processo de adaptação do indivíduo quanto aos déficits devido à demência. Estes dados estão de acordo com os achados do papel protetivo e adaptativo da escolaridade no enfrentamento às modificações decorrentes de processos neurodegenerativos (Ribeiro et al, 2009; Huang & Zhou, 2013, Wajman et al, 2014, Ihle et al, 2016).

No Grupo SDA, a escolaridade correlacionou-se positivamente apenas com três das medidas da WAIS-III: QI de Execução (QIE); QI Total (QIT) e Índice de Organização Perceptual (IOP). Vale ressaltar que as medidas QIE e IOP, como já discutido anteriormente, são medidas ligadas à inteligência fluida, que pressupõe que o indivíduo precisa ter um alto nível de adaptação e flexibilidade comportamental diante de situações novas, logo, nesse sentido, pode-se dizer que a escolaridade possibilita melhor adaptabilidade frente à tais situações devido à aprendizagem não só de conteúdos formais, mas também de como selecionar estratégias mais efetivas para a resolução de tarefas, o que interfere por sua vez no funcionamento geral do indivíduo, expresso na correlação com o QIT.

CONCLUSÃO

O objetivo do presente trabalho foi verificar a existência de correlação entre a autoavaliação da qualidade de vida e o desempenho cognitivo em idosos com ou sem doença de Alzheimer, partindo-se da hipótese de que os idosos que melhor avaliassem sua qualidade de vida teriam um melhor desempenho cognitivo. Com base nos resultados encontrados, a partir da correlação dos dados da escala de qualidade de vida e os escores da escala WAIS-III, a referida hipótese não se confirmou, pelo menos não de um modo integral, visto que no Grupo DA, houve apenas uma correlação positiva da Qualidade de Vida com Memória Operacional (IMO).

No entanto, os dados encontrados estão de acordo com os já relatados na literatura, como o importante papel da escolaridade no desempenho cognitivo (Brucki & Nitrini, 2008; Ribeiro et al, 2009; Huang & Zhou, 2013, Wajman et al, 2014; Ihle et al, 2016); a correlação negativa da idade com medidas que requeem uma maior flexibilidade comportamental e adaptação à novas situações, o que diminui com a idade (Paula et al, 2013; Kurova et al, 2015); a quantidade e magnitude de sintomas depressivos não interferindo na performance cognitiva (Beekman et al, 1999; Hasche et al 2010; Barca et al 2011; Winter et al 2011; Siversten et al, 2015). Dado o tamanho da amostra, encontrar resultados que corroboram os já largamente relatados, traz confiabilidade para o método aqui utilizado, bem como reafirmam determinadas tendências em relação ao funcionamento cognitivo de idosos e das variáveis que podem modular tal funcionamento.

Embora a presente pesquisa não tenha confirmado sua hipótese, aponta-se sua contribuição para a importância do olhar sobre a qualidade de vida e o desempenho cognitivo de pessoas idosas com e sem doença de Alzheimer, explicitando o efeito de algumas variáveis intervenientes nesse processo (idade e escolaridade) e possibilitando discussões relevantes sobre seus papéis no processo de envelhecimento.

Adicionalmente, estes resultados podem ser utilizados para elaboração de material técnico, de cunho psicoeducativo, voltado tanto aos próprios idosos quanto aos cuidadores, elucidando o desenvolvimento de habilidades e competências eficazes para a manutenção da qualidade de vida e do envelhecimento bem sucedido.

LIMITAÇÕES

Enquanto limitações da presente pesquisa aponta-se o pequeno número de participantes, o que se deveu a obstáculos inerentes à própria pesquisa com seres humanos, que envolvem desde a burocracia de algumas instituições até a indisponibilidade dos idosos em participar do estudo; em termos metodológicos, algumas variáveis se investigadas diretamente enriqueceriam os dados aqui apresentados, como a investigação da anosognosia dos participantes com doença de Alzheimer, bem como medidas diretas de Atividades de Vida Diária (AVDs) para se mensurar o impacto da própria idade e da doença de Alzheimer em tais atividades.

DIFERENCIAL DA PESQUISA

Como inovação, aponta-se o uso da escala WAIS-III em sua totalidade, o que permitiu uma avaliação mais ampla do desempenho cognitivo dos idosos, bem como aumentou a confiabilidade do próprio instrumento enquanto viável para ser usado em pesquisas de cunho neuropsicológico. Comumente, os estudos que utilizam a escala WAIS-III, selecionam apenas alguns de seus subtestes, com base na função cognitiva que se pretende avaliar; o que provavelmente deve-se ao tempo de aplicação de toda a escala, que em idosos, pelo menos tomando como referência esta pesquisa, no total levou cerca de três horas por participante. Vale ressaltar que o extenso tempo de

aplicação nesta pesquisa pode ter sido devido à própria diminuição da velocidade de processamento dos participantes idosos, o que também se configura como um dos resultados deste estudo, visto que o tempo estimado segundo o próprio manual do instrumento, bem como o relato de psicólogos clínicos que o utilizam em sua prática, é de 90 minutos aproximadamente.

A despeito do tempo para aplicação da escala em sua totalidade, recomenda-se a aplicação de todos os seus subtestes, pelo menos para fins de pesquisa, uma vez que os dados representam o funcionamento global do indivíduo, e não apenas de funções cognitivas em si, como acontece quando se faz a aplicação de determinados subtestes.

REFERÊNCIAS

- Abreu, I. D., Forlenza, O. V. & Barros, H. L. (2005). Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (3), 131-136.
- Abrisqueta-Gomes, J. Memória e envelhecimento cognitivo saudável. In L. Malloy-Diniz, D. Fuentes & R. M. Consenza (Orgs.), *Neuropsicologia do Envelhecimento: uma abordagem multidimensional* (pp.171-196). Porto Alegre: Artmed.
- Alexopoulos, G.S., Abrams, R.C., Young, R.C. & Shamoian, C. A (1988). Cornell Scale for Depression in dementia. *Biological Psychiatry*, 23, 271-284.
- Almeida, O. P & Almeida, S. A. (1999). Short versions of geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14 (10), 858-865.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association.
- Antunes, H. K. M., Heredia, R. A., Bueno, O. F. A. & Mello, M. T. (2001). Alterações cognitivas em idosas decorrentes do exercício físico sistematizado. *Revista da Sobama*, 6 (1), 27-33.
- Arcoverde, C., Deslandes, A., Rangel, A., Rangel, A., Pavão, R., Nigri, F., Engelhardt, E. & Laks, J. (2008). Role of physical activity on the maintenance of cognition and activities of daily living in elderly with Alzheimer's disease. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 66 (2-B), 323-327.
- Argimon, J. J. L, Stein, L. M., Xavier, F. M. F. & Trentini, C. M. (2004). O impacto de atividades de lazer no desenvolvimento cognitivo de idosos. *Revista Brasileira de Envelhecimento Humano*, 1 (1) 38-47.

- Aversi-Ferreira, T. A., Rodrigues, H. G. & Paiva, L. R. (2008). Efeitos do envelhecimento sobre o encéfalo. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 5 (2), 46-64.
- Baltes, P. B., Baltes, M. M., Freund, A. M., & Lang, F. R. (1999). *The measure of selection, optimization, and compensation (SOC) by selfreport*. Berlin: Max Planck Institute for Human Development.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (1998). Life-span theory in developmental psychology. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development*. New York: Wiley.
- Disponível em de
https://www.researchgate.net/publication/236150264_Life_Span_Theory_in_Developmental_Psychology
- Banhato, E. F. C. & Nascimento, E. (2007). Função executiva em idosos: um estudo utilizando subtestes da Escala WAIS III. *Psico-USF*, 12 (1), 65-73.
- Barca, M. L., Engedal, K. & Selbaek, G. (2011). Quality of life among elderly patients with dementia in institutions. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 31, 435-442.
- Berwig, M., Leicht, H., & Gertz, H. J. (2009). Critical evaluation of self-rated quality of life in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease- Further evidence for the impact of anosognosia and global cognitive impairment. *The Journal of Nutrition Health and Aging*, 13 (3), 226-230.
- Bicalho, M. A. C. & Cintra, M. T. G. (2013). Modificações fisiológicas sistêmicas no envelhecimento. In L. Malloy-Diniz, D. Fuentes & R. M. Consenza (Org.), *Neuropsicologia do Envelhecimento: uma abordagem multidimensional* (pp.43-63). Porto Alegre: Artmed.

- Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F. & Okamoto, I. H. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61 (3-B), 777-781.
- Brucki, S. M., & Nitrini, R. (2008). Cancellation task in very low educational people. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23 (3), 139-147.
- Cancela, D. M. G. (2007). O processo de envelhecimento. *Psicologia.com.pt*. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>
- Caramelli, P. & Barbosa, A. T. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Supl I), 7-10.
- Cathery-Goulart, M. T., Areza-Fegyveres, R., Schultz, R. R., Okamoto, I., Caramelli, P., Bertolucci, P.H.F. & Nitrini, R. (2007). Versão brasileira da Escla Cornell de depressão em demência (Cornell depression scale in dementia). *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 65 (3-B), 912-915.
- Chaves, M. L. F. (2006-2008). Testes de avaliação cognitiva: Mini-Exame do Estado Mental. Neurologia cognitiva e do envelhecimento da ABN. [periódico na internet]. Disponível em http://www.cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf.
- Conde-Sala, J. L., Turró-Garriga, O., Piñán-Hernandez, S., Portellano-Ortiz, C., Viñas-Diez, V., Gascón-Bayarri, J., & René-Ramirez (2016). Effects of anosognosia and neuropsychiatric symptoms on the quality of life of patients with Alzheimer's disease: a 24-month follow-up study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31, 109-119.
- Damasceno, B. F. (1999). Envelhecimento cerebral. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 57 (1), 78-83.

- Dias, E. G., Duarte, Y. A. O., Almeida, M. H. M., & Lebrão, M. L. (2014). As atividades de vida diária como componente da avaliação funcional do idoso. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 25 (3), 225-232.
- Fleck, M. P. A., Chachamovich, E. & Trentini, (2003). Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37 (6), 793-799.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumentos abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-BREF”. *Revista de Saúde Pública*, 34 (2), 178-183.
- Folstein, M. F., Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1975). “Mini-Mental State”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of sychiatry Research*, 12, 189-198.
- Folstein, M.,F. (1998). Mini-mental and son. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 290-294.
- Freitas, D. H. M., Campos, F.. C. A., Linhares, L. Q., Santos, C. R., Ferreira, C. B., Diniz, B. S. & Tavares, A. (2010). Autopercepção da saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37 (1), 32-35.
- Frota, N. A. S., Nitrini, R., Damasceno, B. P., Forlenza, O., Dias-Tosta, E., Silva, A. B., Herrera Júnior, E. & Magaldi, R. M. (2011). Critérios diagnósticos de doença de Alzheimer. *Dementia & Neuropsychologia*, 5 (1), 5-10.
- Hasche, L. K., Morrow-Howell, N. & Proctor, E. K. (2011). Quality of life outcomes for depressed and non-depressed older adults in community long term care. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18 (6), 544-553.

- Hernandez, S. S. S., Coelho, F. G. M., Gobbi, S. & Stella, F. (2010). Efeitos de um programa de atividades físicas nas funções cognitivas, equilíbrio e risco de quedas em idosos com demência de Alzheimer. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 14 (1), 68-74.
- Hogan, T. P. (2006). *Introdução à prática de testes psicológicos*. Rio de Janeiro: LTC.
- Huang, W., & Zhou, Y. (2013). Effects of education on cognition at older ages: evidence from China's Great Famine. *Social Science & Medicine*, 98, 54-62.
- Hughes, C.P., Berg, L., Danziger, W.L., Coben, L.A., Martin RL. A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry* 1982;140:566-72.
- Ihle, A., Oris, M., Fagot, D., Maggiori, C., & Kliegel, M. (2016). The association of educational attainment, cognitive level of job, and leisure activities during the course of adulthood with cognitive performance in old age: the role of openness to experience. *International Psychogeriatrics*, 28 (5), 733-744.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2010). *Pirâmide etária*. Retirado de <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/>
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7 Ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kester, J. D., Castel, A. S., & Craik, F. I. M. Memory in elderly people. In A. D. Baddeley, M. D., Kolpeman, & B. A. Wilson (Eds.). *The handbook of memory disorders* (2nd ed. Pp. 543-568). London:John Wiley & Sons.
- Lima, L. C. V. & Bittar, C. M. L. (2012). A percepção da qualidade de vida em idosos: um estudo exploratório. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 4 (2), 1-11.
- Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M. & Teri, L. (1999). Quality of life in Alzheimer's disease: patient and caregiver reports. *Journal of Mental Health Aging*, 5, 21-32.

- Macedo, M. B. M. & Ramos, L. R. (2005). Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. *Revista de Saúde Pública*, 39 (6), 12-17.
- McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack Jr, C. R., Kawas, C. H., Klunk, W. E., Koroshetz, W. J., Manly, J. J., Mayeux, R., Mohs, R. C., Morris, J. C., Rossor, M. N., Scheltens, P., Carillo, M. C., Thies, B., Weintraub, S. & Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup. *Alzheimer's & Dementia*, 7 (3), 1-7.
- Miranda, L. C. & Banhato, E. F. C. (2008). Qualidade de vida na terceira idade: a influência da participação em grupos. *Psicologia em Pesquisa*, 2 (1), 69-80.
- Moraes, E. N., Moraes, F. L. & Lima, S. P. P. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20 (1), 67-73.
- Morris J. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology* 1993;43(11):2412-4.
- Nascimento, E. (2000). *Adaptação e validação do teste WAIS-III para um contexto brasileiro* (Tese de Doutorado). Brasília: Universidade de Brasília
- Neri, A. L. (1993). Qualidade de vida e idade madura. Campinas (SP): Papirus.
- Neri, A. L. (2013). Conceitos e Teorias sobre o envelhecimento. In L. Malloy-Diniz. D. Fuentes & R. M. Consenza (Org.), *Neuropsicologia do Envelhecimento: uma abordagem multidimensional* (pp.17-42). Porto Alegre: Artmed.
- Nitrini, R., Caramelli, P., Botino, C. M. C., Damasceno, B. P., Bruck, S. M. D. & Arginah, R. (2005). Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: Avaliação Cognitiva e Funcional. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 63 (3-A), 720-727.
- Nitzsche, B. O., Moraes, H. P., & Tavares Júnior, A. R. (2015). Alzheimer's disease: new guidelines for diagnosis. *Revista Médica de Minas Gerais*, 25 (2), 227-233.

- Novelli, M. M. P. C. (2003). *Adaptação transcultural da escala de avaliação de qualidade d vida na doença de Alzheimer* (Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, USP). Retirado de www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-16052006-135245/
- Novelli, M. M. P. C. (2006). *Validação da escala de qualidade de vida (QdV-DA) para pacientes com doença de Alzheimer e seus respectivos cuidadores/familiares* (Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, USP). Retirado de www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5138/tde-17102014-120122/
- Oliveira, S. F. D., Oliveira, Y. A. O., Lebrão, M. L. & Laurenti, R. (2007). Demanda, referida e auxílio recebido por idosos com declínio cognitivo no município de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 16 (1), 81-89.
- Organização Mundial da Saúde (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. (tradução de Gontijo, S.). Brasília (DF): OPAS.
- Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. (2006, 19 de outubro). Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
- Rabelo, D. F. (2009). Declínio cognitivo leve em idosos: fatores associados, avaliação e intervenção. *Revista Mineira de Ciências da Saúde*, 1(1), 56-68.
- Ribeiro, A. R. & Consenza, R. M. (2013). Envelhecimento normal do sistema nervoso. In L. Malloy-Diniz. D. Fuentes & R. M. Consenza (Org.), *Neuropsicologia do Envelhecimento: uma abordagem multidimensional* (pp.78-99). Porto Alegre: Artmed.
- Ribeiro, P. C. C., Oliveira, B. H. D., Cupertino, A. P. F. B., Neri, A. L. & Yassuda, M. S. (2009). Desempenho de idosos na bateria cognitiva CERAD: relações com

- variáveis sociodemográficas e saúde percebida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23 (1), 102-109.
- Ribeiro, R. C., Silva, A. I. O., Modena, C. M. & Fonseca, M. C. (2002). Capacidade funcional e qualidade de vida de idosos. *Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento*, 4, 85-96.
- Santos, F. H., Andrade, V. M. & Bueno, O. F. A. (2009). Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicologia em Estudo*, 14 (1), 3-10.
- Sheikh, J. I. & Yesavage, J. A. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version (1986). *Clinical Gerontologist*, 5, 165-173.
- Sposito, G., Neri, A. L. & Yassuda, M. S. (2015). Cognitive performance and engagement in physical, social and intellectual activities in older adults. *Dementia e Neuropsychologia*, 9 (3), 270-278.
- Woods, R. T., Nelis, S. M., Martyr, A., Roberts, J., Whitaker, C. J., Markova, I., Roth, I., Morris, R. & Clare, L. what contributes to a good quality of life in early dementia? Awareness and the QoL-AD: a cross-sectional study (2014). *Helth and Qaulity of Life Outcomes*, 12 (1), 1-11.

- Wajman, J. R. Oliveira, F. F., Schultz, R. R., Marin, S. C., & Bertolucci, P. H. F. (2015). Educational bias in the assessment of severe dementia: Brazilian cutoffs for severe Mini-Mental State Examination. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 72 (4), 273-277.
- Straub, R. H, Cutolo, M., Zietz, B. & Sholmich, J. (2001). The processo f aging changes the interplay of the imune, endocrine and nervous systems. *Mechanisms of Ageing and Development*, 122 (4), 1591-1611.
- Sposito, G., Neri, A. L., & Yassuda, M. (2016). Advanced activities of daily living (AADLs) and cognitive performance in community-dwelling elderly persons: data from the FIBRAstudy-UNICAMP. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19 (1), 7-20.
- Dias, E. G., Duarte, Y. A. O., & Lebrão, M. L.(2010). Efeitos longitudinais das atividades avançadas de vida diária em idosos: implicações para a reabilitação gerontológica. *O mundo da saúde*, 34 (2), 285-267.
- Teixeira, I. N. D. O. & Neri, A. L. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia USP*, 19 (1), 81-94.
- Wechsler, D. (2014). WAIS-III: Escala de Inteligência Wecshler para adultos: manual de administração e avaliação (3a ed.). (M. C. V. M. Silva, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo. (Obra original publicada em 1896).
- Winter, Y., Korchounov, A., Zhukova, T. V. & Bertschi, N. E. (2011). Depression in elderly patients with Alzheimer dementia or vascular dementia and its influence on their quality of life. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 2 (1), 27-32.
- Wang, H., Xu, W., & Pei, J. (2012). Leisure activities, cognition and dementia. *Biochimica et Biophysica Acta*, 1822, 482-491.

APÊNDICES

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

NOME:

IDADE:

ENDEREÇO:

.....
.....
.....

ESTADO CIVIL:

() SOLTEIRO () CASADO () VIÚVO () OUTROS

MORADIA

MORA NA ZONA RURAL OU URBANA?

() RURAL () URBANA

MORA COM QUEM?

() SOZINHO () COM A FAMÍLIA

POSSUI ALGUÉM QUE CUIDA DE VOCÊ?

() NÃO () SIM. QUEM?

ALIMENTAÇÃO

FAZ QUANTAS REFEIÇÕES NO DIA?

() 1 () 2 () 3 () 4 OU MAIS.

ESCOLARIDADE

ESTUDOU ATÉ QUE SÉRIE?

POSSUI HÁBITO DE LER?

() NÃO () SIM

ATIVIDADES FÍSICAS

PRATICA ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA?

() NÃO () SIM. QUAL?

QUANTAS VEZES NA SEMANA?

LAZER

POSSUI ALGUMA ATIVIDADE DE LAZER?

() NÃO () SIM. QUAL?

PARTICIPA DE ALGUM GRUPO DA COMUNIDADE?

() NÃO () SIM. QUAL?

COSTUMA VISITAR OS AMIGOS?

() NÃO () SIM

AMIGOS COSTUMAM LHE VISITAR?

() NÃO () SIM.

SAÚDE

POSSUI ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE?

() NÃO () SIM. QUAL?

.....

.....

QUANTO TEMPO DE DIAGNÓSTICO? (Para Doença de Alzheimer)

.....

TOMA ALGUMA MEDICAÇÃO?

() NÃO () SIM. QUAL?

.....

FAZ TRATAMENTO MÉDICO?

() NÃO () SIM. QUAL?

.....

.....

FAZ REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA/COGNITIVA/ OUTROS?

NÃO () () SIM. QUAL?

.....

.....

HÁ QUANTO TEMPO?

RELIGIOSIDADE

POSSUI ALGUMA RELIGIÃO?

() NÃO () SIM

É PRATICANTE?

() NÃO () SIM

RENDA

QUAL A RENDA FAMILIAR?

() UM SALÁRIO MÍNIMO () DE 2 A 3 SALÁRIOS MÍNIMOS () QUATRO
OU MAIS SALÁRIOS MÍNIMOS.

PREOCUPAÇÕES

QUAIS SUAS PRINCIPAIS PREOCUPAÇÕES?

.....

.....

.....

.....

APÊNDICE B

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

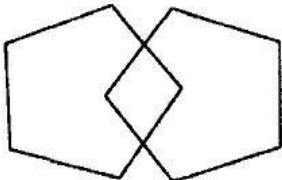
Identificação do cliente

Nome: _____

Data de nascimento/idade: _____ Sexo: _____

Escolaridade: () Analfabeto () 1 a 4 anos () 5 a 8 anos () 9 a 11 anos () mais de 11.

Avaliação em: ____/____/____ Avaliador: _____

Orientação Temporal Espacial 1. Qual é o (a) Dia da semana?__ 1 Dia do mês?_____ 1 Mês?_____ 1 Ano?_____ 1 Hora aproximada?__ 1 2. Onde estamos? Local?_____ 1 Instituição (casa, rua)?__ 1 Bairro?_____ 1 Cidade?_____ 1 Estado?_____ 1	Linguagem 5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta _____ 2 6. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”. _____ 1
Registros 1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. -Vaso, carro, tijolo _____ 3	7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”. _____ 3 8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHE OS OLHOS. _____ 1 09. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). (Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto) _____ 1
3. Atenção e cálculo Sete seriado ($100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65$). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente. _____ 5 4. Lembranças (memória de evocação) Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. _____ 3	10. Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. _____ 1 

<i>AVALIAÇÃO do escore obtido</i>	TOTAL DE PONTOS OBTIDOS
Pontos de corte – MEEM Brucki et al. (2003) 20 pontos para analfabetos 25 pontos para idosos com um a quatro anos de estudo 26,5 pontos para idosos com cinco a oito anos de estudo 28 pontos para aqueles com 9 a 11 anos de estudo 29 pontos para aqueles com mais de 11 anos de estudo.	

Referências

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. J Psychiatr Res 1975;12:189-198.

Bertolucci PHF et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 1994, 52(1):1-7.

Brucki SMD et al. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 2003, 61(3):777-781 B.

APÊNDICE C

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA - GDS

1. Está satisfeito (a) com sua vida? (não=1) (sim = 0)
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? (sim = 1) (não = 0)
3. Sente que a vida está vazia? (sim=1) (não = 0)
4. Aborrece-se com frequência? (sim=1) (não = 0)
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer? (sim=1) (não = 0)
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
8. Sente-se freqüentemente desamparado (a)? (sim=1) (não = 0)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim=1) (não = 0)
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria? (sim=1) (não = 0)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (não=1) (sim = 0)
12. Vale a pena viver como vive agora? (não=1) (sim = 0)
13. Sente-se cheio(a) de energia? (não=1) (sim = 0)
14. Acha que sua situação tem solução? (não=1) (sim = 0)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim=1) (não = 0)

Avaliação:

0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.
1= Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses.
Total > 5 = suspeita de depressão

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiat Res 1983;17:37-49.

Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 1999, 57(2)-B:421-426.

Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátria em um ambulatório geral. Revista de Saúde Pública, 2005, 39(6):918-923.

APÊNDICE D

Escala de Cornell de Depressão na Demência (ECDD)

A. Sintomas relativos ao Humor B.	Pontuação
1 Ansiedade, expressão ansiosa, ruminções, preocupações	a 0 1 2
2 Tristeza, expressão triste, voz triste, choro	a 0 1 2
3 Ausência de reação aos eventos agradáveis	a 0 1 2
4 Irritabilidade, facilidade em ficar contrariado, humor lábil	a 0 1 2
B. Distúrbios do Comportamento	
5 Agitação, não consegue ficar no lugar, se contorce, puxa os cabelos	a 0 1 2
6 Lentidão psicomotora: dos movimentos, da fala, das reações	a 0 1 2
7 Numerosas queixas somáticas (anotar ausente se apenas sintomas gastrintestinais)	a 0 1 2
8 Perda de interesse, menor implicação nas atividades habituais (anotar apenas se a mudança ocorreu de forma rápida, em menos de 1 mês)	a 0 1 2
C. Sintomas Somáticos	
9 Perda de apetite, come menos do que usualmente	a 0 1 2
10 Perda de peso (anotar severa se superior à 2,5 kg em 1 mês)	a 0 1 2
11 Falta de energia, se cansa facilmente, incapaz de sustentar uma atividade (anotar apenas se a mudança ocorreu de forma rápida, em menos de 1 mês)	a 0 1 2
D. Funções Cíclicas	
12 Variações de humor durante o dia, sintomas mais acentuados pela manhã	a 0 1 2
13 Dificuldades para dormir, dorme mais tarde do que usualmente	a 0 1 2
14 Despertar noturno frequente	a 0 1 2
15 Despertar matinal precoce, mais cedo do que usualmente	a 0 1 2
E. Distúrbios Ideatórios	
16 Idéias de suicídio, pensa que a vida não vale a pena de ser vivida, deseja morrer	a 0 1 2
17 Auto-depreciação, se queixa dele próprio, pouca estima de si, sentimento de fracasso	a 0 1 2
18 Pessimismo, antecipação do pior	a 0 1 2
19 Idéias delirantes congruentes ao humor, idéias delirantes de pobreza, de doença ou de perda	a 0 1 2

Interpretação: item considerado severo: 2 pontos; item considerado moderado ou intermitente: 1 ponto; outras respostas: 0 ponto; impossibilidade de avaliação: a.

Total dos pontos: /38

Referência: Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, et al. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biological Psychiatry* 1988; 23: 271-284

APÊNDICE E

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA NA DOENÇA DE ALZHEIMER

QdV – DA

Instruções para entrevistadores

O teste QdV-DA é administrado em formato de entrevista para indivíduos com demência, seguindo as instruções abaixo.

Entregue o formulário ao participante, de forma que ele (a) possa acompanhá-lo enquanto você dá as seguintes instruções. (instruções devem seguir à risca as palavras em negrito).

Eu quero fazer a você algumas perguntas sobre sua qualidade de vida e que você avalie vários aspectos da sua vida usando uma das quatro palavras: Ruim, Regular, Bom ou Excelente.

Aponte cada palavra (Ruim, Regular, Bom, Excelente) no formulário enquanto você as fala.

Quando você pensa sobre sua vida, existem diferentes aspectos, como sua saúde física, energia, família, dinheiro e outros. Eu vou pedir para você avaliar cada um destes aspectos. Nós queremos descobrir como você se sente em relação à sua situação atual em cada área.

Se você não tem certeza sobre o que uma questão significa, você pode me perguntar. Se você tiver dificuldade para avaliar algum item, dê somente a resposta que representa como você se sente a maior parte do tempo.

É usualmente aparente se um indivíduo entende as perguntas e a maioria dos indivíduos que são aptos a se comunicar e responder a perguntas simples pode entender o instrumento de avaliação. Se todas as respostas do participante forem iguais ou se ele disser alguma coisa que indique falta de entendimento, o entrevistador é encorajado a esclarecer a pergunta. No entanto, sob nenhuma circunstância deve-se sugerir uma resposta específica. Cada uma das quatro respostas possíveis deve ser apresentada e o paciente deve escolher uma das quatro.

Se o participante é incapaz de escolher uma resposta para um item ou itens específicos, isto deve ser anotado nos comentários. Se o participante não puder compreender e/ou responder a dois ou mais itens o teste pode ser descontinuado e isto deve ser anotado nos comentários.

Enquanto você lê os itens listados abaixo, peça ao participante para circular sua resposta. Se o participante tiver dificuldades para circular a palavra você pode pedir a ele para apontar a palavra ou dizê-la e você pode circular a palavra para ele (a). Você deve deixar o participante segurar a sua própria cópia da avaliação e acompanhar enquanto você lê cada item:

1. Em primeiro lugar, como você se sente em relação à sua saúde física? Você diria que é ruim, regular, boa ou excelente? Circule qualquer palavra que você acha que melhor descreve sua saúde física agora.
2. Como você se sente sobre seu nível de disposição? Você acha que é ruim, regular, bom ou excelente? **Se o participante disser que alguns dias são melhores que outros, peça a ele(a) para avaliar como tem se sentido a maior parte do tempo ultimamente.**
3. Como tem estado seu humor ultimamente? Seu estado de espírito tem estado bom ou você tem se sentido desanimado? Você avaliaria seu humor com ruim, regular, bom ou excelente?
4. Como você se sente em relação a sua moradia? Como você se sente em relação ao lugar em que você vive agora? Você diria que está ruim, regular, bom ou excelente?
5. Como está sua memória? Você diria que está ruim, regular, boa ou excelente?
6. E sobre sua família e sua relação com os membros da família? Você descreveria como ruim, regular, boa ou excelente? **Se o participante disser que não tem família, pergunte sobre irmãos, irmãs, crianças, sobrinhos, sobrinhas.**
7. Como você se sente em relação ao seu casamento? Como é sua relação com (nome da esposa(o)). Você sente que é ruim, regular, bom ou excelente? **Alguns participantes poderão ser solteiros, viúvos, ou divorciados. Quando este for o caso, pergunte como ele se sente sobre a pessoa com quem mantém uma relação íntima, (seja quem for) se este é um membro da família ou amigo. Se houver um cuidador familiar, pergunte sobre sua relação com esta pessoa. Caso não exista ninguém nestas condições, marque, “não se aplica”.**
8. Como você descreveria sua atual relação com seus amigos? Você diria que é ruim, regular, boa ou excelente? **Se o participante responder que ele(a) não tem amigos ou todos os seus amigos já morreram, investigue mais profundamente.** Você tem alguém com quem gosta de estar, além de sua família? Você chamaria essa pessoa de amigo? **Se o participante ainda disser que não tem amigos, pergunte como ele (a) se sente sobre não ter amigos- se ruim, regular, bom ou excelente?**
9. Como você se sente sobre você mesmo? Quando você pensa sobre sua vida como um todo, e diferentes coisas sobre você , você diria que é ruim , regular bom, ou excelente?
10. O que você acha sobre sua capacidade para realizar tarefas domésticas ou outras coisas que você precise fazer? Você diria que é ruim, regular, bom, ou excelente?

11. E sobre sua capacidade para fazer atividades de lazer, coisas que você goste? Você diria que é ruim, regular, bom ou excelente?

12. Como você se sente sobre sua atual situação financeira? Você sente que é ruim, regular, boa ou excelente? **Se o participante hesitar, explique que você não quer saber qual é a situação financeira dele(a) apenas como ele(a), se sente a respeito disso.**

13. Como você descreveria sua vida em geral. Quando você pensa na sua vida em geral, como você se sente? Você diria que sua vida é ruim, regular, boa ou excelente?

Instruções para pontuação do teste QdV:

Pontos são atribuídos para cada item como a seguir: ruim 1 , regular=2, bom=3, excelente=4.

O total de pontos é a soma da pontuação para cada um dos 13 itens.

<u>Envelhecimento e Demência:</u> <u>Qualidade de vida na DA</u> (Versão do Paciente)				
Número do Entrevistado	Número da avaliação		Data da entrevista	
O entrevistador aplica de acordo com as instruções padronizadas. Faça um círculo ao redor da resposta.				
1. Saúde Física	Ruim	Regular	Bom	Excelente
2. Disposição	Ruim	Regular	Bom	Excelente
3. Humor	Ruim	Regular	Bom	Excelente
4. Moradia	Ruim	Regular	Bom	Excelente
5. Memória	Ruim	Regular	Bom	Excelente
6. Família	Ruim	Regular	Bom	Excelente
7. Casamento	Ruim	Regular	Bom	Excelente
8. Amigos	Ruim	Regular	Bom	Excelente
9. Você em geral	Ruim	Regular	Bom	Excelente
10. Capacidade para fazer tarefas	Ruim	Regular	Bom	Excelente
11. Capacidade para fazer atividades de lazer	Ruim	Regular	Bom	Excelente
12. Dinheiro	Ruim	Regular	Bom	Excelente
13. Vida em geral	Ruim	Regular	Bom	Excelente

Comentários:

<u>Envelhecimento e Demência:</u> <u>Qualidade de vida na DA</u> (Versão do Familiar)				
Número do Entrevistado	Número da avaliação		Data da entrevista	
As questões a seguir são sobre a qualidade de vida de seu parente. Quando você pensa sobre a vida de seu parente, existem diferentes aspectos, alguns dos quais são listados abaixo. Por favor, pense sobre cada item e avalie a qualidade de vida atual de seu parente em cada área usando uma das quatro palavras: Ruim, Regular, Bom, ou Excelente. Por favor, avalie estes itens baseados na vida de seu parente, no presente momento (Ex. Durante as últimas semanas). Se você tiver dúvidas sobre qualquer item, por favor, peça ajuda a pessoa que lhe deu este formulário. Faça um círculo ao redor da resposta				
1. Saúde Física	Ruim	Regular	Bom	Excelente
2. Disposição	Ruim	Regular	Bom	Excelente
3. Humor	Ruim	Regular	Bom	Excelente
4. Moradia	Ruim	Regular	Bom	Excelente
5. Memória	Ruim	Regular	Bom	Excelente
6. Família	Ruim	Regular	Bom	Excelente
7. Casamento	Ruim	Regular	Bom	Excelente
8. Amigos	Ruim	Regular	Bom	Excelente
9. Ele (a) em geral	Ruim	Regular	Bom	Excelente
10. Capacidade para fazer tarefas	Ruim	Regular	Bom	Excelente
11. Capacidade para fazer atividades de lazer	Ruim	Regular	Bom	Excelente
12. Dinheiro	Ruim	Regular	Bom	Excelente
13. Vida dele (a) em geral	Ruim	Regular	Bom	Excelente

Pontos:

<u>Envelhecimento e Demência:</u> <u>Qualidade de vida na DA</u> (Versão do Cuidador)							
Número do Entrevistado	Número da avaliação	Data da entrevista					
Instruções: Por favor, avalie o quanto cada item é importante para sua qualidade de vida em geral e em seguida avalie sua atual situação, como você a vê. Indique suas escolhas colocando um X no quadrado apropriado. No último item, por favor, avalie sua qualidade de vida em geral, como você a vê.							
Importância			Situação Atual				
Muito	Razoável	Nada		Ruim	Regular	Bom	Excelente
			1. Saúde Física				
			2. Disposição				
			3. Humor				
			4. Moradia				
			5. Memória				
			6. Família				
			7. Casamento				
			8. Amigos				
			9. Você em geral				
			10. Capacidade para fazer tarefas				
			11. Capacidade para fazer atividades de lazer				
			12. Dinheiro				
			13. Vida em geral				

Pontos:

APÊNDICE F

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Baseado na resolução Nº. 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde)

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, na pesquisa: **Qualidade de vida e Desempenho cognitivo em idosos com e sem demência por Doença de Alzheimer**. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias **(no caso dos idosos com Doença de Alzheimer, este documento deve ser assinado pelo seu representante legal)**.. Umas delas é sua, e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada e nem terá sua identidade divulgada.

Em caso de dúvida você pode procurar o pesquisador ou o **Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará**, localizado no endereço: **Av. Generalíssimo Deodoro, 92 CEP:66055-240 Umarizal**, telefone 3201-0961 e-mail: cepbel@ufpa.br

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Os objetivos desta pesquisa são analisar se a qualidade de vida de pessoas idosas com ou sem doença neurológica influencia em seu desempenho cognitivo em um teste. A qualidade de vida engloba fatores de natureza biológica, psicológica e socioestrutural. Está baseada em longevidade, saúde física, saúde mental, satisfação com a vida, continuidade de relações com amigos, entre outros. O desempenho cognitivo diz respeito às funções cerebrais, cognitivas, como memória, linguagem, percepção, por exemplo.

Alguns estudos apontam que quanto melhor a qualidade de vida, maior a chance das funções cognitivas serem preservadas.

Assim, este estudo visa investigar a qualidade de vida de idosos com e sem doença de Alzheimer e verificar se diferentes estilos e hábitos de vida influenciam no seu desempenho cognitivo.

Esta pesquisa não apresenta nenhum risco à sua integridade física ou psicológica e durante a coleta de dados você poderá se expressar livremente. Porém, caso seja observado pelo pesquisador ou relatado por você algum incômodo que requeira atendimento especializado, você será orientado e encaminhado para atendimento na rede de saúde pública. Você poderá desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade, mesmo que a mesma já tenha sido iniciada.

Os dados coletados serão utilizados para a elaboração de relatórios e artigos científicos, sendo que quando estes forem publicados, em nenhuma hipótese serão divulgados quaisquer dados que lhe identifiquem, guardando assim, o absoluto sigilo de suas informações pessoais.

Esta pesquisa, além de oferecer benefícios à você, uma vez que trará informações relevantes a respeito de suas funções cognitivas, oferecerá também benefícios tanto à comunidade científica quanto à sociedade, visto que contribuirá para o conhecimento de questões relevantes a cerca do envelhecimento humano.

Todo o material coletado durante a pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador responsável, podendo ser acessado a qualquer momento por você, mediante solicitação prévia ao pesquisador. Informamos também que os resultados da pesquisa serão informados a todos os participantes, bem como às instituições colaboradoras da pesquisa.

Pesquisador responsável:

Data: ____/____/____

Psicóloga Paula Danielle Palheta Carvalho CRP/10 03463. Celular (91) 8174.7142.

Email: pauladaniellecarvalho@gmail.com

CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO:

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e que me sinto perfeitamente esclarecida sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com as informações necessárias.

NOME: _____

Belém, ____/____/____.

RG: _____

Assinatura do participante