

PERFIL COGNITIVO, FUNCIONAL E DE HUMOR DE UMA AMOSTRA COMUNITÁRIA DE IDOSOS

LAMAS, Maria Fernanda Monteiro¹
SCHETTINO, Nicole Mansur de Araújo²
BARROSO, Ana Paula Nery Batista³
SANTOS, Juliana Assis⁴
ELIANE FERREIRA CARVALHO BANHATO⁵

RESUMO

O envelhecimento é um processo natural, marcado pelas mudanças no perfil de saúde física, cognitiva e psicossocial. É possível que este fenômeno ocorra de maneira normativa, saudável ou patológica. Conhecer as habilidades cognitivas e funcionais de idosos (60 anos ou mais) é importante para a busca de melhor qualidade de vida e implementação de novas ações políticas e sociais. O objetivo deste estudo foi traçar o perfil cognitivo, funcional e de humor de uma amostra de idosos da região Centro de Juiz de Fora (MG). Foram avaliados 112 idosos de ambos os sexos, escolarizados, residentes na comunidade. Foram excluídos idosos institucionalizados, os que já apresentavam algum quadro de demência ou que moravam em outros bairros. Os que participaram assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e foram submetidos a entrevistas e instrumentos psicométricos. A idade dos entrevistados variou de 60 a 93 anos, com média de 70,8 (9,06) anos. O nível de escolaridade variou entre 0 e 22 anos, com média de 11,3 (5,20) anos. A maior parte dos entrevistados era mulher (74,1%) e casadas (53,3%). Predominou alta escolaridade (66,7%), característica pouco frequente na população brasileira. 94,6% dos entrevistados tinham rastreio negativo para prejuízo cognitivo global. No entanto, a avaliação no MoCA, para prejuízo cognitivo leve, apontou que 54,9% tinham algum nível de rebaixamento. Sintomas de depressão foram identificados em 22,7% dos idosos. Quanto à funcionalidade, verificou-se que 70,9% dos entrevistados eram independentes, enquanto 29,1% eram dependentes parciais. Este perfil neuropsicológico e funcional é típico do envelhecimento saudável.

¹Graduada em Psicologia Email:marief.monteiro.lamas@gmail.com

²Graduada em Psicologia Email: nicolemansur@yahoo.com.br

³Discente do Curso de Psicologia do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora – CES/JF.

Email: apnbbarroso@gmail.com

⁴Discente do Curso de Psicologia do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora – CES/JF. E-mail: julianassis.psicologia@gmail.com

⁵Docente do Curso de Psicologia do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora. Orientador (a). Email: ebanhato@gmail.com

Palavras-chave: Perfil Neuropsicológico. Sintomas depressivos. Envelhecimento

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é uma tendência mundial, sendo que no Brasil, em 2013, o número de pessoas com mais de 60 anos era de 26,1 milhões, perfazendo 13% da população brasileira [Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2013)]. Segundo Borges et al. (2015), as projeções indicam que esse contingente será superior a 41,5 milhões em 2030. Além disso, as melhorias das condições de vida (saneamento básico, higiene, nutrição), a educação em saúde pública e os avanços da medicina têm aumentado a expectativa de vida que alcançou 75,5 anos em 2015.

Essa nova conformação demográfica desperta a necessidade de cuidados para promover mais qualidade de vida para os idosos. Acredita-se atualmente, na possibilidade de três tipos de envelhecimento: normal, patológico e saudável (ROWE; KHAN, 1998). O envelhecimento saudável é decorrente do processo inexorável da perda de capacidades mentais e físicas que afeta todas as pessoas, mas que ocorre de forma lenta. Também influenciam nesse tipo de envelhecimento as melhorias das condições higiênicas e sanitárias, a aquisição de hábitos saudáveis de vida e a prevenção e tratamento das doenças. Nesse caso, verifica-se a manutenção da cognição e da funcionalidade dos indivíduos (QUEVEDO et al., 2006).

Estudos sobre o envelhecimento normal ou senescência apontam a presença de prejuízos cognitivos e funcionais leves (VARGAS et al., 2014; SOUZA et al., 2009). As alterações cognitivas na velhice abrangem diferentes domínios, envolvendo a memória, a atenção, a linguagem e as funções executivas, podendo também interferir na funcionalidade e no humor. Ribeiro et al. (2010), investigando idosos residentes na comunidade observaram que variáveis como idade, escolaridade, sexo e estado civil determinaram

diferenças significativas no desempenho cognitivo. O estudo longitudinal de Pereira (2010) identificou que os fatores que contribuíram para a manutenção do funcionamento cognitivo e funcional foram a escolaridade, a capacidade intelectual, o estilo de vida saudável e o engajamento em atividades comunitárias. Outra condição possível é o comprometimento cognitivo leve (CCL), estado transitório entre o envelhecimento normal e patológico, que se caracteriza pelo prejuízo de uma função cognitiva, geralmente a memória, mas com preservação das atividades de vida diária (AVDs). Em geral, o CCL atinge uma em cada quatro pessoas idosas (UNVERZAGT et al., 2001). Na população geral, a prevalência de CCL foi estimada em 3,2% (RITCHIE, ARTERO & TOUCHON, 2001), com taxas de progressão anual para a demência de Alzheimer (DA) variando de 6% a 25% (HAMDAN, 2008).

Já no envelhecimento patológico as perdas cognitivas podem interferir na atividade laboral, funcional, social, legal e na qualidade de vida da população. É alta a prevalência de doenças crônicas e não transmissíveis (DCNTs) como, por exemplo, as demências e a depressão. A DA corresponde a 60% dos quadros demenciais, sendo a mais prevalente no mundo todo (FRATIGLIONI et al., 2000). Estudo de revisão de Teixeira et al. (2015), identificou que a DA é a principal causa de dependência funcional, institucionalização e mortalidade entre a população idosa e está associada a vários fatores de risco como doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes e hiperlipidemia (SINGER, 2005; HELZNER et al., 2008). Além desses fatores, idade, sexo, baixa escolaridade, depressão e alterações genéticas podem ser responsáveis pelo aumento da incidência da doença (REITZ et al., 2011).

Os processos depressivos em idosos, geralmente subdiagnosticados e subtratados, são as desordens psiquiátricas mais comuns entre os idosos tendendo à cronicidade e causando grande sofrimento psíquico, aumento da dependência funcional, isolamento social, risco de suicídio, piora de qualidade de vida e aumento da mortalidade dos acometidos (BARCELOS-FERREIRA et al., 2010). Dentre os fatores de risco estão a idade avançada, a presença de

patologias crônicas, a ansiedade, a falta de vínculos e de suporte social. Eventos estressantes como a viuvez recente, dores crônicas e viver sozinho são fatores que aumentam o risco de sintomas depressivos (MITCHELL; IZQUIERDO, 2009).

A avaliação neuropsicológica pode ser útil na identificação de padrões de envelhecimento normal, CCL e patológico, detectando sintomas antes mesmo que atinjam seu limiar diagnóstico e auxiliando o tratamento, a evolução, o prognóstico da doença e o planejamento de programas de reabilitação neuropsicológica. Preparar as cidades com altas taxas de idosos para que possam criar novas políticas para atender as demandas dessa população é de especial importância. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2018, a população idosa de Juiz de Fora era de 70.245 idosos, perfazendo 13,62% da população total.

O objetivo do presente estudo foi avaliar a cognição no envelhecimento de idosos da comunidade da região Centro de Juiz de Fora (MG) buscando descrever o perfil cognitivo, funcional e de sintomas depressivos.

2 METODOLOGIA

Foram avaliados 112 idosos de ambos os sexos, escolarizados, residentes na comunidade da região Centro de Juiz de Fora (MG). A região urbana Centro, segundo a Prefeitura de Juiz de Fora (PJF), abrange 19 bairros conforme descrito na Tabela 1.

Para serem incluídos no estudo, os idosos deveriam pertencer à Região Centro, terem idade igual ou superior a 60 anos e aceitarem participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Não foram incluídos os que já apresentavam demência diagnosticada, com deficiência auditiva (surdo-mudez) ou que fossem institucionalizados.

Tabela 1. Regiões Urbanas Centro de Juiz de Fora

Região Urbana- PJJ RU- PJJ/IBGE	Bairros e/ou loteamentos componentes
17	Fábrica Fábrica, Democrata
18	Mariano Procópio Mariano Procópio
19	Morro da Glória Morro da Glória
20	Santa Catarina Santa Catarina
21	Vale do Ipê Vale do Ipê
24	Jardim Glória Jardim Glória
25	Santa Helena Santa Helena
26	Paineiras Paineiras/Redentor
39	Dom Bosco Dom Bosco
40	São Mateus São Mateus
41	Santa Cecília Santa Cecília
45	Mundo Novo Mundo Novo
46	Alto dos Passos Alto dos Passos
47	Boa Vista Boa Vista/Cidade Jardim
48	Bom Pastor Bom Pastor/Parque Guarú
52	Vila Ozanan Vila Ozanan
53	Poço Rico Poço Rico/Santa Tereza
54	Granbery Granbery
55	Centro Centro

Adaptado de: Prefeitura de Juiz de Fora.
https://pjf.mg.gov.br/cidade/mapas/mapa_central.php

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CESJF). Parecer: 2.595.926. A participação no estudo foi feita de maneira voluntária, sem direito à remuneração, sem apresentar nenhum tipo de risco para a saúde e podendo ser interrompida a qualquer momento.

Um questionário padronizado para análise dos aspectos sociodemográficos e clínicos foi aplicado para registro e caracterização da amostra. As variáveis coletadas foram: idade, sexo, escolaridade, estado civil, profissão, doenças autorreferidas e autopercepção da saúde. Todos os dados foram coletados a partir de entrevistas individuais, realizadas na casa do entrevistado ou no local de sua preferência, em sessão única, com duração média de uma hora. Todos os participantes foram submetidos ao mesmo protocolo de avaliação neuropsicológica e funcional através de instrumentos validados, de fácil e rápida aplicação. Os instrumentos foram aplicados por neuropsicólogos e estagiários de pesquisa da graduação em Psicologia do CES-JF, que foram treinados para aplicação e correção dos testes.

Os testes incluídos na pesquisa foram:

1- Mini Exame do Estado Mental (MEEM) [FOLSTEIN et al.,1975]. Avalia o estado mental dos idosos que consiste em um questionário com cinco domínios: orientação, memória imediata, atenção e cálculo, evocação e linguagem. A pontuação máxima é de 30 pontos. Para a interpretação é utilizado como ponto de corte 20 para analfabetos e 24 para escolaridade superior.

2- Teste do Desenho do Relógio (TDR) (SHULMAN et al., 1986): Avalia habilidades visuoespaciais, construtivas e funções executivas além de compreensão auditiva; planejamento; memória visual e reconstrução em memória gráfica; programação motora e execução; conhecimento numérico; pensamento abstrato. A pontuação varia de 0 a 5 pontos e o ponto de corte é menor que 3 pontos.

3- MoCA (NASREDDINE et al., 2005). Constituído por um protocolo de uma página, com tempo de aplicação de aproximadamente 10 minutos. Com uma pontuação máxima de 30 (pontos), o MoCA avalia oito domínios cognitivos contemplando diversas tarefas em cada domínio.

4- Teste de Fluência Verbal (SHULMAN, et al., 1986). Avalia a velocidade de processamento, a memória semântica, a atenção sustentada, organização, estratégia, perseveração e funções executivas.

5- Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) (YESAVAGE, BRINK, ROSE et al., 1983): uma versão curta da escala original foi elaborada por Sheikh & Yesavage (1986), a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. Pontuação de 5 ou mais é indicativo de presença de sintomas depressivos.

6- Escala de Lawton (LAWTON & BROAD, 1969). Avalia as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). Esta escala determina a capacidade de idosos se adaptarem ao seu meio e inclui atividades variadas tais como: usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, arrumar a casa, lavar roupa, usar o transporte, tomar remédios, tomar conta do orçamento e caminhar. A pontuação máxima é de 27 pontos, e as possibilidades de cada item são: realizar a atividade sem ajuda (3 pontos e significa independência), com ajuda parcial (2 pontos, capacidade com ajuda) e não consegue realizar a atividade (1 ponto e significa dependência). A aplicação desse instrumento varia em torno de 3 a 5 minutos.

Para a análise dos dados inicialmente realizou-se análises descritivas dos dados demográficos, cognitivos e funcionais da amostra. Em seguida, uma análise de correlação (Pearson) foi realizada para essas mesmas variáveis. A amostra do estudo foi então dividida em função da idade e da escolaridade. Foram criados dois grupos etários:

- a. Grupo 1: 60-69 anos
- b. Grupo 2: 70 a 79 anos em diante
- c. Grupo 3: 80 ou mais anos

Os grupos foram comparados por meio de um teste t, de amostras independentes em todas as variáveis cognitivas e funcionais. Em seguida, a amostra foi também dividida por escolaridade:

- a. Grupo 1: 1 a 4 anos

- b. Grupo 2: 5 a 8 anos
- c. Grupo 3: 9 a 11 anos
- d. Grupo 4: 12 ou mais anos

Os grupos foram comparados por ANOVA de uma via. Para todas as análises foi utilizada a versão 23 do programa IBM *SPSS Statistics*.

3 RESULTADOS

Na tabela 2, são apresentadas as características sociodemográficas da amostra. A amostra foi composta de 112 idosos com idade variando de 60 a 93 anos, com média de 70,8 (9,06) anos. O nível de escolaridade variou entre 0 e 22 anos, com média de 11,3 (5,2) anos. A maior parte dos entrevistados era mulher (74,1%) e casadas (53,3%). Houve um predomínio de alta escolaridade (66,7%), característica pouco frequente na população brasileira.

Tabela 2. Características sociodemográficas da amostra

	Frequência (%)
Idade (anos)	
60-69	65 (59,1)
70-79	19 (17,3)
≥ 80	26 (23,6)
Anos de escolaridade	
1-4 anos	20 (18)
5-8 anos	16 (14,5)
9 a 11 anos	19 (17,3)
≥ 12 anos	55 (50,0)
Sexo	
Feminino	83 (74,1)
Estado civil	
Casado(a)	57 (53,3)

Solteiro(a)	13 (12,1)
Separado/divorciado(a)	09 (8,0)
Viúvo(a)	28 (26,2)

Nota: n= 112

As análises descritivas da escala MEEM identificaram que 94,6% dos entrevistados tinham rastreio negativo para prejuízo cognitivo global. No entanto, a avaliação no MoCA, para prejuízo cognitivo leve, apontou que 54,9% tinham algum nível de rebaixamento. Sintomas de depressão foram identificados em 22,7% dos idosos. Quanto à funcionalidade, verificou-se que 70,9% dos entrevistados eram independentes, enquanto 29,1% eram dependentes parciais. A Tabela 3, a seguir, apresenta o resultado do desempenho dos idosos em tarefas cognitivas globais e específicas, capacidade funcional e sintomas depressivos.

Tabela 3. Desempenho cognitivo global e específico, humor e funcionalidade

INSTRUMENTOS	MÉDIA (DP)	MÍNIMO- MÁXIMO
Cognição		
MEEM	27,46 (2,62)	18-30
MoCA	23,61 (4,48)	10-30
FV	15,29 (3,85)	5-23
TDR	3,37 (1,36)	0-5
Capacidade Funcional		
Lawton	25,77 (2,83)	11-27
Sintomas depressivos		
GDS	3,88 (2,94)	0-13

Legenda: MEEM= Mini Exame do Estado Mental; MoCa= *Montreal Cognitive*

Assessment; FV= Fluência Verbal; TDR= Teste do Desenho do Relógio; GDS= Escala de Depressão Geriátrica.

A análise de correlação de Pearson, para identificar a associação entre os testes cognitivos, funcionalidade e sintomas depressivos com idade e escolaridade encontram-se descritos na Tabela 4. Idade associou-se negativa e significativamente com cognição e funcionalidade, mas não com sintomas depressivos. Houve correlação significativa e positiva entre o número de anos estudados com cognição e funcionalidade e negativa com a presença de sintomas depressivos.

Tabela 4. Correlação (r) entre idade e escolaridade com variáveis cognitivas, de humor e funcionalidade

	IDADE	ESCOLARIDADE
MEEM	-0,312**	0,506**
MoCA	-0,384**	0,463**
FV	-0,239*	0,360**
TDR	-0,174	0,424**
GDS	0,029	-0,268**
Lawton	-0,288**	0,236*

Legenda: MEEM= Mini Exame do Estado Mental; MoCa= Montreal Cognitive Assessment; FV= Fluência Verbal; TDR= Teste do Desenho do Relógio; GDS= Escala de Depressão Geriátrica.

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

A amostra foi dividida em três grupos por faixa etária. A tabela 5 apresenta o resultado da análise de variância (ANOVA), utilizada para comparar os grupos etários nos diferentes instrumentos de cognição, de humor e de funcionalidade. Pessoas mais idosas tiveram desempenho significativamente mais baixo ($p = 0,02$) em tarefas cognitivas globais (MEEM). Idosos mais jovens estavam mais preservados funcionalmente ($p = 0,01$). Não houve diferença estatisticamente significativa entre sintomas depressivos e idade.

Tabela 5. Desempenho (média e desvio-padrão) dos diferentes grupos etários em testes cognitivos, capacidade funcional e sintomas depressivos

	60-69	70-79	≥80	F	p-valor
MEEM	27,92 (2,54)	27,63 (2,19)	26,19 (2,87)	4,27	0,02
FV	15,75 (3,70)	15,63 (4,08)	14,08 (3,99)	1,84	0,16
TDR	3,51 (1,33)	3,47 (1,26)	2,85 (1,41)	2,36	0,09
AIVDs	26,40 (1,47)	25,11 (3,16)	24,65 (4,49)	4,34	0,01
GDS	3,68 (2,92)	4,47 (3,36)	4,12 (2,73)	0,61	0,09

A comparação entre os desempenhos cognitivo, funcional e de sintomas depressivos nos grupos de diferentes escolaridades mostrou associação estatisticamente significativa com melhores performances cognitivas e funcional para os mais escolarizados. Médias mais altas em sintomas depressivos foram encontradas em indivíduos menos escolarizados.

Tabela 6. Desempenho (média e desvio-padrão) dos diferentes níveis de escolaridade em testes cognitivos, capacidade funcional e sintomas depressivos

	1-4	5-8	9-11	≥12	F	p-valor
MEEM	24,75 (2,83)	27,25 (1,53)	28,21 (1,47)	28,49 (2,01)	17,13	< 0,001
FV	13,05 (5,13)	14,13 (3,20)	15,89 (3,41)	16,35 (3,26)	4,671	0,004
TDR	2,25 (1,07)	3,21 (0,80)	3,64 (1,07)	3,78 (1,29)	9,540	< 0,001

AIVDs	24,35 (4,06)	25,56 (2,45)	26,79 (0,63)	26,25 (2,11)	3,903	0,011
GDS	5,40 (3,93)	4,25 (2,74)	3,68 (2,89)	3,13 2,19)	3,446	0,019

4 DISCUSSÃO

A análise das características sociodemográficas dos idosos apontou elevada proporção de mulheres o que confirma a tendência relatada na literatura de uma feminização da velhice (ALMEIDA et al., 2015; SALGADO, 2009). A maior sobrevivência de mulheres em idades avançadas parece se relacionar com fatores como: a) maior aderência aos serviços de saúde; b) menor exposição a riscos ocupacionais; c) menores taxas de mortalidade por causas externas; d) maior participação em atividades na comunidade e em grupos de convivência (SALGADO, 2009).

O alto nível de escolaridade (12 ou mais anos) de 50% dos participantes difere da maioria dos estudos populacionais brasileiros. Esse achado pode tornar essa população diferenciada quando comparada com a população geral por permitir que administrem melhor a vida. Desse modo, possuir ensino superior completo influencia positivamente a qualidade de vida dos idosos (DAWALIBI et al., 2013). Segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, em 2010, 45,67% dos adultos de Juiz de Fora tinham ensino médio completo e 17,40% superior completo, enquanto no Brasil, esses números eram da ordem de 35,83% e 11,27%, respectivamente.

A presença de maioria casada também é uma característica do presente estudo. Estudos mostram que os idosos que vivem com a família apresentam maior grau de satisfação e qualidade de vida quando comparados aos que vivem sozinhos ou institucionalizados (PEREIRA et al., 2015; DIAS et al., 2013).

A preservação dos idosos no desempenho cognitivo global, obtida pelas médias altas no MEEM, a influência da idade e da escolaridade são semelhantes ao encontrado em outros estudos (SILVA et al., 2014). Por outro lado, as médias mais baixas no teste MoCA, apontam Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) de 54,9% dos participantes. Ainda que seja considerada uma condição do envelhecimento normal, é importante acompanhar esses indivíduos, uma vez que as taxas de conversão do CCL para processos demenciais são da ordem de 20% (STELLA, 2002).

O desempenho médio acima do ponto de corte no teste de Fluência Verbal corrobora com a literatura e evidencia a preservação da capacidade de acesso semântico, velocidade de processamento, linguagem, funções executivas e vocabulário. Escolaridade mais alta relacionou-se com a quantidade de palavras geradas no teste ($p=0,004$). A idade não associou com as habilidades medidas pelo teste, o que pode ser atribuído à manutenção da inteligência cristalizada no curso da vida (CHARCHAT-FICHMAN et al., 2009).

O nível de funcionalidade avaliado pela escala de Lawton indica que a população idosa se encontra independente ou parcialmente dependente em suas atividades de vida diária. Corroborando com a literatura, melhor capacidade funcional foi inversamente proporcional à idade (LEBRÃO; LAURENTI, 2005). Também a escolaridade mais alta esteve associada a melhores resultados em capacidade funcional. Estudo de Ribeiro et al. (2010) constatou resultados similares ao investigar idosos ativos da comunidade. Na mesma direção e na mesma cidade do presente estudo, a investigação de Silva et al. (2014) encontrou valores semelhantes de idosos independentes para as atividades instrumentais de vida diária.

As médias acima do ponto de corte na escala de depressão geriátrica expressam uma população predominantemente saudável psiquiatricamente. No entanto, a presença de sintomas depressivos em 22,7% dos entrevistados indica a necessidade de acompanhamento desses indivíduos e encaminhamento para tratamento quando necessário.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, os resultados apontam para idosos com funcionamento cognitivo global preservado, desempenho próximo da normalidade nas tarefas cognitivas que avaliam memória, atenção, funções executivas e linguagem. A maioria dos idosos apresenta independência funcional e ausência de sintomas de depressão. Este perfil neuropsicológico e funcional é típico do envelhecimento benigno e saudável. O presente estudo tem limitações, como o fato de ser uma pesquisa transversal e não englobar os idosos de toda a cidade de Juiz de Fora. Estudos futuros devem buscar amostras representativas de modo a estimar o risco para demência e depressão.

ABSTRACT

A COMMUNITY SAMPLE OF ELDERLY COGNITIVE, FUNCTIONAL AND HUMOR PROFILE

Aging is a natural process, marked by changes in physical, cognitive and psychosocial health profile. It is possible that this phenomenon occurs in a normative, healthy or pathological way. Knowing the cognitive and functional abilities of people aged 60 years and over is important for the search for a better quality of life and for the implementation of new political and social actions. The purpose of this study was to trace the cognitive, functional and mood profile of a sample of elderly people from the central region of Juiz de Fora (MG). METHODS: We evaluated 112 elderly people of both sexes, educated, living in the community. Institutionalized elderly, those with dementia or living in other neighborhoods were excluded. Those who participated signed the free and informed consent form and were submitted to interviews and psychometric instruments. The age of the interviewees ranged from 60 to 93 years, with a mean of 70.8 (9.06) years. The level of schooling ranged from 0 to 22 years, with an average of 11.3 (5.20) years. The majority of respondents were female (74.1%) and married (53.3%). There was a predominance of high schooling (66.7%), a rare characteristic in the Brazilian population. 94.6% of respondents had negative screening for overall cognitive impairment. However, the MoCA assessment, for mild cognitive impairment, showed that 54.9% had some level of relegation. Symptoms of depression were identified in 22.7% of

IV SEMINÁRIO DE EXTENSÃO E PESQUISA

05 A 07 DE NOVEMBRO DE 2018



the elderly. Regarding the functionality, it was found that 70.9% of the interviewees were independent, while 29.1% were partial dependents. This neuropsychological and functional profile is typical of healthy aging.

Keywords: Neuropsychological profile. Depressive symptoms. Aging.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. V.; MAFRA, S.C.T.; SILVA, E.P.; KANSO, S. A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos e contextos** v.14, n.1. p.115-131, 2015.

BARCELOS-FERREIRA, R.; IZBICKI, R.; STEFFENS, D.C.; BOTTINO, C.M. Depressive morbidity and gender in community -dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. **Int Psychogeriatr** v.22 n.5, p.712-716, 2010.

BORGES, A.S.; MARQUES, C.S.; BRITO, L.P.G.; JANUZZI, P.M. Projeções populacionais no Brasil: subsídios para seu aprimoramento 2015. Disponível em: <https://researchgate.net/publication/242282409>. Acesso em 21 de novembro de 2018.

BRASIL. IBGE. **Censo Demográfico**, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=o-que-e> Acesso em 21 de novembro de 2018.

BRASIL. IBGE. **PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS (PNAD)**: síntese de indicadores 2013/ IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. 2 ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 296p.

CHARCHAT – FICHMAN, H.; FERNANDES, C.S.; NITRINI, R.; LOURENÇO, R.A.; PARADELA, E.M.P.; CARTHERY-GOULART, M.T.; CARAMELLI, P. Age and educational level effects on the performance of normal elderly on category verbal fluency tasks. **Dementia & Neuropsychologia** v.3, n.1, p. 49-54, 2009.

DAWALIBI, N.W.; ANACLETO, G.M.C.; WITTER, C.; GOULART, R.M.M.; AQUINO, R.C. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da Scielo. **Estudos de Psicologia** v.30, n.3, p.394-403, 2013.

DIAS, D.S.G.; CARVALHO, C.S.; ARAÚJO, C.V. Comparação da percepção subjectiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizadas. **Rev. Bras. Geriatr. Geront.** v.16, n.1, p.127- 138, 2013.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MC HUGH, P. R. Mini-mental state: A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the clinician. **J Psychiat Res.** v.12, n.3, p.189-198, 1975. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1202204> >. Acesso em: 21 jun. 2018.

FRATIGLIONI, L.; LAUMER, L.J.; ANDERSEN, K.; BRETELER, M.M.; COPELAND, J.R. et al. Incidence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. *Neurology*, v.54, n.11, p.54-59, 2000.

FUENTES, D., BECHARA, A., CORREA, H. Neuropsychological assessment of impulsive behavior in abstinent alcohol-dependent subjects. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 31, n. 1, p. 4-9, 2009.

HAMDAM, A.C. Avaliação neuropsicológica na Doença de Alzheimer e no Comprometimento Cognitivo Leve. **Psicol. Argum.** v.26, n.54, p.183-192, 2008.

HELZNER, E.P.; SCARMEAS, N.; COSENTINO, S.; TANG, M.X.; SCHUPF, N.; STERN, Y. Survival in Alzheimer Disease. *Neurology*, v.4, n.71, p.1489-1495. 2008.

LAWTON, M.P.; BRODY, E. M. Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist.**, v.9, p.179-85. 1969.

LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Health, well-being and aging: the SABE study in São Paulo, Brazil. **Rev. bras. epidemiol.** v.8(2): 127-141, 2005.

MITCHELL, A.J.; IZQUIERDO, S.A. Prognosis of depression in the elderly in comparison with adult age. Is there a significant clinical difference? **Actas Esp Psiquiatr.** v.37, n.5, p.289-96, 2009.

NASREDDINE, Z.S.; PHILLIPS, N. A.; BEDIRIAN, V.S.; CHARBONNEAU, S.; WHITEHEAD, V.; et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for Mild Cognitive Impairment. **American Geriatrics Society**, v.53, p.695-699, 2005.

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

PEREIRA, M.M., RUFINO, M.H., NASCIMENTO, L.C., MACÊDO, R.C., OLIVEIRA, R.K., et al. Depression and nutritional status of elderly participants of the Hiperdia Program. **Rev da Rede Enferm do Nord** 16: 731-737, 2015.

QUEVEDO. J.; MARTINS, M.R.; IZQUIERDO, I. Alterações Cerebrais e Memória. In Bottino, C. M. C., Laks, J., & Blay, S. L. (Orgs.). *Demência e transtornos cognitivos em idosos* (pp. 3-12). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

REITZ, C.; BRAYNE, C.; MAYEUX, R. Epidemiology of Alzheimer Disease. **Nat Rev Neurol** v.7, p.137-52, 2011.

RIBEIRO, P. C. C.; OLIVEIRA, B.H.D.; CUPERTINO, A.P.F.; NERI, A.L.; YASSUDA, M.S. Desempenho de Idosos na Bateria Cognitiva CERAD: Relações com Variáveis Sociodemográficas e Saúde Percebida. **Psicologia: Reflexão e Crítica** v. 23, n.1, p. 102-109, 2010.

RITCHIE, K.; ARTERO, S.; TOUCHON, J. Classification criteria for mild cognitive impairment: a population-based study. **Neurology** v.56, p.37-42, 2001.

ROWE, J.W.; KAHN, R. Successful aging. New York: **Pantheon Books**, 1998.

SALGADO, J.V.; MALLOY-DINIZ, L.F.; CAMPOS, V.R.; ABRANTES, S.S.C., FUENTES, D.; BECHARA, A.; CORREA, H. Neuropsychological assessment of impulse behavior in abstinent alcohol-dependent subjects. **Rev. Bras, Psiquiatr.** v.31, n.1, p.4-9, 2009.

SHEIKH, J.I.; YESAVAGE, J.A. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. **Clin Gerontol** 1986.

SHULMAN, K.I.; SHEDLETSKY, R.; SILVER, I.L. The challenge of time: clock-drawing and cognitive function in the elderly. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Manchester, v.1, p.135-140, 1986.

SILVA, P.A.B.; SOARES, S.M.; SANTOS, J.F.G.; SILVA, L.B. Cut-off point for WHOQOL-bref as a measure of quality of life of older adults. **Rev Saúde Pública.** v.48, n.3, p.390-7, 2014.

SINGER, R.B. Mortality derived from 5-year survival in patients with Alzheimer disease. **J Insur Med** v 37, p.264-71, 2005.

SOUZA, V.L.; BORGES, M.F.; VITORIA, C.M.S.; CHIAPPETTA, A.L.M.L. Profile of cognitive abilities in normal aging. **Rev. CEFAC**, v.12, n.2, 2009.

STELLA, F.; GOBBI, S.; CORAZZA, D.I.; COSTA, J.L.R. Depressão no Idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. **Motriz**, v.8 n.3, p. 91-98, 2002.

TEIXEIRA, J.B.; SOUZA JUNIOR, P.R.B.; HIGA, J.; THEME FILHA, M.M. Doença de Alzheimer: estudo da mortalidade no Brasil, 2000-2009 **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.4, p.1-12, 2015.

UNVERZAGT, F.W.; GAO, S.; BAIEWU, O.; OGUNIYI, A.O.; GUREJE, O.; PERKINS, A.; EMSLEY, C.L.; DIKENS, J. et al. Prevalence of cognitive

IV SEMINÁRIO DE EXTENSÃO E PESQUISA

05 A 07 DE NOVEMBRO DE 2018



impairment. Data from Indianapolis study of health and aging. *Neurology* v. 57, p. 1655-62, 2001.

VARGAS, L. S.; NIEGE, A.; LARA, M.V.S.; MELLO-CARPES, P.B. Conscientizando idosos e profissionais da saúde acerca das mudanças cognitivas relacionadas à idade. *Rev. Ciênc. Ext.* v.10, n.1, p. 37-50, 2014.

YESAVAGE, J.A.; BRINK, T.L.; ROSE, T.L.; et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal Psychiat.* v.17 n.1, p.37-49, 1983.