



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - UFSCar**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGE<sub>nf</sub>**

Diana Quirino Monteiro

**Efeito da intervenção educativa grupal em cuidadoras idosas com  
Comprometimento Cognitivo Leve**

SÃO CARLOS

2018

Diana Quirino Monteiro

**Efeito da intervenção educativa grupal em cuidadoras idosas com  
Comprometimento Cognitivo Leve**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, área de concentração: Cuidado e Trabalho em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profª. Dra. Aline Cristina Martins  
Gratão

SÃO CARLOS

2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

---

Folha de Aprovação

---

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Diana Quirino Monteiro, realizada em 20/02/2018:

---

Profa. Dra. Aline Cristina Martins Gratao  
UFSCar

---

Profa. Dra. Arienê Angelini dos Santos Orlandi  
UFSCar

---

Profa. Dra. Meire Cachioni  
USP

Dedico este trabalho à pessoa mais incrível que  
tive a oportunidade de conhecer: meu irmão!  
Agradeço todos os dias pelo tempo que passamos  
juntos e tudo o que me ensinou. Onde quer que  
você esteja, sei que está cuidado de mim. Muito  
obrigada!

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por todo carinho e dedicação que me deram para que eu pudesse realizar mais um sonho.

À minha família, por sempre acreditarem em mim. Obrigada pela confiança que vocês depositaram.

À minha Tia Rose, por ser uma das minhas mães e estar do meu lado em todos os momentos. Tia, muito obrigada por tudo, você é maravilhosa!

À Bateria UFSCar por ter me proporcionado conhecer pessoas maravilhosas, sem as quais seria impossível realizar este trabalho.

À Profa. Dra. Aline Cristina Martins Gratão pelos ensinamentos, paciência e pela confiança em mim na realização deste projeto.

À Francine por toda ajuda nesta pesquisa e na pós, sem você este estudo não se realizaria.

Aos integrantes deste estudo pela participação.

Aos membros do grupo de pesquisa Laboratório de Avaliação e Intervenção em Gerontologia (LAIG), pelo apoio e colaboração no desenvolvimento deste.

À CAPES e FAPESP, pelo apoio financeiro do trabalho.

A todos que direta ou indiretamente colaboraram para a realização deste trabalho.

Muito obrigada!

## RESUMO

**Introdução:** O desempenho das funções cognitivas é importante para a manutenção da autonomia e independência do idoso. O processo de envelhecimento, concebido como um fenômeno mundial, engloba um declínio nas funções cognitivas. Associado ao diagnóstico de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), o fato de ser cuidador e as demandas de cuidados ocasionam uma série de complicações que podem ser prevenidas, como sintomas depressivos, ansiosos e déficit cognitivo. **Objetivo:** analisar a eficácia de um programa de educação em saúde grupal, composto de atividades educativas e combinado com dinâmicas em grupo, sobre sintomas depressivos, de ansiedade, cognição global e seus domínios e qualidade de vida de cuidadoras idosas com CCL. **Método:** Trata-se de um estudo quase experimental, controlado do qual participaram 13 cuidadoras no grupo intervenção Educação em Saúde (GES) e 11 no grupo controle (GC) no primeiro semestre de 2016. Foram avaliados antes e após a intervenção, intercalada entre aulas e dinâmicas totalizando 20 encontros, durante 5 meses, pelos seguintes instrumentos: *Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised* (ACE-R), Questionário de Mudança Cognitiva-22 (QMC-22), Inventário de Depressão e Ansiedade de Beck, WHOQOL-bref (qualidade de vida) e Escala de Queixa de Memória (EQM). Todos os cuidados éticos foram observados durante o processo de coleta e análise dos dados. Os testes U Mann-Whitney para amostras independentes e Teste Exato de Fisher para comparar os grupos (GES e GC) e Teste de Wilcoxon e McNemar para avaliar os efeitos da intervenção foram aplicados. **Resultados:** encontrou-se eficácia da intervenção sobre os domínios cognitivos “atenção/orientação” ( $p=0,03$ ), “memória” ( $p=0,002$ ) e “habilidades visuoespaciais” ( $p=0,007$ ), além disso na cognição global ACE-R ( $p=0,002$ ), MEEM ( $p=0,02$ ) e sobre sintomas de depressão ( $p=0,02$ ). No GC não foram observados efeitos, tendo o grupo permanecido igual na linha de base e no momento pós intervenção. **Conclusão:** Os resultados sugerem que o programa de Educação em Saúde grupal tem efeito benéfico sobre sintomas de depressão e habilidades cognitivas em cuidadoras idosas com CCL.

**Descritores:** Cuidadores. Disfunção Cognitiva. Idoso. Cognição. Educação em Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** The performance of cognitive functions is important for the maintenance of autonomy and independence of the elderly. The aging process, conceived as a worldwide phenomenon, encompasses a decline in cognitive functions. Associated with the diagnosis of Mild Cognitive Impairment (MCI), the fact of being a caregiver and the demands of care cause a series of complications that can be prevented, such as depressive symptoms, anxiety and cognitive deficit. **Objective:** to analyze the efficacy of a group health education program, composed of educational activities and combined with group dynamics, on depressive symptoms, anxiety, global cognition and their domains, and quality of life of elderly caregivers with MCI. **Method:** This is a quasi-experimental, controlled study in which 13 caregivers participated in the intervention Educação em Saúde (GES) and 11 in the Grupo Controle (GC) in the first half of 2016. They were evaluated before and after the intervention, interspersed between classes and dynamics totaling 20 meetings for 5 months by the following instruments: Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R), Questionário de Mudança Cognitiva-22 (QMC-22), Inventário de Ansiedade e Depressão de Beck, WHOQOL-bref quality of life and Escala de Queixa de Memória (EQM). All ethical care was observed during the data collection and analysis process. The Mann-Whitney U tests for independent samples and Fisher's Exact Test to compare the groups (GES and GC) and the Wilcoxon and McNemar Test to evaluate the effects of the intervention were applied. **Results:** The effectiveness of the intervention on the cognitive domains "attention / orientation" ( $p = 0.03$ ), "memory" ( $p = 0.002$ ) and "visuospatial abilities" ( $p = 0.007$ ) -R ( $p = 0.002$ ), MEEM ( $p = 0.02$ ) and on depression symptoms ( $p = 0.02$ ). In the GC, no effects were observed, with the group remaining the same at the baseline and at the moment after intervention. **Conclusion:** The results suggest that the group Health Education program has a beneficial effect on symptoms of depression and cognitive abilities in elderly caregivers with MCI.

**Keywords:** Caregivers. Cognitive dysfunction. Aged. Cognition. Health Education.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1. Fluxograma das cuidadoras idosas com diagnóstico de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) participantes, de acordo com as recomendações fluxograma CONSORT, 2010. .18
- Figura 2. Efeito da intervenção na Atenção/Orientação do grupo educação em saúde. São Carlos, 2017. ....34
- Figura 3. Efeito da intervenção na Memória do grupo educação em saúde. São Carlos, 2017.....34
- Figura 4. Efeito da intervenção nas Habilidades Visuoespaciais do grupo educação em saúde. São Carlos, 2017. .... 35
- Figura 5. Efeito da intervenção nos escores do ACE-R do grupo educação em saúde. São Carlos, 2017. ....35
- Figura 6. Efeito da intervenção nos escores do MEEM do grupo educação em saúde. São Carlos, 2017. ....36
- Figura 7. Efeito da intervenção nos escores do BDI do grupo educação em saúde. São Carlos, 2017. ....36



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização demográfica e do cuidado dos grupos educação em saúde e controle. São Carlos, 2016. ....	28
Tabela 2. Caracterização clínica dos grupos educação em saúde e controle. São Carlos, 2016.....	29
Tabela 3. Avaliação antropométrica e hábitos de vida dos grupos educação em saúde e controle. São Carlos, 2016. ....	30
Tabela 4. Avaliação das queixas de memória, funções cognitivas, sintomas de depressão e ansiedade no momento pré-intervenção. São Carlos, 2016.....	31
Tabela 5. Avaliação das queixas de memória, funções cognitivas, sintomas de depressão e ansiedade no momento pós-intervenção. São Carlos, 2016. ....	32
Tabela 6. Matriz de correlação ( <i>rho</i> ) entre os escores dos testes de avaliação da cognição global, queixa de memória e sintomas de ansiedade e depressão no momento pré-intervenção. São Carlos, 2016. ....	33
Tabela 7. Matriz de correlação ( <i>rho</i> ) entre os escores dos testes de queixa de memória, avaliação da cognição global e sintomas de ansiedade e depressão no momento pós-intervenção. São Carlos, 2016. ....	33
Tabela 8. Avaliação da qualidade de vida dos participantes no momento pré-intervenção. São Carlos, 2016. ....	37
Tabela 9. Avaliação da qualidade de vida dos participantes no momento pós intervenção. São Carlos, 2016. ....	38

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE-R = *Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised*

ANEU = Ambulatório de Neurologia Cognitiva e Comportamental

BAI = Inventário de Ansiedade de Beck

BD = Banco de Dados

BDI = Inventário de Depressão de Beck

CCL = Comprometimento Cognitivo Leve

CCLa = Comprometimento Cognitivo Leve do tipo amnésico

CCLn-a = Comprometimento Cognitivo do Tipo Não-Amnésico

ES = Educação em Saúde

CEME = Centro de Especialidades Médicas

DSM-IV = Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais - Quarta Edição

EQM = Escala de Queixa de Memória

FAPESP = Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

FESC = Fundação Educacional São Carlos

GC = Grupo Controle

GES = Grupo Educação em Saúde

IBGE = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC = Índice de Massa Corporal

ISRS = Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina

MEEM = Mini Exame do Estado Mental

MPAS = Ministério da Previdência e Assistência Social

PNSPI = Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

QMC-22 = Questionário de Mudança Cognitiva-22

SABE = Saúde, Bem estar e Envelhecimento

SUS = Sistema Único de Saúde

UATI = Universidade Aberta da Terceira Idade

TCLE = Termo de Compromisso Livre Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Revisão da Literatura</b> .....	<b>6</b>
2.1 Cognição e Comprometimento Cognitivo Leve .....	6
2.2 Cuidadoras Idosas .....	9
2.3 Educação em Saúde .....	12
<b>3. Justificativa</b> .....	<b>14</b>
<b>4. Objetivos</b> .....	<b>15</b>
<b>5. Método</b> .....	<b>16</b>
5.1 Delineamento do estudo .....	16
5.2 Local, população e equipe do estudo .....	16
5.3 Avaliação dos sujeitos .....	18
5.4 Intervenção .....	20
5.5 Aspectos éticos .....	26
5.6 Análise dos dados .....	26
<b>6. Resultados</b> .....	<b>28</b>
<b>7. Discussão</b> .....	<b>39</b>
<b>8. Conclusão</b> .....	<b>49</b>
<b>9. Referências</b> .....	<b>50</b>
<b>10. Apêndice</b> .....	<b>66</b>
Apêndice A – Questionário Inicial.....	66
<b>11. Anexos</b> .....	<b>69</b>
Anexo A – Parecer substancia CEP .....	69
Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	72
Anexo C – Protocolo de Avaliação .....	73

## 1. Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, e no Brasil, a expectativa de vida em 2012, atingiu 74,6 anos. De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nos anos 70 a população considerada idosa era de 5%. Em 2010, essa porcentagem quase dobrou (9,2%) e estima-se que, em 2050, o crescimento chegue a 123%. Em 2025, será o sexto país do mundo em número de idosos (IBGE, 2013).

Dados demográficos obtidos pelo Censo realizado em 2010 demonstraram que a população brasileira era de 190.755.799 habitantes, o que representa um aumento de 12,3% quando comparado ao Censo de 2000. A proporção de idosos com 65 anos ou mais aumentou no mesmo período de 5,9% em 2000, para 7,4%, em 2010, com decréscimo no número de crianças e adolescentes de 40,1% para 32,8%, estimando ainda um crescimento da população idosa para 2020 em 12,9% da população geral (IBGE, 2010).

De acordo com os dados da síntese de indicadores de 2015 do IBGE, a população brasileira foi estimada em 204,9 milhões, com crescimento de 1% entre 2005 e 2015. O percentual de idosos neste mesmo período foi de 9,8 para 14,3%. Ainda, segundo o Instituto, o envelhecimento da população brasileira será mais de duas vezes mais rápido que a média mundial (IBGE, 2015).

Atrelada à transição demográfica, observou-se também uma transição epidemiológica. As doenças crônicas degenerativas tornam-se cada vez mais frequentes entre as afecções que acometem os idosos. Estas doenças podem trazer modificações na qualidade de vida e na capacidade funcional dos indivíduos (SEIMA, LENARDT, CALDAS, 2014). O desafio passou a ser, portanto, compatibilizar o aumento da expectativa de vida com a necessária qualidade em seu processo (MARTINS et al., 2007).

O processo de envelhecimento é progressivo em todos os indivíduos (REVE, BRUIN, 2014) e ocorre acompanhado por diversas alterações funcionais, morfológicas, psicológicas e bioquímicas ao longo da vida (PAPALÉO, 2006). Defini-lo é uma tarefa difícil, pelo fato de envolver muitas variáveis, como por exemplo, biológica, econômica, familiar e política. No entanto, o envelhecimento é definido como um fenômeno biológico e psicológico, que influencia o meio familiar e social e se caracteriza pela perda gradual das funções orgânicas (BEZERRA et al., 2016). Esse processo pode ser normal, senescência, ou acometido por diversos fatores que interferem na realização de suas tarefas cotidianas, senilidade (MANFRIM, SCHMIDT, 2011).

A senescência engloba um declínio gradual nas funções cognitivas por conta de

processos neurológicos que se alteram com o desencadear deste processo. A senilidade está relacionada ao processo de envelhecimento decorrente de alterações causadas por doenças ao longo da vida da pessoa. Os efeitos das doenças no organismo, aliado ao processo do envelhecimento normal, diminuem a capacidade de adaptação e, conseqüentemente, a autonomia e independência do indivíduo (CIOSAK et al., 2011).

Os processos demenciais são mais comuns no envelhecimento senil, como a instalação da doença de Alzheimer. Entretanto, cabe ressaltar que outros tipos de alterações podem ocorrer e não necessariamente estão diretamente relacionadas ao envelhecimento, como no caso de traumas e depressão (ALTERMANN et al., 2014).

O desempenho nas funções cognitivas é importante por ser interligado diretamente à autonomia do idoso e a sua capacidade de continuar a realizar tarefas sem colocar em risco a sua segurança (YASSUDA, ABREU, 2006).

O comprometimento da função cognitiva pode ser identificado por meio de testes cognitivos que classificam a perda, parcial ou total, da independência (realização de atividades de vida diária, instrumentais e/ou básicas sem ajuda) e da autonomia (capacidade de tomar decisão). É necessário um diagnóstico preciso para diferenciar as síndromes demenciais das queixas de memória e do declínio cognitivo normal com o envelhecimento (CANINEU, SAMARA, STELLA, 2011). As alterações cognitivas que não são caracterizadas como demência, são comuns entre idosos, adquirindo um diagnóstico diferenciado e mais significativo quando as atividades de vida diária são diretamente afetadas (CANINEU, SAMARA, STELLA, 2011).

O comprometimento da função cognitiva é detectado e diagnosticado por meio da combinação da história relatada pelo paciente e de um informante e pela avaliação objetiva do seu estado mental ou um exame com testes neuropsicológicos. Os testes neuropsicológicos devem ser realizados quando a história de rotina (anamnese) e o exame do estado mental do paciente não podem fornecer um diagnóstico seguro (MCKHANN et al., 2011).

O comprometimento cognitivo leve (CCL) é considerado um estágio pré-demencial caracterizado pela presença de declínio cognitivo e com as atividades de vida diária do indivíduo preservadas (GAUTHIER et al., 2006; PETERSEN et al., 2001). Seu conceito foi proposto para referir-se àqueles indivíduos idosos não diagnosticados com demências, mas portadores de um leve déficit cognitivo que interfere principalmente na memória (CANINEU, SAMARA, STELLA, 2011). Os idosos com CCL tem um risco de 10 a 15% de desenvolver a Doença de Alzheimer quando comparados a 1-2% entre os idosos cognitivamente preservados (PETERSEN et al., 2001).

**(AMARRAR AO PARÁGRAFO ANTERIOR)** Sabe-se que, no geral, mesmo enfrentando uma ou mais afecções no decorrer dos anos vividos, a maioria dos idosos brasileiros é capaz de se autodeterminar e organizar-se sozinhos, ou seja, de manter o cuidar de si mesmo (autocuidado), e também o cuidado dos outros, por exemplo a(o) esposa(o) que cuida do cônjuge, dos filhos e/ou dos netos (IPEA, 2016).

Segundo Hirata e Guimarães (2012) o cuidado envolve ação, sentimentos e atitude moral, o qual se concretiza por meio da ação de cuidar, favorecendo o bem-estar do outro. Trata-se de uma ação que possui direção concreta e determinada, bem como apresenta uma dimensão moral que objetiva aliviar, satisfazer, ajudar, confortar alguém que é inspirado por interesse ou preocupação por quem necessita de cuidado.

Nessa perspectiva da tarefa do cuidar, de acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), o cuidador pode ser definido como aquele que é responsável por cuidar da pessoa idosa, facilitando o exercício de suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, oferecer a medicação de rotina e acompanhá-la junto aos serviços de saúde, ou outros requeridos no seu cotidiano (BRASIL, 2006).

O papel do cuidador, na maioria das vezes, é desempenhado pela família inserida no contexto domiciliar (SEIMA, LENARDT, CALDAS, 2014). A literatura gerontológica evidencia que na maior parte dos países ocidentais, a mulher é responsável pela tarefa de cuidar, devido a questões de atribuição de papéis. Com isso, a mulher ainda continua com esta tarefa de cuidar, seja dos filhos, da casa e/ou do marido. Outro fator essencial na escolha de um cuidador, bem característico das mulheres, é o apego emocional, tanto para quem cuida como para quem está sendo cuidado (NERI, 2002). Ademais, quem assume o papel de cuidador é o cônjuge, o qual também pode ser uma pessoa idosa e apresentar certos problemas de saúde. No Brasil é crescente o número de pessoas idosas que estão cuidando de idosos (AREOSA et al., 2014).

Além disso, de acordo com Neri (2002), o ato de cuidar acarreta alguns efeitos negativos sobre o cuidador como doenças psiquiátricas, pior saúde percebida, isolamento social, estresse pessoal e familiar. No caso das mulheres, destacam-se os sintomas depressivos, a depressão clínica e a ansiedade atribuídas ao cuidado (NERI, 2002; AREOSA et al., 2014). Estes fatores resultam em desgaste emocional, tristeza, esgotamento e afetam a qualidade de vida (MIRANDA, SILVA, 2010; MARINS, HANSEL, SILVA, 2016).

**Para** minimizar esses aspectos negativos são necessários conhecimentos que fornecem subsídios para o cuidado em relação ao idoso, os quais incluem o entendimento das necessidades humanas básicas, bem como adaptações e mudanças que ocorrem ao longo da sua

vida. Ao cuidar do ser idoso e de seu cuidador, é de extrema importância priorizar a promoção, manutenção e recuperação da saúde, favorecendo uma assistência qualificada (MARTINS et al., 2007).

**A Educação** em Saúde (ES), pode ser uma forma de intervenção efetiva para promover a saúde do cuidador, uma vez que fornece subsídios para um melhor entendimento das necessidades humanas. Alguns autores dão ênfase para as práticas educativas que utilizam metodologias ativas de aprendizagem, ajudando as pessoas a promover em si mesmas as mudanças necessárias para obter uma melhor qualidade de vida e modificar os modos de viver. Tais práticas são geralmente resultantes da sensibilidade, da criatividade e da percepção dos profissionais quanto à necessidade de ampliar as ações de promoção da saúde para além das atividades de criação de grupos e palestras (TORRES et al., 2003; FEIJÃO et al., 2007).

Destaca-se a ES, como estratégia de promoção à saúde no processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidades e de direitos à saúde, estimulando ações como estratégias didáticas que conduzam a uma transformação dos indivíduos socialmente inseridos no mundo, ampliando sua capacidade de compreender os determinantes de ser saudável. Constitui um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade (CATRIB et al., 2003).

Neste sentido, compreende-se que a ES inspirada nos pensamentos de Freire, é permeada pelo diálogo, o qual afirma que educadores, por meio do diálogo, devem ir “desafiando os grupos” (FREIRE, 1999, p. 94) a pensarem certo, a pensarem sobre sua própria história para que, por meio de palavras verdadeiras, na reflexão e na ação, possam construir relações e ambientes democráticos que ofereçam condições para realimentar o diálogo. Assim, para educar em saúde, se faz necessário que o sujeito se deixe “tocar pela paixão de mudar, de refazer, de criar” e se engaje assumindo compromissos pela humanização, respeitando o contorno geográfico, social, político, cultural do indivíduo, família e comunidade (FREIRE, 2004, p. 106),

Em um estudo descritivo brasileiro, cujo objetivo foi investigar as práticas educativas realizadas nas unidades básicas de saúde de Belo Horizonte (MG), foram analisadas 33 práticas educativas de promoção da saúde para verificar se eram pautadas em metodologias ativas de aprendizagem. Como resultados, obtiveram que quanto ao uso de métodos dialógicos, 38,0% das práticas promoveram a participação ativa do sujeito, 6,0% proporcionaram a construção do conhecimento e 40,0% utilizaram diferentes estratégias de ensino, o que contribuiu para a elaboração de materiais educativos os quais foram utilizados no aprimoramento das práticas de

educação e promoção da saúde desenvolvidas pelos profissionais da atenção básica (CARNEIRO, 2012). Estudos como esse contribuem para a elaboração de modelos de estratégias educativas que deram certo, e que devem ser disseminadas em prol da melhora da qualidade de vida e de modos de viver da população que envelhece.

No Brasil, estudos sobre intervenções com estratégias educativas em cuidadores de idosos recebe tímida atenção dos pesquisadores. A aplicação de um programa de educação em saúde e de investimento em estados de humor e em qualidade de vida percebida em cuidadores de idosos que são também idosos, e que, além disso, tem comprometimento cognitivo leve (CCL), justifica a relevância deste estudo. O bom funcionamento da memória é vital para a melhora de sua qualidade de vida e, para que, o cuidador possa continuar a prestar o cuidado com qualidade sem apresentar sintomas de depressão e ansiedade. Cabe ressaltar, também, que essa iniciativa vai ao encontro da intenção de se levar estímulo cognitivo e relacionamentos sociais a idosos com CCL, principalmente por conta da possibilidade de amenizar a taxa de conversão para a Doença de Alzheimer nesta população.



## 2. Revisão da Literatura

Este capítulo retrata os aspectos da Cognição e Comprometimento Cognitivo, dos cuidadores idosos e a intervenção baseada em Educação em Saúde.

### 2.1 Cognição e Comprometimento Cognitivo Leve

A cognição funciona como a capacidade que o indivíduo tem de interagir com o meio onde está inserido. Além disso, se relaciona ao funcionamento intelectual e é responsável pelos atos, sentimentos, fala, conhecimento, lembranças e pensamentos, além da aquisição, armazenamento e manejo de conhecimento (REISBERG, 2010). A cognição também pode ser definida como uma habilidade do indivíduo em aplicar o que ele aprende em momentos diferentes, processando informações e aprendizados. É subdividida em funções cognitivas, ou domínios cognitivos, os quais são denominados atenção, orientação, memória, linguagem, raciocínio, funções executivas, organização visuoespacial e resolução de problemas (ABREU, TAMAI, 2006).

O envelhecimento senescente afeta de forma distinta o funcionamento de todos os sistemas do organismo, sendo o Sistema Nervoso Central um dos mais afetados por esse processo. Isso se dá pelo desenvolvimento de alterações no sistema de neurotransmissores e hipotrofia cerebral. Essas alterações acontecem principalmente nas regiões responsáveis pelas funções cognitivas, como os lobos frontal e temporal, incluindo o sistema límbico (MEIRELES et al., 2010; ESQUENAZI, SILVA, GUIMARÃES, 2014). Com isso, é comum observar desde mínimos até significativos prejuízos cognitivos nos idosos (CRUZ et al., 2015).

Segundo Bezerra et al. (2016), a relação entre envelhecimento e cognição vem sendo estudada há algum tempo. Ainda, o declínio do processamento cognitivo no idoso, é justificado pela dificuldade em manipular e tratar informações visuais e espaciais, memorizar, em encontrar palavras mais adequadas ao contexto, assim como executar duplas tarefas (BEZERRA et al., 2016).

Este declínio no processamento cognitivo estaria ligado às mudanças ocasionadas pelo envelhecimento em relação ao sistema nervoso no plano neuroanatômico – redução da massa cerebral; neurofisiológico – diminuição do número e do tamanho dos neurônios e perda da eficácia dos contatos sinápticos; e neuroquímico – redução da concentração de neurotransmissores, por exemplo, a dopamina. Essas alterações podem ser observadas pela

redução da velocidade de processamento, de selecionar informações e na diminuição da realização de tarefas cognitivas, que acarretam consequências negativas para a qualidade de vida dos idosos e das pessoas de seu convívio (SKA et al., 2010).

A função cognitiva referencia-se ao processamento de informação incluindo percepção, aprendizagem, memória, atenção, vigilância, raciocínio, resolução de problemas e funcionamento psicomotor (ANTUNES et al., 2006). Por isso se destaca a importância da identificação dessa perda cognitiva por meio de testes cognitivos, a fim de averiguar o grau do impacto na independência, autonomia e na qualidade de vida do idoso (MORAES, DAKER, 2008).

É importante ressaltar que apesar de ser esperado, o declínio cognitivo acontece de maneira heterogênea e individual, e isso se dá pelas diferenças relacionadas a fatores culturais e hábitos de vida que a pessoa teve ao longo do processo de envelhecimento, como hábitos de saúde, alimentação, fatores ambientais, socioeconômicos e até mesmo genética, associados à cognição e seus desdobramentos (BJORKLUND, 2015).

O termo Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) é utilizado para descrever o desempenho cognitivo inferior ao esperado para a idade, o que se diferencia da demência pelo fato do indivíduo ainda preservar relativamente a capacidade de executar funcionalmente suas atividades de vida diária (MATTA et al., 2014; PARAIZO et al., 2016).

O CCL é considerado um estágio pré-demencial, cuja característica principal é o comprometimento da memória episódica – como esquecimentos relacionados a situações cotidianas -, sem outros déficits cognitivos e funcionais (MENEZES et al., 2016). Representa um risco aumentado de desenvolver a Doença de Alzheimer, entretanto, nem todos os indivíduos com essa condição avançam para um quadro demencial (CHAVES et al., 2009; RADANOVIC, STELLA, FORLENZA, 2015).

O termo Transtorno Neurocognitivo Leve (DSM V, 2014) é mais adequado atualmente para referir pacientes que apresentam características de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), porém optou-se neste presente estudo a terminologia CCL por estar mais difundida e por ser considerada um descritor da busca de artigos para o embasamento teórico.

A importância clínica dessas alterações ocasionadas pelo CCL, tende a ser criteriosamente valorizada na medida em que elas passam a deflagrar impacto desfavorável no desempenho das atividades ocupacionais e sociais do indivíduo. A caracterização diagnóstica do CCL implica na ocorrência de queixas de memória episódica ou de alterações em outros domínios cognitivos relatados pelo próprio paciente. Além disso, é necessária a corroboração desses eventos por parte de um informante e, por fim, a confirmação por meio de avaliação

neuropsicológica (PETERSEN et al., 1999; RADANOVIC, STELLA, FORLENZA, 2015).

Porém, o estudo de Gauthier et al. (2006), indicou critérios mais abrangentes quanto ao diagnóstico do CCL. Esses critérios aumentaram o número de pessoas com esse diagnóstico, e não consideravam apenas a queixa de memória do indivíduo. Dessa maneira, as pessoas com CCL são as que apresentam alguma alteração cognitiva (autorrelatada ou informada por terceiros), atividades instrumentais diárias inalteradas e, desempenho cognitivo inferior a de pessoas saudáveis e superior aos que tenham demência.

De acordo com Luck et al. (2010) a incidência anual de CCL tem variado com taxas de 51 a 77 por 1.000 idosos. Em outro estudo, Petersen et al. (2010) constataram a prevalência geral de CCL em 16%, sendo que o subtipo amnésico foi de 11,1% e não-amnésico de 4,9%. No Brasil, existem poucos estudos epidemiológicos acerca de idosos com CCL (RADANOVIC, STELLA, FORLENZA, 2015). Um trabalho de Chaves et al. (2009), mostrou que a cada 1000 idosos, da região sul do país, 13 têm CCL.

O diagnóstico de CCL é feito por critérios clínicos, e os exames pedidos pelos médicos identificam pessoas com o maior risco iminente a demências e as possíveis causas desse estado a fim de tratá-las, já que a etiologia do CCL pode se dar por vários fatores como polimedicação, depressão e até mesmo doenças clínicas não controladas (hipertensão arterial, hipotireoidismo, diabetes, por exemplo). Quanto aos fatores de risco, sabe-se que níveis baixos de escolaridade, presença de doença cerebrovascular e idade avançada, têm relação com a incidência de CCL na população (LUCK et al., 2010; RADANOVIC, STELLA, FORLENZA, 2015).

Sabe-se que o avanço do CCL para o quadro demencial depende muito do tipo de CCL (RADANOVIC, STELLA, FORLENZA, 2015). De acordo com Forlenza et al. (2013), o número de funções cognitivas alteradas observadas no indivíduo é importante para o diagnóstico de CCL. Alterações de memória episódica, tais como esquecimentos relacionados às situações da vida cotidiana, e outras alterações cognitivas envolvendo atenção, linguagem, orientação no tempo e no espaço, reconhecimento de ambientes e pessoas bem como, organização e planejamento de pensamentos e ações podem fazer parte das características clínicas do CCL (RADANOVIC, STELLA, FORLENZA, 2015).

Existem dois tipos de CCL, o amnésico e não-amnésico. O Comprometimento Cognitivo amnésico (CCLa) é o que apresenta maior risco para DA e basicamente é tido pelo declínio identificado na memória. Esse tipo pode ocorrer em domínio único (exclusivamente na memória) ou em múltiplos domínios (memória + outras funções cognitivas). Já o Comprometimento Cognitivo do Tipo Não-Amnésico (CCLn-a) tem como domínio mais

afetado a linguagem; também subdividido em dois, pois pode ocorrer em domínio único, em que a linguagem ou as funções executivas são alteradas) ou de múltiplos domínios (linguagem + outras funções) (ZHENG et al., 2012).

Em um estudo realizado por Diniz et al. (2008) uma amostra de idosos da cidade de São Paulo foi analisada quanto ao perfil neuropsicológico dos subtipos de comprometimento cognitivo leve, amnésico, não-amnésico e múltiplos domínios. Foi encontrado que um terço dos idosos que frequentavam o local da pesquisa enquadrava-se nos critérios clínicos para CCL e 60% deles era CCL de múltiplos domínios, 30% CCL amnésico e 10% CCL não-amnésico. Já no estudo de Petersen et al. (2010) identificaram que a prevalência de CCL amnésico foi de 11,1% e de CCL não-amnésico, de 4,9%.

Quando se trata de taxas de progressão para demências, pessoas cognitivamente saudáveis têm propensão a desenvolverem demências, cerca de 1 a 2%. Em compensação, aproximadamente 10 a 12% dos sujeitos com CCL amnésico têm risco elevado de terem demência no intervalo de um ano, sobretudo a DA (PETERSEN et al., 2001; ALBERT et al., 2011).

Em um estudo longitudinal, 1107 mulheres idosas, com média de 70 anos, foram acompanhadas após a primeira avaliação. Destas idosas, 52,8% evoluíram de queixas subjetivas de memória para CCL ou demência, enquanto o grupo controle (sem queixas subjetivas de memória) apenas 38% evoluíram para estes quadros (KAUP et al., 2015).

De acordo com Petersen et al. (2001), alguns estudos anteriores sugerem fortemente que o CCL é reversível e a modificação dos fatores de risco pode potencialmente retardar o declínio cognitivo, evitando assim o aparecimento da demência. Esses fatores modificáveis geralmente incluem treinamento cognitivo, nutricional e estilo de vida e comportamental (BROWN et al., 2009)

Estes números revelam a importância de uma intervenção preventiva e precoce para indivíduos acometidos pelo CCL.

## **2.2 Cuidadoras idosas**

Para um maior entendimento do termo cuidador o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) sugere a seguinte classificação: Cuidador Formal, pessoa maior de idade, com ensino fundamental e/ou médio completo, que fora submetido a treinamento específico em instituição oficialmente reconhecida, faz a conexão entre o idoso, a família e os serviços de saúde ou da comunidade e que geralmente exerce atividade remunerada no

domicílio ou em instituição de saúde; Cuidador Profissional é aquele com diploma de ensino superior, conferido por instituição de ensino reconhecida e que presta assistência profissional ao idoso, à família e à comunidade; e Cuidador Informal é o indivíduo com ou sem vínculo familiar, não remunerado e que presta cuidados à pessoa idosa no domicílio (BRASIL, 1998).

A predominância do número de mulheres idosas sobre o de homens é um fenômeno comumente observado na dinâmica demográfica mundial. Esse padrão demográfico deu origem ao termo feminização na velhice, que no Brasil, segundo o censo demográfico de 2014, atinge 55,82% (IBGE, 2014; KÜCHEMANN, 2012).

A família, de modo geral, é reconhecida como o centro da prestação de cuidados materiais, instrumentais e emocionais aos idosos que deles necessitam. Atualmente, é visto que, a probabilidade de que idosos sejam cuidados por outros idosos é cada vez maior, devido ao aumento da expectativa de vida (TOMOMITSU, PERRACINI, NERI, 2013).

Com isso, segundo Tomomitsu, Perracini e Neri (2013), cuidadores idosos têm mais problemas de saúde, mais depressão e menor satisfação com a vida. Ademais, recebem menos apoio social do que idosos que não são cuidadores. Em uma meta-análise de Pinquart e Sörensen (2007), identificou-se que cuidadores idosos que recebem pouco apoio social tendem a apresentar níveis mais baixos de saúde subjetiva, mais sintomas depressivos e maior procura por serviços de saúde quando comparados com cuidadores não idosos.

Em relação às atribuições de gênero, as mulheres são os cuidadores familiares mais prováveis. Normalmente, essas mulheres cuidadoras são cônjuge ou filhas dos idosos que são alvos do cuidado (PINQUART, SÖRENSEN, 2011; TOMOMITSU, PERRACINI, NERI, 2013). O cuidado na população brasileira está intrinsecamente ligado a questões de sexo. Cultural e socialmente, considera-se característica feminina, adaptar-se às exigências dos familiares, prover assistência e organização da vida familiar, em virtude de exercer cuidado dos filhos, atividades domésticas e familiares e, com isso, estar preparada para exercer o referido papel, em contraposição o homem deve ser o provedor financeiro da família (BORGHI et al., 2013; CESÁRIO et al., 2017).

De acordo com o estudo realizado por Collière (1989), a prática das mulheres no exercício do cuidar de familiares têm raízes históricas. O sentido original do papel de cuidadora nas práticas das mulheres, no âmbito familiar, se traduziu em diferentes modos de identificação à medida que os tempos evoluíam. Começaram com a fecundidade e são modeladas pela herança cultural do cuidado a cargo da mulher para prover proteção, nutrição e abrigo para garantir a manutenção da vida do grupo e da espécie (COLLIÈRE, 1989).

No estudo realizado por Cachioni et al. (2011), os autores referem que a

responsabilidade feminina é acentuada pelo fato de que na maioria dos países ocidentais, as esposas geralmente têm maior expectativa de vida do que os cônjuges, além de serem mais jovens que seus esposos. Contudo, vale ressaltar que a população feminina em relação à masculina, também se predispõe mais a participar de grupos de apoio, para que possa compartilhar suas dificuldades e seus aprendizados, o que pode também justificar a predominância das mulheres (CESÁRIO et al., 2017).

De acordo com Pinquart e Sörensen (2006), uma questão demográfica e epidemiológica relevante para as famílias e sociedades é o fato de que as mulheres idosas tendem a apresentar mais doenças crônicas, incapacidades e sintomas depressivos do que os homens idosos. Este fato associado à idade avançada e ao gênero feminino pode interagir com a prestação de cuidado, prejudicando a qualidade de vida dessas idosas cuidadoras (TOMOMITSU, PERRACINI, NERI, 2013).

O Guia Prático do Cuidador, publicado em 2008 pelo Ministério da Saúde, reforça ainda que, os cuidadores devem realizar pelo idoso somente o que ele não consegue realizar sozinho, acompanhando-o, auxiliando-o a se cuidar, e não deve realizar técnicas e procedimentos específicos de profissões legalmente estabelecidas (BRASIL, 2008).

Além de ser uma tarefa motivada por normas sociais, o cuidador se sente cumpridor de uma obrigação social e moral em que predomina um dever de reciprocidade, necessidade de evitar sentimento de culpa e uma relação empática e afetiva entre o cuidador e o idoso (HEDLER et al., 2016). O cuidado ao idoso, independente do indivíduo que o realiza, é relatado tanto na perspectiva positiva como a retribuição de papéis, a sensação de utilidade e a possibilidade de permanecer ao lado da pessoa amada, quanto de aspectos negativos como a sobrecarga física, emocional e financeira, por exemplo (NERI, 2006).

Em um estudo sobre dor crônica de idosos cuidadores com diferentes níveis de fragilidade, Morais et al. (2016) concluíram que a tarefa de cuidar é complexa e demanda uma boa saúde do cuidador. Porém, quando necessário, idosos que apresentam alguma fragilidade e vulnerabilidade são os que desempenham esse papel.

Em um estudo realizado no Brasil, estudo SABE (Saúde, Bem estar e Envelhecimento), foi visto que cuidadores idosos inseridos em contexto de pobreza estão mais expostos à situações de vulnerabilidade (DUARTE et al., 2010). Com o aumento do número de idosos cuidadores de outros idosos, este fator acarreta em maiores prejuízos à qualidade de vida e ao bem-estar desses idosos. Além disso, esses idosos cuidadores podem estar acometidos por comorbidades, o que pode prejudicar no cuidado oferecido (SANTOS, PAVARINI, 2010).

Os cuidadores são vistos como um recurso no oferecimento de cuidado ao idoso,

contudo eles também possuem suas necessidades e problemas de várias ordens, por isso são denominados como pacientes ocultos (CAMARGO, 2010; LUCHESI, 2015). Este fato se dá, pois à medida que o cuidador é idoso e também vai adquirindo incapacidades, desenvolve mais dificuldade para cuidar de si e desempenhar seu papel de cuidador (RODRIGUES, WATANABE, DERNTL, 2006; LUCHESI, 2015).

Atentar-se às peculiaridades desse novo perfil de cuidadores de idosos, que cresce a cada dia, alude na compreensão entre os processos relativos ao envelhecimento pessoal do cuidador e fatores associados às exigências que o papel de cuidador impõe, desafiando seus potenciais adaptativos (ALVES, 2016).

### **2.3 Educação em Saúde**

Um dos desafios atuais na área da gerontologia no Brasil é a implementação de propostas educativas e cuidativas direcionadas aos cuidadores de idosos e também aos profissionais que os atendem, para que estes estejam adequadamente preparados para acompanhá-los (LUCHESI, 2015).

A educação em saúde como intervenção acontece mais comumente em populações pobres e desfavorecidas sócio-econômico-culturalmente. Isso ocorre porque há uma hipótese de que os diversos problemas relacionados à saúde são resultantes do baixo nível educacional da população, e dessa forma as ações educativas tornam-se instrumentos de medidas de correção e informação. Assim, a utilização da prática pedagógica em saúde leva à aquisição de novos comportamentos e práticas. Desse modo, os comportamentos considerados inadequados são explicados como decorrente de um déficit cognitivo e cultural, sendo esses evoluídos para melhora por meio de informações científicas e troca de saberes. Quando ocorre a relação entre o saber aplicado e o comportamento, a educação torna-se efetiva (GAZZINELLI et al., 2005).

Para que as ações educativas como estratégia de intervenção ocorram de forma efetiva, é necessário que o profissional responsável pelo grupo adote uma postura mais sensível a fim de detectar possíveis demandas dos pacientes. Por meio do diálogo, o profissional pode identificar dúvidas, saberes, crenças, necessidades e questionamentos dos indivíduos. Com isso, a educação em saúde leva à aquisição de novos comportamentos e práticas que promovem a saúde (MENEZES JUNIOR, 2011; DIAS et al., 2016).

Definida como um conjunto de saberes e práticas, a educação em saúde, constitui um dos alicerces que sustentam a atuação efetiva dos profissionais de saúde. Além disso, deve tomar como ponto de partida, o que se chama de teoria da transmissão, a qual parte do

pressuposto de que as ideias e conhecimentos são pontos extremamente importantes para esta prática. Os profissionais de saúde envolvidos devem oferecer espaços para reflexão e compreensão das dificuldades e dúvidas enfrentadas pelo sujeito e sua família (BARBOSA et al., 2010; DEL ANTONI et al., 2016)

A educação em saúde é um processo dinâmico, no qual é esperado que os sujeitos a considerem como um valor, incentivando a boa utilização dos serviços, além de estimulá-los por meio de suas próprias ações (NEUWALD, ALVARENGA, 2005; DEL ANTONI et al., 2016).

De acordo com Grandes et al. (2010), a educação em saúde se concentra em estratégias destinadas a ampliar os conhecimentos, a motivação, além de habilidades para a mudança de comportamento do sujeito, com o intuito de melhorar a saúde do indivíduo tanto físico, quanto social e ambiental.

A educação em saúde voltada para a mudança do comportamento e estilo de vida é amplamente recomendada para a maioria das doenças crônicas e condições degenerativas. Além disso, é uma estratégia de prevenção secundária para prevenir a progressão da doença nos idosos. A ES tem como benefícios a capacidade de contribuir para uma melhor saúde, produtividade, autossuficiência, qualidade de vida e expectativa de vida (DREWNOWSKI, EVANS, 2001; KIM, JUNE, SONG, 2007).

Na análise feita no estudo de Pereira e Soares (2015), verificou-se que há evidências de que o bem-estar psicológico dos cuidadores, depressão, e os resultados sociais melhoraram após intervenções do grupo de apoio, compreendendo o apoio mútuo e educação.

No estudo de Cerqueira e Oliveira (2002), em Botucatu/SP, foi realizado um programa de apoio aos cuidadores de idosos no Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), proporcionando melhores condições no atendimento familiar aos pacientes, com a técnica de educação em saúde e discussões em grupo. Este estudo teve como resultado a melhora na percepção dos sentimentos dos cuidadores, bem como uma possibilidade de compartilhá-los. Além disso, foi verificada uma demanda necessária para novas direções para pesquisa nessa área e a criação de um Centro-Dia na cidade após a observação das necessidades encontradas nesta pesquisa (CERQUEIRA, OLIVEIRA, 2002).

Estes estudos contribuem para a elaboração de modelos de estratégias educativas que foram eficazes, e que devem ser disseminadas em prol da melhora da qualidade de vida e de modos de viver da população que envelhece.



### 3. Justificativa

Como visto, o Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) pode ser uma forma sintomática inicial da doença de Alzheimer, com isso pode afetar diretamente nas condições de saúde desses indivíduos.

Associado ao diagnóstico de CCL, o fato de ser cuidador e as demandas de cuidados a que os cuidadores estão expostos ocasionam uma série de complicações, as quais podem interferir negativamente na qualidade de vida desses indivíduos. Conhecer a capacidade cognitiva, o humor, e a qualidade de vida dos cuidadores é de extrema importância no planejamento de intervenções voltadas à saúde deles.

Além disso, tendo em vista o impacto dos déficits cognitivos, dos sintomas depressivos e de ansiedade sobre a qualidade de vida dos cuidadores, assim como o aumento dos gastos com os serviços de saúde, torna-se necessária essa investigação.

No Brasil, o número de idosos cuidadores de outros idosos tem aumentado. Diante desse cenário faz-se de extrema importância que os cuidadores idosos estejam em condições de oferecer cuidados de boa qualidade

Ao mesmo tempo, apesar de sua singularidade, não há descritores específicos nas bases de dados para idosos cuidadores. Isso dificulta uma maior compreensão das necessidades e das repercussões do ganho desse papel que ocorre paralelamente aos declínios próprios do envelhecimento.

Nessa perspectiva, o presente estudo fez-se relevante, pois verificou os efeitos da Educação em Saúde em cuidadoras idosas com CCL, uma vez que, esse tipo de intervenção pode diminuir sintomas depressivos e ansiosos, melhorar o funcionamento cognitivo e a qualidade de vida. Além disso, contribui com estudos sobre intervenções com cuidadores, visto a escassez de pesquisas sobre este tipo de intervenção para esse público.

#### 4. Objetivos

Geral:

- Analisar a eficácia de um programa de educação em saúde grupal, composto de atividades educativas e combinado com dinâmicas em grupo, sobre sintomas depressivos, de ansiedade, cognição global e seus domínios e qualidade de vida de cuidadoras idosas com CCL.

Específicos:

- Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde de cuidadoras idosas com CCL;
- Avaliar a capacidade cognitiva, humor e qualidade de vida de cuidadoras idosas antes e após a intervenção;
- Construir um modelo de roteiro para aplicação de Educação em Saúde com dinâmicas de grupo para cuidadores idosos com CCL.

## **5. Método**

### **5.1 Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo quase experimental, com grupo controle e avaliação pré e pós-intervenção, baseado nos pressupostos quantitativos de investigação.

### **5.2 Local, população e equipe do estudo**

Os sujeitos com CCL do Grupo Educação em Saúde (GES) e do Grupo Controle (GC) foram derivados do Ambulatório de Neurologia Cognitiva e Comportamental (ANEU) da Universidade Federal de uma cidade do interior do Estado de São Paulo (SP). O referido ambulatório iniciou suas atividades em 2010, e atualmente funciona em um Centro de Especialidades Médicas (CEME), referência no município para tratamentos e acompanhamento de doenças crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS). No ANEU são atendidos, em média, por ano, cerca de 350 idosos com casos neurológicos de diversas etiologias, predominando as demências (60%). O diagnóstico dos idosos foi realizado pelo neurologista do ambulatório, que considerou o histórico, os critérios do exame do DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais - Quarta Edição). As investigações laboratoriais e a neuroimagem foram realizadas sempre que necessário.

As oficinas foram realizadas na Universidade Aberta da Terceira Idade (UATI) em uma cidade do interior paulista, a qual tem vinte anos de existência e é um projeto público baseado na comunidade, da Fundação Educacional São Carlos (FESC) do município mencionado, pelo fato de ser próxima ao ambulatório e por ser um local de fácil acesso para os idosos. As oficinas aconteceram durante o primeiro semestre do ano de 2016, no período de março a junho, todas as quartas-feiras, no horário de 14h às 15h, em uma sala apropriada, com mesas, cadeiras, lousa, projetor para o desenvolvimento dos encontros.

A equipe do estudo foi composta pela autora principal desse trabalho, por mais dois alunos de pós-graduação formados em Gerontologia e dois alunos do último ano de graduação do curso de Gerontologia membros do grupo de pesquisa coordenado pela orientadora desse trabalho. Todos foram previamente treinados para a aplicação do protocolo de coleta de dados e para o desenvolvimento da intervenção.

Todo o material utilizado para a realização das oficinas foi adquirido por financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Muitos foram confeccionados pela própria equipe de pesquisa.

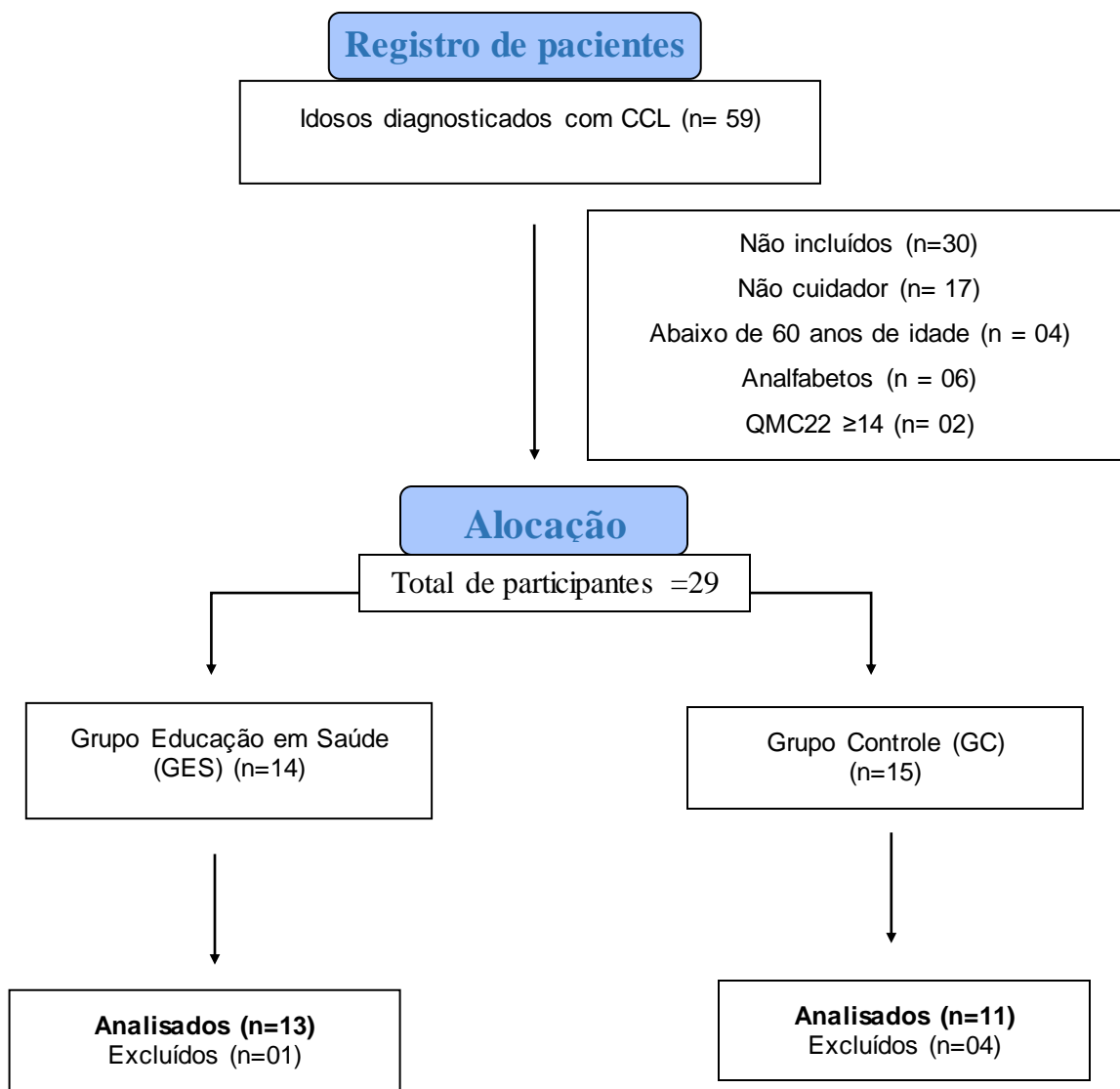
Os critérios de inclusão da pesquisa foram: Idade igual ou superior a 60 anos; ter o

diagnóstico clínico comprovado de CCL por meio do encaminhamento médico do ANEU; ser cuidador familiar não remunerado; ter capacidade de compreender as informações fornecidas pelos pesquisadores durante a coleta de dados; ter 75% de presença nas oficinas.

Os critérios de exclusão foram: Transtornos mentais graves ou doenças sistêmicas não tratadas que impossibilitassem a participação; déficits auditivos e visuais não corrigidos que dificultassem a realização dos testes cognitivos; ser analfabeto; possuir pontuação maior ou igual a 14 no instrumento QMC-22 (Questionário de Mudança Cognitiva-22) que, de acordo com Damin (2011), pode ser utilizado tanto em uma triagem cognitiva como no auxílio diagnóstico para distinguir um paciente com CCL e demência.

Considerou-se cuidador, nesta pesquisa, aquele idoso que presta o cuidado elementar a um familiar, sem remuneração, por pelo menos um ano, e que executa pelo menos um dos cuidados atribuídos na definição de cuidador divulgada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), a saber: auxílio no exercício das atividades de vida diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços que requeiram no cotidiano.

A Figura 1 contém o fluxograma dos participantes com CCL, que fizeram parte desse estudo, tanto no Grupo Educação em Saúde (GES) quanto no Grupo Controle (GC). Foram encaminhados para a UATI 59 idosos com diagnóstico de CCL do ANEU. Foi realizado telefonema para cada indivíduo explicando os objetivos dessa pesquisa e ao mesmo tempo responderam a algumas perguntas sobre idade, escolaridade, o QMC-22 e se exercia o papel de cuidador. Após essa primeira etapa, 30 idosos foram excluídos, por não serem cuidadores (n=17), por terem idade inferior a 60 anos (n=4), por serem analfabetos (n=6), por pontuarem acima de 14 pontos no QMC-22 (n=2). Com isso, 29 participantes foram convidados para participar da intervenção e destes, 14 aceitaram participar para esta oferta da oficina e 15 optaram para participarem em um outro momento (lista de espera), compondo assim o GC. No final, foram analisados 24 participantes, sendo 13 no GES (excluída uma idosa por desistência) e 11 no GC (excluídas quatro idosas por mudança de telefone/endereço).



**Figura 1.** Fluxograma das cuidadoras idosas com diagnóstico de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) participantes, de acordo com as recomendações fluxograma CONSORT, 2010.

A amostra foi estimada, a priori, considerando  $\alpha = 0,05$ , e poder de 80%. Assim, obteve-se um cálculo de 44 indivíduos (22 para cada grupo). Porém, com a dificuldade de se captar tamanha amostra com idosos diagnosticados com CCL, em um curto período de tempo, optou-se por manter a amostra final de 24 idosos (13 GI e 11 GC), cujo poder atingido para um nível de significância de 0,05 foi de 76,3 %.

### 5.3 Avaliação dos sujeitos

Após a alocação dos participantes, foi realizada uma avaliação aplicando-se o protocolo da pesquisa. O protocolo de avaliação pré e pós intervenção foi composto pelos seguintes instrumentos: Questionário Inicial; Qualidade de Vida (WHOQOL-bref); Inventário de Ansiedade de Beck (BECK et al., 1988; CUNHA, 2001); Inventário de Depressão de Beck (GORENSTEIN, ANDRADE, 1998); ACE-R (CARVALHO; BARBOSA; CARAMELLI,

2010); Escala de Queixa de Memória (EQM) (VALE et al., 2012); Questionário de Mudança Cognitiva (QMC-22) (DAMIN, 2011).

A seguir, apresenta-se a descrição dos instrumentos utilizados.

- Questionário Inicial, foi criado para a caracterização dos cuidadores. É composto pelas seguintes informações: nome, endereço residencial, telefone, data de nascimento, idade, escolaridade, renda, atividades que exerce para o idoso, suporte, problemas de saúde atuais, antecedentes patológicos, medicamentos de uso regular, altura, peso, Índice de Massa Corporal (IMC), consumo de bebida alcoólica, tabagismo e hábitos alimentares diários.

- Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), este instrumento foi validado no Brasil por Cunha (2001), e avalia sintomas comuns de ansiedade a partir de uma lista de 21 sintomas com quatro alternativas cada um, em ordem crescente do nível de ansiedade. A nota de corte validada corresponde de 0-10 pontos, indicando sintomas mínimos ou ausência de ansiedade; 11-19, indicando sintomas leves de ansiedade; 20-30, sintomas moderados; e 31-63, indicando sintomas graves. A ansiedade é considerada clinicamente importante a partir do grau leve (BECK et al., 1988; CUNHA, 2001).

- Inventário de Depressão de Beck (BDI), é uma escala sintomática de depressão. Constitui-se por um questionário com 21 itens, de múltipla escolha, com quatro alternativas, cada uma com escore variando de zero a três pontos. A soma de pontos fornece um escore total que indica a intensidade da depressão, variando entre os níveis: mínimo, leve, moderado e grave (BECK et al., 1988). No Brasil, foi realizado extenso trabalho para desenvolvimento de uma versão em português do BDI e estudo de suas propriedades psicométricas, com autorização de *The Psychological Corporation* e apoio da Casa do Psicólogo 17. A classificação da intensidade da depressão, com base nos escores do BDI, conforme normas brasileiras, é: mínimo (0-11), leve (12-19), moderado (20-35), grave (36-63) (CUNHA, 2001). Há diferentes propostas de distintos pontos de corte para distinguir os níveis de depressão pelo BDI, que dependem da natureza da amostra e dos objetivos do estudo (GORESTEIN, ANDRADE, 1998)

- Escala de Queixa de Memória (EQM), um instrumento composto por sete perguntas graduais de intensidade crescente (0, 1 e 2). Seu objetivo é rastrear sistematicamente a queixa de memória. Sua pontuação varia de 0 a 14 pontos, mínima e máxima, respectivamente. A escala está dividida em níveis de queixa de memória, que variam de acordo com a pontuação obtida: Sem QM (0-2); QM Leve (3-6); QM Moderada (7-10); QM severa (11-14). A escala possui duas versões, uma para ser aplicada ao sujeito avaliado (EQM-A), e a outra ao seu acompanhante ou cuidador (EQM-B). Ela foi elaborada no ano de 2012, no Brasil, por Vale,

Balheiro-Jr. e Silva Filho (VALE et al., 2012).

- Questionário de Mudança Cognitiva (QMC-22), composto por 22 questões foi construído e validado a partir das características da população brasileira (DAMIN, 2011). Escores  $\geq 8$  são sugestivos de demência em uma amostra geral, mas na avaliação de pacientes com quadro clínico cognitivo diagnosticado e que se queira diferenciar entre CCL e demência, a nota de corte indicada é de  $\geq 14$ . Este instrumento foi utilizado na triagem para o rastreamento dos participantes da atual pesquisa, como critério de exclusão para aqueles com nota  $\geq 14$ .

- Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R) é uma bateria de avaliação cognitiva breve. Foi desenvolvido por pesquisadores do Serviço de Neurologia Cognitiva da Universidade de Cambridge, Reino Unido, em 2000. Foi adaptado para Português do Brasil e validado (CARVALHO, CARAMELLI, 2007). Esta ferramenta objetiva avaliar seis domínios cognitivos separadamente: orientação, atenção, memória, fluência verbal, linguagem e habilidade visual-espacial. As pontuações relativas a cada um dos seis domínios cognitivos podem ser calculadas separadamente, e a sua soma corresponde a pontuação total do participante no ACE-R (100 pontos). Dentro deste total, 30 pontos são referentes à pontuação no Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Um estudo recente confirmou que a versão brasileira da ACE-R mantém alta precisão na identificação de doença de Alzheimer, e as notas de corte para a bateria completa e para o MEEM (ACE-R) foram definidas como:  $<78$  pontos para bateria completa e  $<25$  para o MEEM (CARVALHO, BARBOSA, CARAMELLI, 2010).

- WHOQOL-bref, desenvolvido devido a necessidade de instrumentos curtos e de rápida aplicação, mas que apresentem características psicométricas satisfatórias. Essa necessidade fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref (THE WHOQOL GROUP, 1998) um instrumento de avaliação da qualidade de vida. Foi validado no Brasil por Fleck et al. (2002). O instrumento contém 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as outras 24 representam cada uma das 24 facetas contidas no instrumento original e divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Dessa maneira, no WHOQOL-bref cada faceta é avaliada por apenas uma questão diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões (FLECK et al., 2002).

## 5.4 Intervenção

Foram realizados 20 encontros, semanalmente, às quartas-feiras às 14h com duração de uma hora, que ocorreram no primeiro semestre de 2016 na UATI. Os encontros foram divididos

em 10 dinâmicas e 10 aulas, aplicadas de forma grupal. Para o protocolo de intervenção, utilizou-se estratégias ativas de educação em saúde e no segundo encontro com as idosas, foi solicitado que as mesmas levantassem assuntos de interesse a fim de participarem do planejamento do cronograma e incentivar a participação ativa e integração do grupo. Em uma folha cada participante escreveu dois temas que gostariam que fossem abordados, totalizando 24 diferentes temas, sendo que alguns temas se relacionavam ou eram repetidos. Dessa forma, foram elencados os 10 temas mais citados. Os temas foram trabalhados, semanalmente durante 60 minutos, sendo que nos primeiros 15 minutos era permitida a roda de conversa, trocas de experiências e dúvidas das participantes, e posteriormente, era feita a apresentação do tema pelo pesquisador responsável. A apresentação era feita por aula expositiva, de forma dinâmica, com perguntas sobre conhecimentos prévios dos participantes sobre cada tema, e montada no programa PowerPoint® (Microsoft Corp., Redmond, WA, EUA), com figuras coloridas, e algumas com depoimentos ou reportagens de curta metragem. As aulas eram montadas embasadas da literatura atual, pela pesquisadora principal, compartilhada com o grupo de pesquisa o qual analisava e dava sugestões, caso eram necessárias.

Uma semana anterior à aula a ser apresentada, era realizada uma dinâmica de grupo pertinente ao tema, para promover a participação ativa das integrantes e facilitar o aprofundamento de cada discussão na perspectiva reflexão-ação. Para o desenvolvimento das dinâmicas foi utilizado como base o livro “Dinâmicas para idosos: 125 jogos e brincadeiras adaptados” (CARVALHO, 2014).

Foi estimulada a expressão das possibilidades e limites das participantes na relação com novos conhecimentos e seus significados dentro do contexto de vida de cada um.

As aulas e dinâmicas foram aplicadas pela pesquisadora, na sua maioria, e quando foi necessário, uma aluna do último ano de graduação em Gerontologia, integrante do grupo de pesquisa, treinada, a substituiu.

As idosas cuidadoras do Grupo Controle (GC) não receberam intervenção neste período, apenas ligações quinzenais (com duração média de 5 minutos) para uma conversa sobre o estado de saúde, sua rotina e se estavam praticando alguma atividade de socialização. A pesquisadora responsável pelas intervenções foi quem realizou as ligações, utilizando-se de um roteiro estruturado com as informações acima citadas. Vale ressaltar que no último encontro do GES foi realizado um encerramento com café da tarde com interação das participantes e o GC foi convidado a participar.

No Quadro 1 estão esquematizadas as atividades de intervenção.



**Quadro 1** - Descrição das atividades dos grupos de intervenção (GES) e do grupo controle (GC), São Carlos, 2016.

Sessão	GES	GC
1	<b>Dinâmica 1</b> “Autoqualificação” e “Roda de Talentos”	---
2	Levantamento de assuntos de interesse	---
3	<b>Dinâmica 2:</b> Mitos e Verdades sobre o Envelhecimento	---
4	<b>Tema 1:</b> O que é Gerontologia?	Ligação
5	<b>Dinâmica 3:</b> Isso me recorda	---
6	<b>Tema 2:</b> Envelhecimento cognitivo (Memória/Esquecimento/ Alzheimer)	Ligação
7	<b>Dinâmica 4:</b> Retrospectiva do dia - Jogo- “cara a cara”	---
8	<b>Tema 3:</b> Exercícios para a memória	Ligação
9	<b>Dinâmica 5:</b> Feira livre	---
10	<b>Tema 4 e 5:</b> Diabetes/ Hipertensão/ Colesterol	Ligação
11	<b>Dinâmica 6:</b> Caminhar dançante	---
12	<b>Tema 6:</b> Atividade Física	Ligação
13	<b>Dinâmica 7:</b> Crachás afetivos	---
14	<b>Tema 7:</b> Saúde Emocional	Ligação
15	<b>Dinâmica 8:</b> Caixa de surpresa	---
16	<b>Tema 8:</b> Hipertireoidismo/Hipotireoidismo	Ligação
17	<b>Dinâmica 9:</b> Roda corrente elétrica	---
18	<b>Tema 9:</b> Envelhecimento Musculoesquelético	Ligação
19	<b>Tema 10:</b> Alimentação: suplementação/medicamentos	---
20	<b>Dinâmica 10:</b> Receita saudável e café da tarde	Participação oficina

As dinâmicas trabalhadas estão descritas a seguir.

1) “Autoqualificação” e “Roda de talentos”

Os objetivos foram apresentação pessoal, identificação pelo nome das pessoas do grupo, integração e estimulação e revelação das qualidades individuais e um talento próprio. Todas as idosas cuidadoras e a pesquisadora confeccionaram um crachá que as identificaram

pelo nome, e uma qualidade escrita logo abaixo dele, para facilitar a identificação de todas do grupo. Essa dinâmica de apresentação foi realizada com o intuito de estimular a expressão afetivo-verbal, integração grupal, reforço de autoconceito, criatividade, atenção e linguagem. As idosas interagiram e apontaram essa ação como importante para conhecerem uns aos outros.

## 2) “Mito ou verdade”

Essa dinâmica consiste em discutir mitos e verdades sobre o envelhecimento. Foram distribuídas placas em que em uma das faces estava escrito "MITO" e na outra "VERDADE", e assim, as idosas deveriam levantar a face que era de acordo com a opinião própria sobre as afirmações levantadas pela pesquisadora. As perguntas realizadas foram "Todo idoso tem demência?"; "Todos os idosos são iguais?"; "Idoso não consegue aprender nada novo?"; "Toda pessoa acima de 60 anos é considerada idosa?"; "Sofrer quedas, é normal do envelhecimento?"; "Idosos, mesmo que sem escolaridade, são sábios?"; "Idosos sentem mais frio que as outras pessoas?"; "É comum perder massa muscular com o envelhecimento?", "Idosos não podem namorar?" e "Idosos podem medicar-se por conta própria?". Essa atividade agradou muito o grupo e promoveu a interação entre elas, durante o primeiro encontro.

## 3) “Isso me recorda”

O objetivo foi exercitar a associação de ideias de forma lúdica, por meio da percepção e da atenção de cada idosa. Para isso, a pesquisadora pedia para que as participantes fizessem uma roda com as cadeiras e se sentassem. Eles deveriam dizer uma frase curta do tema que seria abordado no próximo encontro e, se possível, do cotidiano e/ou ambiente dos participantes. Por exemplo "eu sempre esqueço onde guardo minhas chaves". Uma pessoa tendo dito uma frase, a pessoa do lado deveria continuar uma história dando seguimento ao que a anterior falou. Assim, forma-se uma história ou relato baseado no tema a ser abordado no próximo encontro. Essa ação foi bem recebida e muito descontraída, o que aproximou ainda mais o grupo, estimulando a atenção, memória, linguagem e criatividade.

## 4) “Retrospectiva do dia e jogo “cara a cara”

Essa atividade teve por objetivo estimular a memória, linguagem, atenção e raciocínio lógico. As idosas deveriam relatar o dia anterior a atividade começando pela hora em que foram dormir; dizer o que comeram, quem viram, com quem conversaram, o que fizeram, descrever lugares onde foram, por exemplo.

Além dessa dinâmica, foi aplicado o jogo “Cara a Cara” da Academia da Mente da

marca Estrela, que tem como objetivo adivinhar qual personagem o adversário escolheu. Para isso, perguntas sobre as características do personagem sorteado como cor de cabelo, uso de óculos, gênero feminino ou masculino eram criadas para alcançar o objetivo. Este jogo estimula as habilidades cognitivas de atenção, memória e linguagem.

#### 5) “Feira livre”

Alguns produtos de supermercado foram levados e as idosas deveriam apontar os mais indicados a uma alimentação saudável, e os que eram pouco indicados ao processo de envelhecimento mais saudável. Além disso, foi realizado um jogo de associação entre os produtos do supermercado indicados a alimentação saudável com a categoria equivalente, apresentada de forma escrita em um cartaz colorido. Os cartazes com as categorias (frutas, legumes, verduras, laticíneos, cereais e grãos) eram distribuídos no chão da sala e as idosas, em grupo separavam os produtos de supermercado expostos na mesa. Por exemplo: a banana deveria ser colocada no cartaz da categoria “fruta”, o feijão no “grãos”, a aveia no “cereais”, entre outros). Esta dinâmica estimulou as habilidades cognitivas de memória, atenção, orientação, função executiva e raciocínio lógico. Junto com dinâmica foi conversado sobre a importância destes alimentos para uma dieta saudável, e prevenção de doenças crônicas como Diabetes, Hipertensão Arterial e Hipercolesterolemia, tema abordado na semana seguinte.

#### 6) “Caminhar dançante”

Foi trabalhado o equilíbrio, atenção e coordenação, função executiva. O objetivo foi potencializar a coordenação de movimentos por meio da mudança de ritmos. As idosas faziam uma roda e deveriam caminhar "de lado". O comando era feito para elas andarem para "direita" e para "esquerda", na ordem e ritmo da música tocada, além do mais, foi feita uma caminhada por toda a instituição. Tal atividade antecedeu o tema “Atividade Física” e a importância dele na prevenção de doenças na velhice.

#### 7) “Crachás afetivos”

Os objetivos foram a troca de afeto, aproximação, vínculo e descontração. Essa dinâmica foi realizada com o intuito de elucidar a importância de gestos afetivos para a saúde emocional. As idosas foram divididas em dois grupos: grupo provedor e grupo receptor. O grupo receptor colocava-se a frente, na posição de costas para o grupo provedor. Foram distribuídos crachás para cada integrante do grupo receptor, porém esses não podiam ser vistos,

apenas pelo grupo provedor. Sendo assim os crachás com os dizeres: “Me abrace!”, “Me beije!”, “Aperte a minha mão!”, “Me faça um carinho”, “Pergunte como eu estou!” e “Não faça nada comigo!”, foram colocados nas costas dos participantes do grupo receptor. Ao iniciar, cada um do grupo provedor passa por cada indivíduo do grupo receptor demonstrando afeto com a ação escrita no crachá correspondente. Dessa forma, uma pessoa do grupo apenas não recebeu nenhuma ação, para elucidar a temática saúde emocional a qual foi proferida na semana posterior.

#### 8) “Caixa de surpresa”

Nesta dinâmica as participantes ficaram na posição sentada e um por vez levantava-se e tirava um papel da caixa de surpresas, contendo os seguintes dizeres ou perguntas “dê uma dica de saúde para seus colegas”, “qual a diferença entre hipotireoidismo e hipertireoidismo?”, “hipotireoidismo é uma doença do envelhecimento?” Essa ação foi bem recebida e muito descontraída, o que levantou muitas dúvidas do grupo a respeito da temática, estimulando atenção, memória e linguagem e despertando interesse para a próximo encontro.

#### 9) “Roda corrente elétrica”

Estimulou-se a atenção, o contato, equilíbrio, integração grupal e função executiva. As idosas levantaram-se e formaram uma roda, dando as mãos. O comando era para que elas levantassem a mão, como se estivessem passando uma corrente elétrica por elas mesmos, mas somente a mão mencionada deveria ser erguida. Assim, o comando funcionava "A partir da Maria, levante a mão direita" e a Maria a primeira a levantar a mão direita e assim sucessivamente. Depois o comando mudava, "A partir da Ana, levantar a mão esquerda" e elas deveriam seguir a ordem. Houve bastante descontração e interação entre o grupo. A ideia era trabalhar principalmente o equilíbrio para prevenção de quedas, para anteceder a discussão da temática osteoporose, uma vez que quedas e osteoporose estão diretamente relacionadas.

#### 10) Receita saudável e café da tarde

Nesse dia, foi realizada uma confraternização de encerramento das atividades e foi oferecido um café da tarde saudável para os idosos, com as receitas dos lanches. Os alimentos eram bolo integral de cenoura, suco de abacaxi com a casca, pãozinho sem glúten e sem lactose, patê de sardinha, café e chá de hortelã.

Em relação ao Grupo Controle, as idosas foram convidadas a participar do último encontro, tendo a participação de 73% (n=08) das idosas para este grupo.

## 5.5 Aspectos éticos

Essa pesquisa foi formalmente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (número do parecer 874.213/2014) de uma Universidade Federal do interior do estado de São Paulo (CAAE 36462714.7.0000.5504). Foram respeitados todos os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/2012, regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde, assegurando aos participantes sua desvinculação da pesquisa no momento em que desejassem, assim como a manutenção do sigilo quanto às informações coletadas e da privacidade dos mesmos (BRASIL, 2012).

Antes de dar início à avaliação, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido juntamente ao idoso e duas vias assinadas por ele e pela avaliadora; uma delas era mantida com o idoso e a outra anexada a sua avaliação.

Além disso, este estudo foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) sob processo 2014/18896-3, no período de 2015 a 2017.

## 5.6 Análise dos dados

Os dados obtidos em todos os procedimentos foram armazenados em um Banco de Dados (BD) único, elaborado para esse fim com a utilização do aplicativo Excel 2010® (Microsoft Corp., Redmond, WA, EUA). O BD foi digitado por dois membros do grupo de pesquisa que não fizeram parte da etapa de avaliação dos idosos. Dessa maneira, ficaram responsáveis pela pontuação e pela digitalização dos dados diminuindo o risco de viés de pesquisa.

Cada sujeito foi identificado por números romanos, para garantir confidencialidade e sigilo. O BD foi gerenciado pela orientadora, pesquisadora responsável, para evitar rompimento de dados pelo múltiplo uso.

As análises estatísticas foram realizadas no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 21.0 (IBM Inc., Chicago, IL, EUA). Para construção de figuras, o *software Prism 6* (GraphPad Inc., La Jolla, CA, EUA) foi utilizado.

Primeiramente, o teste de Kolmogorov-Smirnov mostrou que os dados das variáveis dependentes (queixa de memória, cognição, sintomas depressivos e de ansiedade e qualidade de vida) não apresentaram tendências centrais e aderência à normalidade. Assim, testes estatísticos não paramétricos foram utilizados. As informações demográficas, de cuidado, saúde, testes cognitivos e psicológicos foram reportadas em porcentagem, média e desvio-padrão para os grupos educação em saúde e controle, nos dois momentos do estudo.

O Coeficiente de Correlação de Spearman ( $r_s$ ) foi utilizado para verificar associação entre os dados das variáveis dependentes do estudo. Duas matrizes de correlação foram criadas para representar o efeito da correlação para os dois momentos do estudo (Tabelas 6 e 7).

O teste de U Mann-Whitney para amostras independentes foi utilizado para comparar o ranking dos valores da mediana das variáveis do grupo educação em saúde e controle, em ambos os momentos do estudo. O Teste Exato de Fisher, recomendado para amostras pequenas, foi utilizado para comparação de proporção de variáveis categóricas do grupo educação em saúde versus grupo controle, nos dois momentos do estudo.

Para verificação do efeito da intervenção, para ambos os grupos, o teste de Wilcoxon Rank (Z) para amostra relacionadas foi utilizado comparando o ranque da mediana das variáveis contínuas, e do mesmo grupo, nos dois momentos do estudo. As associações significativas foram reportadas em ilustração (Figuras 2 a 7). Finalmente, o teste de McNemar para amostras relacionadas foi utilizado para comparar as proporções das variáveis categóricas nos dois momentos do estudo. O nível de significância  $p \leq 0,05$  foi considerado para todos os testes.

## 6. Resultados

Os resultados apresentados a seguir demonstram a eficiência da Educação em Saúde em cuidadoras idosas com diagnóstico de CCL. A ES mostrou-se eficaz quanto à melhora cognitiva e dos sintomas depressivos nesta população quando comparado o GES (n=13) ao GC (n=11).

### - Perfil Sociodemográfico e de Cuidado

Quanto às características sociodemográficas, a média de idade do GES é de 68,23 anos ( $\pm 7,23$ ) e a média de escolaridade é de 6,38 anos ( $\pm 3,90$ ). Já o GC a média de idade é de 72,70 anos ( $\pm 7,21$ ) e a média dos anos de estudo é de 9,09 anos ( $\pm 5,31$ ). Em relação à caracterização do cuidado prestado, no GES, 92,3% auxiliam na medicação e 46,2% acompanham os idosos nas consultas médicas. Já no GC, 12,7% auxiliam na alimentação, 90,9% na medicação e 54,5% nas consultas médicas. Em relação ao suporte formal de alguma entidade que as cuidadoras contam, 61,5% do GES e 54,5% do GC contam com o suporte de alguma instituição religiosa. Os dados do perfil sociodemográfico e de cuidado estão descritos na Tabela 1.

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica e do cuidado dos grupos educação em saúde e controle. São Carlos, 2016.

Características sociodemográficas e de cuidado	Grupo Educação em Saúde (n=13)	Grupo Controle (n=11)	Estatística (p-valor)
Idade, m( $\pm$ )	68,2 (7,2)	72,7 (7,2)	U=49,5 (,2) <sup>1</sup>
Escolaridade (anos), m( $\pm$ )	6,4 (3,9)	9,1 (5,3)	U=51,0 (,3) <sup>1</sup>
Atividades desenvolvidas			
Alimentação	-	12,7	NA
Medicação	92,3	90,9	,7 <sup>2</sup>
Levar a consultas	46,2	54,5	,5 <sup>2</sup>
Suporte formal de alguma entidade			
Igreja	61,5	54,5	,5 <sup>2</sup>

<sup>1</sup>U Mann-Whitney; <sup>2</sup>Teste Exato de Fisher. NA=diferença não avaliada. m=média.  $\pm$ =desvio=padrão da média.

- Perfil Clínico dos Participantes

Em termos gerais, pode-se dizer que as médias de doenças diagnosticadas no GES e GC foram 2,23 ( $\pm 1,23$ ) e 4,73 ( $\pm 2,24$ ), respectivamente apresentando significância ( $p < 0,01$ ). As doenças mais prevalentes foram diabetes (23,1% GES e 27,3% GC), hipertensão arterial (53,8% GES e 54,5% GC) e hipotireoidismo (23,1% GES e 27,3% GC). Foi encontrado também, que em ambos os grupos, os antecedentes patológicos mais prevalentes foram ansiedade (15,4% GES e 9,1% GC) e depressão (30,8% GES e 19,1% GC). Outro dado que se também se mostrou semelhantes entre os grupos foi a quantidade de medicamentos prescritos de uso diário, com médias de 3,31 ( $\pm 2,21$ ) para o GES e 3,55 ( $\pm 2,65$ ) para o GC. Entre os medicamentos mais usados estão o antidepressivo ISRS (7,7% GES e 9,1% GC), antidiabético oral (30,8% GES e 18,2% GC), anti-hipertensivo (38,5% GES e 27,3% GC) e sedativo (30,8% GES e 18,2% GC). Os dados clínicos estão representados na Tabela 2.

**Tabela 2.** Caracterização clínica dos grupos educação em saúde e controle. São Carlos, 2016.

Característica clínica	Grupo Educação em Saúde (n=13)	Grupo Controle (n=11)	Estatística (p-valor)
Morbidades, m( $\pm$ )	2,2 (1,2)	4,7 (2,2)	U=24,5 (<0,01) <sup>1</sup>
Diabetes, %	23,1	27,3	,6 <sup>2</sup>
Hipertensão arterial, %	53,8	54,5	,6 <sup>2</sup>
Hipotireoidismo, %	23,1	27,3	,6 <sup>2</sup>
Antecedentes patológicos			
Ansiedade, %	15,4	9,1	,6 <sup>2</sup>
Depressão, %	30,8	19,1	,2 <sup>2</sup>
Nº Medicamentos, média ( $\pm$ )	3,3 (2,2)	3,6 (2,7)	U=66,5 (,8) <sup>1</sup>
Antidepressivo ISRS, %	7,7	9,1	,7 <sup>2</sup>
Antidiabético oral, %	30,8	18,2	,4 <sup>2</sup>
Anti-hipertensivo, %	46,2	63,6	,3 <sup>2</sup>
Sedativo/hipnótico, %	38,5	27,3	,4 <sup>2</sup>
Outro, %	30,8	18,2	,4 <sup>2</sup>

<sup>1</sup>U Mann-Whitney; <sup>2</sup>Teste Exato de Fisher. NA=diferença não avaliada. m=média.  $\pm$ =desvio padrão da média.

- Perfil Antropométrico e Hábitos de Vida dos Participantes

A Tabela 3 apresenta os dados da avaliação antropométrica e de hábitos de vida das cuidadoras, em que o Índice de Massa Corpórea (IMC) dos GES aponta para obesidade com 30,31 ( $\pm 6,87$ ) e para normalidade no GC com 26,91 ( $\pm 3,56$ ). As idosas são, na minoria, ativas quanto a atividade física no GES (46,20%) pelo menos 3 vezes na semana, já no GC a prática



de atividade física corresponde a 45,50%. Em relação ao uso do tabaco, o consumo é muito maior no GC (18,2%) do que no GES (7,7%), o mesmo se dá para o consumo de bebida alcoólica, 9,1% para o GC e 7,7% para o GES.

**Tabela 3.** Avaliação antropométrica e hábitos de vida dos grupos educação em saúde e controle. São Carlos, 2016.

Avaliação antropométrica e hábitos de vida	Grupo Educação em Saúde (n=13)	Grupo Controle (n=11)	Estatística (p-valor)
Altura (cm), m(±)	158,3 (6,3)	155,9 (6,0)	U=52,0 (,3) <sup>1</sup>
Peso (kg), m(±)	75,1 (14,3)	67,4 (10,1)	U=47,0 (,2) <sup>1</sup>
IMC (kg/m <sup>2</sup> ), m(±)	30,3 (6,9)	26,9 (3,6)	U=48,5 (,2) <sup>1</sup>
Prática atividade física, %	46,2	45,5	,6 <sup>2</sup>
Tempo de pratica (anos), m(±)	3,6 (5,6)	3,4 (5,8)	U=68,5 (,9) <sup>1</sup>
Uso do tabaco, %	7,7	18,2	,4 <sup>2</sup>
Tempo de uso (anos), m(±)	2,5 (9,2)	5,2 (12,1)	U=64,0 (,7) <sup>1</sup>
Uso de bebida alcoólica, %	7,7	9,1	,7 <sup>2</sup>
Tempo de uso (anos), m(±)	0,1 (0,3)	0,1 (0,3)	U=71,0 (1,0) <sup>1</sup>
Alimentação			
Carne, %	23,1	36,4	,4 <sup>2</sup>
Café, %	84,6	90,9	,6 <sup>2</sup>
Chocolate, %	15,4	36,4	,2 <sup>2</sup>
Doce, %	53,8	36,4	,3 <sup>2</sup>
Massa, %	38,5	72,7	,1 <sup>2</sup>
Refrigerante, %	-	27,3	NA
Embutido, %	7,7	27,3	,2 <sup>2</sup>

<sup>1</sup>U Mann-Whitney; <sup>2</sup>Teste Exato de Fisher. NA=diferença não avaliada. m=média. ±=desvio=padrão da média.

#### - Perfil Cognitivo dos Participantes

A Tabela 4 apresenta os dados cognitivos de ambos os grupos no momento pré-intervenção. É possível perceber que os grupos eram semelhantes, também, nestes aspectos.

Já no momento pós teste, os grupos se diferenciaram, na avaliação de sintomas de ansiedade (p<0,01) e de depressão (p=0,02) e sem indícios de sintomas depressivos (p=0,03), representados por uma melhora mais acentuada nestes sintomas do GES comparado ao GC. Esses dados estão presentes na Tabela 5.

A queixa de memória, MEEM e ACE-R, apesar de ser observado melhora nas pontuações no GES e nas pontuações de queixa de memória e ACE-R do GC, estas não foram significativas.

**Tabela 4.** Avaliação das queixas de memória, funções cognitivas, sintomas de depressão e ansiedade no momento pré-intervenção. São Carlos, 2016.

Queixas de memória, cognição, ansiedade e depressão	Grupo Educação em Saúde (n=13)	Grupo Controle (n=11)	Estatística (p-valor)
EQM escore, m(±)	5,7 (3,2)	6,9 (3,1)	U=57,5 (,4) <sup>1</sup>
Sem, %	23,1	18,2	,6 <sup>2</sup>
Leve/Moderado, %	76,9	72,7	
Severo, %	-	9,1	
MEEM escore, m(±)	25,2 (3,1)	25,2 (2,7)	U=70,5 (,9) <sup>1</sup>
ACE-R escore, m(±)	78,2 (10,3)	78,1 (8,7)	U=65,5 (,7)
Atenção/Orientação m(±)	15,8 (2,1)	15,7 (2,0)	U=71,5 (1,0) <sup>1</sup>
Memória m(±)	16,5 (4,5)	17,2 (2,9)	U=56,5 (,4) <sup>1</sup>
Fluência Verbal m(±)	10,5 (3,1)	9,0 (2,8)	U=51,5 (,3) <sup>1</sup>
Linguagem m(±)	23,2 (3,7)	22,6 (2,8)	U=56,0 (,4) <sup>1</sup>
Visuoespacial m(±)	12,4 (3,0)	13,3 (2,8)	U=58,5 (,5) <sup>1</sup>
QMC-22escore m(±)	5,0 (3,7)	6,8 (3,5)	U=52,5 (,3) <sup>1</sup>
BAI escore m(±)	5,1 (4,6)	9,2 (5,1)	U=40,5 (,1) <sup>1</sup>
Sem indício de sintomas, %	84,6	63,6	,2 <sup>2</sup>
Indício de sintomas, %	15,4	36,4	
BDI escore m(±)	8,2 (5,3)	9,1 (4,6)	U=59,5 (,5) <sup>1</sup>
Sem indício de sintomas, %	84,6	72,7	,4 <sup>2</sup>
Indício de sintomas, %	15,4	27,3	

<sup>1</sup>U Mann-Whitney; <sup>2</sup>Teste Exato de Fisher. m=média. ±=desvio=padrão da média. EQM=Escala de Queixa Memória. MEEM=Mini Exame do Estado Mental. ACE-R=Exame Cognitivo de Addenbrooke -Revisado. QMC-22=Questionário de Mudança Cognitiva 22. BAI=Inventário de Ansiedade de Beck. BDI=Inventário de Depressão de Beck.

**Tabela 5.** Avaliação das queixas de memória, funções cognitivas, sintomas de depressão e ansiedade no momento pós-intervenção. São Carlos, 2016.

<b>Queixas de memória, cognição, ansiedade e depressão</b>	<b>Grupo educação em saúde (n=13)</b>	<b>Grupo controle (n=11)</b>	<b>Estatística (p-valor)</b>
EQM escore, m(±)	5,3 (2,5)	6,3 (3,5)	U=58,5 (,45) <sup>1</sup>
Sem, %	23,1	18,2	,58 <sup>2</sup>
Leve/Moderado, %	76,9	72,7	
Severo, %	-	9,1	
MEEM escore, m(±)	27,2 (2,4)	23,0 (7,3)	U=40,5 (,07) <sup>1</sup>
ACE-R escore, m(±)	87,2 (10,2)	82,5 (10,4)	U=50,5 (,22)
Atenção/Orientação m(±)	16,8 (2,0)	15,5 (2,5)	U=45,5 (,13) <sup>1</sup>
Memória m(±)	20,9 (4,3)	18,9 (4,0)	U=52,5 (,27) <sup>1</sup>
Fluência Verbal m(±)	10,4 (4,2)	10,6 (2,9)	U=65,5 (,73) <sup>1</sup>
Linguagem m(±)	24,2 (2,6)	23,3 (2,8)	U=61,5 (,56) <sup>1</sup>
Visuoespacial m(±)	14,9 (1,9)	14,2 (2,3)	U=61,5 (,56) <sup>1</sup>
BAI escore m(±)	3,7 (4,4)	8,8 (4,9)	<b>U=23,0 (&lt;,01)<sup>1</sup></b>
Sem indício de sintomas, %	92,3	63,6	,12 <sup>2</sup>
Indício de sintomas, %	7,7	36,4	
BDI escore m(±)	4,1 (2,6)	8,6 (5,6)	<b>U=33,0 (,02)<sup>1</sup></b>
Sem indício de sintomas, %	100	63,6	<b>,03<sup>2</sup></b>
Indício de sintomas, %	-	34,4	

<sup>1</sup>U Mann-Whitney; <sup>2</sup>Teste Exato de Fisher. m=média. ±=desvio=padrão da média. EQM=Escala de Queixa Memória. MEEM=Mini Exame do Estado Mental. ACE-R=Exame Cognitivo de Addenbrooke-Revisado. BAI=Inventário de Ansiedade de Beck. BDI=Inventário de Depressão de Beck.

*- Correlação entre as variáveis cognitivas*

As Tabela 6 e 7 dispõem os dados referentes à análise de correlação entre as variáveis dependentes queixa de memória, avaliação cognitiva global e sintomas de ansiedade e depressão no momento pré-intervenção e pós-intervenção, respectivamente.

Na Tabela 6 verificou-se correlação significativa na linha de base entre as seguintes variáveis QMC-22 com EQM e BAI com QMC 22 no GES; e QMC-22 com EQM e ACE-R com MEEM no GC. No momento pós-intervenção, Tabela 7, foi encontrada correlação significativa apenas entre ACE-R com MEEM no GES. Estes dados indicam que a alteração de um valor interfere no outro.

**Tabela 6.** Matriz de correlação (*rho*) entre os escores dos testes de avaliação da cognição global, queixa de memória e sintomas de ansiedade e depressão no momento pré-intervenção. São Carlos, 2016.

Grupo Educação em Saúde					
	EQM	MEEM	ACE-R	QMC-22	BAI
MEEM	-,06				
ACE-R	,19	,42			
QMC-22	,66*	-,18	,30		
BAI	,28	-,19	,17	,58*	
BDI	,00	-,46	,02	,37	,32
Grupo Controle					
	EQM	MEEM	ACE-R	QMC-22	BAI
MEEM	-,10				
ACE-R	-,26	,79**			
QMC-22	,83**	-,27	-,15		
BAI	,18	,01	,35	,26	
BDI	,45	-,13	,00	,36	,45

EQM=Escala de Queixa Memória. MEEM=Mini Exame do Estado Mental. ACE-R=Exame Cognitivo de Addenbrooke-Revisado. QMC 22=Questionário de Mudança Cognitiva 22. BAI=Inventário de Ansiedade de Beck. BDI=Inventário de Depressão de Beck. Correlação de Spearman. \* $p \leq 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ .

**Tabela 7.** Matriz de correlação (*rho*) entre os escores dos testes de queixa de memória, avaliação da cognição global e sintomas de ansiedade e depressão no momento pós-intervenção. São Carlos, 2016.

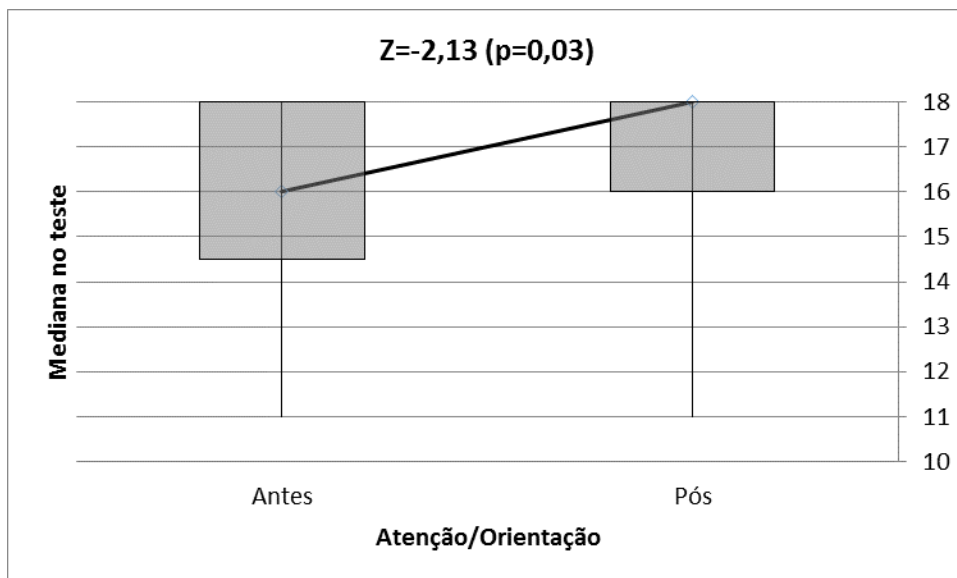
Grupo Educação em Saúde			
	EQM	MEEM	BAI
MEEM	,48		
ACE-R	,47	,57*	
BAI	,27	-,03	
BDI	-,30	-,25	,51
Grupo Controle			
	EQM	MEEM	BAI
MEEM	-,01		
ACE-R	-,36	,42	
BAI	-,20	-,09	
BDI	,16	-,41	,33

EQM=Escala de Queixa Memória. MEEM=Mini Exame do Estado Mental. ACE-R=Exame Cognitivo de Addenbrooke-Revisado. BAI=Inventário de Ansiedade de Beck. BDI=Inventário de Depressão de Beck. Correlação de Spearman. \* $p \leq 0,05$ .

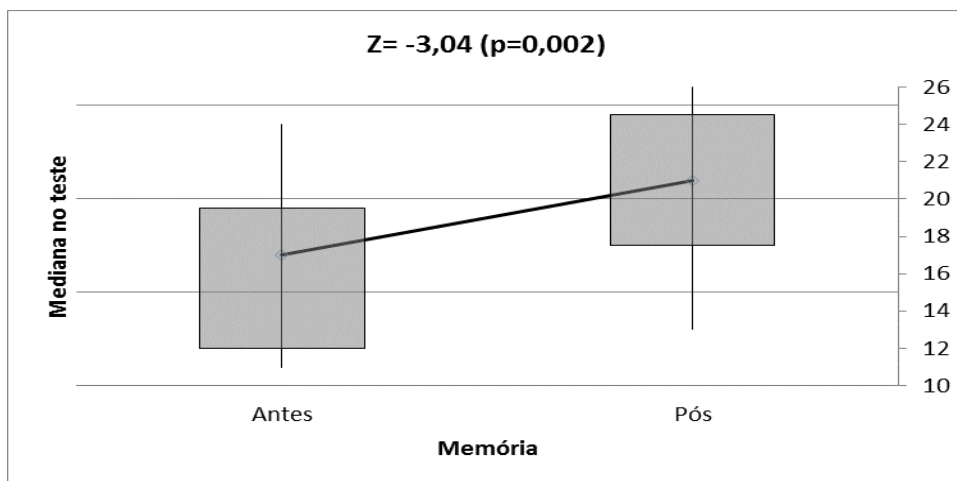
*- Diferenças antes e após intervenção para as variáveis cognitivas e de humor*

Foram observadas, por meio do Teste de Wilcoxon, efeitos da intervenção na Atenção/Orientação, Memória, Habilidades visuoespaciais, ACE-R, MEEM e BDI no GES. No

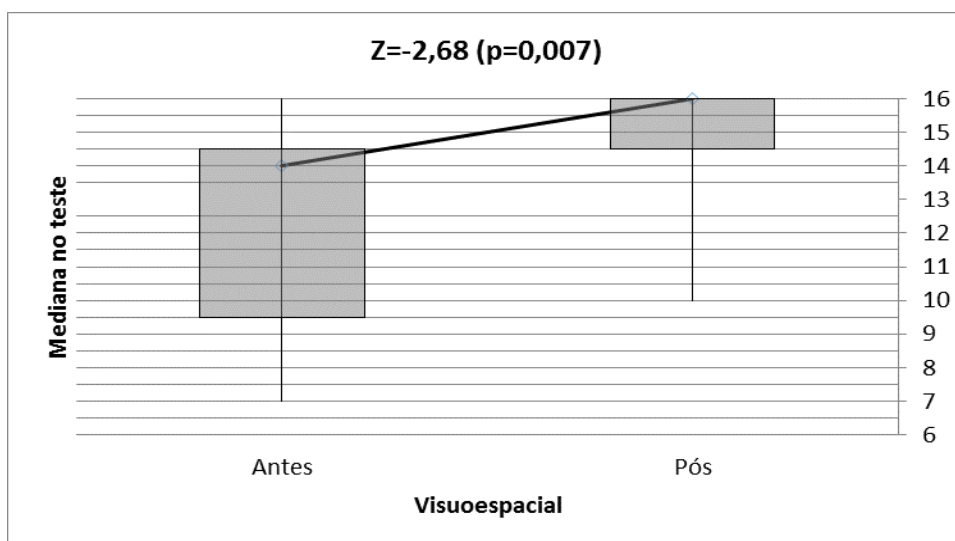
GC não foram observados efeitos, sendo o grupo permanecendo igual na pré-intervenção e no momento pós-intervenção. O teste de McNemar para variáveis categóricas relacionadas não encontrou diferença para as mesmas antes e após intervenção em ambos os grupos. Os efeitos significativos para o GES foram ilustrados nas figuras 2 a 7.



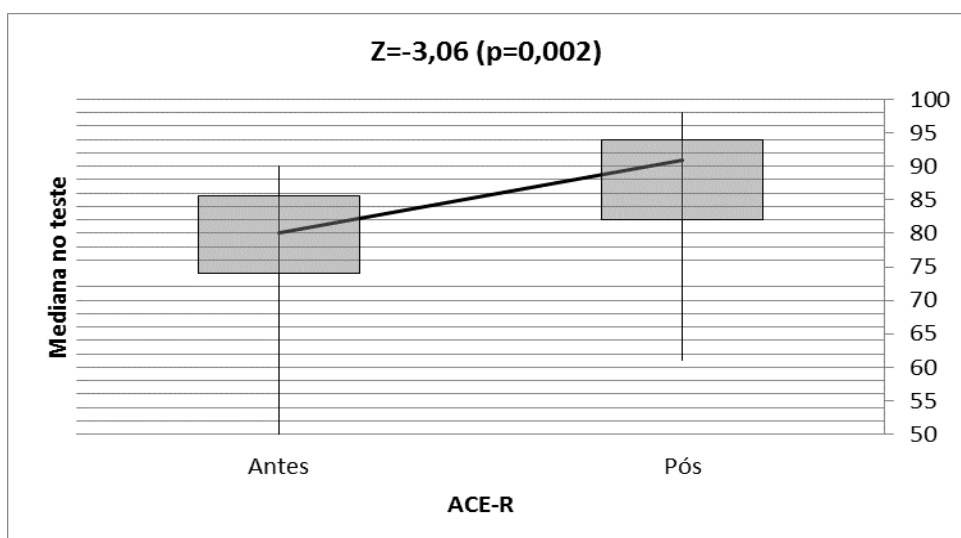
**Figura 2.** Efeito da intervenção na Atenção/Orientação do grupo educação em saúde. São Carlos, 2016.



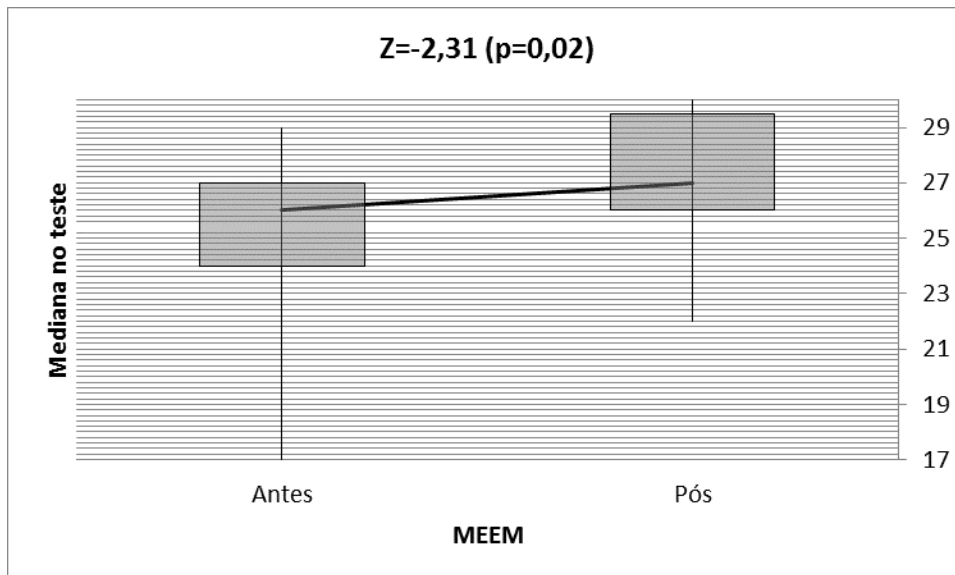
**Figura 3.** Efeito da intervenção na Memória do grupo educação em saúde. São Carlos, 2016.



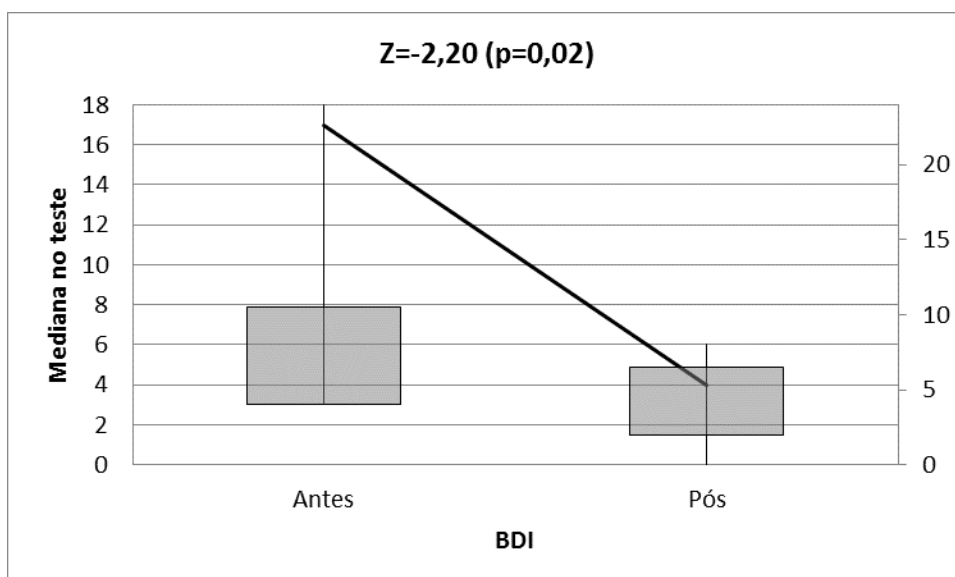
**Figura 4.** Efeito da intervenção nas Habilidades Visuoespaciais do grupo educação em saúde. São Carlos, 2016.



**Figura 5.** Efeito da intervenção nos escores do ACE-R do grupo educação em saúde. São Carlos, 2016.



**Figura 6.** Efeito da intervenção nos escores do MEEM do grupo educação em saúde. São Carlos, 2016.



**Figura 7.** Efeito da intervenção nos escores do BDI do grupo educação em saúde. São Carlos, 2016.

#### - Perfil de Qualidade de Vida (WHOQOL) das Participantes

A Tabela 8 mostra os dados referentes a avaliação da qualidade de vida dos participantes na pré-intervenção e apenas a questão 3 “Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?” do WHOQOL apresentou diferença entre os grupos ( $p<0,01$ ), para as demais os grupos eram semelhantes.

**Tabela 8.** Avaliação da qualidade de vida dos participantes no momento pré-intervenção. São Carlos, 2016.

Facetas da Qualidade de Vida	Grupo educação em saúde (n=13)	Grupo controle (n=11)	Estatística (p-valor)
WHOQOL1, m(±)	3,92 (0,6)	4,09 (0,5)	U=61,5 (,56)
WHOQOL2, m(±)	3,92 (0,8)	3,64 (1,1)	U=61,0 (,69)
WHOQOL3, m(±)	2,08 (1,0)	3,36 (1,0)	<b>U=27,5 (&lt;,01)</b>
WHOQOL4, m(±)	2,46 (1,0)	3,27 (1,6)	U=45,0 (,13)
WHOQOL5, m(±)	3,38 (1,1)	3,55 (1,2)	U=65,5 (,73)
WHOQOL6, m(±)	4,38 (1,1)	3,55 (1,2)	U=62,0 (,60)
WHOQOL7, m(±)	3,54 (0,9)	3,36 (0,9)	U=65,0 (,73)
WHOQOL8, m(±)	3,69 (0,8)	3,27 (0,9)	U=57,0 (,42)
WHOQOL9, m(±)	4,00 (1,0)	3,91 (0,8)	U=65,5 (,73)
WHOQOL10, m(±)	4,00 (0,9)	3,82 (0,8)	U=63,5 (,64)
WHOQOL11, m(±)	4,15 (0,8)	4,09 (1,0)	U=71,0 (1,0)
WHOQOL12, m(±)	3,69 (1,5)	3,81 (1,3)	U=69,5 (,91)
WHOQOL13, m(±)	4,31 (0,9)	4,36 (0,9)	U=66,5 (,77)
WHOQOL14, m(±)	3,92 (0,9)	4,09 (1,2)	U=57,5 (,42)
WHOQOL15, m(±)	4,31 (0,9)	4,09 (1,0)	U=63,0 (,64)
WHOQOL16, m(±)	3,62 (1,0)	4,09 (0,9)	U=52,0 (,27)
WHOQOL17, m(±)	3,92 (1,0)	3,91 (1,3)	U=67,5 (,82)
WHOQOL18, m(±)	3,77 (0,7)	3,91 (1,4)	U=56,5 (,39)
WHOQOL19, m(±)	4,00 (0,9)	3,91 (1,2)	U=71,0 (1,0)
WHOQOL20, m(±)	4,54 (0,5)	4,36 (1,2)	U=67,5 (,82)
WHOQOL21, m(±)	3,92 (1,3)	3,73 (1,2)	U=63,5 (,64)
WHOQOL22, m(±)	3,92 (1,0)	4,36 (0,8)	U=52,5 (,27)
WHOQOL23, m(±)	4,62 (0,7)	4,55 (0,5)	U= 63,5 (,64)
WHOQOL24, m(±)	3,31 (1,1)	3,45 (0,8)	U= 65,0 (,73)
WHOQOL25, m(±)	4,31 (0,9)	4,36 (0,7)	U=69,0 (,91)
WHOQOL26, m(±)	2,08 (1,0)	2,09 (0,7)	U=67,0 (,82)

<sup>1</sup>U Mann-Whitney. m=média. ±=desvio=padrão da média.

No momento pós-intervenção somente a questão 20 “Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?” do WHOQOL apresentou diferença estatisticamente significativa (p=0,04), como observa-se na Tabela 9.



**Tabela 9.** Avaliação da qualidade de vida dos participantes no momento pós intervenção. São Carlos, 2016.

Facetas da Qualidade de Vida	Grupo educação em saúde (n=13)	Grupo controle (n=11)	Estatística (p-valor)
WHOQOL1, m(±)	4,00 (0,57)	4,00 (0,44)	U=71,0 (1,0)
WHOQOL2, m(±)	3,69 (1,18)	3,27 (1,01)	U=53,0 (,30)
WHOQOL3, m(±)	2,54 (1,26)	2,91 (0,94)	U=60,5 (,53)
WHOQOL4, m(±)	2,31 (1,03)	3,64 (1,50)	U=63,5 (,64)
WHOQOL5, m(±)	3,69 (0,94)	3,73 (1,19)	U=66,5 (,77)
WHOQOL6, m(±)	4,23 (0,59)	4,09 (0,53)	U=32,5 (,60)
WHOQOL7, m(±)	3,69 (1,25)	3,73 (0,64)	U=67,0 (,82)
WHOQOL8, m(±)	3,77 (0,59)	3,64 (0,67)	U=68,0 (,86)
WHOQOL9, m(±)	4,00 (0,57)	3,73 (0,78)	U=55,0 (,36)
WHOQOL10, m(±)	3,92 (1,15)	3,83 (0,87)	U=64,0 (,69)
WHOQOL11, m(±)	3,85 (0,98)	4,45 (0,68)	U=46,0 (,15)
WHOQOL12, m(±)	3,85 (0,68)	3,91 (0,83)	U=69,0 (,91)
WHOQOL13, m(±)	4,15 (0,80)	4,45 (0,68)	U=56,5 (,39)
WHOQOL14, m(±)	3,85 (0,89)	3,91 (1,30)	U=61,5 (,56)
WHOQOL15, m(±)	4,08 (0,95)	4,09 (1,04)	U=69,50 (,91)
WHOQOL16, m(±)	4,08 (1,03)	4,18 (0,87)	U=70,0 (,95)
WHOQOL17, m(±)	3,77 (0,92)	4,00 (1,00)	U=60,5 (,53)
WHOQOL18, m(±)	4,00 (0,81)	3,91 (1,37)	U=68,5 (,86)
WHOQOL19, m(±)	4,15 (0,68)	4,27 (0,78)	U=64,0 (,69)
WHOQOL20, m(±)	4,23 (0,43)	4,73 (0,46)	<b>U=36,0 (,04)</b>
WHOQOL21, m(±)	3,15 (0,98)	4,00 (0,89)	U=39,5 (,06)
WHOQOL22, m(±)	4,15 (0,68)	4,45 (0,68)	U=54,0 (,33)
WHOQOL23, m(±)	4,31 (0,63)	4,55 (0,52)	U=57,5 (,42)
WHOQOL24, m(±)	4,00 (1,00)	3,64 (0,67)	U=53,5 (,30)
WHOQOL25, m(±)	3,92 (1,11)	4,36 (0,67)	U=56,0 (,39)
WHOQOL26, m(±)	1,77 (0,59)	2,09 (0,30)	U=50,5 (,22)

<sup>1</sup>U Mann-Whitney. m=média. ±=desvio=padrão da média.

*- Diferença para qualidade de vida antes e após intervenção*

Houve diferença estatística comparando o momento pré-intervenção com o momento pós-intervenção apenas para a Faceta 24 “Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?” (Z=-1,98; p=0,04) no GES. Não houve diferença nas facetas do instrumento de qualidade de vida para o grupo controle.

## 7. Discussão

O objetivo do presente estudo foi analisar a eficácia de um programa de educação em saúde sobre a cognição, humor e qualidade de vida de cuidadoras idosas com Comprometimento Cognitivo Leve. De forma geral, observou-se nesta pesquisa, que as idosas que participaram da intervenção se diferiram das idosas que não receberam a intervenção pela melhora na performance cognitiva e diminuição de sintomas depressivos, de forma significativa.

Todos os participantes desta pesquisa eram do sexo feminino e eram cuidadoras de seus cônjuges. Em relação ao cuidado prestado, as atividades desenvolvidas envolviam alimentação (0% GES e 12,7% GC), medicação (92,3% GES e 90,9% GC) e levar às consultas médicas (46,2% GES e 54,5% GC) e a maioria do GES contava com o suporte da igreja (61,5%), assim como o GC (54,5%).

Em um estudo sobre mulheres cuidadoras, as autoras encontraram que o papel social de identidade de gênero direciona a mulher na responsabilização de seus membros familiares que necessitam de algum cuidado. Esse cuidado vem com sentimentos e valores de obrigação humana e forte influência cultural e religiosa, no qual a função de prover o cuidado da casa, dos filhos e do esposo é atribuída a ela. Além do fato, de que as mulheres, no passado, não desempenhavam funções fora de casa, propiciava maior disponibilidade e aprendizagem destas para o cuidado da família. Com isso, concluíram que é necessária uma compreensão crítica do papel feminino do cuidado, com incentivo à educação intergeracional e de gênero (MEIRA et al., 2017).

Outra característica sociodemográfica analisada foi a escolaridade. O GC ( $9,09 \pm 5,31$ ) apresentou uma média de anos de estudo maior que o GES ( $6,38 \pm 3,90$ ). Para a análise dos efeitos, é importante considerar os níveis educacionais e as ocupações dos idosos, pelo impacto na reserva cognitiva que cada indivíduo possui (SOLÉ-PADDULÉS et al., 2009). Uma revisão da literatura aponta que 82% dos estudos com método de intervenção educativa tiveram participantes com nível alto de escolaridade, de 12 anos ou mais, e, que o efeito positivo das intervenções podem ter sido adquiridos por influência desse quesito (RODAKOWSKI et al., 2015). Também ressaltam que o grande foco dessas pesquisas é a memória, mas outras variáveis vêm ganhando força como a atenção, velocidade de processamento, linguagem e as funções executivas (KURZ et al., 2009). Assim, é necessário a aplicação de pesquisas como essa em pessoas com escolaridade menor, pois a aquisição de conhecimento pode contribuir para a interação com a equipe de saúde ao acompanhar o idoso ao serviço, além de adquirir

conhecimentos novos para prevenção de danos da sua própria saúde.

Outros fatores importantes analisados foram a quantidade de morbidades, antecedentes patológicos e uso de medicamentos. A morbidade mais prevalente em ambos os grupos foi a Hipertensão Arterial (53,8% no GES e 54,5% no GC). Um recente estudo, realizado com idosos em estágio inicial da demência identificou que eles possuíam outras doenças como a Hipertensão Arterial e faziam uso de mais de 3 medicações diariamente (CRUZ et al, 2015). Tal perfil é condizente com o processo de transição epidemiológica representada pela alta proporção de idosos com doenças crônicas, e a existência das comorbidades, representadas por três ou mais doenças, sendo mais comuns em mulheres (IBGE, 2010)

Em relação ao uso de medicamentos, apesar de apresentarem uma média alta ( $3,31 \pm 2,21$  GES e  $3,55 \pm 2,65$  GC), os grupos não se enquadraram no perfil de polifarmácia, que é definido como o uso de cinco ou mais medicamentos, segundo o Centro Ibero-Americano para a Terceira Idade (SILVA, SCHMIDT, SILVA, 2012). A vulnerabilidade dos idosos decorrentes do uso de medicamentos é bastante alta, o que se deve à complexidade dos problemas clínicos decorrentes do envelhecimento (SECOLI, 2010).

As intervenções não-farmacológicas são uma opção com outras vantagens para esse público. Adultos mais velhos preferem esse tipo de estratégia para manter a função cognitiva e a independência do que estratégias farmacológicas que podem ter efeitos adversos, devido a quantidade de medicamentos dos quais já fazem uso. Outro ponto importante é que elas têm menos risco do que as estratégias farmacológicas pela baixa probabilidade de contra-indicações (RODAKOWSKI et al., 2015).

Pesquisadores afirmam que, atualmente, não existem tratamentos farmacológicos eficazes para pacientes com CCL, especialmente no que se refere a efeitos benéficos a longo prazo (AKHTAR et al., 2006; SCHREIBER, SCHNEIDER, 2007; AISEN et al., 2008; PETERSEN, 2011). A aprendizagem, aliada à plasticidade cognitiva, é o meio pelo qual essas pessoas conseguem a reabilitação cognitiva. Além disso, Petersen e colaboradores recomendam o engajamento de pessoas com CCL em atividades cognitivas em grupos e participação em atividades sociais, uma vez que estas podem ser benéficas e apresentam pouco risco (PETERSEN et al., 2011).

Na avaliação antropométrica foi encontrado que o GES tem média do Índice de Massa Corporal de 30,31 ( $\pm 6,87$ ) indicando obesidade e o GC 26,91 ( $\pm 3,56$ ) indicando eutrofia. O IMC é o indicador antropométrico mais utilizado para avaliar o risco nutricional. Isso se dá por ser uma medida facilmente aplicável, não invasiva e de baixo custo. Contudo, nos idosos, seu emprego apresenta controvérsias em função do decréscimo de estatura, acúmulo de tecido

adiposo, redução da massa corporal magra e diminuição da quantidade de água no organismo (FÉLIX, SOUZA, 2009; SOUZA et al., 2013). Neste estudo foram utilizados os dados de Soares e Mussoi (2014) para classificação do IMC dos participantes.

Em relação aos hábitos de vida, a minoria de ambos os grupos pratica atividade física (46,2% GES e 45,5% GC). Já sobre o uso de tabaco, 7,7 % do GES fuma contra 18,2% do GC e no consumo de bebida alcoólica 7,7% do GES faz uso sobre 9,1% do GC. Pode-se refletir que, por consequência da escolaridade (mais de quatro anos de estudo), essas pessoas podem ter tido mais acesso a serviços de saúde, e, conseqüentemente, apresentam melhores condições de saúde física e bons hábitos de vida saudável o que está de acordo com a literatura nesta área (CRUZ et al, 2015; SHATA et al, 2017). Ademais, sabe-se que, indivíduos que praticam regularmente exercícios físicos apresentam melhor desempenho cognitivo quando comparados a seus pares sedentários, o que fortalece a importância de se incentivar a prática de atividade física na população idosa, como estratégia de promoção a saúde física e mental (MEREGE et al, 2014)

Quando se trata de queixa de memória, há um grande achado de pesquisas realizadas sobre esta temática com indivíduos idosos, pois a queixa de memória, assim como déficits cognitivos são temas de pesquisa muito comuns com essa população, devido ao envelhecimento ser considerado um fator de risco para perdas cognitivas (FORONI, SANTOS, 2012).

Neste estudo, foi utilizada a Escala de Queixa de Memória para avaliar esta variável e não foi encontrado nenhum dado estatisticamente significativo apesar dos idosos relatarem benefício na memória. Ambos os grupos apresentaram porcentagens maiores na classificação de queixas leves/moderadas (76,9% para o GES e 72,7% para o GC). Além disso, ambos os grupos apresentaram correlação significativa na linha de base com o QMC-22, o que sugere que um dado pode interferir no outro.

Há algumas evidências na literatura médica de que a queixa de memória pode ser indicativo de déficit cognitivo como o CCL ou demência. Uma vez que as avaliações cognitivas completas demandam um tempo maior e devem ser realizadas por profissionais, a aplicação/o uso de escalas de queixa de memória pode auxiliar como ferramenta no rastreio cognitivo prévio (AGUIAR, RIBEIRO, JACINTO, 2010; JACINTO et al., 2012; JACINTO et al., 2014).

Segundo Damasceno (2004), as queixas de memória associam-se constantemente com o declínio em outras funções cognitivas. A percepção do funcionamento da própria memória é fator importante na avaliação cognitiva de indivíduos com CCL, uma vez que, as queixas sobre

as falhas da memória podem indicar alterações normais do envelhecimento, mas também podem sinalizar o início de um quadro patológico (RABELO, 2009). Neste sentido, o diagnóstico patológico do declínio cognitivo é frequentemente adiado devido à crença equivocada de que é uma consequência natural do envelhecimento ou devido à relutância de um indivíduo em buscar ajuda sobre seus problemas de memória (FRANKISH, HORTON, 2017).

Alguns autores sugerem que as queixas de memória não refletem déficits objetivos de memória, mas sim déficits em outras habilidades cognitivas, como atenção e funções executivas, e que devido a auto percepção de alguns erros na execução das atividades diárias, alguns indivíduos se declaram como “esquecidos” (PEDRERO-PÉREZ, RUIZ-SÁNCHEZ, 2013).

Os autores de um estudo, realizado na Espanha, sobre a relação de queixa de memória com desempenho de memória, humor e variáveis sociodemográficas em adultos jovens, obtiveram como resultados a forte associação entre queixa de memória e depressão (MONTENEGRO et al., 2013). No entanto, tal pesquisa foi realizada com indivíduos adultos jovens, o que pode causar discrepâncias com o resultado do presente estudo.

O desempenho cognitivo representado pelos escores totais do ACER (0,002) e MEEM (0,02) obtiveram melhora significativa neste estudo. Foi observado também o efeito da intervenção na atenção/orientação ( $p=0,03$ ), memória ( $p=0,002$ ) e habilidades visuoespaciais ( $p=0,007$ )

Esses dados indicam que a educação em saúde é uma boa estratégia de intervenção cognitiva baseada em dinâmicas e eficiente para estimular a preservação e melhora do desempenho cognitivo. Tais resultados podem refletir sobre o tipo da intervenção, pois quando se compara intervenções individuais com intervenções grupais, as primeiras enfocam nas necessidades pessoais específicas, o que promove a compreensão dos efeitos das intervenções cognitivas em cada indivíduo; já as grupais têm resultados importantes na cognição dos idosos e melhor custo-benefício, abrangendo um número maior de idosos e além disso, promovem interação social, um importante fator de combate ao declínio cognitivo e, por isso, recomendada para esses pacientes (SIMON et al., 2012; PETERSEN, 2011).

Um recente estudo, publicado em uma das mais conceituadas revistas científicas, que envolveu o trabalho de 24 especialistas internacionais, apresentado na Conferência da Associação Internacional de Alzheimer, listou nove importantes fatores de risco para a demência, dentre eles, o isolamento social, está em ênfase. Ressaltaram que, um em cada três casos de demência poderia ser evitado se mais pessoas cuidassem da saúde do cérebro ao longo

da vida e que, embora a demência seja diagnosticada após os 60 anos, as alterações cerebrais, geralmente, começam a se desenvolver anos antes. Dessa forma, a prevenção precoce apoiada no engajamento social e mudanças no estilo de vida faz-se importante sobre o risco de demência (LIVINGSTON et al., 2017).

Segundo Ribeiro e Yassuda (2007), estudos têm demonstrado relações entre o estilo de vida e a capacidade cognitiva, sendo os elementos mais estudados, como, o engajamento social, as redes sociais e o envolvimento em atividades mentais, de lazer e físicas. A Educação em Saúde pode contribuir justamente na mudança do estilo de vida fazendo com que a cognição de indivíduos cognitivamente saudáveis seja preservada, além de promover o engajamento social e criação de redes sociais.

Em um estudo realizado na Malásia, foi analisado o efeito da educação em saúde sobre a nutrição, estilo de vida e função cognitiva em idosos com CCL. Foram selecionados 35 idosos (média de idade  $65,7 \pm 3,8$  anos), que foram divididos em grupo intervenção e grupo controle. A intervenção ocorreu mensalmente, durante 12 meses e teve como resultado significativo no estado nutricional, porém, o funcionamento cognitivo não teve efeito estatisticamente significativo (JOHARI et al., 2014).

Uma das dificuldades de pesquisas nessa área é que não há um padrão quanto à aplicação das intervenções não-farmacológicas. Existe uma variabilidade muito grande nos métodos utilizados que vão desde treinos de memória, treino de associação e de atenção, psicoeducação, psicoterapias e atividade física. Porém, estudos internacionais seguem uma linha muito parecida com relação aos protocolos de avaliação, em que a memória e a função executiva são os principais domínios trabalhados (SIMON et al., 2012; RODAKOWSKI et al., 2015; HUCKANS et al., 2013; REIJNDERS et al., 2013).

Ainda não se sabe como as características demográficas e clínicas estão relacionadas ao risco de CCL por seus subtipos. Em um estudo que avaliou o risco de CCL e progressão para demência considerando os subtipos de CCL, os autores concluíram que o CCL do tipo amnésico foi o mais prevalente. Os pacientes com CCL de múltiplos domínios tiveram maior probabilidade de progredir para a demência (MICHAUD et al., 2017). Entender a etiologia do CCL pode ajudar os pesquisadores a prever melhor o risco de progresso de CCL para a demência. Deste modo, facilita a identificação precoce da doença e o manejo adequado para melhora dos pacientes (ALBERT et al., 2011).

O CCL amnésico é altamente associado à progressão para Doença de Alzheimer. Outros subtipos de CCL demonstraram uma associação inconsistente com posterior conversão à demência (ALBERT et al., 2011). Nesse presente estudo não foi possível identificar qual

subtipo de CCL correspondiam as idosas participantes, pois as mesmas já vinham encaminhadas com diagnóstico médico, e para essa conduta o grupo de pesquisa não tinha possibilidade de modificar. Tais especificidades seriam importantes em futuras pesquisas para melhor compreensão dos achados da pesquisa.

Quando se compara resultados de muitos estudos, é possível constatar que esses tipos de intervenções têm tido resultados benéficos à população com CCL (RODAKOWSKI et al., 2015).

No estudo FINGER (*Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability*), um ensaio clínico randomizado realizado na Finlândia, foi analisada uma intervenção multidomínio com indivíduos idosos para prevenir o declínio cognitivo. Esta intervenção teve duração de dois anos e consistia em dieta, exercícios, treinamento cognitivo, educação em saúde e monitoramento do risco cardiovascular. Ngandu et al. (2015), concluíram que uma intervenção de múltiplos domínios pode melhorar o funcionamento cognitivo de idosos em risco de declínio cognitivo e ser um efeito protetor na cognição (NGANDU et al., 2015).

As intervenções não farmacológicas de múltiplos domínios são uma alternativa para melhorar ou manter o funcionamento e o bem-estar diários, entretanto, segundo Milders et al. (2016), normalmente são trabalhosos de se aplicar, envolvendo muitos profissionais de saúde, dificultando assim a implementação e o acesso (MILDERS et al., 2016).

A Organização Mundial de Saúde (2012) enfatiza a prevenção como um elemento chave para contrariar a epidemia de demência. Segundo Frankish e Horton (2017), as projeções para a quantidade de indivíduos com algum tipo de demência poderá chegar a 75 milhões em 2030 e 132 milhões em 2050. Em grande parte, esses dados são impulsionados pelo envelhecimento populacional. Além disso, os sistemas de saúde correm o risco de ficarem sobrecarregados com os custos futuros de cuidar das pessoas com demência (FRANKISH, HORTON, 2017).

Quanto aos sintomas depressivos e ansiosos, a intervenção proporcionou efeito significativo apenas em sintomas depressivos. Em uma metanálise realizada por Pinquart e Sorensen (2003), os resultados mostraram que os cuidadores são mais estressados, deprimidos, têm níveis menores de bem-estar subjetivo e de senso de autoeficácia e pior saúde física quando comparados com indivíduos que não são cuidadores.

É comum encontrar em estudos a correlação entre alterações na função cognitiva e alterações no estado de espírito no final da vida (MORGAN et al., 2007, BECKERT et al. 2016), e que, cerca de 50% dos adultos mais velhos com CCL, têm sintomas depressivos simultâneos (PARKER, THORSLUND, 2007), dado que fortalece a importância de se

desenvolver ações com essa população. Além disso, é importante ressaltar que dentre os nove fatores de risco evitáveis para o desenvolvimento da demência publicado recentemente, como citado anteriormente, a depressão, também foi listada com ênfase (LIVINGSTON et al., 2017). O que indica que estratégias para prevenir a depressão fazem-se relevantes, e a educação em saúde grupal trabalhada nessa presente pesquisa, revelou-se eficaz.

Os participantes desse estudo apresentaram interesse no grupo, pois perceberam que há possibilidade não só de rever certos hábitos, mas também de levar adiante novas informações. As orientações e as discussões que aconteceram nesse espaço resultaram em crescimento e transformação. Além de ser gratificante poder compartilhar as experiências dos encontros fazendo a sensação de utilidade e satisfação, o que contribuiu ricamente com a diminuição dos sintomas depressivos desse grupo.

Essa interação proporciona aos idosos espaços para se sentirem valorizados e estimulados e a adquirir novos conhecimentos e informações, como aponta Irigaray et al., (2012) em seu estudo. Além disso, as atividades grupais com pessoas da mesma geração, podem favorecer a diminuição desses sintomas, pois possibilita a vivência e a construção de significados comuns, a conquista de novas amizades a obtenção de suporte social, ajudando-os reciprocamente tanto em condições normais quanto sob estresse (ARAMAKI, YASSUDA, 2011; IRIGARAY et al., 2012).

Alguns estudos, como o de Beckert et al. (2016), mostram que a depressão associada aos transtornos cognitivos, tem sido uma preocupação entre os serviços de saúde mental, devido ao alto índice de prejuízo na funcionalidade e qualidade de vida dos idosos e pelo fato de que os sintomas depressivos e a depressão são fatores de risco para a Doença de Alzheimer (MORGAN et al., 2007). Porém, ainda permanece em aberto a compreensão das alterações cognitivas juntamente com a depressão e o diagnóstico dos indivíduos com CCL.

De acordo com Sorensen, Waldorff e Waldemar (2008), as intervenções direcionadas ao cuidador podem ser de cunho psicoeducacional, psicossocial ou psicoterapêutico e tem como um de seus objetivos a possibilidade de expressar preocupações e emoções. Essas intervenções podem acarretar no aumento das habilidades relacionadas ao cuidar e melhora da qualidade de vida dos cuidadores, por exemplo (SORENSEN, WALDORFF, WALDEMAR, 2008). Porém, de acordo com Santos et al. (2011), a maioria dos estudos sobre essa temática não caracteriza os pressupostos teóricos utilizados, transformando as pesquisas na área em um campo heterogêneo e de difícil replicação (SANTOS et al., 2011).

Um estudo realizado no Egito, teve como objetivo avaliar a eficácia a curto prazo de um programa de intervenção psicossocial de múltiplos domínios para cuidadores informais. Foram



realizadas oito sessões que incluíam psicoterapia, terapia cognitivo-comportamental e suporte social em grupo. Entre as variáveis analisadas, incluíram conhecimento de cuidadores, depressão e sintomas de ansiedade. Desta forma, os autores concluíram que este tipo de intervenção a curto prazo demonstrou eficácia na redução do peso, depressão e ansiedade, além de melhorar o conhecimento dos cuidadores (SHATA et al., 2017).

Em um ensaio clínico randomizado realizado no Reino Unido, foi desenvolvido um programa que consistia em psicoterapia e componente cognitivo-comportamental envolvendo cuidadores. Essa intervenção revelou uma redução significativa em sintomas de depressão e ansiedade (LIVINGSTON et al., 2013). Na Espanha, um estudo sobre terapia cognitiva comportamental, revelou uma redução nos níveis de depressão e pensamentos disfuncionais em cuidadores (MÁRQUEZ-GONZÁLEZ et al., 2007). Este tipo de intervenção também foi utilizada no Brasil no estudo de Fialho et al., (2012) e demonstrou redução significativa dos níveis de ansiedade e estratégias de enfrentamento dos cuidadores. Em um estudo de seguimento com pós-teste de 3 meses, foi visto redução da depressão em cuidadores na Columbia, utilizando essa estratégia de intervenção (ARANGO-LASPRILLA et al., 2014).

Com o crescente envelhecimento populacional, é visto também um aumento no interesse sobre questões ligadas ao bem-estar e à qualidade de vida (LE PHAM, VO, 2015). Em relação à qualidade de vida houve diferença estatisticamente significante na faceta 24 quando comparados os momentos pré e pós-intervenção no GES. Esta faceta, 24, pergunta sobre a satisfação do indivíduo em relação ao acesso que ele tem aos serviços de saúde. Uma possível explicação para este fator é o de que as cuidadoras são oriundas de uma unidade de saúde (Centro Médico de Especialidades).

Um estudo realizado no interior paulista verificou o efeito da Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI) sobre a qualidade de vida dos idosos. Os resultados apontaram que possivelmente a participação no programa UATI foi favorável às percepções de qualidade de vida. Além disso, trazem que os programas educacionais incluam os idosos, pois pode ser uma importante fonte de apoio para o enfrentamento desta etapa da vida (INOUYE et al., 2017).

Neste sentido, um papel importante dos profissionais de saúde com a população idosa, é o de contribuir para resgatar a qualidade de vida desse grupo populacional. Para Paz e Ventura (2013), a utilização do lúdico como estratégia para a educação em saúde pode ser mais estimulante no cotidiano do idoso e pode promover uma melhor qualidade de vida compartilhando de um cuidado integral.

Segundo Wolff, Feder e Schulz (2016), os cuidadores tornam-se mais vulneráveis pelo fato de organizarem e participarem de consultas médicas, coordenarem cuidados e serviços,

garantirem que as necessidades de alimentos sejam atendidas, administrarem medicamentos, entre outros. Com isso surge a importância de que sejam desenvolvidas interações específicas para a promoção do bem-estar e da qualidade de vida dos cuidadores familiares.

O método de educação em saúde que mais se assemelhou a essa pesquisa foi aplicado por Olchik et al. (2012), também no Brasil. Foi explicado sobre memória e envelhecimento por oito sessões por meio de análise de artigos de jornais e revistas, com leitura e discussão em pequenos grupos. Os participantes desse grupo não aprenderam estratégias de memória ou prática com tarefas cognitivas e apresentaram resultados satisfatórios quanto a cognição geral (OLCHIK et al., 2012).

A literatura indica a necessidade de estabelecer estratégias de aprendizagem que incluam o diálogo, valorizando a troca entre os diferentes saberes, formal e popular, no intuito de promover ações de promoção de saúde a nível coletivo e individual (SERBIM et al., 2013). A Gerontologia tem numerosos argumentos a favor da educação, promoção da integração e participação dos idosos à vida social. Dentre eles destacam-se as novas aprendizagens promovidas pela educação em saúde, como importante recurso para manter a funcionalidade, a flexibilidade, a preservação e melhora do desempenho cognitivo, da qualidade de vida e a possibilidade de adaptação dos idosos (BASSOLI, PORTELLA, 2004).

De acordo com Diaz e Cruz (2017), um programa de intervenção para os cuidadores é um estímulo contextual que interage com outros estímulos contextuais. Esse tipo de interação afeta o estímulo focal e ativa os mecanismos de enfrentamento do cuidador em relação ao seu papel, direcionando a um nível compensatório, com alívio de tensão do papel desempenhado, melhora do bem-estar e da qualidade de vida (DIAZ, CRUZ, 2017).

As oportunidades educacionais são importantes para os ganhos evolutivos no envelhecimento, pelo fato de acreditar-se que essas ajudam nos contatos sociais, troca de vivências e conhecimentos. Vale ressaltar, que a estratégia trabalhada na Educação em Saúde foi de formação de grupos de pessoas com determinadas características que as aproximam, seja uma condição de vida, como pertencer a certa faixa etária, ou ser portador de determinada doença, tal método é comumente utilizado para desenvolver processos de educação nas unidades de saúde (GOMES, MERHY, 2011). A ES está presente em alguns trabalhos, mas não foram encontrados estudos que possuíssem a mesma quantidade de sessões, com o mesmo protocolo amplo sobre discussões a respeito de saúde e processo de envelhecimento e com pessoas idosas portadoras da condição clínica de CCL.

O método de intervenção grupal contribuiu positivamente para a maior motivação dos participantes, visto a influência e incentivo que se aplicavam uns aos outros.

### **Limitações do estudo**

Apesar de apontar índices de eficácia, este estudo apresentou algumas limitações como o número modesto de participantes, devido a poucos idosos apresentaram o diagnóstico concluído de CCL, falta do sorteio aleatório (randomização) para os grupos, o que dificultou a análise dos dados, além disso, a falta de um diagnóstico do subtipo da condição CCL. Essas condições podem interagir entre si e sofrer influência nos achados. Além disso, o acompanhamento a curto prazo torna os efeitos duradouros da intervenção imprevisíveis

Essas limitações são inevitáveis ao tentar implementar intervenções em ambientes de cuidados e estão entre os desafios importantes para este tipo de pesquisa.

Ademais, estudos que trabalhem com idosos que tenham algum declínio cognitivo e que são cuidadores são escassos, bem como da aplicação da Educação Saúde. Isso dificultou a comparação dos resultados e da discussão.

## 8. Conclusão

Os resultados desta pesquisa sugerem que a intervenção de Educação em Saúde baseada em estratégias ativas e dinâmicas de grupo, como a apresentada nesse trabalho, tem efeitos benéficos sobre os domínios cognitivos “atenção/orientação”, “memória” e “habilidades visuoespaciais”, além disso na cognição global e sobre sintomas de depressão.

Intervenções não-farmacológicas de baixo custo, como a Educação em Saúde são de grande relevância por ser multidisciplinar, a qual pode ser conduzida por diversos profissionais na área da saúde. Os resultados foram positivos quanto à aplicabilidade desse tipo de intervenção, por promover melhora cognitiva em idosas com CCL que são cuidadoras, o que indica a necessidade de dar continuidade a pesquisas com essa temática, pelos diversos profissionais da saúde, assim como o profissional gerontólogo.

Recomenda-se mais pesquisa nessa área e que as limitações desse estudo devem ser superadas em futuras pesquisas, com a inclusão de investigações com a estratégia de Educação em Saúde em uma ampla amostra, aplicação da randomização dos grupos, além da precisão diagnóstica do subtipo de CCL dos participantes, uma vez que esta linha de pesquisa, no Brasil, está em fase inicial.

## 9. Referências

- ABREU, V. P. S.; TAMAI, S. A. B. Reabilitação cognitiva em gerontologia. In: FREITAS, E.V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1162-69, 2006.
- AGUIAR, A.C.P.O.; RIBEIRO, M.I.; JACINTO, A.F. Subjective memory complaints in the elderly may be related to factors other than cognitive déficit. **Dementia e Neuropsychologia**, v. 4, n. 1, p. 54-57, 2010.
- AISEN, P.S. *et al.* High-dose B vitamin supplementation and cognitive decline in Alzheimer disease: a randomized controlled trial. **JAMA**, v. 300, n. 15, p. 1-19, 2008.
- ALBERT, M.S. *et al.* The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. **Alzheimer's & Dementia**, v. 7, n. 3, p. 270-279, 2011.
- ALVES, E.V.C. **Multimorbidade, sobrecarga percebida e fragilidade em idosos que cuidam de outros idosos**. Campinas. Dissertação [Mestrado em Gerontologia] - Universidade Estadual de Campinas, 2016.
- ALTERMANN, C.D.C. *et al.* Influence of mental practice and movement observation on motor memory, cognitive function and motor performance in the elderly. **Physical Therapy**, v. 18, n. 2, p.201-209, 2014.
- ANTUNES, H.K.M. *et al.* Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 12, n. 2, 2006.
- ARAMAKI, F.O.; YASSUDA, M.S. Cognitive training based on metamemory and mental images: follow-up evaluation and booster training effects. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 5, n. 1, p. 48-53, 2011.
- ARANGO-LASPRILLA, J.C. *et al.* Evaluation of a group cognitive-behavioral dementia

- caregiver intervention in Latin America. **American Journal Alzheimers Disease Other Dementias**, n. 29, p. 548-555, 2014.
- AREOSA, S.V.C. *et al.* Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 15, n. 2, p. 482-494, 2014.
- BARBOSA, F.I. *et al.* Caracterização das práticas de educação em saúde desenvolvidas por enfermeiros em um município do centro-oeste mineiro. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 195-203, 2010.
- BASSOLI, S.; PORTELLA, M.R. Estratégias de atenção ao idoso: avaliação de saúde desenvolvida em grupos de terceira idade no município de Passo Fundo – RS. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 6, p. 111-122, 2004.
- BECK, A.T. *et al.* An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 56, n. 6, p. 893-897, 1988.
- BECKERT, M. *et al.* Performance of low-educated elders with depression on Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R) test. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 10, n. 1, p. 19-25, 2016.
- BEZERRA, P.K. *et al.* Déficit cognitivo: proposição de cartilha para atenção ao idoso. **Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 1-10, 2016.
- BJORKLUND, B.R. **The Journey of adulthood**. 8 ed. Florida: Pearson, 2015. p. 204-239.
- BORGHI, A.C. *et al.* Sobrecarga de familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: um estudo comparativo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 4, [07 telas], 2013.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Publicação do papel do cuidador domiciliar**. São Paulo: Secretaria de Assistência Social; 1998.
- BRASIL, Portaria GM no 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde

da Pessoa Idosa – PNSPI. Diário Oficial da União, Brasília, 20 out. 2006.

BRASIL. **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos.

BRASIL. Ministérios da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 64p.

BROWN, A.K. *et al.* The effect of group-based exercise on cognitive performance and mood in seniors residing in intermediate care and self-care retirement facilities: a randomized controlled trial. **British Journal of Sports Medicine**, n. 43, p. 608-614, 2009.

CACHIONI, M. *et al.* Elderly patients with Alzheimer's disease and their family relationships: Caregiver perspectives. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 5, n. 2, p. 114-122, 2011.

CANINEU, P.R.; SAMARA, A.B.; STELLA, F. Transtorno Cognitivo Leve. In: FREITAS, E.V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 169-177.

CAMARGO, R.C.V.S. Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. SMAD, **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 6, n.2, p. 231-254, 2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762010000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 maio 2017.

CARVALHO, N.C. **Dinâmicas para idosos: 125 jogos e brincadeiras adaptados**. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. 295 p.

CARVALHO, V.A.; BARBOSA, M.T.; CARAMELLI, P. Brazilian version of Addenbrooke's Cognitive Examination in the diagnosis of mild Alzheimer Disease. **Cognitive and Behavioral Neurology**, v. 23, n. 1, p. 8-13, 2010.

CARVALHO, V.A.; CARAMELLI, P. Brazilian adaptation of the Addenbrooke's cognitive

- examination-revised (ACE-R). **Dementia & Neuropsychologia**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 212-216, 2007.
- CARNEIRO, A.C.L.L. *et al.* Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Revista Panamericana de Salud Pública**. v. 31, n. 2, p. 115-120, 2012.
- CATRIB, A.M.F. *et al.* Saúde no espaço escolar. In: BARROSO, M.G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, Z.M.V. (Orgs.). **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003.
- CERQUEIRA, A.T.A.R.; OLIVEIRA, N.I.L. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. **Psicologia USP**, v. 13, n. 1, p. 133-150, 2002.
- CESARIO, V.A.C. *et al.* Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer. **Saúde Debate**, v. 41, n. 112, p. 171-182, 2017.
- CHAVES, M.L. *et al.* Incidence of mild cognitive impairment and Alzheimer disease in Southern Brazil. **Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology**, v. 22, n. 3, p 181-187, 2009.
- CIOSAK, S.I. *et al.* Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. spe2, p. 1763-1768, 2011.
- COLLIÉRE, M.F. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude, aos cuidados de enfermagem. **Sindicato dos Enfermeiros Portugueses**, 1989. 385p.
- CRUZ, I.T.J.P. *et al.* Estimulação cognitiva para idoso com Doença de Alzheimer realizada pelo cuidador. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 3, p 510-516, 2015.
- CUNHA, J.A. Manual da versão em português das Escalas Beck. **Casa do Psicólogo**. São Paulo. 2001.
- DAMASCENO, V.O. **Insatisfação com a imagem corporal e variáveis antropométricas de**



- praticantes de atividades em academia.** 2004. 198 f. Dissertação ou Tese (Mestrado ou Doutorado em Ciências da Motricidade Humana) - Universidade Castelo Branco, Rio de Janeiro, 2004.
- DAMIN, A.E. **Aplicação do Questionário de Mudança Cognitiva como método para rastreamento de demências.** Tese [Doutorado em Ciências] – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- DEL ANTONI, A.C.F.T. *et al.* Cuidado ao idoso na atenção básica: práticas de educação em saúde do fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 29, n. 5, p. 5-15, 2016.
- DIAS, J.C.; GRATÃO, A.C.M.; MONTEIRO, D.Q. Educação em Saúde como estratégia de intervenção em uma Universidade Aberta a Terceira Idade. **Saúde & Transformação Social**, v.7, n.1, p.61.-73, 2016.
- DIAZ, L.J.R.; CRUZ, D.A.L.M. Modelo de adaptação em um ensaio clínico controlado com cuidadores familiares de pessoas com doenças crônicas. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 4, e0970017, 2017.
- DINIZ, B.S. *et al.* Mild cognitive impairment: cognitive screening or neuropsychological assessment? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 4, p. 316-321, 2008.
- DREWNOWSKI, A.; EVANS, W.J. Nutrition, physical activity, and quality of life in older adults: summary. **Journals of Gerontology Series A: Biological, Sciences and Medical Sciences**, n. 56, p. 89-94, 2001.
- DUARTE, Y.A.O. *et al.* Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? A visão mostrada pelo Estudo SABE (Saúde, Bem estar e Envelhecimento). In: Camarano AA, organizadora. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: **IPEA**; 2010. p.123-44.
- ESQUENAZI, D.; SILVA, S.B.; GUIMARÃES, M.A. Aspectos fisiopatológicos do

- envelhecimento humano e quedas em idosos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 13, n. 2, p. 11-20, 2014.
- FEIJÃO, A.R.; GALVÃO, M.T.G. Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 8, n.2, p. 41-49, 2007.
- FÉLIX, L.N.; SOUZA, E.M.T. Avaliação nutricional de idosos em uma instituição por diferentes instrumentos. **Revista de Nutrição**, v. 22, n. 4, p. 571-580, 2009.
- FIALHO, P.P. *et al.* Positive effects of a cognitive-behavioral intervention program for family caregivers of demented elderly. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, n. 70, p. 786-792, 2012.
- FLECK, M.P.A. *et al.* Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 36, n.4, p. 431-438, 2002.
- FORLENZA, O.V. *et al.* Mild cognitive impairment (part 1): clinical characteristics and predictors of dementia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 35, n. 2, p. 178-185, 2013.
- FORONI, P.M.; SANTOS, P.L. Fatores de risco e proteção associados ao declínio cognitivo no envelhecimento—revisão sistemática de literatura. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 25, n. 3, p. 364-373, 2012.
- FRANKISH, H.; HORTON, R. Prevention and management of dementia: a priority for public health. **The Lancet**, EC2Y 5AS, 2017.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 12. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- FREIRE, P. **Pedagogia da tolerância**. São Paulo: UNESP, 2004.
- GAUTHIER, S. *et al.* Mild cognitive impairment. **The Lancet**, v. 367, n. 9518, p. 1262-1270, 2006.

- GAZZINELLI, M.F. *et al.* Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005.
- GOMES, L.B.; MERHY, E.E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 7-18, 2011.
- GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 245-250, 1998.
- GRANDES, G.*et al.* Is integration of healthy promotion into primary care feasible? Discussion and consensus sessions between clinicians and researchers. **BMC Health Services Research**, v. 8, n. 213, p. 1-12, 2010.
- HEDLER, H.C. *et al.* Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 143-153, 2016.
- HIRATA, H.; GUIMARÃES, N.A. **Cuidado e cuidadoras** – as várias faces do trabalho do *care*. São Paulo: Atlas, 2012. 236p.
- HUCKANS, M. *et al.* Efficacy of cognitive rehabilitation therapies for mild cognitive impairment (MCI) in older adults: working toward a theoretical model and evidence-based interventions. **Neuropsychology Review**, v. 23, n. 1, p. 63-80, 2013.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Primeiros resultados definitivos do Censo 2010**. 2010. Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=1866>> . Acesso em: 09 de agost. de 2014.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tábuas Completas de Mortalidade por Sexo e Idade: breve análise da mortalidade no período 2011-2012**. Brasília, DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. 2013.

- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais 2015**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Brasília, DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. 2015.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**: síntese de indicadores 2014. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro, RJ. 2015. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94935.pdf>. Acesso em: 23 de dezembro de 2017.
- INOUYE, K. *et al.* Efeito da Universidade Aberta à Terceira Idade sobre a qualidade de vida do idoso. **Educação e Pesquisa**, v. 44, e.142931, 2018.
- IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Política Nacional do Idoso**: novas e velhas questões. 2016. Rio de Janeiro, RJ: Ministério do Planejamento Desenvolvimento e Gestão. 2016.
- IRIGARAY, T.Q. *et al.* Efeitos de um treino de atenção, memória e funções executivas na cognição de idosos saudáveis. **Psicologia- Reflexão e Crítica**, v. 25, p. 182-187, 2012.
- JACINTO, A.F. *et al.* Screening of cognitive impairment by general internists using two simple instruments. **Dementia e Neuropsychologia**, v. 6, n. 1, p. 42-47, 2012.
- JACINTO, A.F. *et al.* Subjective memory complaints in the elderly: a sign of cognitive impairment? **Clinics**, v. 69, n. 3, p. 194-197, 2014.
- JOHARI, S.M. *et al.* A Preliminary Randomized Controlled Trial of Multifaceted Educational Intervention for Mild Cognitive Impairment Among Elderly Malays in Kuala Lumpur. **International Journal of Gerontology**, v. 8, n. 2, p. 74-80, 2014.
- KAUP, A.R. *et al.* Memory complaints and risk of cognitive impairment after nearly 2 decades among older women. **Neurology**, v. 85, n. 21, p. 1852-1858, 2015.
- KIM, H.S.; JUNE, K.J.; SONG, R. Effects of nutrition education and exercise programs on perceived dietary behaviour, food intake and serum lipid profiles in elderly Korean women

- living in residential homes. **Asian Nursing Research**, n. 1, p. 35-47, 2007.
- KÜCHEMANN, B.A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e Estado**, v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012.
- LE PHAM, P.D.; VO, T.Q. Assessment of psychometric properties of WHOQOL-OLD instrument: a literature review. **International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Research**, v. 4, n. 4, p. 53-66, 2015.
- LIVINGSTON, G. *et al.* Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, STrAtegies for RelaTives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: Pragmatic randomised controlled trial. **BMJ**, 347:f6276, 2013.
- LIVINGSTON, G. *et al.* Dementia prevention, intervention, and care. **The Lancet**, v. 390, n. 10113, p. 2673-2734, 2017.
- LUCHESE, B.M. **Idosos cuidadores de idosos: atitudes em relação à velhice, sobrecarga, estresse e sintomas depressivos**. Ribeirão Preto. Tese [Doutorado em Enfermagem Fundamental] - Universidade de São Paulo; 2015.
- LUCK, T. *et al.* Incidence of mild cognitive impairment: a systematic review. **Dementia and Geriatric Cognitive Disorders**, v. 29, n. 2, p. 164-175, 2010.
- MANFRIM, A.; SCHMIDT, L.S.; Diagnóstico Diferencial das Demências. In: FREITAS, E.V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 157 – 168.
- MARINS, A.M.F.; HANSEL, C.G.; DA SILVA, J. Mudanças de comportamento em idosos com Doença de Alzheimer e sobrecarga para o cuidador. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 352-356, 2016.
- MÁRQUEZ-GONZÁLEZ, M. *et al.* Modification of dysfunctional thoughts about caregiving in dementia family caregivers: Description and outcomes of an intervention programme. **Aging Mental Health**, n. 11, p. 616-625, 2007.

- MARTINS, J.J. *et al.* Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto contexto - enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 254-262, 2007.
- MATTA, S.M. *et al.* Alterações cognitivas na doença renal crônica: uma atualização. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 36, p. 241-245, 2014.
- MCKHANN, G.M. *et al.* The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup. **Alzheimer's & Dementia**, v. 7, n. 3, p. 263-269, 2011.
- MEIRA, E.C. *et al.* Vivências de mulheres cuidadoras de pessoas idosas dependentes: orientação de gênero para o cuidado. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 2, p. 1-8, 2017.
- MEIRELES, A.E. *et al.* Alterações neurológicas fisiológicas ao envelhecimento afetam o sistema mantenedor do equilíbrio. **Revista de Neurociências**, v. 8, n. 1, p. 103-108, 2010.
- MENEZES, A.V. *et al.* Efetividade de uma intervenção fisioterapêutica cognitivo-motora em idosos institucionalizados com comprometimento cognitivo leve e demência leve. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3459-3467, 2016.
- MENEZES JUNIOR, J.E. *et al.* Educação em saúde como estratégia para melhoria da qualidade de vida dos usuários hipertensos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, p. 1045-1051, 2011.
- MEREGE FILHO, C.A.A. *et al.* Influence of physical exercise on cognition: an update on physiological mechanisms. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 20, n. 3, p. 237-241, 2014.
- MICHAUD, T.L. *et al.* The Risk of Incident Mild Cognitive Impairment and Progression to Dementia Considering Mild Cognitive Impairment Subtypes. **Dementia Geriatric Cognitive Disorders**, n. 7. p. 15-29, 2017.
- MILDERS, M. *et al.* Improving access to a multi-component intervention for caregivers and

- people with dementia. **Dementia**, v. 0, n. 0, p. 1-13, 2016.
- MIRANDA, A.F.; SILVA, J. Alterações de comportamento do idoso com doença de Alzheimer, reveladas pelo cuidador familiar: contribuições para a prática gerontológica. **Journal Research: Fundamental Care**, v. 2, p. 186-189, 2010.
- MONTENEGRO, M. *et al.* Relación de las quejas de memoria con el rendimiento de memoria y el estado de ánimo. **Revista de Neurologia**, v. 57, n. 9, p. 396-404, 2013.
- MORAES, E.N.; DAKER, M.V. Abordagem do Idoso com Incapacidade Cognitiva. In: MORAES, E.N. (Org). **Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia**. Coopmed, 2008. p. 273-291.
- MORAIS, D. *et al.* Dor crônica de idosos cuidadores em diferentes níveis de fragilidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 4, e60700, 2016.
- MORGAN, M.D. *et al.* Rates of depression in individuals with pathologic but not clinical Alzheimer disease are lower than those in individuals without the disease: findings from the Baltimore Longitudinal Study Aging (BLSA). **Alzheimer Disease & Associated Disorders**, v. 21, n. 3, p. 199-204, 2007.
- NERI, A.L. Envelhecer Bem no Trabalho: possibilidades individuais, organizacionais e sociais. **A Terceira Idade**, v. 13, n. 24, p.7-27, 2002.
- NERI, A.L. **Cuidar de idosos no contexto da família**: questões psicológicas e culturais. 2ed. campinas: Alínea, 2006. 201p.
- NEUWALD, M.F.; ALVARENGA, L.F. Fisioterapia e educação em saúde: investigando um serviço ambulatorial do SUS. **Boletim da Saúde**, v.19, n. 2, p. 73-82, 2005.
- NGANDU, T. *et al.* A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. **The Lancet**, v. 385, p. 2255–2263, 2015.

- OLCHIK, A.K. *et al.* Revisão: efeitos do treino de memória em idosos normais e em idosos com comprometimento cognitivo leve. **Temas em Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 235-245, 2012.
- PAPALÉO, M.N. O Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: FREITAS, E.V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- PARAIZO, M.A. *et al.* Montreal Cognitive Assessment (MoCA) no rastreio de comprometimento cognitivo leve (CCL) em pacientes com doença renal crônica (DRC) pré-dialítica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 38, n. 1, p. 31-41, 2016.
- PARKER, M.G.; THORSLUND, M. Health trends in the elderly population: getting better and getting worse. **The Gerontologist**, v. 47, n. 2, p. 150-158, 2007.
- PAZ, R.C.N.; VENTURA, L.M.B. A utilização do lúdico como estratégia de educação em saúde para promoção da qualidade de vida na terceira idade. **Revista UNINGÁ Review**, v. 16, n. 2, p. 27-32, 2013.
- PEDRERO-PÉREZ, E.J.; LEÓN, J.M.R.S. Quejas subjetivas de memória, personalidade y sintomatología prefrontal en adultos jóvenes. **Revista de Neurologia**, v. 57, n. 7, p. 289-296, 2013.
- PEREIRA, L.S.M.; SOARES, S.M. Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3839-3851, 2015.
- PETERSEN, R.C. *et al.* Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. **Archives of Neurology**, v. 56, n. 3, p. 303-308, 1999.
- PETERSEN, R.C. *et al.* Current concepts in mild cognitive impairment. **Archives of Neurology**, v. 58, n. 12, p. 1985-1992, 2001.
- PETERSEN, R.C. *et al.* Prevalence of mild cognitive impairment is higher in men - The Mayo



- Clinic of Aging. **Neurology**, v. 75, n.10, p. 889-897, 2010.
- PETERSEN, R.C. Mild cognitive impairment. **The New England Journal of Medicine**, v. 364, n. 23, p. 2227-2234, 2011.
- PINQUART, M.; SORENSEN, S. Differences between caregivers and non caregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. **Psychology Aging**. v. 18, n. 2, p. 250-267, 2003.
- PINQUART, M.; SÖRENSEN, S. Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: an updated meta-analysis. **The Journals of Gerontology, Series B: Psychology Sciences and Social Sciences**, v. 61, n. 1, p. 33-45, 2006.
- PINQUART, M.; SÖRENSEN, S. Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. **The Journals of Gerontology, Series B: Psychology Sciences and Social Sciences**, v. 62, n. 2, p. 126-137, 2007.
- PINQUART, M.; SÖRENSEN, S. Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: a meta-analytic comparison. **Psychology and Aging**, v. 26, n. 1, p. 1-14, 2011.
- RABELO, D.F. Comprometimento Cognitivo Leve em idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 12, n. 2, p. 65-79, 2009.
- RADANOVIC, M.; STELLA, F.; FORLENZA, O.V. Comprometimento cognitivo leve. **Revista Médica**, v. 94, n. 3, p. 162-168, 2015.
- REIJNDERS, J. *et al.* Cognitive interventions in healthy older adults and people with mild cognitive impairment: a systematic review. **Ageing Research Reviews**, n. 12, p. 263-275, 2013.
- REISBERG, D. **Cognition**: exploring the Science of the mind. 4<sup>a</sup> ed. New York: W.W. Norton & Company. 2010, 500p.

- REVE, E.H.; BRUIN, E.D. Strength-balance supplemented with computerized cognitive training to improve dual task gait and divided attention in older adults: a multicenter randomized-controlled trial. **BMC Geriatrics**, v. 14, n. 134, p.1-15, 2014.
- RIBEIRO, P.C.C.; YASSUDA, M.S. Cognição, estilo de vida e qualidade de vida na velhice. In: NERI, A.L. **Qualidade de vida na velhice: Enfoque multidisciplinar**. p. 189-204. Campinas, SP: Alínea. 2007.
- RODAKOWSKI, J. *et al.* Non-pharmacological interventions for adults with mild cognitive impairment and early stage dementia: an update scoping review. **Molecular Aspects of Medicine**, p. 1-30, 2015. doi: 10.1016/j.mam.2015.06.003.
- RODRIGUES, S.L.A.; WATANABE, H.A.W.; DERNTL, A.M. A saúde de idosos que cuidam de idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.40, n. 4, p. 493-500, 2006.
- SANTOS, A.A.; PAVARINI, S.C.I. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 1, p. 115-122, 2010.
- SANTOS, R.L. *et al.* Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 38, n. 4, p. 161-167, 2011.
- SCHREIBER, M.; SCHNEIDER, R. Cognitive plasticity in people at risk for dementia: optimising the testing-the-limits-approach. **Aging & Mental Health**, v. 11, n. 1, p. 75-81, 2007.
- SECOLI, S.R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 136-140, 2010.
- SEIMA, M.D.; LENARDT, M.H.; CALDAS, C.P. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 233-240, 2014.

- SERBIM, A.K. *et al.* Oficinas multiprofissionais: educação em saúde para idosos de uma comunidade. **Revista Eletrônica de Gestão & Saúde**, v. 4, n. 1, p. 780-90, 2013.
- SHATA, Z.N. *et al.* Efficacy of a multi-component psychosocial intervention program for caregivers of persons living with neurocognitive disorders, Alexandria, Egypt: A randomized controlled trial. **Avicenna Journal of Medicine**, v. 7, n. 2, p. 54-63, 2017.
- SILVA R.; SCHMIDT, O.F.; SILVA, S. Polifarmácia em geriatria. **Revista da AMRIGS**, v. 56, n. 2, p. 164-174, 2012.
- SIMON, A.E. *et al.* Knowledge of lung cancer symptoms and risk factors in the U.K: development of a measure and results from a population-based survey. **Thorax**, n. 67, p. 426-432, 2012.
- SKA, B. *et al.* Mudanças no processamento cognitivo em adultos idosos: déficits ou estratégias adaptativas? **Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v. 14, n.1, p. 13-24, 2010.
- SOARES, A.L.G.; MUSSOI, T.D. Mini-avaliação nutricional na determinação do risco nutricional e de desnutrição em idosos hospitalizados. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 29, n. 2, p. 105-110, 2014.
- SOLÉ-PADULLÉS, C. *et al.* Brain structure and function related to cognitive reserve variables in normal aging, mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. **Neurobiology of Aging**, v. 30, n. 7, p. 1114-1124, 2009.
- SORENSEN, L.V.; WALDORFF, F.B.; WALDEMAR, G. Early counseling and support for patients with mild Alzheimer's disease and their caregivers: a qualitative study on outcome. **Aging Mental Health**, v. 12, n. 4, p. 444-150, 2008.
- SOUZA, R. *et al.* Avaliação antropométrica em idosos: estimativas de peso e altura e concordância entre classificações de IMC. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 1, p. 81-90, 2013.

- TOMOMITSU, M.R.S.V.; PERRACINI, M.R.; NERI, A.L. Influência de gênero, idade e renda sobre o bem-estar de idosos cuidadores e não cuidadores. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 4, p. 663-680, 2013.
- TORRES, H.C.; HORTALE, V.A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 19, n. 4, p 1039-1047, 2003.
- VALE, F.A.C. *et al.* Memory complaint scale (MCS). Proposed tool for active systematic search. **Dementia & Neuropsychologia**., v. 6, n. 4, p. 212-218, 2012.
- WOLFF, J.L.; FEDER, J.; SCHULZ, R. Supporting Family caregivers of older Americans. **The New England Journal of Medicine**, v. 375, n. 26, p. 2513-2515, 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1998.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP. **Dementia**: a public health priority. Geneva: World Health Organization—Alzheimer’s Disease International, 2012. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/dementia\\_report\\_2012/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/). Acesso em: 04 de janeiro de 2018.
- YASSUDA, M.S.; ABREU, V.P.S. **Avaliação Cognitiva**. In: FREITAS, E.V. *et al.* Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap. 132. p. 1252-1259.
- ZHENG, D. *et al.* The overall impairment of core executive function components in patients with amnesic mild cognitive impairment: a cross-sectional study. **BMC Neurology**, v. 12, n. 138, p. 1-10, 2012.

## 10. Apêndice

### Apêndice A – Questionário Inicial

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_

Telefones para contato: \_\_\_\_\_

DN \_\_\_\_/\_\_\_\_/19          Idade atual \_\_\_\_          Escolaridade: \_\_\_\_\_ anos.

Renda mensal aproximada em R\$: \_\_\_\_\_

Individual (valor bruto): \_\_\_\_\_. (1) 1 a 3 SM    (2) 4 a 6 SM    (3) 7 ou mais SM

Familiar (valor bruto): \_\_\_\_\_. (1) 1 a 3 SM    (2) 4 a 6 SM    (3) 7 ou mais SM

#### **Qual das atividades abaixo você exerce para o idoso:**

Higiene Corporal:          (1) Sim (2) Não          Serviço de Fisioterapia:          (1) Sim (2) Não

Higiene Oral:                (1) Sim (2) Não          Retorno às Consultas:          (1) Sim (2) Não

Eliminações:                (1) Sim (2) Não          Outro:                                (1) Sim (2) Não

Alimentação:                (1) Sim (2) Não

Medicação:                  (1) Sim (2) Não

#### **Conta com o suporte formal de alguma entidade?**

Igreja ou Instituição Religiosa:                                (1) Sim (2) Não

Grupo (ONG) de Apoio da Comunidade:                                (1) Sim (2) Não

Grupo de Apoio (Instituição de Saúde):                                (1) Sim (2) Não

Clubes (SESI/SESC/SENAC/SENAI):                                (1) Sim (2) Não

Serviço de Assistência Social (CRAS/FESC):                                (1) Sim (2) Não

Outro:    (1) Sim    (2) Não Especificar: \_\_\_\_\_

1. Problemas de saúde atuais (incurável e/ou em tratamento e/ou sintomas nos últimos 6 meses). Marque M se diagnosticado por médico ou N se não.

- ( ) Alergia ( ) demência/ “esclerose”, não sabe se Alzheimer ( ) sobrepeso/obesidade  
 ( ) Alzheimer ( ) depressão ( ) sequela motora de AVC  
 ( ) Ansiedade ( ) diabete ( ) sequela motora de TCE  
 ( ) Apneia do sono ( ) epilepsia ( ) Parkinson  
 ( ) asma/bronquite/enfisema ( ) gastrite/úlcera/ “problema no estômago” ( ) “reumatismo”/artralgia  
 ( ) AVC recente ( ) hipertensão ( ) ronco  
 ( ) Câncer ( ) hipotireoidismo ( ) tremor nas mãos  
 ( ) Cardiopatia ( ) insônia ( ) outro \_\_\_\_\_  
 ( ) cefaleia/ enxaqueca ( ) “nervosismo” \_\_\_\_\_  
 ( ) constipação intestinal ( ) tontura/labirintite \_\_\_\_\_.

- Quantos problemas de saúde atuais?

Com diagnóstico médico (M)\_\_\_\_\_ Sem (N)\_\_\_\_\_

2. Antecedentes patológicos (ocorridos há mais de 6 meses e resolvidos).

- ( ) ansiedade diagnosticada por médico ( ) depressão diagnosticada por médico  
 ( ) AVC ( ) TCE c/ comprometimento da consciência  
 ( ) cirurgia ( ) trat. PQU não especificado  
 ( ) trat. NEURO não espec. ( ) outro \_\_\_\_\_

3. Medicamentos de uso regular (pelo menos 2 vezes por semana, há pelo menos 3 meses):

Marque **P** para prescrição médica ou **A** para automedicação.

- ( ) AAS/clopidogrel/ ticlopidina ( ) flunarizina/cinarizina  
 ( ) analgésico ( ) *Ginkgobiloba*  
 ( ) antidepressivo ISRS ( ) homeopatia  
 ( ) antidepressivo tricíclico amitriptilina/nortriptilina ( ) neuroléptico  
 ( ) antidiabético oral ( ) omeprazol e afins  
 ( ) anti-hipertensivo ( ) polivitamínico  
 ( ) anti-inflamatório ( ) sedativo/hipnótico  
 ( ) benzodiazepínico ( ) fitoterápico  
 ( ) estatina

- Quantos medicamentos? Prescrição (**P**) \_\_\_\_\_ Automedicação (**A**) \_\_\_\_\_

4. Altura estimada: \_\_\_\_\_m    Peso estimado:\_\_\_\_\_ Kg    IMC estimado: \_\_\_\_\_
5. Atividade física pelo menos 150 minutos por sem.?    (0)não    (1)sim    Há \_\_\_\_\_ anos (= \_\_\_\_\_ meses)
6. Bebida alcoólica pelo menos 2 vezes/sem.?    (0)não    (1)sim    Há \_\_\_\_\_ anos (= \_\_\_\_\_ meses)
7. Tabagismo:    (0)nunca fumou    (1)ex-tabagista    (2)tabagista  
Se tabagista: Por \_\_\_\_\_ anos (= \_\_\_\_\_ meses)  
Se ex-: Parou há \_\_\_\_\_ anos (= \_\_\_\_\_ meses)    Fumou por \_\_\_\_\_ anos (= \_\_\_\_\_ meses)
8. Alimentação: consome habitualmente (3 ou mais vezes/semana)
- ( ) carne gorda, fritura, etc
- ( ) café
- ( ) chocolate
- ( ) doce
- ( ) massa
- ( ) refrigerante
- ( ) embutidos/enlatados
- ( ) outro \_\_\_\_\_

## 11. Anexos

### Anexo A - Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA IDOSOS COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE

**Pesquisador:** Aline Cristina Martins Gratão

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 36462714.7.0000.5504

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 874.213

**Data da Relatoria:** 10/11/2014

##### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo longitudinal, experimental, tipo caso-controle com análise quanti-qualitativa. Oitenta voluntários com idade igual ou superior a 60 anos, dentre eles pacientes com Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) e do subtipo amnésico (CCLa), atendidos no Ambulatório de Neurologia Cognitiva e Comportamental da UFSCar, e acompanhantes destes pacientes serão avaliados através dos seguintes instrumentos: questionários sociodemográficos, Critério de Classificação Econômica Brasil, Escala de Queixa de Memória, Mini-Exame do Estado Mental, Teste de fluência verbal semântica, Teste do Desenho do Relógio, Escala de Depressão Geriátrica, Medida da Independência Funcional, Questionário das Atividades Funcionais de Pfeffer, Qualidade de Vida e Estagiamento Clínico de Demência. Em seguida, serão realizadas intervenções objetivando a estimulação, reorganização e planejamento das sessões a partir das habilidades mostradas pelo grupo (Grupo do Treino Cognitivo – TC), enquanto no Grupo Educação em Saúde, terá como objetivos esclarecimentos sobre o curso clínico de doenças neurocomportamentais, como CCLa, Doença de Alzheimer, suas particularidades, tratamento, prevenção, além de propiciar a troca de experiências positivas e negativas entre os integrantes do grupo. Os acompanhantes dos pacientes farão parte do grupo "Controle" para cada uma das intervenções.

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP **Município:** SÃO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 874.213

**Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo principal é caracterizar idosos com CCLa atendidos em um ambulatório de neurologia cognitiva e comportamental e idosos sem comprometimento cognitivo residentes da comunidade de São Carlos, bem como, verificar os efeitos do Treino Cognitivo (atenção, memória e funções executivas) e de Educação em Saúde em sujeitos com CCLa e sujeitos sem alterações cognitivas. E como objetivos secundários, a pesquisadora pretende: identificar características sócio demográficas, funcionais, cognitivas e comportamentais na amostra estudada, reavaliar características funcionais, cognitivas e comportamentais no follow up (6 meses após intervenção), aplicar TC em grupo experimental de indivíduos com CCL e em grupo controle de idosos sem alterações cognitivas, aplicar ES em grupo experimental de indivíduos com CCL e em grupo controle de idosos sem alterações cognitivas, aplicar diário de campo para avaliações da manutenção das estratégias de TC no domicílio após a intervenção, construir modelo de roteiro para aplicação de TC em grupo de indivíduos com CCL e elaborar materiais educativos e instrucionais para a aplicação e continuidade de TC no domicílio.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora aponta, no projeto, como riscos: desconforto gerado por terem que expressar suas experiências e dúvidas, além daquele gerado por poder ter uma compreensão errônea das temáticas a serem trabalhadas na prática educativa e na prática do treino cognitivo e pela possibilidade de apresentar cansaço (físico e/ou mental), angústia ou tristeza. Como benefício direto, espera-se, que os resultados promovam melhora da capacidade cognitiva dos sujeitos estudados como principal benefício direto, além de uma melhora na capacidade funcional e qualidade de vida. Em relação aos indiretos, indica que se espera, com a realização da pesquisa proposta, que os resultados sejam capazes de nortear a prática baseada em evidências científicas, com fornecimento de subsídios para o aprimoramento das competências de gerontólogos que lidam diariamente com a população de idosos com comprometimento cognitivo, consolidando o conhecimento científico na área da gerontologia. Pretende-se, ainda, a concretização da capacitação e aperfeiçoamento da equipe executora e dos profissionais de saúde envolvidos para a área em específico.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto de pesquisa possui relevância à área em questão. O cronograma está adequado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A Folha de Rosto foi adequadamente preenchida e está assinada. Um TCLE foi reapresentado,

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 874.213

estando de acordo com a Resolução CNS 466/12.

A pesquisadora apresentou documento de concordância/autorização por parte do responsável pelo ambulatório onde será realizada a pesquisa.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências foram resolvidas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto aprovado.

SAO CARLOS, 17 de Novembro de 2014

---

**Assinado por:**  
**Ricardo Carneiro Borra**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

## Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO IDOSO

**Título do estudo:** Estratégias de Intervenção para Idosos com Comprometimento Cognitivo Leve

**Pesquisador(es) responsável(is):** Aline Cristina Martins Gratão

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de São Carlos/ Departamento de Gerontologia

**Telefone para contato com o pesquisador:** (16) 3306-6670, (16) 8102-6051

Convidamos o(a) Sr(a) a participar da pesquisa “*Efeitos do Treino Cognitivo e Educação em Saúde sobre a cognição e fatores associados em idosos com Comprometimento Cognitivo Leve*”, que tem como objetivos, aplicar Educação em Saúde e Treino Cognitivo em um grupo de idosos com Comprometimento Cognitivo Leve atendido no Ambulatório de Neurologia Cognitiva e Comportamental (ANEU) da UFSCar. Avaliar capacidade cognitiva e funcional desses idosos antes e depois da intervenção.

Conversaremos com o (a) Sr (a) no local mencionado. O(a) Sr(a) não terá gastos com a pesquisa. A conversa terá a duração de aproximadamente 40 a 50 minutos. Se o(a) Sr(a) aceitar participar dessa pesquisa deverá assinar este termo e ficará com uma cópia, caso precise entrar em contato conosco por qualquer motivo, inclusive para deixar de participar da pesquisa, sem que o(a) Sr(a) sofra qualquer prejuízo por parte do pesquisador ou da instituição de saúde, deixamos acima o telefone.

Posteriormente, o Sr(a) será convidado(a) a comparecer no grupo de intervenção, que irá trabalhar com exercícios de memória, o que denominamos de treino cognitivo, ou poderá participar de um grupo que irá discutir temas de preferência, por meio de círculos de discussão, palestras ou dramatização. Este estudo tem muita importância para a promoção da saúde do(a) Sr(a).

Sua participação é voluntária e as informações do(a) Sr(a) e dos outros participantes desse estudo serão mantidos em segredo e não aparecerão ao final da pesquisa, pois não se espera causar desconforto ou riscos aos entrevistados. Caso ocorram riscos, que se resumem em desconforto gerado terem que expressar suas experiências e dúvidas, além disso, desconforto gerado por poder ter uma compreensão errônea das temáticas a serem trabalhadas na prática educativa e de treino. Os pesquisadores serão treinados a observarem essas situações e prontamente resolvê-las da melhor forma possível, encaminhando a profissionais colaboradores da pesquisa ou mesmo reaplicando orientações sempre que necessárias.

Ao finalizar o estudo, os resultados serão divulgados nos diversos meios de comunicação (como revistas científicas). Esperamos merecer sua confiança e colocamo-nos à disposição para qualquer informação adicional no telefone acima descrito.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

\_\_\_\_\_ ou  
Assinatura do sujeito

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável legal do idoso

São Carlos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

## Anexo C - Protocolo de Avaliação

### Instrumento de Avaliação

#### “Efeito da intervenção educativa grupal em cuidadoras idosas com Comprometimento Cognitivo Leve”



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
Departamento de Gerontologia  
Via Washington Luís, km 235 – Caixa Postal, 676  
13565-905 – São Carlos – SP - Brasil  
Fones/FAX: (16) 3351-9634  
E-mail: [gerontologia@ufscar.br](mailto:gerontologia@ufscar.br)  
[www.gerontologia.ufscar.br](http://www.gerontologia.ufscar.br)



#### Apêndice – Questionário Inicial

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_

Telefones para contato: \_\_\_\_\_

DN \_\_\_\_/\_\_\_\_/19          Idade atual \_\_\_\_          Escolaridade: \_\_\_\_\_ anos.

Renda mensal aproximada em R\$: \_\_\_\_\_

Individual (valor bruto): \_\_\_\_\_. (1) 1 a 3 SM    (2) 4 a 6 SM    (3) 7 ou mais SM

Familiar (valor bruto): \_\_\_\_\_. (1) 1 a 3 SM    (2) 4 a 6 SM    (3) 7 ou mais SM

#### **Qual das atividades abaixo você exerce para o idoso:**

Higiene Corporal:      (1) Sim    (2) Não          Serviço de Fisioterapia:      (1) Sim    (2) Não

Higiene Oral:          (1) Sim    (2) Não          Retorno às Consultas:      (1) Sim    (2) Não

Eliminações:          (1) Sim    (2) Não          Outro:                              (1) Sim    (2) Não

Alimentação:          (1) Sim    (2) Não

Medicação:            (1) Sim    (2) Não

**Conta com o suporte formal de alguma entidade?**

- Igreja ou Instituição Religiosa: (1) Sim (2) Não  
 Grupo (ONG) de Apoio da Comunidade: (1) Sim (2) Não  
 Grupo de Apoio (Instituição de Saúde): (1) Sim (2) Não  
 Clubes (SESI/SESC/SENAC/SENAI): (1) Sim (2) Não  
 Serviço de Assistência Social (CRAS/FESC): (1) Sim (2) Não  
 Outro: (1) Sim (2) Não Especificar: \_\_\_\_\_

9. Problemas de saúde atuais (incurável e/ou em tratamento e/ou sintomas nos últimos 6 meses). Marque M se diagnosticado por médico ou N se não.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergia                 | <input type="checkbox"/> demência/ “esclerose”, não sabe se Alzheimer | <input type="checkbox"/> sobrepeso/obesidade    |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer               | <input type="checkbox"/> depressão                                    | <input type="checkbox"/> sequela motora de AVC  |
| <input type="checkbox"/> Ansiedade               | <input type="checkbox"/> diabete                                      | <input type="checkbox"/> sequela motora de TCE  |
| <input type="checkbox"/> Apneia do sono          | <input type="checkbox"/> epilepsia                                    | <input type="checkbox"/> Parkinson              |
| <input type="checkbox"/> asma/bronquite/enfisema | <input type="checkbox"/> gastrite/úlcera/ “problema no estômago”      | <input type="checkbox"/> “reumatismo”/artralgia |
| <input type="checkbox"/> AVC recente             | <input type="checkbox"/> hipertensão                                  | <input type="checkbox"/> ronco                  |
| <input type="checkbox"/> Câncer                  | <input type="checkbox"/> hipotireoidismo                              | <input type="checkbox"/> tremor nas mãos        |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia             | <input type="checkbox"/> insônia                                      | <input type="checkbox"/> outro _____            |
| <input type="checkbox"/> cefaleia/ enxaqueca     | <input type="checkbox"/> “nervosismo”                                 | _____   |
| <input type="checkbox"/> constipação intestinal  | <input type="checkbox"/> tontura/labirintite                          | _____   |

- Quantos problemas de saúde atuais?

Com diagnóstico médico (M)\_\_\_\_\_ Sem (N)\_\_\_\_\_

10. Antecedentes patológicos (ocorridos há mais de 6 meses e resolvidos).

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ansiedade diagnosticada por médico | <input type="checkbox"/> depressão diagnosticada por médico    |
| <input type="checkbox"/> AVC                                | <input type="checkbox"/> TCE c/ comprometimento da consciência |
| <input type="checkbox"/> cirurgia                           | <input type="checkbox"/> trat. PQU não especificado            |
| <input type="checkbox"/> trat. NEURO não espec.             | <input type="checkbox"/> outro _____                           |

11. Medicamentos de uso regular (pelo menos 2 vezes por semana, há pelo menos 3 meses):

Marque **P** para prescrição médica ou **A** para automedicação.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> AAS/clopidogrel/ ticlopidina                          | <input type="checkbox"/> flunarizina/cinarizina |
| <input type="checkbox"/> analgésico  | <input type="checkbox"/> <i>Ginkgobiloba</i>    |
| <input type="checkbox"/> antidepressivo ISRS                                   | <input type="checkbox"/> homeopatia             |
| <input type="checkbox"/> antidepressivo tricíclico amitriptilina/nortriptilina | <input type="checkbox"/> neuroléptico           |
| <input type="checkbox"/> antidiabético oral                                    | <input type="checkbox"/> omeprazol e afins      |
| <input type="checkbox"/> anti-hipertensivo                                     | <input type="checkbox"/> polivitamínico         |
| <input type="checkbox"/> anti-inflamatório                                     | <input type="checkbox"/> sedativo/hipnótico     |
| <input type="checkbox"/> benzodiazepínico                                      | <input type="checkbox"/> fitoterápico           |
| <input type="checkbox"/> estatina  |   |
- Quantos medicamentos? Prescrição (**P**) \_\_\_\_\_ Automedicação (**A**) \_\_\_\_\_

12. Altura estimada: \_\_\_\_\_ m      Peso estimado: \_\_\_\_\_ Kg      IMC estimado: \_\_\_\_\_

13. Atividade física pelo menos 150 minutos por sem.? (0) não      (1) sim Há \_\_\_\_\_ anos (= \_\_\_\_\_ meses)

14. Bebida alcoólica pelo menos 2 vezes/sem.? (0) não      (1) sim Há \_\_\_\_\_ anos (= \_\_\_\_\_ meses)

15. Tabagismo: (0) nunca fumou      (1) ex-tabagista      (2) tabagista

Se tabagista: Por \_\_\_\_\_ anos (= \_\_\_\_\_ meses)

Se ex-: Parou há \_\_\_\_\_ anos (= \_\_\_\_\_ meses) Fumou por \_\_\_\_\_ anos (= \_\_\_\_\_ meses)

16. Alimentação: consome habitualmente (3 ou mais vezes/semana)

carne gorda, fritura, etc

café

chocolate

doce

massa

refrigerante

embutidos/enlatados

outro \_\_\_\_\_

**Questionário de Mudança Cognitiva (QMC 22)**

**Quadro 1** - Versão Final do QMC22.

Nome do participante (paciente ou voluntário):			
Idade:	Gênero:	Escolaridade:	
Nome do informante:			
Idade:	Gênero:	Escolaridade:	
Telefone para contato:			
Vinculo com o participante: ( ) filho(a)      ( ) nora/genro      ( ) outros			
Lembre-se: "sim, uma mudança" indica que você pensa que tem havido mudança (alteração) nos últimos anos causada por problemas cognitivos (pensamento e memória)	Sim, uma mudança (uma alteração)	Não, nenhuma mudança (alteração)	N/A (não se aplica ou não disponível) não sei
1. Problemas de julgamento (p. ex: cair em 'contos do vigário', más decisões financeiras, comprar presentes inadequados para os que recebem) (AD8)			
2. Interesse reduzido em <i>hobbies</i> /atividades (AD8)			
3. Repete perguntas, estórias, afirmações (AD8)			
4. Dificuldade para aprender como usar um instrumento, eletrodoméstico ou outro aparelho (p.ex. videocassete, computador, microondas, controle remoto) (AD8)			
5. Esquece o mês e o ano corretos (AD8)			
6. Dificuldade para lidar com assuntos financeiros complicados (p. ex. controle do saldo no talão de cheques, imposto de renda, pagamento de contas) (AD8)			
7. Dificuldade para lembrar-se de compromissos (AD8)			
8. Problemas constante com o pensamento e/ou memória (AD8)			
9. Dificuldade para usar o telefone para fazer ligações (Katz)			
10. Dificuldade para usar carro, ônibus, táxi ou barco sozinho (Katz, modificado para barco)			
11. Dificuldade para tomar remédios sem supervisão (Pfeffer)			
12. Dificuldade para compreender uma notícia ou um filme ou um programa de rádio ou			

13. Dificuldade para se manter atualizado sobre os fatos importantes da comunidade ou país (Pfeffer)			
14. Dificuldade para se lembrar do que conversou nos últimos dias (IQCODE)			
15. Dificuldade para lembrar-se onde as coisas são guardadas usualmente (IQCODE)			
16. Dificuldade para contar o que acabou de ver ou ouvir			
17. Dificuldade para lembrar uma mensagem (Fillenbaum)			
18. Dificuldade para expressar opiniões próprias sobre assuntos de família (Fillenbaum)			
19. Dificuldade para terminar alguma coisa começada (Fillenbaum)			
20. Dificuldade para lidar com pequenas somas de dinheiro (Blessed)			
21. Dificuldade para tomar parte em alguma conversa			
22. Dificuldade para sair para uma caminhada sozinho e voltar para casa sem perder-se (Fillenbaum -adaptado)			
<b>TOTAL</b>			



**Inventário de Ansiedade de Beck**

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	<b>Absolutamente não</b>	<b>Levemente Não me incomodou muito</b>	<b>Moderadamente Foi muito desagradável, mas pode suportar</b>	<b>Gravemente Difícilmente pude suportar</b>
<b>Dormência ou formigamento</b>				
<b>Sensação de calor</b>				
<b>Tremores nas pernas</b>				
<b>Incapaz de relaxar</b>				
<b>Medo que aconteça o pior</b>				
<b>Atordoado ou tonto</b>				
<b>Palpitação ou aceleração do coração</b>				
<b>Sem equilíbrio</b>				
<b>Aterrorizado</b>				
<b>Nervoso</b>				
<b>Sensação de sufocação</b>				

<b>Tremores nas mãos</b>				
<b>Trêmulo</b>				
<b>Medo de perder o controle</b>				
<b>Dificuldade de respirar</b>				
<b>Medo de morrer</b>				
<b>Assustado</b>				
<b>Indigestão ou desconforto no abdômen</b>				
<b>Sensação de desmaio</b>				
<b>Rosto afogueado</b>				
<b>Suor (não devido ao calor)</b>				

## Inventário de Depressão de Beck

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. (0) Não me sinto triste.

(1) Eu me sinto triste.

(2) Estou sempre triste e não consigo sair disso.

(3) Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. (0) Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

(1) Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.

(2) Acho que nada tenho a esperar.

(3) Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. (0) Não me sinto um fracasso.

(1) Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.

(2) Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.

(3) Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. (0) Tenho tanto prazer em tudo como antes.

(1) Não sinto mais prazer nas coisas como antes.

(2) Não encontro um prazer real em mais nada.

(3) Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. (0) Não me sinto especialmente culpado.

(1) Eu me sinto culpado às vezes.

(2) Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.

(3) Eu me sinto sempre culpado.

6. (0) Não acho que esteja sendo punido.

(1) Acho que posso ser punido.

(2) Creio que vou ser punido.

(3) Acho que estou sendo punido.

7. (0) Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
- (1) Estou decepcionado comigo mesmo.
  - (2) Estou enojado de mim.
  - (3) Eu me odeio.
8. (0) Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
- (1) Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
  - (2) Eu me culpo sempre por minhas falhas.
  - (3) Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
9. (0) Não tenho quaisquer ideias de me matar.
- (1) Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.
  - (2) Gostaria de me matar.
  - (3) Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. (0) Não choro mais que o habitual.
- (1) Choro mais agora do que costumava.
  - (2) Agora, choro o tempo todo.
  - (3) Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
11. (0) Não sou mais irritado agora do que já fui.
- (1) Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
  - (2) Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
  - (3) Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12. (0) Não perdi o interesse nas outras pessoas.
- (1) Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
  - (2) Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
  - (3) Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. (0) Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
- (1) Adio minhas decisões mais do que costumava.
  - (2) Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
  - (3) Não consigo mais tomar decisões.
14. (0) Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.

- (1) Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
- (2) Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
- (3) Considero-me feio.
15. (0) Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
- (1) Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
- (2) Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
- (3) Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. (0) Durmo tão bem quanto de hábito.
- (1) Não durmo tão bem quanto costumava.
- (2) Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
- (3) Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
17. (0) Não fico mais cansado que de hábito.
- (1) Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
- (2) Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
- (3) Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. (0) Meu apetite não está pior do que de hábito.
- (1) Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
- (2) Meu apetite está muito pior agora.
- (3) Não tenho mais nenhum apetite.
19. (0) Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
- (1) Perdi mais de 2,5 Kg.
- (2) Perdi mais de 5,0 Kg.
- (3) Perdi mais de 7,5 Kg.
- Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: ( ) Sim ( ) Não
20. (0) Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
- (1) Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
- (2) Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
- (3) Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21. (0) Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
- (1) Estou menos interessado por sexo que costumava.
  - (2) Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
  - (3) Perdi completamente o interesse por sexo.

**Escala de Queixa de Memória**

**P1. Você tem problema de memória? (ou “de esquecimento?” ou “dificuldade de memória?”)**

( ) Não = 0            ( ) Não sabe responder/indeciso/dúvida = 1            ( ) Sim = 2

Se responder **Não**, marque **0** também na **P2** e na **P3** e pule para a P4

**P2. Com que frequência esse problema acontece?**

( ) Raramente = 0            ( ) Pouco/mais ou menos = 1            ( ) Muito/frequente = 2

**P3. Esse problema de memória tem atrapalhado (ou prejudicado) suas atividades no dia-a-dia?**

( ) Não = 0            ( ) Pouco/mais ou menos = 1            ( ) Muito/frequente = 2

**P4. Como está sua memória em comparação com a de outras pessoas de sua idade?**

( ) Igual ou melhor = 0            ( ) Um pouco pior = 1            ( ) Muito pior = 2

**P5. Como está sua memória em comparação a quando você era mais jovem?**

( ) Igual ou melhor = 0            ( ) Um pouco pior = 1            ( ) Bem pior = 2]

**P6. Acontece de você esquecer o que acabou de ler ou de ouvir (p. ex., numa conversa)?**

( ) Raramente/nunca = 0            ( ) De vez em quando = 1            ( ) Frequentemente = 2

**P7. Dê uma nota de 1 a 10 para sua memória, sendo 1 a pior e 10 a melhor.**

( ) 9 ou 10 = 0            ( ) 5 a 8 = 1            ( ) 1 a 4 = 2

Pontuação \_\_\_\_ [ ] Sem QM (0-2) [ ] QM leve (3-6) [ ] QM mod. (7-10) [ ] QM acent. (11-14)

-----

Se SIM para a P1:

1. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ anos(= \_\_\_\_\_ meses)

2. Já procurou ajuda em relação à memória? (0)não (1)médica (3)não médica

3. Já fez tratamento em relação à memória? (0)não (1)prescrição médica

(3)automedicação (4) homeopatia

(5)outro \_\_\_\_\_

4. Se ainda não procurou ajuda para a memória, está pensando em procurar? (0)não (1)sim

## QUALIDADE DE VIDA - WHOQOL-BREF

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1- Como você avalia sua qualidade de vida	1	2	3	4	5

	Muito satisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2- Quão satisfeito você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1		3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.



		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

A questão seguinte refere-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

**EXAME COGNITIVO DE ADDENBROOKE – REVISADO (ACE-R)**

ORIENTAÇÃO							[Escore 0-5] <input type="text"/> <input type="text"/>	O R I E N T A Ç Ã O
> Perguntar: Qual é	Dia da semana	O dia do mês	O mês	O ano	A hora aproximada			
> Perguntar: Qual é	Local específico	Local genérico	Bairro ou rua próxima	Cidade	Estado	[Escore 0-5] <input type="text"/> <input type="text"/>		
<b>REGISTRO</b>								
> Diga: "Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: carro, vaso, tijolo" (Dar um ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas. Registre o número de tentativas: .....							[Escore 0-3] <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>ATENÇÃO &amp; CONCENTRAÇÃO</b>								
> Subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere um ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinando espontaneamente se corrigir. Pare após 5 subtrações (93, 86, 79, 72, 65): .....							[Escore 0-5] <input type="text"/> <input type="text"/>	A T E N Ç Ã O
<b>MEMÓRIA - Recordação</b>								
> Pergunte quais as palavras que o indivíduo acabara de repetir. Dar um ponto para cada. .....							[Escore 0-3] <input type="text"/> <input type="text"/>	A
<b>MEMÓRIA - Memória anterógrada</b>								
> Diga: " Eu vou lhe dar um nome e um endereço e eu gostaria que você repetisse depois de mim. Nós vamos fazer isso três vezes, assim você terá a possibilidade de aprendê-los. Eu vou lhe perguntar mais tarde." Pontuar apenas a terceira tentativa:							[Escore 0-7] <input type="text"/>	I
	1ª Tentativa	2ª Tentativa	3ª Tentativa					
Renato Moreira	.....	.....	.....					
Rua Bela Vista 73	.....	.....	.....					
Santarém	.....	.....	.....					
Pará	.....	.....	.....					
<b>MEMÓRIA - Memória Retrógrada</b>								
> Nome do atual presidente da República..... > Nome do presidente que construiu Brasília..... > Nome do presidente dos EUA..... > Nome do presidente dos EUA que foi assassinado nos anos 60.....							[Escore 0-4] <input type="text"/>	M E M Ó R I A

**FLUÊNCIA VERBAL – Letra “P” e Animais**
**➤ Letras**

Diga: “ Eu vou lhe dizer uma letra do alfabeto e eu gostaria que você dissesse o maior número de palavras que puder começando com a letra, mas não diga nomes de pessoas ou lugares. Você está pronto(a) ? Você tem um minuto e a letra é “P”.

[Escore 0-7]

0-15 seg	16-30 seg	31-45 seg	46-60 seg
----------	-----------	-----------	-----------

>17	7
14-17	6
11-13	5
8-10	4
6-7	3
4-5	2
2-3	1
<2	0
total	acertos

**➤ Animais**

Diga: “Agora você poderia dizer o maior número de animais que conseguir, começando com qualquer letra?”

[Escore 0-7]

0-15 seg	16-30 seg	31-45 seg	46-60 seg
----------	-----------	-----------	-----------

>21	7
17-21	6
14-16	5
11-13	4
9-10	3
7-8	2
5-6	1
<5	0
total	acertos

**LINGUAGEM - Compreensão**

- Mostrar a instrução escrita e pedir ao indivíduo para fazer o que está sendo mandado (não auxilie se ele pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando):

[Escore 0-1]

# Feche os olhos

- Comando :

**“ Pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque -o no chão.”**

Dar um ponto para cada acerto. Se o indivíduo pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.

[Escore 0-3]

**LINGUAGEM - Escrita**

- Peça ao indivíduo para escrever uma frase: Se não compreender o significado, ajude com: *alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer.* Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos. Dar um ponto.

[Escore 0-1]

**L I N G U A G E M - Repetição**

➤ Peça ao indivíduo para repetir:  
 “hipopótamo” ; “excentricidade” ; “ininteligível” ; “estatístico”.  
 Diga uma palavra por vez e peça ao indivíduo para repetir imediatamente depois de você.  
 Pontue 2, se todas forem corretas; 1, se 3 forem corretas; 0, se 2 ou menos forem corretas.

[Escore 0-2]

➤ Peça ao indivíduo que repita: “Acima, além e abaixo”

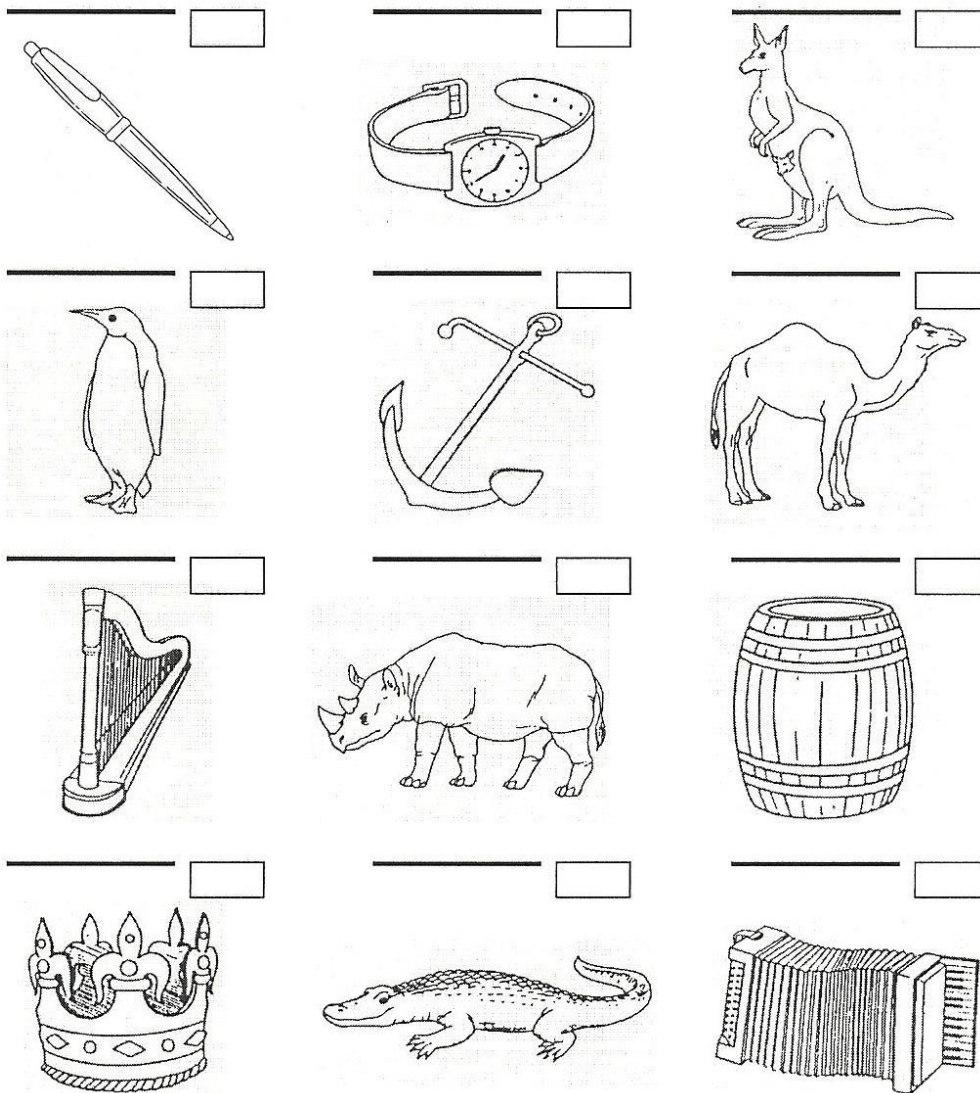
[Escore 0-1]

➤ Peça ao indivíduo que repita: “ Nem aqui, nem ali, nem lá”

[Escore 0-1]

**L I N G U A G E M - Nomeação**

➤ Peça ao indivíduo para nomear as figuras a seguir:



[Escore 0-2]  
 caneta +  
 relógio

[Escore 0-10]

L I N G U A G E M

**L I N G U A G E M - Compreensão**

➤ Utilizando as figuras acima, peça ao indivíduo para:

- Apontar para aquela que está associada com a monarquia \_\_\_\_\_
- Apontar para aquela que é encontrada no Pantanal \_\_\_\_\_
- Apontar para aquela que é encontrada na Antártica \_\_\_\_\_
- Apontar para aquela que tem uma relação náutica \_\_\_\_\_

[Escore 0-4]

**L I N G U A G E M - Leitura**

- Peça ao indivíduo para ler as seguintes palavras: [Pontuar com 1, se todas estiverem corretas]

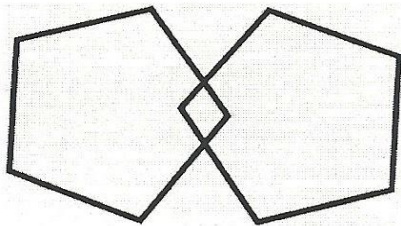
táxi  
testa  
saxofone  
fixar  
ballet

[Escore 0-1]

L I N G U A G E M

**HABILIDADES VISUAIS-ESPACIAIS**

- **Pentágonos sobrepostos:** Peça ao indivíduo para copiar o desenho e para fazer o melhor possível.

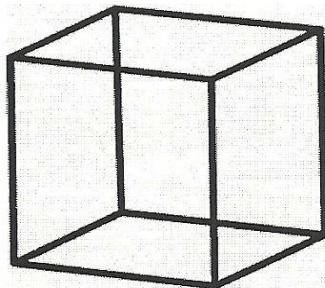


[Escore 0-1]

V I S U A L - E S P A C I A L

- **Cubo:** Peça ao indivíduo para copiar este desenho (para pontuar, veja guia de instruções)



[Escore 0-2]

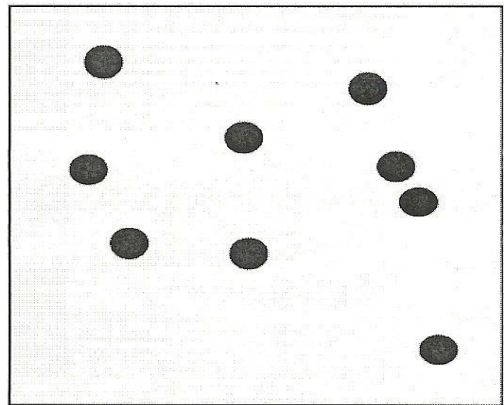
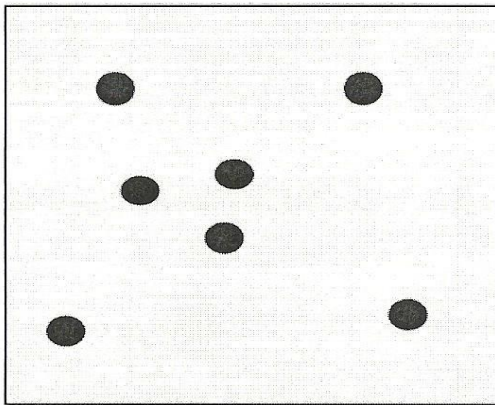
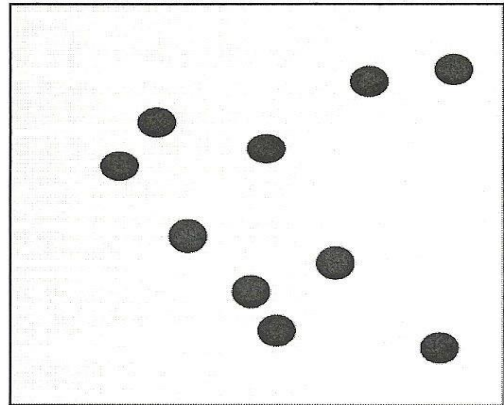
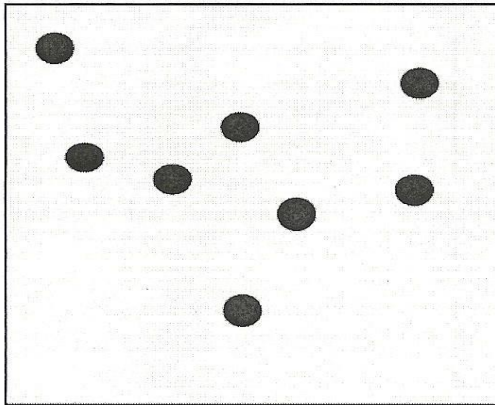
- **Relógio:** Peça ao indivíduo para desenhar o mostrador de um relógio com os números dentro e os ponteiros marcando 5:10 h. (para pontuar veja o manual de instruções: círculo = 1; números = 2; ponteiros = 2, se todos corretos)

[Escore 0-5]

HABILIDADES PERCEPTIVAS

➤ Peça ao indivíduo para contar os pontos sem apontá-los.

[Escore 0-4]

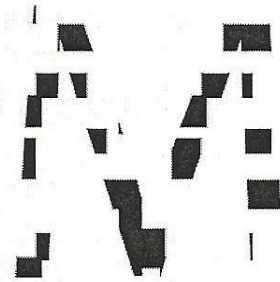
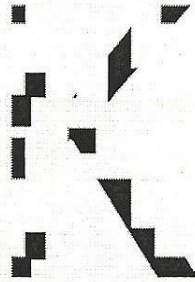


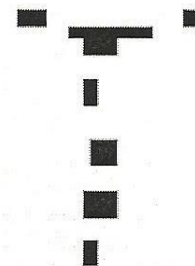
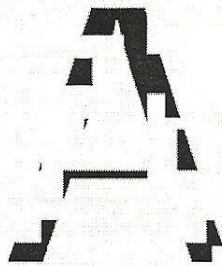
**HABILIDADES PERCEPTIVAS**

➤ Peça ao indivíduo para identificar as letras:

[Escore 0-4]





V I S U A L - E S P A C I A L

**RECORDAÇÃO & RECONHECIMENTO**

➤ Peça “Agora você vai me dizer o que você se lembra daquele nome e endereço que nós repetimos no começo”.

**Renato Moreira** .....  
**Rua Bela Vista 73** .....  
**Santarém** .....  
**Pará** .....

[Escore 0-7]

➤ Este teste deve ser realizado caso o indivíduo não consiga se recordar de um ou mais itens. Se todos os itens forem recordados, salte este teste e pontue 5. Se apenas parte for recordada, assinale os itens lembrados na coluna sombreada do lado direito. A seguir, teste os itens que não foram recordados dizendo “**Bom, eu vou lhe dar algumas dicas: O nome / endereço era X, Y ou Z?**” e assim por diante. Cada item reconhecido vale um ponto que é adicionado aos pontos obtidos pela recordação.

[Escore 0-5]

Ricardo Moreira	Renato Moreira	Renato Nogueira	Recordação
Bela Vida	Boa Vista	Bela Vista	Recordação
37	73	76	Recordação
Santana	Santarém	Belém	Recordação
Pará	Ceará	Paraíba	Recordação

M E M Ó R I A

**Escores Gerais**

	MEEM	/30
	ACE-R	/100
<b>Subtotais</b>		
	Atenção e Orientação	/18
	Memória	/26
	Fluência	/14
	Linguagem	/26
	Visual-espacial	/16

E S C O R E S