

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

BEATRIZ COPPI LAVELLI

**DESEMPENHO COGNITIVO E TRANSTORNO DE ANSIEDADE
GENERALIZADA EM IDOSOS DA COMUNIDADE**

SÃO CARLOS

2020

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

BEATRIZ COPPI LAVELLI

**DESEMPENHO COGNITIVO E TRANSTORNO DE ANSIEDADE
GENERALIZADA EM IDOSOS DA COMUNIDADE**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Gerontologia.

Profa. Dra. Keika Inouye (Orientadora)
Prof. Dr. Marcos Hortes Nishihara Chagas (Co-Orientador)

Apoio: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

SÃO CARLOS

2020

**DESEMPENHO COGNITIVO E TRANSTORNO DE ANSIEDADE
GENERALIZADA EM IDOSOS DA COMUNIDADE**

BEATRIZ COPPI LAVELLI

**Trabalho de Conclusão de Curso - Monografia apresentada como parte dos
requisitos para obtenção do título de Bacharel em Gerontologia.**

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Keika Inouye - Orientadora
Ariel Donatti- Membro titular da banca examinadora

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO BACHARELADO EM
GERONTOLOGIA

NOME DO ALUNO: [Beatriz Coppi Lavelli](#)

NOME DO ORIENTADOR: [Keika Inouye](#)

NOME DO CO-ORIENTADOR: [Marcos Hortes Nisihara Chagas](#)

TÍTULO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO: [Desempenho cognitivo e transtorno de ansiedade generalizada em idosos da comunidade](#)

DATA: [26/11/2020](#)

Nome do avaliador	Avaliação (aprovado/reprovado)	Assinatura
Keika Inouye	Aprovada	
Ariel Donatti	Aprovada	

Sugestão de alteração?

[Keika Inouye](#) Não Sim

[Ariel Donatti](#) Não Sim

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo seu constante cuidado com a minha vida e por me proporcionar força e esperança na atual jornada.

Agradeço aos meus pais, Maria Luiza Coppi e Marcelo Lavelli, por acreditarem em mim e pelo amor, paciência, esforço, auxílio e perseverança frente a este projeto e à graduação de maneira geral.

À minha orientadora, Profa. Keika Inouye, pela oportunidade de desenvolvimento desta monografia, dedicação, paciência e excelência em tudo àquilo que realiza. Gratidão ao vínculo de amizade que construímos que será levado em meu coração muito além deste projeto.

Ao meu co-orientador, Prof. Marcos Hortes Nisihara Chagas, pelo suporte e ensinamentos.

Aos integrantes dos grupos de pesquisa Gerontologia e Qualidade de Vida e Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental, Cognição e Envelhecimento – ProViVe, pelas trocas de experiências e saberes que podem ser vistos neste projeto.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por possibilitar a execução deste projeto científico.

Aos meus amigos de curso que compartilharam de diversas experiências nos anos de graduação, especialmente à Larissa Ferraz e Amanda Moura pelo companheirismo, amizade e motivação.

Aos meus amigos de longa data, Adrielli Canova, Carlos Araújo, Nadinne Siqueira, Natália Oliveira, Eduardo Joaquim e Gustavo de Oliveira, que estiveram presentes desde o meu ingresso na graduação e em momentos decisivos desta, em incentivo, apoio e companheirismo.

"Eterno, é tudo aquilo que dura uma fração de segundo, mas com tamanha intensidade,
que se petrifica, e nenhuma força jamais o resgata...."

Carlos Drummond de Andrade

Desempenho cognitivo e transtorno de ansiedade generalizada em idosos da comunidade

Resumo

Este estudo teve como objetivo avaliar e comparar o desempenho cognitivo de idosos com e sem Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Tratou-se de um estudo descritivo, quantitativo e de corte transversal em que foram entrevistados 233 idosos moradores da área de uma Unidade de Saúde da Família do município de São Carlos, São Paulo, divididos em dois grupos: (a) Grupo com TAG (n=44) e (b) Grupo sem TAG (n=189). Os instrumentos para coleta de dados foram: questionário sociodemográfico, Mini Exame do Estado Mental, Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease, Bateria Breve de Rastreamento Cognitivo, Subteste de Semelhança do CAMDEX e Teste de extensão de Dígitos (ordem direta e inversa). Os dados obtidos foram digitados em um banco no programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows* para realização de análises estatísticas descritivas, comparativas e de covariância. Todas as etapas deste trabalho obedeceram às diretrizes éticas da pesquisa envolvendo seres humanos. Os idosos eram, em sua maioria, do sexo feminino (57,9%), casados ou com companheiros (60,9%), com média de idade de 69,95 anos, baixa escolaridade (M=3,20 anos de escolaridade) e renda (M=R\$ 2125,93). O TAG foi identificado em 18,9% da amostra (n=44), estes indivíduos eram significativamente mais jovens, escolarizados e predominantemente do sexo feminino ($p < 0,05$). Além disso, o grupo com TAG apresentava escores mais elevados nos testes cognitivos. No entanto, após ajuste por idade e escolaridade, esta diferença não se apresentou significativa ($p > 0,05$). Portanto, conclui-se que o TAG não teve efeito sobre o desempenho cognitivo.

Descritores: Ansiedade; Transtornos de Ansiedade; Cognição; Idoso.

Cognitive performance and generalized anxiety disorder in older adults in the community

Abstract

This study aimed to evaluate and compare the cognitive performance of elderly people with and without Generalized Anxiety Disorder (GAD). It was a descriptive, quantitative and cross-sectional study in which 233 elderly people registered in a Family Health Unit in the city of São Carlos, São Paulo, were interviewed, divided into two groups: (a) Group with TAG (n = 44) and (b) Group without TAG (n = 189). The instruments for data collection were: sociodemographic questionnaire, Mini Mental State Examination, Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease, Brief Cognitive Screening Battery, CAMDEX Similarity Subtest and Digit extension test (direct and inverse order) . The data obtained were entered into a bank in the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows program to perform descriptive, comparative and covariance statistical analyzes. All stages of this work followed the ethical guidelines for research involving human beings. The elderly were mostly female (57.9%), married or with partners (60.9%), with an average age of 69.95 years, low education (M = 3.20 years of education)) and income (M = R \$ 2125.93). The TAG was identified in 18.9% of the sample (n = 44), these individuals were significantly younger, educated and predominantly female (p <0.05). In addition, the group with GAD had higher scores on cognitive tests. However, after adjusting for age and education, this difference was not significant (p> 0.05). Therefore, it is concluded that TAG had no effect on cognitive performance.

Keywords: Anxiety; Anxiety Disorders; Cognition; Aged.

Lista de Tabelas

Tabela 1. Análise descritiva e comparativa das variáveis sociodemográficas idosos segundo a presença ou não de TAG, São Carlos-SP, 2018.

Tabela 2. Análise descritiva e comparativa do desempenho cognitivo dos idosos com e sem TAG, São Carlos-SP, 2018.

Lista de Abreviaturas e Siglas

APA	American Psychological Association
ANCOVA	Análise De Covariância
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DERAD	Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ELSA-Brasil	Estudo Longitudinal Brasileiro de Saúde do Adulto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM	Mini Exame Do Estado Mental
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
USF	Unidade de Saúde da Família
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos

SUMÁRIO

1. Introdução.....	11
2. Objetivos.....	14
2.1. Objetivo geral	
2.2. Objetivos específicos	
3. Método.....	14
3.1. Delineamento do estudo	
3.2. Local do estudo e período de estudo	
3.3. Participantes	
3.4. Procedimentos de coleta de dados	
3.5. Instrumentos de coleta de dados	
3.6. Aspectos éticos	
3.7. Procedimento de análise dos dados	
4. Resultados.....	19
5. Discussão.....	22
6. Conclusão.....	25
7. Referências.....	27
8. Apêndices.....	34
9. Anexos.....	37

1 Introdução

A transição demográfica é o fenômeno caracterizado pela queda dos índices de mortalidade, fecundidade e natalidade. Desta forma, a proporção jovem da população diminui enquanto o número de indivíduos adultos e, principalmente, idosos aumenta. Atualmente, o envelhecimento populacional tem sido tema de destaque no Brasil e no mundo. De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), em 2019, a quantidade de pessoas com 65 anos ou mais em todo o mundo era de 703 milhões – o que representa 9,12% do total de 7,7 bilhões de pessoas. Em 2050, as projeções apontam que a quantidade de idosos deve dobrar e chegar a 1,5 bilhão – o que representa 15,5% da população total estimada em 9,7 bilhões de pessoas (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU, 2017; 2019; OMS, 2015).

Em consonância com os dados internacionais, pesquisas demográficas nacionais igualmente apontam para o aumento da proporção de idosos. Em 2017, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD, o país tinha 207,1 milhões de habitantes e, destes, 30,2 milhões eram idosos – contingente que constitui 14,6% da população brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2017a).

Em decorrência da transição demográfica, há maior incidência e prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Além das doenças cardiovasculares, respiratórias, câncer e diabetes mellitus, os transtornos psiquiátricos e neurodegenerativos comumente acometem os idosos e representam importante causa de incapacidade. Estima-se que mais de 20% dos anos vividos com incapacidade se devem a deterioração da saúde mental, fazendo-se necessário o direcionamento das ações de saúde para prevenção e alívio (JIN et al., 2015; RIZZUTO et al., 2017).

Dentre os problemas emocionais, o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) tem recebido pouca atenção clínica e de pesquisa quando comparado a outros distúrbios emocionais (LOUISE; O'DONNELL SIOBHAN; JEAN, 2017; RUSCIO et al. 2017; WITTCHEN et al. 2002). O TAG é definido, segundo o Manual de Classificação de Transtornos Mentais – DSM- 5, como um sentimento de apreensão e preocupação excessiva, de difícil controle e desproporcional perante aos acontecimentos com duração superior a seis meses. Este transtorno acarreta sofrimento excessivo e piora a qualidade de vida. Os sintomas comumente presentes são dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular, fadiga, perturbação do

sono e inquietação, além de prejuízos sociais e ocupacionais (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2013; WANG et al., 2015).

Trata-se de um transtorno com prevalência significativa e baixo índice diagnóstico no âmbito da atenção básica. Como consequência, há pouco direcionamento para serviços especializados relacionados ao tratamento de distúrbios mentais (VINK et al., 2008; WATTERSON et al., 2017). As estimativas epidemiológicas relacionadas ao TAG no mundo variam entre os países. A prevalência ao longo da vida é mais alta nos países desenvolvidos (5,0%), diminui em países intermediários (2,8%) e é mais baixa em países em desenvolvimento (1,6%). Cabe nesta diferença, a possibilidade do transtorno ser subdiagnosticado em países mais pobres. A presença de comorbidades é alta (81,9%), principalmente aquelas relacionadas a outras formas de ansiedade (51,7%) e aos transtornos de humor (63,0%). O TAG geralmente começa na idade adulta e pode reincidir ao longo da vida (RUSCIO et al., 2017).

Na população geral, a literatura aponta que o TAG é mais comum entre as mulheres na meia-idade. São fatores de risco a falta de companheiro/casamento, desemprego, baixa renda, presença sintomas depressivos/depressão, outros transtornos de ansiedade e/ou doenças crônicas (OLIVEIRA, 2016; VASCONCELOS et al., 2015; WATTERSON, 2017).

Especificamente entre os idosos, a prevalência do TAG varia entre 2,8% e 7,3% (BOEHLEN et al., 2020; CANUTO et al., 2018). Este foi associado a maior incapacidade, pior qualidade de vida relacionada à saúde, solidão, depressão, sintomas somáticos, gravidade da ansiedade prévia e idades inferiores (BOEHLEN et al., 2020; PORENSKY et al., 2009).

A prevalência de transtornos de ansiedade em geral e de TAG diminui com o avanço da idade (OLIVEIRA, 2016). Apesar desta redução, o transtorno de ansiedade mais comum na população idosa é o TAG (BEEKMAN et al., 1998; OLIVEIRA et al., 2016). No entanto, estudos específicos sobre TAG ainda são escassos e, mais ainda, no que tange a população idosa (VASCONCELOS et al., 2015; WATTERSON, 2017).

Por outro lado, estudos sobre alterações cognitivas decorrentes do processo de envelhecimento são numerosos na literatura. Alguns autores descrevem a possível influência de transtornos de ansiedade no desempenho cognitivo (LOPES et al., 2014; SABLE et al., 2001). O desempenho cognitivo está relacionado ao funcionamento mental que abrange habilidades como memória, atenção, julgamento, planejamento e

tomada de decisões para o processamento de informações e desempenho de atividades cotidianas. Com o envelhecimento, mudanças que ocorrem no sistema nervoso central – como atrofia cerebral, dilatação de sulcos e ventrículos, perda de neurônios, formação de placas beta-amiloides e emaranhados neurofibrilares; podem justificar parcialmente as dificuldades encontradas para desenvolver atividades cognitivas especialmente as de cunho executivo (CARROL, 2018; GOMES-OSMAN et al., 2018).

O idoso pode ter dificuldade em iniciar tarefas, estimar tempo, alternar de uma tarefa para outra, adaptar-se às mudanças diversas, controlar impulsos, planejar e executar uma tarefa cronologicamente. Os primeiros sinais de declínio cognitivo são frequentemente percebidos a partir de episódios de esquecimento e comprometimento na memória (BRAILEAN et al., 2019; STEWART, 2012).

De acordo com Eshkoo et al. (2015), a memória episódica, responsável pela recordação de eventos recentes é comumente afetada pelo processo de envelhecimento e compromete a habilidade de pensar e tomar decisões. O declínio cognitivo ocorre de maneira diferente de um indivíduo para outro por conta da heterogeneidade do processo do envelhecimento e da diversidade de reserva cognitiva relacionada a fatores genéticos, psicológicos, sociais e ambientais. Indivíduos que apresentam um alto índice de reserva cognitiva são capazes de compensar perdas cognitivas decorrentes do avanço da idade ou até mesmo de doenças. A literatura aponta que quanto mais alto o grau de escolaridade de uma pessoa, maior sua reserva cognitiva (ALGARABEL GONZÁLEZ et al., 2016).

Segundo Qian et al. (2018), com o avançar do declínio cognitivo, existe progressiva atrofia da substância cinzenta em regiões do cérebro, o que leva ao comprometimento da memória, linguagem, orientação espacial e função executiva. O reconhecimento do declínio cognitivo senil o mais breve possível é importante devido ao fato deste ser sintoma para diversos transtornos psicológicos e mentais. Se identificado precocemente, possibilita intervenções que melhoram a qualidade de vida do indivíduo (PETERSON, 2016; SEO et al., 2017).

Berkowitz et al. (2007) sugerem que o TAG pode ser decorrente de atividade acentuada na região do córtex pré-frontal e causar prejuízos cognitivos especialmente na função da memória de curto prazo (OLIVEIRA et al., 2016). Em consonância, Mantella et al. (2007) colocam haver indícios do TAG estar associado, além do déficit no mecanismo da memória, com diminuição dos processos de atenção e aprendizagem. Segundo Wang et al. (2015), entre os idosos, o TAG afeta diretamente a

memória de trabalho e de inibição. Por outro lado, Xavier et al. (2001), Biringer et al. (2005) e Paterniti et al. (1999) não encontraram associação entre desempenho cognitivo e ansiedade em seus estudos.

Frente aos resultados divergentes publicados, faz-se importante dar continuidade às investigações específicas sobre o TAG e, principalmente, de sua associação com o desempenho cognitivo na população idosa. Assim, seguem os objetivos desta pesquisa.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Comparar o desempenho cognitivo de idosos com e sem TAG moradores na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de São Carlos – SP.

2.2 Objetivos específicos

Descrever o perfil sociodemográfico dos idosos participantes do estudo;
Identificar variáveis sociodemográficas que diferem o grupo de idosos com TAG;

Avaliar o desempenho cognitivo de idosos com e sem Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG).

3 Método

3.1. Delineamento do estudo

Tratou-se de um estudo transversal, descritivo, fundamentado no método quantitativo de investigação.

3.2. Local do estudo e período de estudo

A coleta de dados foi realizada no município de São Carlos, cidade localizada no interior do estado de São Paulo, Brasil. No ano de 2000, a população deste era de 192.998 habitantes, dos quais 11,0% tinham 60 anos ou mais de idade. Em 2010, a população chegou a 221.950 habitantes, sendo que o percentual de idosos era de 12,9% (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2015). Dados mais recentes apontam que, em 2019, a população de São Carlos era de 251.983 habitantes com 28.696 idosos (11,4%) (IBGE, 2020).

Atualmente, a cidade possui 19 USFs que atendem aproximadamente 39.768 habitantes, correspondendo a uma cobertura de área de abrangência de 15,8% do total da população (SÃO CARLOS, 2018). A coleta de dados foi realizada com idosos moradores da área da USF Jardim Guanabara. Segundo dados da própria unidade, o número total de pessoas atendidas é de 2487, destes 304 eram idosos.

A coleta de dados foi realizada em 2017 e 2018.

3.3. Participantes

A amostra foi constituída por idosos que atendiam os seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais de idade e ser morador da área de abrangência da USF Guanabara, São Carlos, São Paulo. Os critérios de exclusão foram apresentar déficits visuais ou auditivos graves que atrapalhassem a compreensão da entrevista e dos testes; incapacidade de comunicação verbal; estar acamado; estar internado no momento da coleta de dados.

A intenção foi de entrevistar e coletar dados de todos os indivíduos que atendiam os critérios de inclusão (n=304). No entanto, considerando as perdas e recusas, dados de 233 idosos foram analisados neste estudo. Esta amostra apresenta nível de confiança de 99% e margem de erro de 5%.

Os participantes foram divididos em dois grupos:

- (a) Grupo com TAG (n=44);
- (b) Grupo sem TAG (n=189).

Os idosos foram avaliados por três médicos psiquiatras integrantes do Grupo de Pesquisa para diagnóstico de TAG segundo o DSM-5 (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2013).

3.4. Procedimentos de coleta de dados

A partir de uma lista com os dados dos idosos (n=304) fornecida pela USF Guanabara, os idosos foram visitados pelos integrantes do grupo de pesquisa e, verificados os critérios de inclusão e exclusão para participação, convidados a participar do estudo. Nas visitas, foram fornecidas explicações sobre a pesquisa, seus objetivos e os direitos dos participantes segundo as diretrizes éticas que regulamentam as pesquisas com seres humanos. Todos os idosos que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Foi solicitado ao

responsável da residência que a avaliação fosse realizada no local mais apropriado em relação à privacidade, iluminação e acústica.

Os participantes foram avaliados pelos instrumentos descritos no próximo item. Três médicos psiquiatras e cinco gerontólogos integrantes do Grupo de Pesquisa previamente treinados e com experiência em avaliação cognitiva coletaram os dados.

3.5. Instrumentos de coleta de dados

3.5.1 Ficha de caracterização sociodemográfica do idoso (APÊNDICE B)

Elaborado para o projeto em questão, teve como objetivo a de coleta de dados sociodemográficos dos participantes. O questionário foi composto pelos seguintes itens: nome, telefone, sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade/anos de frequência escolar, renda, aposentadoria e números de medicamentos usados/polifarmácia.

3.5.2 Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO A)

O Mini Exame do Estado Mental é um teste neuropsicológico validado para uso no Brasil com objetivo de rastrear alterações cognitivas dos indivíduos. Abrange os seguintes domínios cognitivos: orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho. Os escores variam de 0 a 30 pontos e são analisados segundo a escolaridade do indivíduo. A pontuação deve ser equivalente ou maior que 21 pontos para analfabetos; para aqueles que possuem escolaridade entre 1 a 5 anos, a pontuação deve ser maior ou igual a 24; caso haja grau de escolaridade variante de 6 a 11 anos, é esperado um escore maior ou igual a 26; em 12 anos ou mais de escolaridade, os pontos podem ser maiores ou iguais a 27. Vale ressaltar que as pontuações baixas representam maior comprometimento (BERTOLUCCI et al., 1994;. BRUCKI et al., 2003; FOLSTEIN et al., 1975).

3.5.3 Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD) (ANEXO A)

Mais conhecido como CERAD, o instrumento validado para o Brasil possui medidas avaliativas para a Doença de Alzheimer, sendo considerado uma bateria

apta para o diagnóstico da demência em suas formas iniciais. Dentre suas atribuições, contempla questões dos seguintes domínios:

(a) Teste de fluência verbal: com escore máximo compatível ao número de animais recordados.

(b) Teste de nomeação de Boston: o total de opções desta categoria são de 15, assim, sendo possível o escore máximo de 15 pontos.

(c) Mini Exame do Estado Mental: De acordo com o estudo anteriormente citado, a pontuação máxima pode chegar a 30 pontos conforme o grau de escolaridade do indivíduo.

(d) Teste de memória de lista de palavras: É dividido em 3 tópicos, sendo as palavras as mesmas, porém em ordens distintas. Cada tópico possui o máximo de 10 pontos, podendo se totalizar 30 ao término.

(e) Praxia construtiva: o escore é separado de acordo com a cópia de cada desenho, podendo se chegar a 11 pontos máximos.

(f) Recordação de lista de palavras: Nesta etapa, 10 novas palavras são apresentadas sendo misturadas com 10 outras palavras ditas em momentos anteriores. Pontua-se o total de 20 pontos. Após chegar-se à determinada pontuação, faz-se o número menos 10, portanto totalizando o máximo de 10 pontos ao término.

(g) Recordação da praxia: Os desenhos apresentados também anteriormente devem ser recordados com o máximo de detalhes, com o total máximo de 11 pontos. Caso o participante se lembre dos desenhos inclusos especificamente no Mini Exame do Estado Mental, esses devem ser considerados (BERTOLUCCI et al., 2001; FILLENBAUM et al., 2008).

Para a composição do banco de dados do presente estudo, foram avaliados os domínios correspondentes às letras de “a” a “f” do instrumento em questão. Somente o item equivalente a letra “g” (Recordação da Praxia) não foi realizado.

3.5.4 Subteste de Semelhança do CAMDEX (ANEXO A)

Trata-se de um instrumento validado para o uso na população brasileira para avaliar a capacidade executiva por meio da semelhança entre dois tópicos, tendo como exemplo: qual o fator comum entre uma banana e uma maçã? Apesar da simples aplicação do teste, em seu processo de criação, itens como histórico familiar do indivíduo, percepção de informantes à respeito de possíveis mudanças significativas, atividades rotineiras e breve exame físico com considerações neurológicas foram

incluídos. As pontuações de cada questão variam de 0 a 2 pontos, sendo dois o valor das respostas mais assertivas. Escores mais altos indicam melhor capacidade executiva (BOTTINO et. al, 2001; ROTH et al., 1986).

3.5.5 Lista de Figuras da Bateria Breve de Rastreio Cognitivo (ANEXO A)

Este instrumento foi utilizado para avaliação da memória. Este apresenta boa acurácia em populações com diferentes índices de escolaridade. Sua aplicação demora cerca de sete minutos e é constituída pelos seguintes domínios: identificação e nomeação de 10 figuras, memória incidental, memória imediata, aprendizado, fluência verbal, desenho do relógio, memória de 5 minutos e reconhecimento.

A identificação e nomeação de 10 figuras são feitas pela apresentação de uma folha de papel com desenhos de sapato, casa, pente chave, avião, tartaruga, balde, livro, colher e árvore. A memória incidental se dá pela pergunta das figuras sem a folha. Para a memória imediata, são disponibilizados 30 segundos de visualização da folha com os desenhos para memorização das mesmas figuras e, no aprendizado, mais 30 segundos são providos. A parte da fluência verbal é feita pela listagem de animais em um minuto. O desenho do relógio é o de Sunderland et al. (1989). A memória de 5 minutos se dá pela pergunta das figuras apresentadas no início do teste e o reconhecimento pela apresentação de uma folha com mais figuras sendo o participante questionado sobre as que são novas. Os escores de cada domínio são analisados sendo que os mais elevados denotam melhor função cognitiva (NITRINI et al., 1994; 2004).

3.5.6 Teste de extensão de Dígitos (ordem direta e inversa) (ANEXO A)

O instrumento é formado por pares de sequência numérica, estas são distintas e aplicadas em ordem direta e inversa. Na ordem direta, sendo 3 a 9 números e inversa de 2 a 8. Ocorre a repetição pelo participante, sendo o escore pontuado de acordo com os acertos em cada sessão. Após dois erros sequenciais, o questionário é findado e a soma geral totalizada (STRAUSS et al., 2006).

3.6. Aspectos éticos

Todas as etapas deste estudo obedeceram aos preceitos éticos conforme estabelecido na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS (BRASIL, 2012). Esta pesquisa faz parte do projeto do “Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental, Cognição e Envelhecimento”, liderado do Prof. Dr. Marcos Hortes Nishihara

Chagas, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (CEP - UFSCar) – CAAE 48602515.5.0000.5504 (ANEXO B).

Os instrumentos utilizados na pesquisa são padronizados, validados no Brasil e têm ampla utilização acadêmico-científica. A todos os participantes foi entregue o TCLE (APÊNDICE A) com informações sobre as justificativas, objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo ao qual estavam sendo convidados. Dúvidas e questionamentos foram sanados antes do início da coleta de dados. Foi assegurado ao participante liberdade de retirar seu consentimento em qualquer momento no transcorrer da pesquisa, sem que isso lhe acarretasse em qualquer prejuízo. Foi garantido todas as informações individuais seriam mantidas em caráter confidencial.

3.7. Procedimento de análise dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio do *software Statistical Package for Social Sciences® (SPSS)*, versão 23.0. Foram realizados testes de normalidade, análises estatísticas descritivas, comparativas e análise de covariância. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$.

4 Resultados

Neste estudo foram avaliados 233 idosos. Deste total, 18,88% (n=44) foram diagnosticados com TAG. A distribuição da amostra segundo as características sociodemográficas sexo, estado civil, etnia, aposentadoria e polifarmácia e a análise descritiva da idade, escolaridade e renda estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Análise descritiva e comparativa das variáveis sociodemográficas idosos segundo a presença ou não de TAG, São Carlos-SP, 2018.

Variáveis	Total (N=233)	Com TAG (n=44)	Sem TAG (n=189)	<i>p</i>
Idade	69,94 (±7,47)	66,81 (±5,47)	70,67 (±7,69)	0,002*
Sexo				
Feminino	57,9%	75%	54%	0,011*
Masculino	42,1%	25%	46%	
Etnia				
Branco	55,81%	59,09%	55,03%	0,656
Preto	15,02%	13,63%	15,35%	
Amarelo	2,57%	2,29%	2,64%	
Pardo	26,60%	25,01%	26,98%	
Estado civil				
Solteiro	8,2%	9,1%	7,9%	0,719
Com companheiro	60,9%	56,8%	61,9%	
Separado	4,7%	6,8%	4,2%	
Viúvo	21,9%	13,6%	23,8%	
Outro	2,1%	2,3%	2,1%	
Escolaridade	3,19 (±3,06)	4,11 (±3,22)	2,98 (±2,99)	0,014*
Renda	2125,93 (±1064,75)	2083,78 (±763,99)	2135,73 (±1125,03)	0,785
Aposentadoria				
Sim	71,24%	61,36%	73,54%	0,109
Não	28,76%	38,64%	26,46%	
Polifarmácia				
Sim	21,5%	18,2%	22,2%	0,557
Não	78,5%	81,8%	77,8%	

Fonte: Autor.

Observa-se que os idosos eram, em sua maioria, do sexo feminino (n=135; 57,9%). A média de idade foi de 69,95 anos (±7,47). Quanto ao estado civil, 142 (60,9%) eram casados ou viviam com companheiro. Os idosos tinham em média 3,19 (±3,06) anos de estudo. No que se refere à raça/cor de pele, 130 (55,81%) eram brancos. Em relação à aposentadoria, 166 (71,24%) eram aposentados com renda média de R\$ 2125,93 (±1064,75) (Tabela 1).

As análises comparativas apontam que os grupos se diferem em relação ao sexo, idade e escolaridade. O grupo com TAG era, significativamente, mais escolarizado, tinha idade menor e maior proporção de mulheres. Em relação à comparação da variável independente entre grupos, desempenho cognitivo, foi

necessário considerar a idade e a escolaridade como covariáveis, uma vez que a literatura aponta influencia destes na cognição.

A Tabela 2 apresenta os resultados de desempenho cognitivo entre os grupos com e sem TAG.

Tabela 2 – Análise descritiva e comparativa do desempenho cognitivo dos idosos com e sem TAG, São Carlos-SP, 2018.

Variáveis	Total (N=233)	Com TAG (n=44)	Sem TAG (n=189)	Análise de covariância (controlando idade e escolaridade)	
				F	p
MEEM	22,65 (±4,61)	24,15 (±3,65)	22,30 (±4,74)	1,369	0,243
Lista de palavras (CERAD)	17,69 (±5,47)	20,15 (±4,66)	17,45 (±5,47)	3,765	0,054
Recordação tardia (CERAD)	8,53 (±2,47)	8,11 (±2,41)	7,30 (±2,96)	2,641	0,106
Reconhecimento (CERAD)	7,43 (±2,87)	8,11 (±2,41)	7,30 (±2,96)	0,760	0,384
Praxia construtiva (CERAD)	5,29 (±3,33)	6,04 (±3,23)	5,14 (±3,33)	0,103	0,749
BBRC (Recordação tardia)	7,40 (±2,18)	7,95 (±1,94)	7,27 (±2,21)	1,353	0,246
BBRC (Reconhecimento)	8,53 (±2,47)	9,20 (±1,63)	8,37 (±2,70)	1,470	0,227
Memória da lista de figura	20,48 (±5,84)	22,68 (±4,43)	19,98 (±6,02)	3,234	0,073
Subteste de abstração (CAMDEX)	2,75 (±2,22)	3,54 (±2,38)	2,57 (±2,14)	3,129	0,078
Teste do desenho do relógio	4,87 (±3,58)	6,27 (±3,72)	4,65 (±3,47)	2,725	0,100
Fluência verbal	10,56 (±3,84)	11,50 (±3,68)	10,34 (±3,86)	1,110	0,293
Teste de nomeação de Boston	11,33 (±2,76)	11,88 (±2,95)	11,21 (±2,71)	0,002	0,964
Teste de extensão de dígitos (Ordem direta)	4,44 (±1,37)	4,56 (±1,14)	4,41 (±1,41)	0,038	0,845
Teste de extensão de dígitos (Ordem inversa)	2,29 (±1,24)	2,38 (±1,24)	2,27 (±1,24)	0,401	0,527

Fonte: Autor.

Como se pode observar na Tabela 2, o grupo composto por indivíduos com TAG apresentou médias superiores em todas as avaliações cognitivas em relação ao grupo sem TAG. Entretanto, deve-se notar que as diferenças encontradas não podem ser atribuídas ao TAG. Análises com ANCOVA, em que a escolaridade e a idade foram utilizadas como fatores de covariação, indicaram ausência de diferença significativa entre os grupos. Esta análise permitiu verificar que o nível de escolaridade e idade poderiam explicar as diferenças entre os grupos em relação ao desempenho cognitivo.

5 Discussão

Neste estudo, a prevalência de TAG foi de 18,9%. Este percentual se assemelha com os do estudo de Machado et al. (2016) que avaliaram 1.021 idosos jovens, entre 60 e 79 anos, residentes no Sul de Santa Catarina, Brasil. A prevalência de TAG foi de 22,0% e confirmou que este era o transtorno mais comum entre os idosos, seguido de fobia social (14,8%), transtorno do pânico (10,5% TP) e transtorno obsessivo-compulsivo (8,5%). No Estudo Longitudinal Brasileiro de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), publicado por Kemp et al. (2015), 15.105 indivíduos com idades entre 35 e 74 anos foram avaliados. Dentre os achados, o TAG foi o transtorno de ansiedade mais frequente e acometia 9,6% da amostra.

Segundo Grenier et al. (2019), em países mais desenvolvidos, a prevalência é menor. Na Alemanha, a prevalência de TAG na atenção primária variou de 2,4% a 6,6% de acordo com os subgrupos etários – entre 50 e 59 anos: 6,6%; entre 60 e 69 anos: 2,7%; entre 70 e 79 anos: 2,4%; e 80 anos ou mais: 3,1%. Nos Estados Unidos, 5,0% dos pacientes da atenção primária com 60 anos ou mais apresentam TAG. No Canadá, entre os idosos com mais de 70 anos, a prevalência de TAG foi de 2,7%. Porém, os autores colocam a preocupação com o subdiagnóstico uma vez que comorbidades dificultam a identificação e que os instrumentos de triagem para o TAG deveriam incluir temas de preocupação específicas do envelhecimento.

Especificamente entre os idosos, a prevalência mundial do TAG varia entre 2,8% e 7,3% (BOEHLEN et al., 2020; CANUTO et al., 2018). Eventos traumáticos durante em qualquer etapa do ciclo vital podem desencadear ansiedade e levar ao desenvolvimento do TAG ou fobias específicas, que geralmente reincidem em diferentes fases incluindo a velhice (ASSELMANN et al, 2018; GONÇALVES;

PACHANA; BYRNE, 2011; RUSCIO et al. 2017; VINK et al., 2008; ZHANG et. al, 2015).

O perfil da amostra total, incluindo o grupo controle, apontou para o idoso típico da atenção primária no Brasil. Estes eram, em sua maioria, do sexo feminino, com menos de 75 anos, baixa renda e escolaridade, aposentados, brancos, casados ou viviam com companheiro. Os estudos nacionais recentes de Augusto et al. (2019), Dias et al. (2018) e Silva et al. (2019) descreveram os idosos da comunidade atendidos na atenção primária com características demográficas semelhantes.

Estudos evidenciam que indivíduos com TAG têm maiores chances de apresentar comorbidades, outras formas de ansiedade e aos transtornos de humor que demandam tratamentos farmacológicos (GONÇALVES; PACHANA; BYRNE, 2011; RUSCIO et al. 2017; VINK et al., 2008). Isso pode explicar a elevada proporção de idosos que faziam uso de cinco ou mais medicamentos (18,2%). Porém, mediante as questões do processo de envelhecimento e a alta prevalência de doenças crônicas, a polifarmácia também apareceu de forma expressiva entre os idosos sem TAG (22,2%) (RIZZUTO et al., 2017). A prevalência de polifarmácia não destoa dos números de outros autores. Midão et al. (2018), em revisão de literatura que englobava 18 países, descreveram uma prevalência de polifarmácia entre idosos variando de 26,3 a 39,9%.

O grupo com TAG se diferenciou do grupo controle em relação as variáveis sexo, idade e escolaridade. Como esperado, a proporção de mulheres era maior no grupo com TAG. A literatura aponta que o sexo feminino é mais vulnerável ao TAG em todas as etapas do ciclo vital (ASSELMANN et al., 2018; BOEHLEN et al., 2020; CANUTO et al., 2018; VINK et al., 2008; XAVIER et al., 2001; WATTERSON et. al, 2017). Estudos de prevalência da população geral apontam que as faixas etárias mais acometidas por idade são as intermediárias (GRENIER et al., 2018; SILVA et al., 2018; WATTERSON et al., 2017). Portanto, em se tratando de um estudo da população idosa, o grupo de idosos com TAG deveria mesmo ser mais jovem quando comparados ao que não tem TAG.

No que tange a escolaridade, esta foi mais elevada em idosos com TAG. Este dado se difere de Watterson et al. (2017) que descreveram que o grau de instrução não apresenta associação significativa com o transtorno. Machado et al. (2016) apontaram que o TAG foi mais prevalente nos indivíduos de menor escolaridade. A justificativa plausível seria que idosos mais jovens e escolarizados, dentro do contexto avaliado, poderiam manter atribuições ocupacionais, familiares e sociais que trariam maior

ansiedade e preocupação. No entanto, gradativamente, com a aposentadoria e minimização das atribuições nos estágios mais tardios da vida, fatores estressantes e pressões psicológicas e sociais que podem causar TAG se tornam menos frequentes.

Os escores brutos de desempenho cognitivo apresentados evidenciaram que as pessoas com TAG tinham melhor cognição geral e em todos os domínios – orientação espacial, orientação temporal, memória, cálculo, linguagem, nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho. No entanto, vários testes cognitivos têm suas notas de corte em função da escolaridade e é previsto nos trabalhos de construção e validação que pessoas com melhor escolaridade tenham melhor desempenho (ALGARABEL GONZÁLEZ et al., 2016; BERTOLUCCI et al., 1994; BRUCKI et al., 2003; NITRINI et al., 2004; 2008). Do mesmo modo, o processo de envelhecimento prevê perdas cognitivas e a idade podem prejudicar o funcionamento cognitivo (BRAILEAN et al., 2019; CARROL, 2018; ESHKOOR et al., 2015; GOMES-OSMAN et al., 2018; STEWART, 2012).

Diante da notável influência da idade e escolaridade sobre os resultados de avaliações cognitivas, foi necessário o ajuste uma vez que os grupos se divergiam significativamente em relação a tais variáveis. Ao considerar a escolaridade e a idade como fatores de covariação, os grupos não se divergiram em termos de desempenho cognitivo, ou seja, idosos com TAG não apresentavam pior desempenho cognitivo.

Xavier et al. (2001) também não encontraram diferenças significativas entre grupo controle e um grupo com TAG em termos de desempenho cognitivo em um estudo realizado com idosos com 80 anos ou mais. Biringer et al. (2005) não encontraram associação entre desempenho cognitivo e ansiedade em na avaliação de 1930 idosos com idades entre 72 e 74 anos. Além disso, na avaliação de 457 homens e 659 mulheres com idades entre 59 e 71 anos, Paterniti et al. (1999) sugerem que “a ansiedade pode compensar parcialmente alguns efeitos negativos da depressão no funcionamento cognitivo” (p. 421). Além disso, os autores ressaltam que existem mecanismos como o raciocínio, atenção e memória que são afetados tanto na depressão como nos transtornos de ansiedade em geral. Apesar da compensação parcial dos efeitos negativos no desempenho cognitivo, ainda podemos atribuir mecanismos como a preocupação excessiva no caso de ansiedade como ponto positivo de alerta em testes neuropsicológicos (PATERNITI et al., 1999).

No que tange à psicopatologia, Graeff (2007) sugere que os mesmos processos neurobiológicos que regulam a ansiedade antecipatória estão envolvidos no TAG. Nestes casos, o eixo simpático-adrenal é ativado e reforça condições de atenção e alerta que podem interferir nos resultados de testes cognitivos (INSTITUTO DE NEUROCIÊNCIAS DE BRASÍLIA, 2020).

Por outro lado, Mantella et al. (2007) compararam grupos de idosos com diferentes diagnósticos – TAG, depressão e controle. Os resultados do grupo com TAG revelaram que a memória de curto prazo estava comprometida quando comparado ao grupo controle. Segundo Butters et al. (2011), indivíduos idosos com TAG não possuem déficits na linguagem devido à presença do transtorno, porém memória, velocidade de processamento de informações e função executiva podem ser prejudicados em idosos (HEDGES et. al, 2019; TEMPESTA et. al, 2013).

Reconhecemos que o presente estudo abarca limitações. O desenho metodológico não permite fazer generalizações por se tratar de uma experiência pontual, em uma região específica (área da abrangência de uma USF) de uma cidade de interior. Além disso, o grupo com TAG tinha reduzido número de participantes e as variáveis idade e escolaridade tiveram que ser consideradas como co-variáveis nas análises, pois não havia pareamento das mesmas. Estudos futuros com amostras probabilísticas robustas que comparem grupos pareados em relação às co-variáveis seriam importantes.

Apesar das limitações apontadas, este estudo traz dados importantes sobre o TAG, transtorno ainda pouco explorado entre idosos e frequentemente subdiagnosticado na atenção primária. Os resultados apresentados nesta pesquisa fazem parte do esforço de aprofundamento da temática, visto que a literatura a respeito da relação entre TAG e cognição em idosos são controversos (BERKOWITZ et al., 2007; BIRINGER et al., 2005; MANTELLA et al., 2007; OLIVEIRA et al., 2016; PATERNITI et al. , 1999; WANG et al., 2015; XAVIER et al., 2001).

6 Conclusão

Diante dos objetivos propostos para este estudo, trazemos as seguintes conclusões:

- O perfil do idoso assistido pela USF do município de São Carlos foi de um indivíduo do sexo feminino, com menos de 75 anos, baixa renda e escolaridade, aposentados, brancos, casados ou viviam com companheiro.
- A prevalência de TAG foi de 18,9%.

- Idosos com TAG eram significativamente mais jovens, escolarizados e predominantemente do sexo feminino.
- Nas análises comparativas de desempenho cognitivo de idosos com e sem TAG, após ajuste por idade e escolaridade, não houve diferença de desempenho.
- O TAG não teve efeito sobre o desempenho cognitivo.

Estes achados são importantes e reafirmam a expressiva prevalência de TAG entre os idosos atendidos na atenção básica. O fato do transtorno não ter efeito sobre o desempenho cognitivo é um dado importante, pois, em caso de presença deste comprometimento, avaliações de presença de comorbidades e efeitos colaterais de medicamentos devem ser investigadas – especialmente entre idosos que apresentam polifarmácia.

Desta forma, acreditamos que os resultados deste estudo são pertinentes para entendimento sobre a influência da ansiedade na funcionalidade geral do idoso. O conhecimento nesta temática pode contribuir para o avanço nas intervenções que visem melhor qualidade de vida para a população que envelhece.

7 Referências

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL (Org.). **Demografia e Saúde**, 2015. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>>. Acesso em: janeiro. 2020.

ALGARABEL, Salvador et al. Associative and implicit memory performance as a function of cognitive reserve in elderly adults with and without mild cognitive impairment. **The Spanish journal of Psychology**, v. 19, p. E4, 2016. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S113874161600010X/type/journal_article>. Acesso em: abril. 2020.

ASSELMANN, Eva et al. Incident mental disorders in the aftermath of traumatic events: A prospective-longitudinal community study. **Journal of Affective Disorders**, v. 227, p. 82-89, 2018.

AUGUSTO, Daniel Knupp et al. Fatores associados à avaliação da qualidade da atenção primária à saúde por idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, p. e2018128, 2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5** / [tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli et al. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BEEKMAN, Aartjan TF et al. Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 13, n. 10, p. 717-726, 1998.

BERKOWITZ, Rachel Lisa et al. The human dimension: how the prefrontal cortex modulates the subcortical fear response. **Reviews in the Neurosciences**, v. 18, n. 3-4, p. 191-208, 2007.

BERTOLUCCI, Paulo Henrique Ferreira et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 01-07, 1994.

BERTOLUCCI, Paulo Henrique Ferreira et al. Applicability of the CERAD neuropsychological battery to Brazilian elderly. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 59, n. 3A, p. 532-536, 2001.

BIRINGER, Eva et al. The association between depression, anxiety, and cognitive function in the elderly general population—the Hordaland Health Study. **International**

Journal of Geriatric Psychiatry: A Journal of the Psychiatry of Late Life and Allied Sciences, v. 20, n. 10, p. 989-997, 2005.

BOEHLEN, Friederike H. et al. Gender-specific predictors of generalized anxiety disorder symptoms in older adults: Results of a large population-based study. **Journal of Affective Disorders**, v. 262, p. 174-181, 2020.

BOTTINO, Cassio M. C. et al. Validade e confiabilidade da versão brasileira do CAMDEX. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 59, n. Supl 3, p. 20, 2001.

BRAILEAN, Anamaria et al. Are subjective memory complaints indicative of objective cognitive decline or depressive symptoms? Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. **Journal of Psychiatric Research**, v. 110, p. 143-151, 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos** [texto na Internet]. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2012. 12p. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: jan. 2020.

BRUCKI, Sonia M.D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 777-781, 2003.

BUTTERS, Meryl A. et al. Changes in neuropsychological functioning following treatment for late-life generalised anxiety disorder. **The British Journal of Psychiatry**, v. 199, n. 3, p. 211-218, 2011.

CANUTO, Alessandra et al. Anxiety disorders in old age: psychiatric comorbidities, quality of life, and prevalence according to age, gender, and country. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 26, n. 2, p. 174-185, 2018.

CARROLL, Melissa A. Cognitive Aging and Changes in Brain Morphology. **Topics in Geriatric Rehabilitation**, v. 34, n. 1, p. 1-7, 2018.

DIAS, Jessika Rafaela Paixão et al. Análise do perfil clínico-epidemiológico dos idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica nas microáreas 4, 6 e 7 da USF Tenoné. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 1, p. 2-41, 2018.

ESHKOOR, Sima Ataollahi et al. Mild cognitive impairment and its management in older people. **Clinical Interventions in Aging**, v. 10, p. 687-693, 2015.

FILENBAUM, Gerda G et al. CERAD (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) The first 20 years. **Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association**. . 4, n. 2, p. 96-109, 2008.

FOLSTEIN, M. F. et al. Mini Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinical. **Journal of Psychiatric Research**. V. 12, p. 189- 198, 1975.

GOMES-OSMAN, Joyce et al. Non-invasive brain stimulation: probing intracortical circuits and improving cognition in the aging brain. **Frontiers in Aging Neuroscience**, v. 10, p. 177, 2018.

GONÇALVES, Daniela C.; PACHANA, Nancy A.; BYRNE, Gerard J. Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder among older adults in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. **Journal of Affective Disorders**, v. 132, n. 1-2, p. 223-230, 2011.

GRAEFF, Frederico G. Ansiedade, pânico e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 29, p. s3-s6, 2007.

GRENIER, Sébastien et al. Six-month prevalence and correlates of generalized anxiety disorder among primary care patients aged 70 years and above: Results from the ESA-services study. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 34, n. 2, p. 315-323, 2019.

HEDGES, Dawson et al. Cognition in Anxiety Disorders. In: **The brain at risk**. Springer, Cham, 2019. p. 37-48.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE.

Características gerais dos domicílios e dos moradores 2017. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017a. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101566_informativo.pdf>. Acesso em: maio 2020.

_____. **Censo Demográfico – Cidades, São Carlos, São Paulo**. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020b. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-carlos/panorama>>. Acesso em: maio 2020.

INSTITUTO DE NEUROCIÊNCIAS DE BRASÍLIA. **Compreendendo o pânico e a ansiedade**, 2020. Disponível em: <<https://incb.com.br/compreendendo-o-panico-e-ansiedade/>>. Acesso em: agosto 2020.

JIN, Kunlin et al. The critical need to promote research of aging and aging-related diseases to improve health and longevity of the elderly population. **Aging and Disease**, v. 6, n. 1, p. 1-5, 2015.

KEMP, Andrew H. et al. Race and resting-state heart rate variability in Brazilian civil servants and the mediating effects of discrimination: an ELSA-Brasil cohort study. **Psychosomatic Medicine**, v. 78, n. 8, p. 950-958, 2016.

LOPES, Regina Maria Fernandes et al. Correlações entre ansiedade e depressão no desempenho cognitivo de idosos. **Diversitas: perspectivas em psicologia**, v. 10, n. 1, p. 143-150, 2014.

LOUISE, Pelletier; O'DONNELL SIOBHAN, McRae Louise; JEAN, Grenier. The burden of generalized anxiety disorder in Canada. **Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: research, policy and practice**, v. 37, n. 2, p. 54, 2017.

MACHADO, Mayara B. et al. Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 65, n. 1, p. 28-35, 2016.

MANTELLA, Rose C. et al. Cognitive impairment in late-life generalized anxiety disorder. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 15, n. 8, p. 673-679, 2007.

MIDÃO, Luís et al. Polypharmacy prevalence among older adults based on the survey of health, ageing and retirement in Europe. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 78, p. 213-220, 2018.

NITRINI, Ricardo et al. Influence of age, gender and educational level on performance in the Brief Cognitive Battery-Edu. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 2, n. 2, p. 114-118, 2008.

NITRINI, Ricardo et al. Neuropsychological tests of simple application for diagnosing dementia. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 52, n. 4, p. 457-465, 1994.

NITRINI, Ricardo et al. Performance of illiterate and literate nondemented elderly subjects in two tests of long-term memory. **Journal of the International Neuropsychological Society**, v. 10, n. 4, p. 634-638, 2004.

OLIVEIRA, Glauca Martins de et al. The Geriatric Anxiety Inventory in primary care: applicability and psychometric characteristics of the original and short form. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 43, n. 5, p. 103-106, 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População. **Perspectivas da população mundial: revisão de 2017, principais conclusões e tabelas de avanço**, 2017. Disponível em: < https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf >. Acesso: abril 2020.

_____, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Ageing 2019**. New York: United Nations, 2020. 36 p. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_worldpopulationageing_report.pdf>. Acesso: agosto 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Brasília: OMS Publicações, 2015. 28 p.

PATERNITI, Sabrina et al. Anxiety, depression, psychotropic drug use and cognitive impairment. *Psychological Medicine*, v. 29, n. 2, p. 421-428, 1999.

PETERSEN, Ronald C. Mild cognitive impairment. **Continuum: Lifelong Learning in Neurology**, v. 22, n. 2, p. 404, 2016.

PORENSKY, Emily K. et al. The burden of late-life generalized anxiety disorder: effects on disability, health-related quality of life, and healthcare utilization. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 17, n. 6, p. 473-482, 2009.

QIAN, Lai et al. The associated volumes of sub-cortical structures and cognitive domain in patients of Mild Cognitive Impairment. *Journal of Clinical Neuroscience*, v. 56, p. 56-62, 2018.

RIZZUTO, Debora et al. Effect of chronic diseases and multimorbidity on survival and functioning in elderly adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 65, n. 5, p. 1056-1060, 2017.

ROTH, MTYME et al. CAMDEX: a standardised instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *The British journal of Psychiatry*, v. 149, n. 6, p. 698-709, 1986.

RUSCIO, Ayelet Meron et al. Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. *JAMA Psychiatry*, v. 74, n. 5, p. 465-475, 2017.

SABLE, Jeremy A.; JESTE, Dilip V. Anxiety disorders in older adults. *Current Psychiatry Reports*, v. 3, n. 4, p. 302-307, 2001.

SÃO CARLOS. **Prefeitura Municipal de São Carlos** [internet]. São Carlos (SP). Disponível em: <www.saocarlos.sp.gov.br>. Acesso em: janeiro. 2020.

- SEO, Eun Hyun et al. Association of subjective memory complaint and depressive symptoms with objective cognitive functions in prodromal Alzheimer's disease including pre-mild cognitive impairment. **Journal of Affective Disorders**, v. 217, p. 24-28, 2017.
- SILVA, Laize Gabriele de Castro et al. Avaliação da funcionalidade e mobilidade de idosos comunitários na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 5, 2019.
- SILVA, Marcus T. et al. Generalized anxiety disorder and associated factors in adults in the Amazon, Brazil: a population-based study. **Journal of Affective Disorders**, v. 236, p. 180-186, 2018.
- STEWART, Robert. Subjective cognitive impairment. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 25, n. 6, p. 445-450, 2012.
- STRAUSS, Esther et al. **A compendium of neuropsychological tests: administration, norms, and commentary**. American Chemical Society, 2006.
- SUNDERLAND, Trey et al. Clock drawing in Alzheimer's disease: a novel measure of dementia severity. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 37, n. 8, p. 725-729, 1989.
- TEMPESTA, D. et al. Neuropsychological functioning in young subjects with generalized anxiety disorder with and without pharmacotherapy. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, v. 45, p. 236-241, 2013.
- VASCONCELOS, Juarez Roberto de Oliveira; LÔBO, Alice Peixoto da Silva; MELO NETO, Valfrido Leão de. Risco de suicídio e comorbidades psiquiátricas no transtorno de ansiedade generalizada. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n. 4, p. 259-265, 2015.
- VINK, Dagmar; AARTSEN, Marja J.; SCHOEVEERS, Robert A. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. **Journal of Affective Disorders**, v. 106, n. 1-2, p. 29-44, 2008.
- YANG, Yingxue et al. Cognitive impairment in generalized anxiety disorder revealed by event-related potential N270. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 11, p. 1405, 2015.
- WATTERSON, Rita A. et al. Descriptive epidemiology of generalized anxiety disorder in Canada. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 62, n. 1, p. 24-29, 2017.

WITTCHEN, Hans-Ulrich et al. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 63, n. 8, p. 24-34, 2002.

XAVIER, Flávio MF et al. Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 294-302, 2001.

ZHANG, Xiaobin et al. Generalized anxiety in community-dwelling elderly: prevalence and clinical characteristics. **Journal of Affective Disorders**, v. 172, p. 24-29, 2015.

8. APÊNDICES

8.1 APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
 Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - Departamento de
 Gerontologia
 Via Washington Luis, km 235 - Caixa Postal, 676
 13565-905 - São Carlos - SP - Brasil
 Fone/FAX: (16) 3351-9628
 E-mail: gerontologia@ufscar.br



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

NOME DA PESQUISA: Cognição social e comparação dos critérios de demência do DSM-IV e DSM-5 entre idosos atendidos na atenção básica

PESQUISADOR REPONSÁVEL: Marcos Hortes N. Chagas (contato: 16 98145-2367/setroh@hotmail.com)

Você está sendo convidado a participar do estudo: “Cognição social e comparação dos critérios de demência do DSM-IV e DSM-5 entre idosos atendidos na atenção básica”.

1. **Objetivos e Justificativa:** Essa pesquisa tem como objetivo estudar a frequência de pessoas com mais de 60 anos com demência que moram na sua região. Este quadro inclui pessoas que têm perda de memória, que se perdem com facilidade, que trocam as coisas de lugar e o nome das pessoas muitas vezes, que não conseguem mais fazer compras, entre outras atividades do dia-a-dia. Vamos também comparar duas maneiras que são usadas pelos profissionais de saúde para saber se você tem a demência. Além disso, queremos saber como está sua capacidade de reconhecer algumas emoções no rosto de outras pessoas. A demência é um problema de saúde que acontece com certa frequência principalmente com as pessoas que possuem 60 anos ou mais. Ela pode prejudicar de maneira importante a realização das atividades do dia-a-dia, o relacionamento com as pessoas e tornar a pessoa dependente de cuidados. Por isso, há a necessidade de observar se isso pode estar acontecendo, para que medidas preventivas sejam tomadas.

2. **Participação na Pesquisa:** Sua participação na pesquisa será responder as perguntas feitas por um pesquisador sobre sua saúde e realizar alguns testes como tarefas para testar sua memória, sua capacidade de nomear objetos, fazer algumas contas e alguns desenhos, reconhecer faces de algumas emoções, entre outros.

3. **Riscos e Benefícios:** Como possíveis riscos do estudo, cita-se o possível desconforto e cansaço em realizar os testes e responder às perguntas propostas, que exigem engajamento do participante e podem demandar cerca de 50 minutos. Além disso, mesmo que pequena, há possibilidade de outras pessoas terem acesso às informações que você ofereceu. Deve-se considerar também que o diagnóstico de demência pode causar sofrimento psicológico, principalmente para participantes que não saibam do diagnóstico.

Você não terá necessidade de se deslocar para outro local para participar da pesquisa, pois a pesquisa será realizada em sua casa, no local que se sentir mais confortável.

Como benefícios de sua participação na pesquisa, poderemos obter informações sobre como identificar pessoas que possuem o quadro de demência. Também poderemos obter dados importantes sobre memória, atenção, prejuízo nas atividades do dia-a-dia e emoções sentidas da população estudada. De acordo com estas perguntas e testes, alguns participantes poderão ser identificados com o quadro de demência. Caso algumas perguntas e testes estejam alterados e exista a suspeita de demência, você será encaminhado para avaliação adequada na unidade de saúde do município.

Caso você aceite participar da pesquisa, você precisa saber que:

Somente você e os pesquisadores terão acesso às informações e aos testes e que é garantido o sigilo sobre todos os dados coletados e mantida a privacidade dos participantes na pesquisa. Estas informações serão utilizadas exclusivamente para este estudo e as análises serão realizadas de forma geral, sem a identificação individual dos participantes. O material coletado na pesquisa será arquivado no Departamento de Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos.

Os resultados finais da pesquisa poderão ser divulgados em publicações ou eventos científicos, sendo que os dados pessoais dos participantes do estudo não serão revelados, o que garante o completo anonimato.

A sua participação é voluntária e caso você se sinta desconfortável para responder às perguntas ou aos testes, a sua não participação ou a interrupção em qualquer momento do estudo não lhe causará qualquer problema ou dificuldade com relação a seu atendimento no serviço de saúde do município ou às visitas que a agente comunitária faz durante o ano.

Nesse estudo não haverá despesas financeiras para os participantes, e serão garantidos esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa sobre a metodologia e resultados obtidos.

O pesquisador responsável pela pesquisa poderá ser contatado pelo telefone (16) 98145-2367.

Você ficará com uma das duas vias originais desse Termo de Consentimento e a outra via será arquivada pelo pesquisador.

Eu, _____, RG _____, tendo sido esclarecido sobre as condições do estudo, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos a que serei submetido, aos riscos e benefícios do trabalho, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e condições que me foram assegurados e manifesto livremente minha vontade de participar do referido estudo.

São Carlos, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Voluntário/Responsável

8.2 APÊNDICE B - Ficha de caracterização sociodemográfica do idoso

1. Qual o seu nome?
2. E telefone?
3. Sexo (0) Masculino (1) Feminino
4. Qual a sua data de nascimento? Idade:
5. Quantos anos você frequentou a escola/faculdade/universidade ao todo?
6. Aposentado? (1) Sim (0) Não
7. Qual o seu estado civil?
 - (1) Nunca casou/solteiro
 - (2) Casado ou morando junto
 - (3) Divorciado/Separado
 - (4) Viúvo
 - (5) Outro: _____
8. Como você se define em relação a cor/raça/etnia?
 - (1) Branca
 - (2) Preta
 - (3) Amarela
 - (4) Parda
 - (5) Indígena
9. Quantos medicamentos você está tomando atualmente? _____

9. ANEXOS

9.1 ANEXO A – Avaliação cognitiva completa

Mini Exame do Estado Mental - MEEM

1 a 4 anos de escolaridade: 17 pontos
 5 a 8 anos de escolaridade: 22 pontos ou mais
 9 anos ou mais: 26 pontos ou mais
 Pontuação máxima: 30 pontos

(Mesmo que o idoso seja analfabeto, aplique todas as questões)

Agora farei algumas perguntas e gostaria que você prestasse atenção em cada uma delas, dando sua melhor resposta.

Que dia da semana é hoje? _____ (0) incorreto (1) correto
 Que dia do mês é hoje? _____ (0) incorreto (1) correto
 Em que mês estamos? _____ (0) incorreto (1) correto
 Em que ano estamos? _____ (0) incorreto (1) correto
 Sem olhar no relógio, diga a hora aproximada _____ (0) incorreto (1) correto

(Para a questão C5 considere a variação de mais ou menos uma hora)

C1- Orientação temporal: _____

Em que local específico estamos? _____ (0) incorreto (1) correto

(Para a questão C6 Aponte para o chão. Exemplo: consultório, dormitório, sala, quarto)

Que local é este aqui? _____ (0) incorreto (1) correto

(Aponte ao redor, perguntando onde o local específico se insere. Exemplo: hospital, casa)

Qual é o endereço onde estamos? _____ (0) incorreto (1) correto

(Para a questão, considere correto o nome do bairro ou o nome de uma rua próxima)

Em que cidade estamos? _____ (0) incorreto (1) correto

Em que estado estamos? _____ (0) incorreto (1) correto

Eu vou dizer três palavras e QUERO QUE VOCÊ REPITA em seguida:

C2- Orientação espacial: _____

() VASO () CARRO () TIJOLO

C3- Memória fixação: _____

Gostaria que você diminuísse 100-7 sucessivamente:

100-7? _____ (0) incorreto (1) correto

93-7? _____ (0) incorreto (1) correto

86-7? _____ (0) incorreto (1) correto

79-7? _____ (0) incorreto (1) correto

72-7? _____ (0) incorreto (1) correto

C4- Atenção e cálculo: _____

Quais foram as palavras que eu pedi para o(a) sr.(a) repetir agora há pouco?

Vaso () Carro () Tijolo ()

C5- Evocação: _____

C6 - O que é isto? (Pergunte mostrando o relógio e faça o mesmo com a caneta)

Relógio () (0) incorreto (1) correto

Caneta () (0) incorreto (1) correto

C6- Nomeção: _____

C7 - Eu vou dizer uma frase e DEPOIS QUE EU TERMINAR, quero que o(a) sr(a) repita: “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”(0) incorreto (1) correto

C8: Eu darei 3 ordens e você só as realizará DEPOIS QUE EU TERMINAR DE FALAR: **(Pegue a folha em branco, dê os três comandos e depois dê o papel para o idoso, segurando com as duas mãos)**

Pegue o papel com a sua mão direita (0) incorreto (1) correto

Dobre-o ao meio (0) incorreto (1) correto

Ponha-o no chão (0) incorreto (1) correto

C8- _____

C9 - Leia e faça o que está escrito (0) incorreto (1) correto
(Pegue a folha “feche os olhos”, se ele(a) apenas ler, peça novamente para fazer o que está escrito, caso leia sem fazer, considere incorreto)

C10 - Escreva uma frase (0) incorreto (1) correto
(Peça para escrever uma frase com começo, meio e fim. Considere correto se tiver sentido - erros gramaticais e de ortografia são desconsiderados)

C11 - Copie este desenho (0) incorreto (1) correto
(Pegue a folha com o desenho e considere correto se ambas as figuras tiverem cinco lados e a intersecção entre elas)

C12 - Escore total: ____

Bateria cognitiva breve

Mostre a folha contendo as 10 figuras e pergunte:

Que figuras são estas?

C13- Percepção correta: ____

C14- Nomeação correta: ____

Esconda as figuras e pergunte

Que figuras eu acabei de lhe mostrar? – **(tempo máximo de evocação de 60 segundos)**

Memória incidental

Sapato	Casa	Pente	Chave	Avião	Balde	Tartaruga	Livro	Colher	Árvore

C15- Corretas: ____

Mostre as figuras novamente durante 30 segundos dizendo:

Olhe bem e procure memorizar estas figuras.

(Em caso de déficit visual grave, peça que memorize as palavras que você vai dizer; diga os nomes lentamente – um nome por segundo- fale a série duas vezes)

Esconda as figuras e pergunte:

Que figuras eu acabei de lhe mostrar?

(tempo máximo de evocação de 60 segundos)

Memória Imediata

Sapato	Casa	Pente	Chave	Avião	Balde	Tartaruga	Livro	Colher	Árvore

C16- Corretas: ____

Mostre as figuras novamente durante 30 segundos dizendo

Olhe bem e procure memorizar estas figuras.

(Em caso de déficit visual grave, peça que memorize as palavras que você vai dizer; diga os nomes lentamente – um nome por segundo; fale a série duas vezes)

Esconda as figuras e pergunte

Que figuras eu acabei de lhe mostrar?

(tempo máximo de evocação de 60 segundos)

Memória aprendido

Sapato	Casa	Pente	Chave	Avião	Balde	Tartaruga	Livro	Colher	Árvore

C17- Corretas: ____

Teste de fluência verbal

Eu gostaria que você falasse todos os nomes de animais que se lembrar, no menor tempo possível. Pode começar.

Anote os nomes lembrados em 1 minuto. Lembrando que apenas a mudança do gênero (Ex.: gato/gata) vale apenas 1 ponto.

C18- Total de palavras: _____

Desenho do relógio

Agora gostaria que você desenhasse um relógio com todos os números nesta folha em branco. Coloque os ponteiros marcando 2 (duas) horas e 45 (quarenta e cinco) minutos.

Pontuação:

10-6 pontos. Números e relógio estão corretos:

10- hora certa

9- erro leve nos ponteiros (ex.: ponteiro das horas sobre o 2)

8- erros mais intensos nos ponteiros (ex.: hora anotando 2:20)

7- ponteiros completamente errados

6- uso inapropriado (ex.: código digital, círculos sobre os números)

5-1 – Desenho do relógio e números incorretos

5- números em ordem inversa ou concentrados em alguma parte do relógio

4- números faltando ou situados fora dos limites do relógio

3- números e relógio não conectados. Sem ponteiros.

2- alguma evidência de ter entendido as instruções mas com vaga semelhança com um relógio

1- não tentou ou não conseguiu representar um relógio

C19- Pontuação do desenho do relógio: ____

Memória tardia

Que figuras eu lhe mostrei a alguns minutos? Aquelas em uma folha de papel plastificado.

(tempo máximo de evocação de 60 segundos)

Sapato	Casa	Pente	Chave	Avião	Balde	Tartaruga	Livro	Colher	Árvore

C20- Corretas: ____

Reconhecimento

Mostre a folha contendo as 20 figuras e diga:

Aqui estão as figuras que eu lhe mostrei hoje e outras figuras novas; quero que você me diga quais você já tinha visto há alguns minutos.

Sapato	Casa	Pente	Chave	Avião	Balde	Tartaruga	Livro	Colher	Árvore

Caminhão	Ferro de Passar	Pêra	Folha	Bule	Navio	Porco	Bicicleta	Banana	Paletó

C21- Corretas: ____

C22- Intrusões: ____

C23- Corretas-Intrusões: ____

Sub-teste de semelhanças do CAMDEX (Abstração)

Eu vou lhe dizer o nome de duas coisas e gostaria que você me dissesse de que maneira eles são semelhantes, em que se parecem, o que têm em comum. Por exemplo, um cachorro e um macaco são semelhantes porque são animais.

C24- De que maneira uma maçã e uma banana se assemelham? O que têm em comum?

(Somente no item C32, se a pontuação for menor que 2 diga: 'Elas também são semelhantes porque ambas são frutas')

- (0) Redondo, tem calorias
- (1) Alimento, germina, tem casca
- (2) Fruta

C25- De que maneira uma camisa e um vestido se assemelham?

- (0) Tem botões
- (1) Para vestir, feito de pano, mantém você aquecido
- (2) Roupa, vestimenta

C26- De que maneira uma mesa e uma cadeira se assemelham?

- (0) De madeira, tem 4 pés, objeto doméstico
- (1) Usado para refeições
- (2) Móveis

C27- De que maneira uma planta e um animal se assemelham?

- (0) Úteis ao homem, carregam germes
- (1) Crescem, precisam de comida, são da natureza
- (2) Seres vivos

Teste de extensão de dígitos (Atenção)**Ordem direta**

Vou ler algumas sequências numéricas e quero que você repita os números, de cada sequência, na mesma ordem em que foram lidas.

Ordem inversa

Agora, vou ler outras sequências numéricas e quero que você repita os números, de cada sequência, na ordem inversa.

(Você deverá ler um número por segundo e o sujeito deverá repetir imediatamente após a sua leitura. O teste termina após o erro de duas sequências consecutivas.)

DIRETO:	Pontos	INVERSO:	Pontos
5-8-2	3	2-4	2
6-9-4	3	5-8	2
6-4-3-9	4	6-2-9	3
7-2-8-6	4	4-1-5	3
4-2-7-3-1	5	3-2-7-9	4
7-5-8-3-6	5	4-9-6-8	4
6-1-9-4-7-3	6	1-5-2-8-6	5
3-9-2-4-8-7	6	6-1-8-4-3	5
5-9-1-7-4-2-8	7	5-3-9-4-1-8	6
4-1-7-9-3-8-6	7	7-2-4-8-5-6	6
5-8-1-9-2-6-4-7	8	8-1-2-9-3-6-5	7
3-8-2-9-5-1-7-4	8	4-7-3-9-1-2-8	7
2-7-5-8-6-2-5-8-4	9	9-4-3-7-6-2-5-8	8
7-1-3-9-4-2-5-6-8	9	7-2-8-1-9-6-5-3	8

C28- Escore (ordem direta): _____

C29- Escore (ordem inversa): _____

Teste de nomeação de Boston

Eu vou lhe mostrar algumas figuras, o seu trabalho será me dizer o nome das coisas desenhadas nas figuras. Se você não souber ou não lembrar o nome, mas souber o que é, me diga algo sobre ele.

(Anote todas as respostas exatamente como as diz o paciente na frente da correta. O tempo máximo de apresentação de cada desenho é de 10 segundos.)

Árvore - _____
 Cama - _____
 Apito - _____
 Flor - _____
 Casa - _____

C30- Escore Alta Frequência: _____

Canoa - _____
 Escova de dentes - _____
 Vulcão - _____
 Máscara - _____
 Camelo - _____

C31- Escore Média Frequência: _____

Gaita - _____
 Pinça de gelo - _____
 Rede - _____
 Funil - _____
 Dominó- _____

C32- Escore Baixa Frequência: _____

C33- Escore total: _____

LISTA DE PALAVRAS – Recordação Imediata

Instruções:

Diga ao paciente: *"Vou ler uma lista de palavras em voz alta, depois vou pedir que repita essas palavras de memória"*. Fale claramente, em voz alta, uma palavra a cada 2 segundos. Depois, peça para ele(a) repetir as dez palavras, incentivando. O tempo limite para a pessoa recordar a lista é de **90 segundos**.

Anote o número de palavras que a pessoa conseguiu recordar (não é preciso que tenha sido em ordem); também anote as intrusões (palavras que não fazem parte da lista).

Repita o mesmo para os dois ensaios seguintes

1ª tentativa (colocar a ordem das palavras na linha abaixo das palavras)

Manteiga	Carta	Poste	Motor	Braço	Rainha	Bilhete	Praia	Cabana	Erva

Anote as intrusões

C34- Escore _____

2ª tentativa

Bilhete	Cabana	Manteiga	Praia	Motor	Braço	Rainha	Carta	Erva	Poste

Anote as intrusões

C35- Escore _____

3ª tentativa

Praia	Erva	Poste	Rainha	Carta	Bilhete	Cabana	Braço	Manteiga	Motor

Anote as intrusões:

C36- Escore _____

Praxia construtiva

Gostaria que você fizesse a cópia do seguinte desenho.

(Máximo 2 minutos – Forma circular – 1pto; Círculo fechado até 3mm – 1pto)

C37- Escore: _____

Gostaria que você fizesse a cópia do seguinte desenho.

(Máximo 2 minutos – desenha os 4 lados – 1pto; fecha os 4 ângulos até 3mm – 1pto; os lados são iguais – 1pto)

C38- Escore: _____

Gostaria que você fizesse a cópia do seguinte desenho.

(Máximo 2 minutos – duas figuras com 4 lados cada – 1pto; sobreposição semelhante do original – 1pto)

C39- Escore: _____

Gostaria que você fizesse a cópia do seguinte desenho.

(Máximo 2 minutos – figura em 3 dimensões – 1pto; face frontal corretamente orientada para esquerda ou direita – 1pto; linhas internas corretamente desenhadas – 1pto; lados opostos paralelos até 10° – 1pto)

C40- Escore: _____

C41- Escore total: _____

LISTA DE PALAVRAS – Recordação Tardia

O intervalo após a LISTA DE PALAVRAS – Recordação Imediata deve ser de pelo menos 10 minutos.

"Alguns minutos atrás nós lemos uma lista de palavras e eu pedi para você repetir e memorizar. Agora quero que você tente lembrar novamente essas palavras. Pode começar".

- Tempo máximo: 90 segundos. Incentive-o(a) a se esforçar
- Anote o número de palavras que a pessoa conseguiu recordar (não é necessário que seja em ordem)
- Também anote as intrusões (palavras que não fazem parte da lista)

C42) Escore total: _____

INSTRUÇÕES:

Diga ao paciente: "Agora vou ler uma lista com várias palavras. Algumas delas são daquela lista que nós lemos há alguns minutos e lhe pedi para memorizar. Outras não são daquela lista. Quero que você diga SIM se a palavra for daquela lista e NÃO se não for".

Incentive-o(a) a se esforçar.

• Considere 'não sei' como NÃO. Apenas desta ser a orientação do original, vamos codificar como (1) sim (2) Não (3) Não sei

C43- Coloque 1 para Sim, 2 para Não e 3 para Não Sei

**Igreja Praia Rainha Corda
Café Cinco Cabana Bilhete
Manteiga Carta Chinelo Tropa
Dólar Hotel Poste Erva
Braço Montanha Aldeia Motor**

C43- Escore total: Acertos (sim corretos + não corretos) - 10: _____

9.2 – ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cognição social e comparação dos critérios de demência do DSM-IV e DSM-5 entre idosos atendidos na atenção básica

Pesquisador: Marcos Hortes Nishara Chagas

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48602515.5.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.302.505

Apresentação do Projeto:

A demência é uma síndrome clínica que cursa com alterações dos domínios cognitivos e prejuízo funcional com impacto significativo na qualidade de vida do paciente e cuidador. Recentemente, novos critérios diagnósticos de demência foram propostos pela Associação de Psiquiatria Americana (DSM-5), além da reformulação dos domínios cognitivos e inclusão de cognição social, a síndrome passou a ser denominada transtorno neurocognitivo maior. O objetivo principal do estudo é avaliar o impacto das mudanças dos critérios diagnósticos nas estimativas de prevalência da síndrome demencial. Para determinar a frequência de diagnóstico de demência, testes neurocognitivos serão aplicados a todos os indivíduos com mais de 60 anos que moram na área de abrangência de um programa de saúde da família de São Carlos. Além disso, os participantes serão avaliados por psiquiatra treinado para determinar o diagnóstico de demência/transtorno neurocognitivo maior segundo os critérios propostos pelo DSM-IV e DSM-5.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o impacto das mudanças dos critérios diagnósticos nas estimativas de prevalência da síndrome demencial.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9883

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.302.505

Objetivo Secundário:

(I) comparar os critérios de demência do DSM-IV e DSM-5; (II) correlacionar testes de cognição social com demais domínios cognitivos e (III) determinar as diferenças entre a cognição social entre idosos com e sem demência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador analisa e descreve no TCLE e no Protocolo de pesquisa os riscos aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante para a área em questão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado. O pesquisador atendeu a todas as pendências do Parecer 1.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_550432.pdf	08/09/2015 21:22:02		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	carta_ao_cep.pdf	08/09/2015 21:20:03	Marcos Hortes Nisihara Chagas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_versao_2.pdf	08/09/2015 21:19:40	Marcos Hortes Nisihara Chagas	Aceito
Outros	Reconhecimento de Emoções Faciais.pdf	20/07/2015 11:07:12		Aceito
Outros	RMET.pdf	20/07/2015 11:06:58		Aceito
Outros	Protocolo de quest socio e escalas.pdf	20/07/2015 11:06:28		Aceito
Outros	Autorizacao prefeitura.pdf	20/07/2015 11:05:59		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto_dsm5_cognicao_social_final.pdf	20/07/2015 11:05:28		Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9883

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 1.302.505

Investigador	projeto_dsm5_cognicao social_final.pdf	20/07/2015 11:05:28		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	20/07/2015 11:02:44		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 29 de Outubro de 2015

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)3351-9883

E-mail: cephumanos@ufscar.br