



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia

Enfrentamento, Qualidade de Vida, Estresse,
Ansiedade e Depressão em idosos demenciados e seus
cuidadores: Avaliações e Correlações.

Coping, Quality of life, Stress, Anxiety, Depression in Elderly
dementia and his caregivers: Assessment and correlations.

Fabíola Krystina Silveira Celestino

Brasília
2009



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Processos Psicológicos Básicos

**ENFRENTAMENTO, QUALIDADE DE VIDA, ESTRESSE,
ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM IDOSOS DEMENCIADOS E
SEUS CUIDADORES: AVALIAÇÕES E CORRELAÇÕES.**

COPING, QUALITY OF LIFE, STRESS, ANXIETY,
DEPRESSION IN ELDERLY DEMENTIA AND HIS CAREGIVERS:
ASSESSMENT AND CORRELATIONS.

FABÍOLA KRYSTINA SILVEIRA CELESTINO

Brasília - DF, Maio de 2009



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Processos Psicológicos Básicos

**ENFRENTAMENTO, QUALIDADE DE VIDA, ESTRESSE,
ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM IDOSOS DEMENCIADOS E
SEUS CUIDADORES: AVALIAÇÕES E CORRELAÇÕES.**

Coping, Quality of life, Stress, Anxiety, Depression in Elderly
dementia and his caregivers: Assessment and correlations.

FABÍOLA KRYSTINA SILVEIRA CELESTINO

Dissertação apresentada ao Instituto
de Psicologia da Universidade de
Brasília como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em
Ciências do Comportamento, área de
concentração Cognição e
Neurociências do Comportamento.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Leme da Silva

Brasília - DF, Maio de 2009

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Sérgio Leme da Silva (Presidente)
Universidade de Brasília

Prof^a. Dr^a. Wânia Cristina de Souza (Membro Efetivo)
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Ricardo Kamizaki (Membro Efetivo)
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Antônio Pedro de Mello Cruz (Membro Suplente)
Universidade de Brasília

Brasília - DF, Maio de 2009.

Dedico este trabalho ao meu pai e irmão que em mim acreditaram e tornaram possível que o apoio iluminasse meus caminhos para aqui chegar, trilhando um caminho diferente, mas muito feliz. Sem vocês nada seria possível.

Reflijo: “Não se contente em trilhar um caminho estabelecido. Ao contrário, vá para onde não há caminho algum e deixe seu rastro”.
(autor desconhecido)

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai que com muito amor, paciência, me incentivou e acreditou na possibilidade de mais uma vitória na minha vida. Sem você eu nada seria;

A minha mãe que em memória sempre me acompanha e fornece luz para minhas dificuldades. Onde estiver, estou com você. Saudades eternas...;

Ao meu irmão Klecius. Tuas palavras me trouxeram: Força, Paz, Felicidades. Força para lutar e superar as dificuldade. Paz porque acalmaste meu coração. Felicidade porque só é feliz quem AMA. Te amo;

A minha cunhada Sônia, sobrinhas Júlia e Isadora que com palavras de conforto, amor e sorrisos encantadores me transmitiram alegria. Muito obrigada por existirem em minha vida;

Às amigas Sheila Carvalho, Francine Menezes e Liana Flora que apesar da distância jamais me abandonaram. Vocês só me fazem pensar e confirmar que amizades verdadeiras nunca mudam e nada afeta. "Amigo é coisa para se guardar debaixo de sete chaves, perto do coração". Isso é eterno...;

A minha madrinha Marilene e minha prima Naiara que, com muito amor, dedicaram longas horas de seus dias em prol de meu bem-estar, sempre com palavras de conforto e confiança. Espero jamais decepcioná-las;

Ao meu orientador Sérgio Leme da Silva que com presteza e brilhantismo ofereceu-me suas idéias e em mim confiou esse projeto. Muito obrigada!!!;

À funcionária Joyce Rêgo do programa de pós-graduação em Ciências do Comportamento que sempre me ajudou com muita competência e carinho, apesar da distância. A você o meu carinho e admiração;

Aos colegas do Hospital Santa Izabel que, no difícil cotidiano entre o trabalho na Psicologia Hospitalar e a dedicação ao mestrado, sempre me favoreceram acreditar que tudo é possível, mesmo com obstáculos no caminho. Aprendi com vocês que "Na dificuldade encontra-se a oportunidade" (Albert Einstein);

A toda equipe do CMI-HUB, pelo apoio na minha pesquisa, em especial ao Dr. Renato Maia;

Aos pacientes e seus respectivos cuidadores do CMI-HUB que desse trabalho participaram voluntariamente, com muita garra e vontade de enfrentar com otimismo fases difíceis de vida, doença;

Deixo consignado meu reconhecimento aos colegas de profissão Manuela Bezerra, Fabrizio Veloso, Josely Gomes, Eric Ediethelm, Guillermo Calderon que colaboraram na pesquisa;

Agradeço a todos que de forma direta ou indireta, independente do momento do mestrado que me acompanharam, acreditaram em meu potencial (que, em muitas vezes, nem eu mesmo acreditava), me incentivaram e possibilitaram o fim com mérito desse projeto.

SUMÁRIO

Dedicatória	i
Agradecimentos	ii
Sumário	iv
Lista de figuras	vi
Lista de tabelas	vii
Lista de anexos	viii
Resumo	ix
Abstract	x
1. Introdução	1
1.1 O envelhecimento populacional	1
1.2 As demências	2
1.3 Ansiedade e depressão	3
1.4 Fármacos e Idosos	4
1.5 Cuidadores	5
1.6 Qualidade de vida	7
1.7 Estresse e enfrentamento	8
1.8 Avaliação neuropsicológica	9
1.9 A estimulação cognitiva no idoso	10
2. Objetivos	13
2.1 Objetivo Geral	13
2.2 Objetivos Específicos	13
3. Método	14
3.1 Participantes	14
3.1.1 Critérios de inclusão e exclusão	14
3.2 Considerações Éticas	15
3.3 Atividades	16
3.4 Instrumentos	17
3.5 Orçamento	24
3.6 Análise dos dados	24
4. Resultados	25
4.1 Análise descritiva da amostra	25
4.2 Avaliação neuropsicológica e a estimulação cognitiva	29
5. Discussão	41
6. Considerações Finais	45
7. Referências Bibliográficas	46
8. Anexos	51

Lista de Figuras

Figura 1: “Box Plot” dos dados referentes à idade e ao sexo dos idosos da amostra.

Figura 2: “Box Plot” dos dados referentes à idade e ao sexo dos cuidadores da amostra.

Lista de Tabelas

Tabela 1: Dados referentes à escolaridade e estado civil do idoso, bem como dado se reside com cuidador e quem é o cuidador.

Tabela 2: Dados da escolaridade e estado civil idoso e cuidador evidenciando as semelhanças.

Tabela 3: Dados referentes à ocupação do cuidador

Tabela 4: Dados referentes à avaliação dos cuidadores quanto aos possíveis fatores precipitantes da deficiência cognitiva do seu idoso.

Tabela 5: Tabela dos desempenhos nos testes neuropsicológicos Mini-exame do Estado mental (MEEM), Escala de Inteligência Adulta Weschler subtestes Dígitos Diretos e Inversos, Desenho do Relógio, Teste de Fluência Verbal Semântica (FAS), Teste de Fluência Fonêmica e Escalas de Depressão Geriátrica de Yasavaje antes e depois da Reabilitação Neuropsicológica – Oficina de Lazer (RN-OL).

Tabela 6: Tabela do desempenho na Escala *Zarit Burden Interview* antes e depois da Reabilitação Neuropsicológica – Oficina de Lazer (RN-OL).

Tabela 7: Tabela do desempenho na Escala *Zarit Burden Interview* antes e depois da Reabilitação Neuropsicológica – Oficina de Lazer (RN-OL) e Problemas de saúde do cuidador.

Tabela 8: Tabela do desempenho na Escala *Zarit Burden Interview* antes e depois da Reabilitação Neuropsicológica – Oficina de Lazer (RN-OL) e na Escala Avaliação de Comportamento – BEHAVE-Ad e queixa depressão do idoso.

Tabela 9: Tabela dos escores médios da Escala Avaliação de Comportamento – BEHAVE-Ad registrada com os cuidadores antes Oficina de Lazer (RN-OL) em comparação aos cuidadores que apontaram e que não apontaram dificuldade em lidar com seu idoso.

Tabela 10: Tabela do desempenho na Escala de Qualidade de Vida WHOQOL antes e depois da Reabilitação Neuropsicológica – Oficina de Lazer (RN-OL).

Tabela 11: Tabela do desempenho em testes Neuropsicológicos significativos em função do número de utilização de Fármacos dividida em quatro grupos de faixas de números de fármacos utilizados.

Tabela 12: Tabela do desempenho no Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e de Depressão (BDI) antes e depois da Reabilitação Neuropsicológica – Oficina de Lazer (RN-OL) em relação ao tipo de medicação utilizada pelos pacientes.

Lista de Anexos

Anexo I – Controle de presença e ausência dos idosos nas Atividades Sociais de Lazer, promovendo critério de inclusão e exclusão.

Anexo II – Anamnese

Anexo III - Questionário Sócio-Demográfico

Anexo IV – Escala Behave-AD

Anexo V – Escala *Zarit Burden Interview* (ZBI)

Anexo VI - *Self Report Questionnaire* (SRQ)

Anexo VII - Escala de Depressão de Beck (BDI)

Anexo VIII - Escala de Ansiedade de Beck (BAI)

Anexo IX - Escala de Depressão Geriátrica (EDG)

Anexo X – Escala Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP)

Anexo XI - Questionário WHOQOL-OLD

Anexo XII - Mini-exame do Estado mental (MEEM)

Anexo XIII - Escala de Memória Wechsler (WMS)

Anexo XIV- Escala de Inteligência Adulta Wechsler (WAIS III)

Anexo XV - Avaliação de Fluência Verbal Fonêmica

Anexo XVI - Teste de Fluência Verbal Semântica

Anexo XVII - Teste do Relógio

Anexo XVIII - Termo de consentimento livre e esclarecido

Anexo XIX – Processo de análise comitê de ética

Resumo

Envelhecimento populacional vem sendo acompanhado de declínio em funções cognitivas, bem como de sintomas de depressão, ansiedade e estresse e dificuldades de enfrentamento, refletindo na qualidade de vida e na saúde do cuidador. O objetivo foi avaliar o impacto de atividades de lazer inseridas no programa de reabilitação neuropsicológica (RN) ofertado a idosos demenciados e seus cuidadores no Centro de Medicina do Idoso do Hospital Universitário de Brasília (CMI-HUB), destinado a portadores de Alzheimer, e aos que estão à espera desse acompanhamento; Avaliar a correlação entre níveis de depreciação cognitiva dos idosos e da qualidade de vida, enfrentamento, ansiedade, estresse e depressão e seus cuidadores através da comparação das avaliações neuropsicológicas realizadas antes e depois da RN-Oficinas de lazer (RN-OL). O estudo foi realizado com 17 idosos e seus cuidadores atendidos CMI-HUB. O estudo realizou-se em 4 sessões: de esclarecimentos; avaliação neuropsicológica através de escalas e testes; 9 atividades sociais de lazer em locais turísticos de Brasília; reavaliação neuropsicológica. Com o estudo obteve-se a possibilidade de sugerir que a RN-OL promove a estabilização nos desempenhos dos testes e escalas; manutenção dos escores da escala Zarit decorrente das alterações comportamentais dos idosos; favorecimento do enfrentamento; valorização da vida pelos idosos, refletindo sobre a morte e morrer; redução de ansiedade e depressão. Os resultados sugerem que a RN-OL gera benefícios estabilizando desempenhos nas escalas e teste neuropsicológicos e melhora a qualidade de vida dos idosos.

Palavras-Chave: Enfrentamento; Qualidade de vida; Estresse; Ansiedade; Depressão; Demência; Cuidador.

Abstract

Aging population has been accompanied by decline in cognitive functions and symptoms of depression, anxiety and stress and difficulties in coping, reflecting the quality of life and health of the caregiver. The objective was to evaluate the impact of leisure activities included in the program of neuropsychological rehabilitation (RN) offered to elderly dementia and their caregivers at the Center for Aging Medicine at University Hospital of Brasília (CMI-HUB) to individuals with Alzheimer's, and those who are waiting for that note; evaluate the correlation between levels of cognitive impairment of the elderly and quality of life, coping, anxiety, stress and depression and their caregivers through the comparison of neuropsychological assessments performed before and after RN-Workshops for leisure (RN-OL). The study was conducted with 17 elderly and their caregivers attended IMC-HUB. The study was performed in 4 sessions: for information, through neuropsychological assessment scales and tests, 9 social recreational activities in tourist areas of Brasilia; neuropsychological reassessment. In the study obtained the right to suggest that the RN-OL promotes stability in the performance of tests and scales, maintenance of Zarit scale scores resulting from behavioral changes of the elderly; encouragement of coping, enhancement of life for older people, reflecting on death and dying; reduction of anxiety and depression. The results suggest that RN-OL generates benefits in stabilizing performance scales and neuropsychological testing and improving the quality of life of elderly

Key-words: Coping; Quality of Life; Stress; Anxiety; Depression; Dementia; Caregiver.

1 INTRODUÇÃO

1.1. Envelhecimento populacional

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), houve em 1998 “(...) *um crescimento de quase oito milhões de pessoas idosas por ano no Brasil. As projeções indicam que, em 2050, a população idosa será de 1.900 milhões de pessoas (...).*” Em 2002 o IBGE destacou a maior taxa de longevidade registrada na história do Brasil, com média de 68 anos.

Esses dados indicam que a população brasileira continuará envelhecendo. Projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) evidenciam que, no período de 1950 a 2025, o número de idosos no Brasil deverá ter aumentado em 15 (quinze) vezes, enquanto que o restante da população em apenas 5 (cinco).

Por outro lado, o aumento da expectativa de vida da população não é acompanhado pela senescência, processo natural de envelhecimento, popularmente chamado envelhecimento normal; conseqüentemente, não proporcionando a expectativa de uma boa qualidade de vida. Diante disso, no contexto brasileiro, pode-se afirmar que há uma senilidade, a qual está relacionada a uma atribuição de diferença ou descontinuidade para uma pessoa idosa, a partir de mudanças no afeto, na cognição, no caráter, no comportamento ou no discurso (Cohen, 1998; Groissman, 2002). Assim, verifica-se que os idosos brasileiros, freqüentemente, enfrentam mudanças em múltiplas funções no sujeito, tornando-se mais vulneráveis as doenças; reduzindo suas funções ocupacionais; tornando-se mais suscetíveis aos abalos psíquicos, como ansiedade e depressão, decorrente do isolamento social; e enfrentam alterações cognitivas, principalmente dificuldades de memória e lentidão de raciocínio.

Diante disso, é preciso estudar a velhice, etapa essa da vida que todo ser humano enfrenta ou enfrentará. E mais uma vez ressalta-se a importância de se proporcionar atenção devida a essa crescente população, não somente garantindo maior sobrevida, mas principalmente, promovendo, qualidade de vida.

Vale enfatizar que não somente os idosos requerem atenção, cuidado. Verifica-se que cuidadores encontram-se sobrecarregados devido aos cuidados fornecidos ao idoso e mostram-se doentes em potencial, com tendência aos problemas psiquiátricos, enfim, com capacidade funcional em constante risco (Garrido & Menezes, 2004). Além do contexto da saúde, cuidadores, frequentemente, relatam problemas no trabalho, conflitos familiares. Diante disso, convém avaliar como os cuidadores enfrentam a condição do idoso, sua saúde em geral, buscando proporcionar também uma qualidade de vida

1.2. As Demências

Demência, conforme *American Psychiatric Association* (DSM-IV, 1994), se caracteriza pelo

Desenvolvimento de déficits cognitivos múltiplos que incluem comprometimento da memória e pelo menos um dos seguintes transtornos cognitivos: afasia, apraxia, agnosia ou distúrbio da função executiva. Os déficits devem ser suficientemente severos para comprometer o funcionamento ocupacional ou social e representar um declínio em relação a um nível anteriormente superior de funcionamento. O diagnóstico não deve ser feito se os déficits ocorrerem exclusivamente durante o curso de delirium.

Segundo a *American Psychiatric Association* (1994), as demências constituem síndromes clínicas caracterizadas pela perda das habilidades cognitivas e emocionais adquiridas, suficientemente graves quanto à interferência na vida diária de seus portadores. São mais prevalentes nos idosos, incidindo de forma crescente com o aumento da idade, tornando-se um problema de saúde pública, à medida que a população vem envelhecendo. Diante disso, verifica-se a importância do conhecimento das características desse distúrbio visando um diagnóstico mais preciso e uma orientação terapêutica mais adequada e segura, uma vez que assume proporções cada vez maiores, levando a uma sobrecarga social e familiar crescente.

Entre as funções cognitivas mais alteradas estão a atenção, imaginação, compreensão, concentração, memória, raciocínio, julgamento, afetividade e a percepção, funções elementares do funcionamento cognitivo. Existem diversos tipos de demência, a exemplos a de

Alzheimer, fronto-temporal, de Corpos de Lewy e a Vascolar, sendo que cada um deles afeta diferentemente uma ou mais dessas funções cognitivas. (Caramelli & Barbosa, 2002)

As queixas de memória mantêm uma íntima relação com os quadros demenciais e outros estados fisiológicos e, muitas vezes é o primeiro indício de uma possível demência. Perdas de memória são muito comuns também na população em geral, com significados e taxações diferentes conforme a variável idade, escolaridade, cultura, dentre outras. Considera-se que 30% dos idosos apresentam queixas de alterações, dificuldades com a memória. Entretanto, a prevalência e a incidência das demências aumentam exponencialmente com o aumento de idade, dobrando-se a cada 5,1 anos. Após os 64 anos considera-se uma prevalência de 5 a 10% e uma incidência anual de 1 a 2%. Após os 75 anos de idade, 15 a 20% e 2 a 4%, respectivamente. Estudos de metanálise da literatura revelam a prevalência de 1,4% entre os 65 e 69 anos; 20,8% entre os 85 e 89 anos e 38,6% entre 90 e 95 anos. (Canineu, 2003).

Conforme ainda Canineu (2003), as demências podem ser classificadas segundo diversos critérios. Uma das classificações mais utilizadas é aquela conforme a região cerebral predominantemente acometida. Assim, elas podem ser: corticais e subcorticais. As corticais englobam a Doença de Alzheimer (DA), doença de Creutzfeldt-Jacob (DCJ) e a de Pick, manifestadas principalmente por afasia, agnosia e apraxias. Já dentre as subcorticais tem-se a Coréia de Huntington, Doença de Parkinson (DP), hidrocefalia de pressão normal, demência por múltiplos infartos, demência por Corpúsculos de Lewy (DCL), e a doença de Wilson, associadas aos distúrbios do movimento, apraxia de marcha, retardo psicomotor mutismo cinético.

1.3. Ansiedade e depressão

Uma das principais doenças que assolam a população idosa é a depressão. Essa doença nos idosos, bem como em outras pessoas, tem origem multifatorial, envolvendo desde o confronto social e econômico até a saúde física. Cresce também a expectativa de aumento

de depressão concomitantemente ao aumento da expectativa de vida da população. (Ballone, 2005).

De acordo com Gazalle, Hallal e Lima (2004), estudos realizados na população brasileira, por meio de diferentes escalas de rastreamento de sintomas depressivos, os quais medem a prevalência do humor deprimido, sugerem que sintomas depressivos ocorrem em cerca de 15% dos idosos. Em estudo realizado em Pelotas (RS) foi encontrada uma prevalência de 20%, 19,1% até 35,1% no município do Rio de Janeiro, e em Belo Horizonte o humor deprimido teve uma prevalência de 32% (Gazalle, Hallal & Lima, 2004).

Existem poucos estudos sobre a prevalência de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) para populações acima de 65 anos. Buscando na literatura estudos de prevalência de TAG em idosos, Schnider (como citado em Xavier, 2001) identificou apenas três estudos onde a taxa de prevalência de TAG variava consideravelmente. Por meio destes estudos, encontrou-se prevalência de TAG que variou de 7,1% a 0,7%. Estudando uma amostra de 890 sujeitos acima de 65 anos, encontraram a prevalência de TAG de 3,7% entre os idosos entrevistados (Lindesay *et al.*, 1989 como citado em Xavier, 2001).

Portanto, a investigação de ansiedade e depressão em idosos torna-se cada vez mais importante, pois notoriamente é uma enfermidade muito prevalente e que, frequentemente é considerada uma decorrência natural do envelhecimento. Além disso, esses sintomas podem estar sendo negligenciados como possíveis indicadores de uma morbidade que causa severos danos à qualidade de vida dos idosos e de seus familiares, resultando em elevados custos para a sociedade em geral. (Gazzale *et al.*, 2004).

1.4 Fármacos e Idosos

Uma vez que o número de indivíduos idosos vem aumentando na população, o consumo de medicamentos por esta população acompanha esta tendência. Os idosos são, possivelmente, o grupo etário mais medicalizado na sociedade, devido ao aumento de prevalência de doenças crônicas com a idade.

Aproximadamente, 14% dos custos totais com saúde estão relacionados a medicamentos. Mais de um quarto dos medicamentos é prescrito para idosos. Assim, eles consomem cerca de 3 (três) vezes mais medicamentos que os indivíduos mais jovens, pois um grande número deles sofre de vários problemas de saúde ao mesmo tempo. E ao contrário dos jovens, estes medicamentos são, em sua maioria, de uso crônico. Nesse contexto, a polifarmácia, ou seja, o uso simultâneo de múltiplos fármacos é a regra. (Monsegui, G.B.G., Rosenfeld, S., Veras, R.P. & Vianna, C.M.M., 1999).

Como as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbidade e mortalidade na população idosa e como os distúrbios mentais são freqüentes, fármacos cardiovasculares (55%) e psiquiátricos (11%) são os mais comumente prescritos para esta população, ou seja, os antihipertensivos, antidepressivos, anticolinérgicos e psicotrópicos são os mais utilizados pelos idosos (Monsegui *et al.*, 1999).

“O sistema nervoso central (SNC) é um dos mais sensíveis aos efeitos secundários da medicação, manifestando-se por delírio, confusão mental, convulsões, pesadelos, insônia, sedação excessiva, depressão, sintomas extrapiramidais e até mesmo quedas resultantes da ação dos medicamentos sobre o SNC.” (CimInforma, 2003).

Exemplificando alguns efeitos colaterais dos fármacos, Merk (2002 como citado em Fleming & Goenten, 2005) informa que os antipsicóticos freqüentemente são tóxicos, provocando sedação, distúrbios do movimento e efeitos colaterais anticolinérgicos. Quanto aos anticolinérgicos, idosos apresentam certa sensibilidade, pois com a idade, diminui tanto a quantidade de acetilcolina no organismo quanto à capacidade orgânica de utilização da acetilcolina existente no corpo. Assim, essas drogas podem provocar confusão mental, turvamento da vista, constipação, boca seca, tontura, dificuldade de micção ou perda do controle da bexiga.

1.5. Cuidadores

Conforme a Política Nacional de Saúde do Idoso pode-se definir cuidadores como “a pessoa, membro ou não da família, que cuida do idoso doente ou dependente no exercício das

suas atividades diárias, como alimentação, higiene pessoal, além de outros serviços exigidos no cotidiano." (1999 como citado em Paula, Roque & Araújo, 2008).

Trata-se de uma pessoa que vai realizar as tarefas que o idoso portador de demência não tem mais possibilidade de executar, desde atividades de higiene até mesmo a administração financeira. Esse cuidador responsável é, na maioria das vezes, um familiar próximo, como cônjuge ou filhos, que com a progressão da demência, enfrenta diversas dificuldades na sua vida diária. Assim, a vida do cuidador passa a ser influenciada tanto pelos aspectos cognitivos como comportamentais da demência do seu idoso. (Garrido & Almeida, 1999; Bandeira *et al.*, 2006, Paula *et al.*, 2008)

Convém lembrar que nem sempre o cuidado fornecido pelos familiares é o mais adequado tecnicamente, porém possui expressão simbólica que envolve o forte vínculo afetivo, alianças e o compartilhamento de uma história familiar. Fato esse que muitas vezes justifica que o papel de cuidador recaia sobre o familiar mais próximo (Santos, 2003 como citado em Coelho, Falcão, Campos & Vieira, 2006)

O termo "burden", da língua inglesa, é o mais freqüentemente utilizado para descrever os aspectos negativos associados ao cuidado de indivíduos doentes. Conceito este ainda muito discutido devido à ênfase apenas aos aspectos negativos do ato de cuidar (Garrido & Almeida, 1999). Discussões perpetuam, porém o que se afirma é que o ato de cuidar corrobora com a presença de problemas, dificuldades ou eventos adversos que afetam significativamente a vida das pessoas que são responsáveis pelo paciente.

Pesquisadores argumentam que o encargo de cuidar de idosos demenciados geram alterações das condições físicas e psicológicas desses cuidadores e que os mesmo são doentes em potencial e que sua capacidade funcional está em constante risco ao dispensar cuidados aos seus idosos (Garrido & Menezes, 2004, Paula *et al.*, 2008).

O estudo de Ramos *et al.* (1998) realizado na cidade de São Paulo detectou que a sobrecarga encontrada nos cuidadores de idosos deprimidos foi semelhante à observada por ele em outro estudo com cuidadores de idosos com demência na mesma cidade em 1992. Tal estudo apontava que a maior parte dos cuidadores também são pessoas idosas que tendem a desenvolver sintomas psiquiátricos, o que pode ocasionar um aumento da demanda dos já escassos serviços de saúde mental do Brasil.

Os cuidadores apresentam taxas mais altas de depressão e outros sintomas psiquiátricos e mostram-se mais propensos a problemas de saúde quando comparados a pessoas da mesma idade, porém que não são cuidadores (Zarit 1994 como citado em Cerqueira & Oliveira, 2002). Este estudo afirma também que os cuidadores participam menos de atividades sociais e têm mais problemas ocupacionais. Além disso, conflitos familiares, muitas vezes tendo como foco a forma como eles cuidam do parente comum, são freqüentes.

Zarit (1997) salienta que a experiência pessoal e a visão que os profissionais de saúde têm sobre o cuidado com os idosos devem ser examinadas, pois podem interferir no julgamento profissional, uma vez que muitos dos valores influenciam nas decisões de como e até em que momento cuidar do idoso.

1.6. Qualidade de vida

Atualmente, a qualidade de vida vem se tornando um conceito amplamente discutido não somente em ambientes acadêmicos, mas, sobretudo, na sociedade em geral. O grande problema de discutir esse tema não está na esfera teórica, mas sim na prática. Como se trata de um conceito relativamente novo, complexo, e, por isso, de difícil avaliação, devido, por exemplo, ao seu caráter de passividade de interferências subjetivas, existem limitações quanto ao como avaliar a qualidade de vida de uma pessoa em um ambiente. (Vecchia *et al.*, 2005; Santos *et al.*, 2002; Paula *et al.*, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como a presença de um estado de completa plenitude nas esferas física, mental, social e espiritual, não apenas a ausência de doença. Assim, a saúde e a eficiência de projetos de manutenção da saúde podem ser definidas como uma medida não da eficiência na prevenção de doenças, mas também como uma medida da eficiência em alterações de comportamentos, padrões sociais e ambientes físicos. (Whoqol, 1998).

Desta forma, seguindo raciocínio de Vecchia (2005), ao englobar saúde não somente em um âmbito restritamente médico, é necessário utilizar um termo mais amplo buscando contemplar a complexidade desta definição de saúde. O crescente desenvolvimento

tecnológico da Medicina e ciências afins trouxe como consequência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito Qualidade de Vida refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida.

O termo Qualidade de Vida como vem sendo aplicado na literatura médica não parece ter um significado único (Gill & Feinstein, 1994 como citado em Tróccoli & Albuquerque, 2004). “Condições de saúde”, “funcionamento social” e “qualidade de vida” têm sido utilizados como sinônimos (Guyatt *et al*, 1997) e a própria definição de qualidade de vida não consta na maioria dos artigos que utilizam ou propõe instrumentos para sua avaliação (Gill & Feinstein, 1994 como citado em Tróccoli & Albuquerque, 2004).

Qualidade de vida, conforme idéias de Souza (2006), é um conceito amplo que engloba múltiplos aspectos da existência de um indivíduo, como a saúde física, o estado psicológico, capacidade funcional, nível sócio-econômico, os relacionamentos sociais, as crenças pessoais, estado de saúde, nível de satisfação e relações desses domínios com o ambiente em que vive. No entanto, tal conceito tem variações entre autores. Neste momento, o foco será qualidade de vida e saúde, afinal “saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida” (Buss, 2007) e qualidade de vida necessariamente encontra-se correlacionado ao impacto do estado de saúde do indivíduo sobre a sua capacidade de viver plenamente.

Contudo, não há unanimidade quanto à posição relacionada com a saúde. Bullinger *et al*. (1993) consideram que o termo qualidade de vida é mais geral e inclui uma variedade potencialmente maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com seu funcionamento diário, incluindo, e não limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.

1.7. Estresse e enfrentamento

Um dos temas mais debatidos nos últimos anos refere-se ao estresse. Termo esse descrito na literatura como uma resposta do organismo frente a todo acontecimento experienciado, sendo ele real ou mesmo imaginário, que provoca uma reação de adaptação ou que produz um constrangimento. (Eliot, 1988 como citado em Fontaine, Kilbertus & Étienne, 1998).

O estresse tem sido amplamente estudado no âmbito saúde/doença desde que Hans Selye iniciou suas pesquisas acerca da “Síndrome da Adaptação Geral”, a qual caracterizou a resposta de estresse por reações fisiológicas do organismo, diante de demandas externas que prejudicam a sua homeostase. (Ferrero, Barreto & Toledo, 1998 como citado em Seidl, Tróccoli & Zanon, 2001). A partir de então, teorias psicológicas buscam entender o estresse por meio de métodos explicativos, como por meio da avaliação cognitiva e as respostas de enfrentamento, também conhecida como *coping* ou mesmo resiliência.

O Modelo Interativo do estresse aborda a interação entre o organismo e seu meio ambiente e define que “*enfrentamento refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de exigências ou demandas internas ou externas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais do indivíduo*” (Folkman *et al.*, 1986 como citado em Seidl *et al.*, 2001).

De uma maneira geral, o contexto da saúde/doença torna-se cada dia mais abrangente, trazendo fatores diversos que necessitam serem estudados para uma melhor análise do contexto vivenciado pelo sujeito, indicando a este a terapêutica mais adequada. Diante disso, os fatores estresse e enfrentamento necessitam serem adequadamente compreendidos, uma vez que, independente do elemento desencadeador, influenciarão em elementos de ordem ocupacional, familiar, social, ambiental, etc. (Seidl *et al.*, 2001)

1.8. Avaliação Neuropsicológica

O envelhecimento, em termos biológicos, pode ser definido como declínio nas habilidades de um sujeito em responder aos estímulos do meio, encadeando em uma disfunção na homeostasia e podendo gerar doenças (Kieling *et al.*, 2006). Diante disso,

pensando no envelhecimento como um processo dinâmico e multifatorial, muitos são os fatores que podem interferir de maneira intensa na saúde dos idosos. Entretanto, um dos fatores mais atingidos na saúde do idoso refere-se à memória, esta que pode ter como complicadores os estados de ansiedade, depressão, estresse e as demências.

A avaliação neuropsicológica, "*prática clínica de utilizar testes e outros instrumentos de avaliação comportamental para determinar o status de funcionamento cerebral*" (Taub, 2007), contextualiza o cérebro como responsável pelo comportamento. Ademais auxilia no diagnóstico, diferenciando sintomas neurológicos e psiquiátricos, como a demência, declínio cognitivo, distúrbios psiquiátricos e sintomas neurológicos, a exemplo à apraxia e a agnosia, ou mesmo fornecendo informações comportamentais e cognitivas que possibilitam a localização da área ou hemisfério cerebral comprometido. Além disso, os instrumentos utilizados na avaliação neuropsicológica permitem quantificar o grau de comprometimento cognitivo, identificar as capacidades funcionais residuais, favorecer o planejamento do cuidado do paciente, avaliar a terapêutica utilizada e auxiliar nos programas de reabilitação, uma vez que facilita o estabelecimento de metas em programas de estimulação cognitiva com os portadores da demência (Prigatano, 1997; Wilson, 1996; De Vreese, 2001).

1.9. Estimulação Cognitiva no idoso

A estimulação cognitiva nos idosos portadores de demência tem sido validada através do seu impacto junto à plasticidade cerebral, assunto este, de extremo debate nas Neurociências (Wilson, 1996, Clare *et al.*, 2004; Davis *et al.*, 2000; Pascual-Leone, 2005; Da Silva *et al.* 2007). Para esses autores os ambientes físicos e sociais influenciam as atividades neurais que determinam os comportamentos, trazendo à tona a importância da interação organismo-ambiente.

Conforme Cruz (2007), a plasticidade cerebral é capacidade vitalícia do cérebro de reorganizar suas vias neurais baseado em novas experiências ou mesmo a enorme capacidade do cérebro em modificar-se funcional e estruturalmente em função da sua relação com o meio ambiente. Assim, não se podem entender as funções psicológicas normais de um

ser humano ou mesmo as conseqüências de uma doença sem pensar em plasticidade cerebral. Uma vez que o cérebro é a fonte do comportamento, e qualquer aprendizado ou desenvolvimento ocasiona uma reorganização do sistema cerebral que poderá ser observada no comportamento, na anatomia, fisiologia e em níveis mais profundos como células e moléculas. (Pascual-Leone *et al.*, 2005)

Uma forma mais abrangente de estudar tais questões é através da Neuropsicologia, pois por meio desta abordagem, se pode avançar no conhecimento acerca das áreas cerebrais afetadas pelas doenças, bem como promover avanços quanto ao fornecimento de terapêuticas nos serviços de saúde. Estes serviços utilizam-se de intervenções neuropsicológicas de reabilitação neuropsicológica, como estimulação cognitiva, de autoconhecimento, de inclusão social, novas aprendizagens, dentre outros, gerando, conseqüentemente, a promoção de saúde e melhoria da qualidade de vida (Prigatano, 1997; Wilson, 1997; De Vreese *et al.* 2001; Abrisqueta-Gomez, 2004; Da Silva *et al.*, 2007).

Conforme Abrisqueta-Gomez (2006), a reabilitação neuropsicológica pode ser aplicada em distúrbios progressivos com resultados benéficos. A abordagem é relevante, tanto nos primeiros como nos últimos estágios da demência.

A reabilitação neuropsicológica é o termo que abarca a reabilitação cognitiva, psicoterapia, estabelecimento de um ambiente terapêutico, trabalho com familiares, e trabalho de ensino protegido com pacientes (Prigatano, 1997). A reabilitação é uma abordagem individualizada construída para auxiliar tanto as pessoas com declínio cognitivo quanto suas famílias. Aborda as dificuldades cognitivas e respostas emocionais de forma integrada e holística e leva em consideração a experiência e o contexto social do paciente. Na demência de Alzheimer, por exemplo, o objetivo é atingir ou manter um nível ótimo de funcionamento físico, psicológico e social, facilitando a participação em atividades sociais e exercício de papéis sociais (Clare & Woods, 2004). Já de acordo com Boccardi e Frisoni (2006), a reabilitação no campo da demência é a recuperação de algumas capacidades perdidas ou a prevenção da perda da funcionalidade residual.

Seguindo essa linha, a reabilitação tem como principal objetivo, capacitar os doentes e as suas famílias a lidarem com as conseqüências que a demência traz tanto para o paciente quanto para todas as pessoas que lidam com ele. Esta reabilitação propõe-se ensinar aos

doentes e suas famílias estratégias compensatórias, que poderão facilitar a qualidade de vida destes doentes (Wilson, 1996 como citado em Camões, Pereira, Gonçalves, 2005).

A terapêutica busca favorecer sempre a autonomia do doente, bem como condutas treinadas e orientadas (Ávila, 2003). Uma das estratégias para tal propósito refere-se à estimulação da atenção a si próprio, proporcionando que o paciente pratique as atividades cotidianas, como a alimentação, higiene pessoal, o vestir-se, etc, proporcionando a preservação da cognição.

Na demência de Alzheimer, por exemplo, a memória imediata apresenta-se de forma anárquica, incorporando desordenadamente todos os fatos (Charchat, 2001). Assim sendo, o trabalho de estimulação da memória autobiográfica é essencial como maneira de manter a identidade, o auto-respeito e auto-estima do paciente.

Um dos principais métodos de reabilitação da memória fundamenta-se em trabalhar com a modalidade específica da memória que se encontra intacta, para esta compensar a modalidade que está deficitária (Goldstein & Beers, 1998; Ávila, 2002; Ávila, 2003). Outros métodos têm como objetivo trabalhar as habilidades residuais da modalidade de memória que está deficitária. Qualquer que seja o dano cognitivo existe quase sempre a conservação de alguma capacidade funcional (Wilson, 1996 como citado em Camões e cols., 2005).

Da Silva (2006), corroborando com tais idéias, sugeriu que a reabilitação com exercícios cognitivos e de atividades sociais em pacientes com Alzheimer poderia modular processos plásticos no cérebro, influenciando a organização funcional de conexões neurais envolvidas no processo mnemônico. Para isso, desenvolveu um plano de reabilitação neuropsicológica que tem como objetivo avaliar e estimular as capacidades preservadas e habilidades residuais do idoso por meio do uso de atividades lúdicas e pedagógicas, como pintura, jardinagem e lazer, além dos grupos educativos com cuidadores, o qual vem sendo desenvolvido no Centro de Medicina do Idoso do Hospital Universitário de Brasília (CMI-HUB).

As atividades vivenciadas no referido serviço de Neuropsicologia do CMI-HUB (Da Silva, 2006) são baseadas nos seguintes aspectos: Conscientização da deficiência de memória, tema debatido nos grupos, explicitando as capacidades funcionais atingidas pela doença; Orientação para o uso das capacidades preservadas ou dos potenciais residuais cognitivos, utilizando principalmente a memória operacional e semântica; Uso de apoios

externos como os sinalizadores e agenda; Vigilância quanto à compreensão e à atenção dos idosos dirigidas às tarefas; Tempo flexível na execução de tarefas; Uso de repetições; Uso de associações semânticas e reminiscências; Organização e sistematização no planejamento pedagógico de oficinas; Registro e recuperação das experiências para análise dos resultados.

O tratamento psicoeducativo oferecido à família no CMI-HUB reside em um programa de educação neuropsicológica que aborda os seguintes temas: Informações sobre a doença e os recursos disponíveis na comunidade; Aconselhamento sobre como lidar com situações do dia-a-dia e a possibilidade de trocar experiências e falar de seus sentimentos com pessoas que vivem situações semelhantes;

Vale enfatizar que é importante para todos os envolvidos discutir estes assuntos nos estágios iniciais da doença.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O objetivo principal da reabilitação é propiciar ao portador de demências sua independência e segurança pelo tempo mais longo o possível. Assim, objetivou-se com esse estudo, de uma maneira geral, investigar, aprofundar e levantar os potenciais cognitivos dos idosos e seus cuidadores, além do levantamento das condições familiares destes sujeitos.

2.2 Objetivos Específicos

O presente trabalho originou-se da necessidade de avaliar o impacto de atividades sociais e de lazer quando inseridas em um formato de programa de reabilitação neuropsicológica ofertado a idosos demenciados e seus cuidadores que estão sendo acompanhados por um Centro de Atendimento ao paciente idoso portador de Alzheimer (CMI-

HUB) e aos que ainda estão à espera desse atendimento. Dessa maneira, objetivou-se avaliar o impacto de atividades sociais e de lazer quando inseridas em um programa de RN para idosos do CMI-HUB, bem como fornecer um estudo longitudinal do referido programa e uma análise do perfil dos cuidadores e seus idosos antes de qualquer atendimento multidisciplinar promovido pelo CMI-HUB.

Outro objetivo específico do estudo foi avaliar a correlação entre o nível de depreciação cognitiva dos idosos demenciados com o nível de qualidade de vida, enfrentamento, ansiedade, estresse e depressão de seus cuidadores e o impacto da aplicação da atividade de lazer (passeios a locais turísticos de Brasília com relato da história local, favorecendo estímulo cognitivo, juntamente com o estímulo social pela convivência com o grupo de idosos com demência e seus cuidadores, compartilhando vivências, dificuldades) por meio da comparação das avaliações neuropsicológicas realizadas antes e depois da oficina.

3. MÉTODO

3.1 Participantes

Foram convidados idosos que se encontravam cadastrados no Centro de Medicina do Idoso do Hospital Universitário de Brasília (CMI-HUB) para atendimento geriátrico ou que estavam à espera para esse atendimento. Dos idosos cadastrados, 17 idosos e seus respectivos cuidadores aceitaram o convite para participarem das avaliações neuropsicológicas e atividades sociais de lazer.

3.1.1 Critérios de inclusão e exclusão

O critério utilizado para inclusão no projeto referiu-se àqueles idosos que se encontravam cadastrados no CMI-HUB para atendimento geriátrico ou que se encontravam à

espera por este atendimento, os quais aceitaram participar voluntariamente do estudo em questão e que, então, aderiram em pelo menos 70% das atividades sociais de lazer.

Já como critério de exclusão na amostra utilizou-se àqueles idosos que aceitaram participar do estudo, porém que tiveram faltas superiores a 30% nas atividades sociais de lazer, ou seja, faltaram em mais de três etapas das atividades sociais. (**Anexo I**).

3.2 Considerações Éticas

Para que esta pesquisa fosse realizada foi encaminhado para o Conselho de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde, o projeto "*Enfrentamento, Qualidade de Vida, Estresse, Ansiedade e Depressão em idosos demenciados e seus cuidadores: Avaliações e Correlações*". A partir de então, o Comitê de Ética avaliou o projeto, fornecendo o seu parecer favorável (113/2007) acerca da realização da pesquisa. Aprovada, então, pôde a pesquisadora se encaminhar à instituição hospitalar a fim de realizar a etapa de coleta de dados.

Diversas medidas éticas foram tomadas, com base na Resolução 196/96 (CNS) e na Resolução 016/2000 (CFP), como informar claramente aos participantes da pesquisa do que esta consiste, bem como, os seus objetivos, procedimentos a serem utilizados, e a justificativa da pesquisa para que, então, se pudesse contar com o consentimento livre e esclarecido, de maneira voluntária, dos sujeitos idosos e seus cuidadores para a realização da pesquisa. Neste sentido, foi assegurada a confiabilidade, privacidade e proteção da identidade dos sujeitos, buscando acima de tudo, evitar riscos potenciais.

Foi garantida aos participantes a possibilidade de desistência em qualquer fase da pesquisa sem qualquer ônus ou comprometimento de atendimento institucional. Por fim, a pesquisadora se colocou à disposição do Centro de Medicina do Idoso do Hospital Universitário de Brasília (CMI-HUB) para retorno devido dos resultados deste estudo e para dirimir quaisquer dúvidas dos participantes ou da instituição ao longo e após o processo de investigação.

3.3 Atividades

Todos os participantes, após convite, os idosos e seus cuidadores compareceram ao CMI para as seguintes etapas:

1ª Etapa: Reunião de recepção aos idosos e seus cuidadores onde foram apresentados o objetivo, a relevância e as liberdades éticas em participarem do projeto e, por conseguinte, o convite foi efetivado e entregue o termo de consentimento livre e esclarecido, para que fosse assinado pelos participantes. Logo após todos os esclarecimentos e dúvidas, os participantes, agendaram dia e horário para responderem às entrevistas de anamneses, às escalas previstas na pesquisa (enfrentamento, estresse, ansiedade, depressão, qualidade de vida) com ressalva de que os idosos foram também avaliados quanto aos seus perfis cognitivos por meio da aplicação do protocolo de testes neuropsicológicos do CMI.

2ª Etapa: Composta por sessões de aplicação dos testes e escalas, uma semana antes da 3ª Etapa nomeada de Oficina de Lazer. Os testes foram aplicados seguindo uma ordem randômica, enquanto que, o número de sessões ocorreu conforme a dificuldade dos idosos. No entanto, nenhum idoso passou por mais de 2 sessões de avaliação neuropsicológica, e somente ¼ da amostra necessitou apenas de 1 sessão para realizar todos os testes.

3ª Etapa: Oficina de Lazer composta pelas seguintes atividades de enfrentamento (passeios em locais públicos com apoio da infra-estrutura de transporte do CMI-HUB e segurança da Polícia Turística de Brasília). Esta etapa constituiu-se com 9 (nove) sessões de atividades sociais de lazer, as quais visavam promover estimulação cognitiva aos idosos participantes, objetivando avaliar posteriormente impactos cognitivos a serem identificados na reavaliação neuropsicológica do idoso, a ocorrer na próxima sessão. Vale ressaltar que as 9 (nove) sessões corresponderam a nove passeios diferentes de estimulação e em 9 (nove) semanas distintas.

Esta etapa realizou-se no período de 3 de Outubro de 2007 a 28 de Novembro de 2007, nas quartas-feiras pela manhã. Os locais escolhidos para as visitas foram Palácio do Catetinho, Parque Água Mineral, Parque Ermida Dom Bosco, Centro Cultural do Banco do Brasil, Parque Olhos D'Água, Jardim Zoológico, Catedral de Brasília, Memorial Juscelino Kubitschek e Congresso Federal, locais estes conhecidos como turísticos de Brasília. Locais

turísticos foram escolhidos com o objetivo de promover o conhecimento acerca do local em que residem e possibilitar o reviver momentos históricos, os quais, freqüentemente, associam-se à própria história de vida dos idosos, favorecendo, assim, a estimulação cognitiva no idoso e concomitantemente a socialização com outros idosos e cuidadores.

4ª Etapa: Etapa de reavaliação neuropsicológica, após a oficina de lazer no período de 22 de Novembro de 2007 a 7 de Dezembro de 2007. Nesse momento, houve a reaplicação das escalas e teste neuropsicológicos, também de forma randômica ao que se refere à ordem dos testes e o número de sessões continuou conforme a dificuldade do idoso, ocorrendo novamente 2 sessões no máximo para cada idoso.

3.4 Instrumentos

A aplicação dos instrumentos neuropsicológicos de saúde mental tem por objetivo investigar, aprofundar e levantar os potenciais cognitivos dos idosos e seus cuidadores, além do levantamento das condições familiares destes sujeitos. Assim, para a adequada avaliação das variáveis de enfrentamento, qualidade de vida, estresse, ansiedade e depressão em todos os participantes foi utilizado a aplicação de uma bateria randomizada de testes (ver **ANEXOS**).

Essa bateria foi composta dos seguintes instrumentos que foram aplicados ao cuidador:

- Anamnese desenvolvida pelo CMI-HUB com perguntas simples acerca de acometimentos na saúde física e mental dos idosos, bem como acerca das capacidades funcionais preservadas por meio das atividades da vida diária desenvolvidas pelos idosos (**Anexo II**);
- Questionário Sócio-demográfico desenvolvido pelo CMI-HUB com perguntas simples, diretas com intuito de obter informações sócio-demográficas referentes ao idoso e ao seu cuidador (**Anexo III**);
- *Escala Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease (Behave-AD):* Avaliação dos Comportamentos Patológicos na Demência de Alzheimer. Ela foi desenvolvida por Reisberg em 1987, traduzida para a língua Portuguesa por Isabel Monteiro,

auxiliar de Barry Reisberg em Nova Iorque. Behave-AD é uma escala administrada ao familiar/cuidador, sob forma de entrevistas semi-estruturadas em tempo livre de aplicação e avalia as alterações de comportamento em pacientes com demência por meio de 25 itens que medem distúrbios comportamentais em sete domínios neuropsiquiátricos: 1) ideação paranóide e delirante, 2) alucinações, 3) distúrbios da atividade, 4) agressividade, 5) distúrbios do ritmo circadiano, 6) distúrbios afetivos, e 7) ansiedades e fobias. Cada sintoma apresenta quatro alternativas de escore: 0 = ausente; 1 = presente; 2 = presente, geralmente com componente emocional; e 3 = presente, em geral com componentes emocional e físico. O escore total na escala varia de 0 a 75 pontos, sendo que quanto maior o escore, mais grave a condição do paciente (**Anexo iv**);

- *Escala Zarit Burden Interview (ZBI)*, desenvolvida por Zarit, Reever & Back-Peterson em 1980. É uma escala de enfrentamento administrada aos cuidadores em tempo livre composta por 22 itens e se propõe a avaliar o impacto percebido do ato de cuidar sobre a saúde física e emocional, atividades sociais e condição financeira (Zarit, 1997). Os cuidadores respondem através das alternativas nunca=0, raramente=1, algumas vezes=2, frequentemente=3, ou sempre=4 para a frequência pela qual o cuidador sente-se conforme as sentenças expostas. Por meio desta escala tem-se a possibilidade de obter o nível de sobrecarga variando de pequena sobrecarga com escore até 20 (vinte) pontos, moderada de 21 (vinte e um) até 40 (quarenta) pontos, moderada a severa com escores de 41 (quarenta e um) até 60 (sessenta) pontos e sobrecarga severa quando se obtém acima de 61 (sessenta e um) pontos (**Anexo v**).

E dos seguintes instrumentos aplicados ao idoso:

- *Self Report Questionnaire (SRQ)* desenvolvido por Harding, Arango e Baltazar em 1980. Ele foi validado no Brasil por Mari e Willians em 1986 e amplamente usado para a identificação de sintomas psiquiátricos. O questionário é composto por 18 perguntas diretas que avaliam o sofrimento mental do sujeito. As questões são relacionadas a dores e problemas que podem ter incomodado os sujeitos nos

últimos 30 dias. Diante disso, o sujeito responde sim caso o sintoma se aplique ou não caso ele não tenha sido experienciado. Acima de 7 (sete) respostas com sim, evidencia-se sofrimento mental do sujeito. (Mari & Willians, 1986 como citado em Veras, Coutinho *et al.*, 1990) (**Anexo VI**);

- Escala de Depressão de Beck (BDI) desenvolvida por Beck e colaboradores em 1961 e validada para o português em 1996 por Gorenstein e Andrade (Cunha, 2001). O BDI discrimina indivíduos normais e deprimidos, adicionado à capacidade de medir o grau de intensidade deste estado. Este questionário consiste em 21 (vinte e um) grupos de afirmações em que o sujeito escolhe entre as afirmações (0, 1, 2 ou 3) a que melhor descreve a maneira como ele tem se sentido na semana, incluindo o dia em que esta respondendo ao questionário. Os escores variam de 0 a 63 pontos, sendo que de 10 (dez) até 16 (dezesesseis) pontos tem-se uma depressão leve a moderada, de 17 (dezesete) a 29 (vinte e nove) pontos uma depressão moderada a severa e acima de 30 (trinta) uma depressão severa (**Anexo VII**);
- Escala de Ansiedade de Beck (BAI) foi desenvolvida por Beck, Brown, Epstein & Steer em 1988 para avaliar com rigor os sintomas de ansiedade em pacientes deprimidos. (Cunha, 2001). Selecionou-se 21 itens que refletissem somaticamente, afetivamente e cognitivamente os sintomas característicos de ansiedade, porém não de depressão. É uma medida de ansiedade cuidadosamente construída visando evitar as confusões com a depressão. Com os escores tem-se de 8 (oito) pontos até 15 (quinze) uma ansiedade leve, de 16 (dezesesseis) a 25 (vinte e cinco) ansiedade moderada e de 26 (vinte e seis) a 63 (sessenta e três) uma ansiedade grave (**Anexo VIII**);
- Escala de Depressão Geriátrica (EDG), versão reduzida e adaptada de Yesavage em 1983. Ela permite a identificação de pacientes idosos com indícios de depressão através de questões sobre dificuldades cognitivas, perdas, auto-imagem, entre outros temas. O sujeito responde a sim ou não para a presença dos sintomas descritos sem tempo delimitado. Escores até 9 (nove) pontos tem-se idosos sem depressão, de 10 a 19 (dez a dezenove) pontos com depressão

leve e acima de 20 (vinte) depressão moderada a grave. (Ferrari & Dalacorte, 2007) (**Anexo IX**);

- o Escala Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP), a qual é uma escala de enfrentamento. É uma tradução e adaptação para o português da escala de Vitaliano e cols. (1985), posteriormente desenvolvida e validada por Seidl em 2001. A EMEP, conforme Seidl (2001), foi concebida com base no modelo interativo do estresse e conceitua enfrentamento como um conjunto de respostas específicas para determinada situação estressora. Por meio deste conceito, visa medir e identificar fatores psicossociais que provocam o estresse por meio de 45 (quarenta e cinco) itens com possibilidade de respostas 1= Eu nunca faço isso, 2= Eu faço isso um pouco, 3= Eu faço isso às vezes, 4= Eu faço isso muito e 5= Eu faço isso sempre. Quanto à pontuação da escala, orienta-se que se separe os itens em 4 fatores e divida estes pelos valores estipulados para cada fator, conforme orientado pelo autor da escala, obtendo-se, então, um escore máximo de 20 (vinte) pontos (**Anexo X**);

- o Questionário WHOQOL-OLD reduzido e traduzido pelo Dr. Eduardo Chachamovich e Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck. Este questionário aborda questões referentes aos pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos da qualidade de vida, direcionada a membros mais velhos da sociedade como forma de avaliar a qualidade de vida de idosos. Ele instrui que o idoso tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações e que pense na sua vida nas duas últimas semanas para então responder. O idoso responde através das alternativas 1=Nada, 2=Muito pouco, 3=Mais ou menos, 4=Bastante e 5=Extremamente ou mesmo 1=Muito insatisfeito, 2=Insatisfeito, 3=Nem satisfeito nem insatisfeito, 4=Satisfeito e 5=Muito satisfeito.

O questionário consiste em 24 (vinte e quatro) itens da escala de Likert atribuídos a seis facetas: Funcionamento do Sensório, Autonomia, Atividades Passadas, Presentes e Futuras, Participação Social, Morte e Morrer e Intimidade. Cada uma das facetas possui 4 (quatro) itens, podendo-se obter valores entre de 4 (quatro) a 20 (vinte) pontos em cada faceta. A soma dos escores das facetas

produz o escore geral para a qualidade de vida em adultos idosos. (Fleck, 2000)
(Anexo XI);

- o *Mini-exame do Estado mental* (MEEM) que foi projetado para ser uma avaliação clínica prática de mudança do estado cognitivo em pacientes geriátricos. Conforme Chaves (2005), ele denominado “mini” porque concentra apenas os aspectos cognitivos da função mental e exclui humor e funções mentais anormais. Sua aplicação demanda em torno de 5 (cinco) a 10 (dez) minutos para ser completado.

Ele visa examinar orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, praxia e habilidades de linguagem e visuo-espacial, sendo um teste de rastreio para perda cognitiva por meio de 11 itens, dividido em 2 seções. A primeira exige respostas verbais a questões de orientação, memória e atenção, a segunda leitura e escrita e cobre habilidades de nomeação, seguir comandos verbais e escritas, escrever uma frase e copiar um desenho. Todas as questões são realizadas na ordem listada e podem receber escore imediato somando os pontos atribuídos a cada tarefa completada com sucesso e o escore máximo é 30 (trinta). Espera-se um valor menor ou igual a 20 (vinte) até 26 (vinte e seis) pontos para definir que o idoso não tem alterações cognitivas **(Anexo XII);**

- o Escala de Memória Wechsler (WMS) que foi concebido para proporcionar informações relevantes nas avaliações clínicas gerais e nas avaliações neuropsicológicas, bem como no âmbito da reabilitação acerca dos aspectos relacionados ao funcionamento da memória. Ele objetiva avaliar, especificamente, memória de curto e longo prazo e permite analisar possíveis discrepâncias entre o nível intelectual e a capacidade mnésica. (Yates, Trentini, Tosi *et al.*, 2006). É de aplicação individual, sendo necessário um tempo em torno de 35 minutos e é composto por 11 (onze) subtestes, porém a pesquisa utilizou-se apenas dos seguintes subtestes de: Informação que é importante para a observação da memória remota e imediata para conteúdos episódicos, por meio de perguntas autobiográficas, data e local de nascimento, nomes de pessoas da

história remota e atual do governo; Orientação que é útil para avaliação da noção de espaço e tempo, dia, mês, ano que o sujeito acha-se encontrar no momento da avaliação; Controle mental que envolve raciocínio lógico simples, atenção e evocação livre envolvendo a memória imediata; Dígitos ordem direta e inversa que envolve a atenção e evocação verbal de números. Ele verifica se o sujeito é capaz de responder a um estímulo verbal e pode manter a atenção pelo tempo requerido do teste, esse sub-teste é parte também da Escala WAIS-III. O raciocínio lógico é testado pelo subteste de ordem inversa; Memória lógica I e II que envolve a memória declarativa verbal imediata e tardia. Ele garante que o sujeito possa memorizar um contexto verbal de uma história a curto e a longo prazo; Aprendizagem de Pares Associados I e II, o qual envolve a aprendizagem e memorização imediata de 8 pares de palavras com associação óbvia e não óbvia (**Anexo XIII**);

- o Escala de Inteligência Adulta Wechsler (WAIS III). Publicada em 1955 como uma revisão do teste Wechsler-Bellevue de 1939, uma bateria de testes que é composta dos subtestes Wechsler adotados dos testes do Exército. Wechsler definiu inteligência como a capacidade global de uma pessoa agir resolutamente, pensar racionalmente e se relacionar eficazmente com o seu ambiente.

É um instrumento indicado para pessoas a partir de 16 anos. Trata-se de um teste bastante completo que dispõe de uma forma de interpretação ampla a partir de 14 (quatorze) subtestes, 4 (quatro) índices fatoriais (Compreensão Verbal, Organização Perceptual, Memória de Trabalho e Velocidade de Processamento) e 3 medidas compostas (QIs Verbal, de Execução e Total) e tem sua aplicação durando, em média, 120 (cento e vinte) minutos. (Yates, Trentini, Tosi *et al.*, 2006).

Entre suas principais aplicações estão o diagnóstico diferencial de distúrbios neurológicos e psiquiátricos e o planejamento de programas de reabilitação (neuro)cognitiva. Conforme Yates *et al.* (2006), em virtude dessas utilizações, as formas reduzidas desses instrumentos são necessárias especialmente para triagem quando o tempo disponível para aplicação é limitado. Nesse contexto, a

pesquisa em questão utiliza-se apenas do subteste Escala Verbal de Semelhanças em que é possível obter até 33 pontos e os Subtestes de Dígitos já mencionados na Escala WMS (**Anexo XIV**);

- Avaliação de Fluência Verbal Fonêmica. Ela consiste em um teste executivo, bastante sensível para disfunção frontal, especialmente à esquerda. Ela solicita que o sujeito fale para o avaliador palavras começado com a letra “F”, “A” e “P”, valendo quaisquer palavras, excetuando-se nomes próprios e palavras derivadas, no período de um minuto para cada letra. Espera-se como total das 3 (três) letras de 30 palavras ou pontos. O objetivo da avaliação é avaliar o planejamento, organização e julgamento, além de linguagem (produção e fluência), atenção sustentada (fluência fonêmica associada a áreas frontais) (**Anexo XV**);
- Teste de Fluência Verbal Semântica desenvolvido por Isaacs e Kennie em 1973. Ele é muito sensível à deterioração cognitiva e avalia a linguagem (produção e fluência), atenção sustentada, perseveração. O teste foi aplicado utilizando a categoria animais e consiste no aplicador fornecer o comando "Fale todos os animais que conseguir lembrar. Vale qualquer tipo de bicho". Um minuto é contado a partir do final do comando e o escore corresponde ao número de animais lembrados nesse período. Quando são lembrados animais cuja denominação de gênero é semelhante (por exemplo, gato e gata), um deles não é pontuado, mas quando a denominação é diferente (por exemplo, cavalo e égua), ambos são pontuados. (Bertolucci e cols, 1998) Espera-se que idosos falem até 15 (quinze) animais e, acima de 80 (oitenta) anos, até 10 (dez) animais (**Anexo XVI**);
- Teste do Relógio, conforme Martinelli e Aprahamian (2004), avalia percepção visual, praxia de construção, disfunção do hemisfério direito com negligência à esquerda. O sujeito é solicitado que desenhe à mão livre um relógio, fazendo um círculo e colocando os números na posição correta, sem olhar no relógio dele e, ao final, é solicitado também que desenhe os ponteiros marcando 15 (quinze) minutos para as 2 (duas) horas. Após o desenho finalizado, o sujeito é solicitado a fazer uma cópia do relógio impresso acima do local destinado à cópia. O teste é

de curta duração, com tempo livre para os desenhos, mas em geral utiliza-se de 3,5 (três e meio) minutos. Relógio muito pequeno indica falta de planejamento e números em lugares inadequados sinalizam déficit executivo.

O teste tem sido usado para diagnóstico de demências. Espera-se que os idosos obtenham até 6 (seis) pontos no desenho livre do relógio e 8 (oito) na cópia. Idosos normais com mais de 84 anos apresentam queda no desempenho (**Anexo XVII**).

Lembrando que para a aplicação da bateria de testes é necessário uma sessão com, aproximadamente, duas horas de duração.

3.5 Orçamento

Este projeto teve apoio do Centro de Medicina do Idoso do Hospital Universitário de Brasília (CMI-HUB) para a realização dos testes neuropsicológicos, apoio no setor de transportes da Universidade de Brasília (UnB) para a realização das atividades sociais de lazer descritos neste projeto e segurança da Polícia Turística de Brasília durante as atividades sociais de lazer.

O projeto contou com ajuda financeira de bolsa Capes para a pesquisadora responsável, vinculada ao Programa de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento do Departamento de Processos Psicológicos Básicos do Instituto de Psicologia da UnB.

3.6 Análise de dados

Os dados foram digitados e analisados através do programa SPSS for Windows versão 16.0. Os escores contínuos dos testes cognitivos e escalas pré e após reabilitação neuropsicológica (oficina de lazer) foram comparados utilizando o teste de Wilcoxon, enquanto

que a Análise de Variância (ANOVA) foi utilizada para as múltiplas comparações de variáveis referentes a características ora do paciente idoso e ora do cuidador levantadas na anamnese em relação aos desempenhos neuropsicológicos que se apresentaram significativos após reabilitação neuropsicológica, gerando diferentes grupos de comparações. Por fim foi utilizado o teste Pearson para análise das correlações entre os dados. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

4. RESULTADOS

4.1 Análise descritiva da amostra

Em uma 1ª etapa foi feita a análise descritiva dos dados segundo as variáveis investigadas no estudo. Nesta etapa traça-se o perfil dos dados pesquisados analisados com ajuda do programa estatístico SPSS versão 16.0.

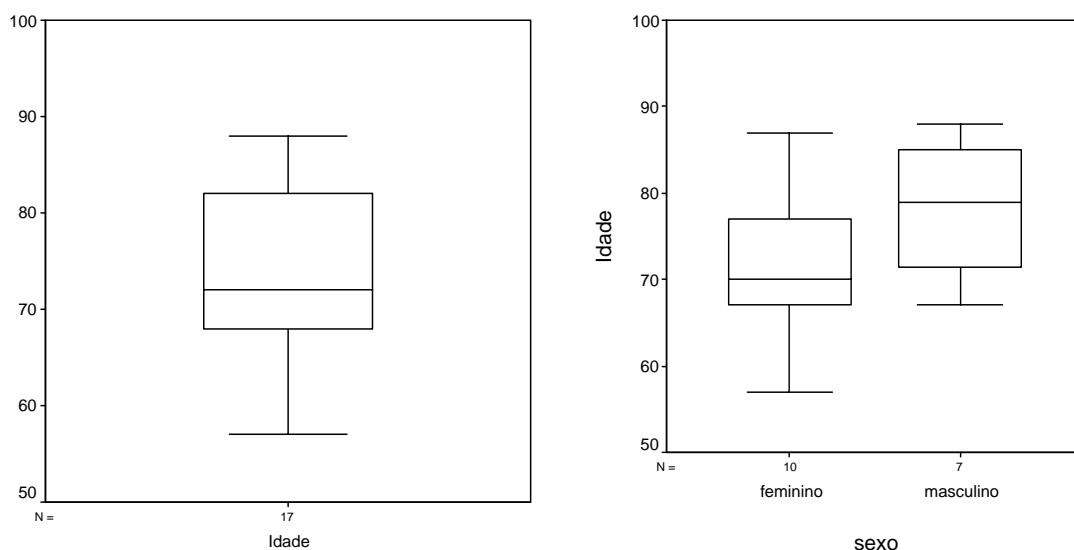


Figura 1: “Box Plot” dos dados referentes à idade e ao sexo dos idosos da amostra.

Observa-se na figura 1 formada cinco medidas, a mediana, o 1º e 3º quartil, o valor máximo e o valor mínimo. No primeiro gráfico é verificada a idade em anos de todos os idosos pesquisados, até 50% dos idosos tem idade até 72 anos, a idade máxima foi de 88 anos e a

mínima de 57 anos. Quando comparamos este gráfico por sexo verifica-se que 50% dos homens tem idade até 79 anos e 50% das mulheres tem idade até 70 anos. A idade máxima para os homens foi de 88 anos e as mulheres foi de 87 anos. A idade mínima foi de 57 anos para as mulheres e de 67 para os homens.

Escolaridade Idoso			Estado Civil Idoso		
	Frequência	Percentual		Frequência	Percentual
Analfabeto até 3 anos de estudo	4	23,5	Solteiro	1	5,9
De 4 até 8 anos de estudo	2	11,8	Casado	8	47,1
De 9 até 12 anos de estudo	7	41,2	Viúvo	6	35,3
Acima de 12 anos de estudo	4	23,5	Divorciado ou separado	2	11,8
Total	17	100,0	Total	17	100,0

Residir com cuidador			Cuidador		
	Frequência	Percentual		Frequência	Percentual
Sim	13	76,5	Conjuge	7	41,2
Não	4	23,5	Familiar próximo que não conjuge	6	35,3
Total	17	100,0	Amigo ou sem parentesco	1	5,9
			Cuidador contratado	3	17,6
			Total	17	100,0

Tabela 1: Dados referentes à escolaridade e estado civil do idoso, bem como dado se reside com cuidador e quem é o cuidador.

Avaliando a escolaridade observou-se (ver Tabela 1) que 41,2% deles tem de 9 (nove) até 12 (doze) anos de estudo, o que se refere a nível superior, 23,5% são analfabetos ou tem até 3 (três) anos de estudo, 11,8% dos sujeitos de 4 (quatro) até oito anos de estudo e 23,5% com mais de 12 (doze) anos de estudo. Quanto ao estado civil, verifica-se que a maioria dos sujeitos ou são casados ou viúvos, sendo 47,1% dos idosos são casados e 35,3% deles viúvos, o que reflete nos dados de residir do cuidador (76,5%) e nos dados quanto ao cuidador como conjuge (41,2%) ou mesmo um familiar próximo que não o conjuge (35,3%).

Avaliando dados referentes ao cuidador tem-se a grande maioria mulheres de cuidadores do sexo feminino (88,2%).

Foi verificado também que, conforme o gráfico abaixo (Figura 2), pelo menos 50% dos cuidadores tem idade até 55 anos, a idade máxima foi de 79 anos e a mínima de 33 anos. Quando analisamos os gêneros, verificamos que 50% dos homens têm idade até 54 anos

aproximadamente e 50% das mulheres tem idade até 55 anos. A idade máxima para os homens foi de 71 anos e as mulheres foi de 79 anos. A idade mínima foi de 33 anos para as mulheres e de 36 para os homens.

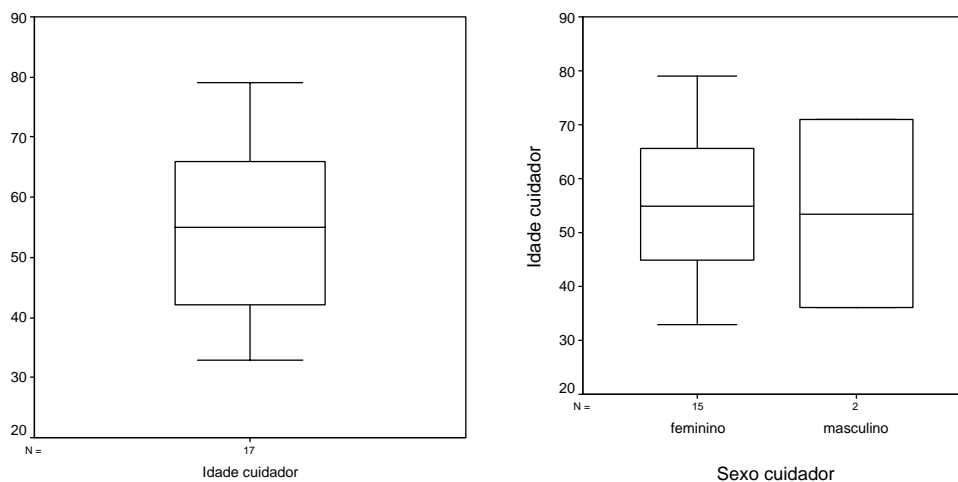


Figura 2: “Box Plot” dos dados referentes à idade e ao sexo dos cuidadores da amostra.

De forma semelhante apresentou-se às percentagens descritas referentes à escolaridade dos idosos e estado civil. Os dados assemelham-se, uma vez que se mantêm as maiores percentagens quanto à escolaridade do idoso e do cuidador na mesma faixa etária que é de 9 (nove) até 12 (doze) anos de estudo, nível superior, com o percentual de 41,2% e o estado civil do cuidador que ainda mantém com maior percentual no estado civil casado (70,6%), conforme Tabela 2.

Escolaridade Idoso			Estado Civil Idoso		
	Frequência	Percentual		Frequência	Percentual
Analfabeto até 3 anos de estudo	4	23,5	Solteiro	1	5,9
De 4 até 8 anos de estudo	2	11,8	Casado	8	47,1
De 9 até 12 anos de estudo	7	41,2	Viúvo	6	35,3
Acima de 12 anos de estudo	4	23,5	Divorciado ou separado	2	11,8
Total	17	100,0	Total	17	100,0
Escolaridade Cuidador			Estado Civil Cuidador		
	Frequência	Percentual		Frequência	Percentual
De 4 até 8 anos de estudo	4	23,5	Solteiro	2	11,8
De 9 até 12 anos de estudo	7	41,2	Casado	12	70,6
			Viúvo	1	5,9
			Divorciado ou separado	2	11,8

Acima de 12 anos de estudo	6	35,3	separado	
Total	17	100,0	Total	17 100,0

Tabela 2: Dados da escolaridade e estado civil idoso e cuidador evidenciando as semelhanças.

Analisando a ocupação de todos cuidadores pesquisados, verifica-se (ver Tabela 3) que 23,5% encontram-se aposentados, 17,6% na ativa em trabalhos externa ao lar, 11,8% desempregados e 47,1% dos cuidadores encontram-se desempenhando algum tipo de trabalho dentro do lar, dividindo-se entre o cuidado do idoso e as atividades domésticas. Dado último esse que, conforme bibliografia existente sobre o assunto, reflete na frequência em que os cuidadores apresentam problemas de saúde (58,8%). Quando se verifica o tempo de cuidado para com o idoso verifica-se que 82,4% dos cuidadores desempenham a atividade de cuidado ao idoso há meses, porém que não relatam dificuldades de lidar com o idoso, que é um percentual de 70,6% contra 29,4% dos cuidadores que afirmam vivenciar dificuldades no lidar com idoso com pouca ou muita frequência.

Ocupação Cuidador

	Frequência	Percentual
Aposentado	4	23,5
Na ativa externa ao lar	3	17,6
Na ativa dentro do lar	8	47,1
Desempregado	2	11,8
Total	17	100,0

Tabela 3: Dados referentes à ocupação do cuidador

Identificando as queixas e sintomas relatados pelos cuidadores têm-se um detalhamento da amostra. Verificou-se que os idosos queixam-se de sua memória (82,4%) com os cuidadores e/ou com outras pessoas, o que não diferiria do percentual esperado da queixa alheia da memória do idoso, em que 100% das pessoas que cercam esses idosos também se queixam das falhas de memória desses idosos, que se iniciaram progressivamente (100%) com o avançar da idade do idoso.

Seguindo-se a descrição da amostra, analisaram-se possíveis pioras de comportamentos e distúrbios cognitivos dos idosos em períodos do dia e da noite. Entretanto, 76,5% dos idosos pesquisados não demonstram para os cuidadores piora dos sintomas demenciais durante o dia e 82,4% nem mesmo a noite.

Os sintomas demenciais avançam progressivamente e mudanças nos comportamentos moral, sexual, na linguagem e na capacidade de realização de atividades diárias são evidenciadas. Diante desses sintomas, a avaliação seguiu-se questionando as possíveis mudanças nas capacidades cognitivas e/ou comportamentais e, então, evidenciou-se que houve uma alteração discreta na capacidade de desenvolver atividades simples da vida diária (47,1%) e não significativos foram os acometimentos observados nos idosos pesquisados. Uma vez que 88,2% dos idosos não tiveram alteração na sua moral sexual e nem mesmo na conduta sexual (64,7%), bem como mantiveram seu padrão de linguagem (76,5%), podendo eles utilizar-se do telefone (76,5%), por exemplo.

Fatores Precipitantes

	Frequência	Percentual
Separação conjugal	1	5,9
Problemas de saúde	7	41,2
Problemas de saúde e aposentadoria	1	5,9
Não relatado	8	47,1
Total	17	100,0

Tabela 4: Dados referentes à avaliação dos cuidadores quanto aos possíveis fatores precipitantes da deficiência cognitiva do seu idoso.

Foi possível notar pela anamnese que os cuidadores avaliam que o possível fator precipitante das dificuldades com memória experienciadas pelo idoso deve-se, conforme Tabela 4, à existência de problemas na saúde (41,2%), sendo que as queixas de saúde variam, na sua maioria, entre duas queixas (23,5%) até oito queixas, como diabetes, hipertensão, sintomas psicomotores, etc. E seguindo os resultados, evidencia-se o isolamento social (64,7%) do idoso, mesmo com baixo percentual de queixa de depressão por parte do idoso (29,4%), porém com pouca variação entre aqueles cuidadores que relatam que seus idosos sentem-se ansiosos (52,9%) e os que não evidenciam ansiedade (47,1%).

4.2 Avaliação neuropsicológica e a estimulação cognitiva

Ao comparar os desempenhos dos testes realizados antes e após atividades sociais de lazer, pudemos começar a analisar o efeito da Reabilitação Neuropsicológica Oficina de Lazer (RN-OL). Isto porque, foi possível verificar uma estabilização do padrão cognitivo dos idosos, conseqüentemente em virtude da falta de diferenças na comparação antes e depois de 9 semanas (período da RN-OL) dos desempenhos dos idosos na maior parte dos instrumentos neuropsicológicos, especificamente no Mini-exame do Estado Mental (MEEM), Escala de Memória Wechsler, Dígitos Diretos bem como Dígitos Inversos, no teste do Relógio, Teste de Fluência Semântica categoria animal, no Teste de Fluência Fonêmica categoria letras e na Escala de Depressão Geriátrica (EDG) ver Tabela 5.

Tabela 5 – Tabela dos desempenhos nos testes neuropsicológicos Mini-exame do Estado mental (MEEM), Escala de Inteligência Adulta Weschler subtestes Dígitos Diretos e Inversos, Desenho do Relógio, Teste de Fluência Verbal Semântica (FAS), Teste de Fluência Fonêmica e Escalas de Depressão Geriátrica de Yasavaje antes e depois da Reabilitação Neuropsicológica – Oficina de Lazer (RN-OL).

Variável	Pacientes	Pacientes	Teste estatístico e valor de p
	Antes da RN-OL	Depois da RN-OL	
	Média e DP	Média e DP	
MEEM	19 (4,88)	19,59 (5,01)	Z=-1,23 p=0,12
Dígitos Diretos	8,18 (2,48)	8,29 (2,02)	Z=-0,02 p=0,49
Dígitos Indiretos	2,88 (1,86)	3,47 (1,94)	Z=-1,68 p=0,05
Desenho do Relógio	5,65 (3,20)	5,71 (3,53)	Z=-0,20 p=0,43
Fluência Semântica categoria animal	9,53 (5,25)	9,00 (3,77)	Z=-0,92 p=0,21
Fluência Fonêmica categoria letras FAS	20,94 (11,61)	22,82 (16,14)	Z=-0,51 p=0,31
EDG	9,94 (4,65)	9,59 (6,36)	Z=-0,75 p=0,24

*p<0,05 conforme Teste não paramétrico Wilcoxon antes e após RN – OL.

A estabilização dos escores dos testes neuropsicológicos e das escalas citadas anteriormente demonstrou que, após nove semanas de atividades de enfrentamento, os idosos não tiveram redução significativa de seus desempenhos cognitivos avaliados. Fato esse que possibilita pensar que tais atividades trouxeram benefícios aos idosos por meio de estimulação cognitiva social, bloqueando, nesse período do projeto, a perda cognitiva progressiva classicamente associada à demência de Alzheimer.

Confirmar por meios dos instrumentos neuropsicológicos que as atividades de enfrentamento promovidas pela reabilitação neuropsicológica oficina de lazer favoreceram a estabilização dos desempenhos nos testes neuropsicológicos e nas escalas possibilita acreditar que elas possuem efeito significativo de estabilização dos sintomas cognitivos da Demência de Alzheimer.

Entretanto, o mesmo não pode ser dito quanto ao desempenho do cuidador na Escala Zarit. Isto, pois é possível observar que os cuidadores alteraram seus escores de desempenho na Escala Zarit ($Z=-2,32$, $p<0,05$) conforme Tabela 6, evidenciando-se com efeito significativo após a RN.

Tabela 6: Tabela do desempenho na Escala *Zarit Burden Interview* antes e depois da Reabilitação Neuropsicológica – Oficina de Lazer (RN-OL).

Variável	Pacientes Antes da RN-OL	Pacientes Depois da RN-OL	Teste estatístico e valor de p
N= 17	Média e (DP)	Média e (DP)	
Zarit	20,12 (12,93)	25,65 (16,20)*	$Z=-2,32$ $p<0,05^*$

* $p<0,05$ conforme Teste Wilcoxon para comparações de variáveis antes e após RN – OL.

A Escala Zarit avalia o nível de estresse dos cuidadores, assim, esperava-se que houvesse reduções significativas nos escores identificados por ela, reduzindo-a após as sessões de oficina de lazer. Isso, pois com as atividades sociais de enfrentamento, esperava-se que os cuidadores através da vivência em situações de lazer, como passear com seus idosos, obtivessem uma redução do “burden” acerca de, como conviver com os sintomas da

demência diante de situações de públicas e sociais. Entretanto, verificou-se uma elevação da média dos escores.

Diante desse efeito, foram investigados quais variáveis poderiam estar envolvidas nesse aumento dos escores da Escala Zarit. Primeiramente, avaliamos através de múltiplas comparações da análise de variância (ANOVA) distintamente os escores da Escala Zarit antes e depois da oficina de lazer, separando os cuidadores que apresentavam queixas de saúde (58,8%, N=10) dos que não apresentavam essa queixa (N=7). Assim, foi possível observar que as maiores médias na Escala Zarit nas duas avaliações antes e depois da oficina de lazer foram justamente dos cuidadores que se queixavam de problemas de sua própria saúde, de forma a apresentar diferença significativa dos seus escores com os dos cuidadores que não possuíam queixa de problemas de saúde, exclusivamente após a oficina de lazer. Sugerindo que aqueles cuidadores que possuíam tal queixa foram também os cuidadores que aumentaram os seus indicadores de nível de estresse ou “burden” avaliados pela Escala Zarit (F=7,37, p<0,05), (ver Tabela 7). Diante desse resultado, acreditamos que possivelmente esse agravamento foi em virtude da situação de encerramento das oficinas de lazer, e a ausência de qualquer possibilidade de continuidade das atividades de lazer ou outra qualquer imediatamente direcionada aquele grupo de idosos. O que talvez serviu como um provedor de estresse principalmente para os cuidadores com problemas de saúde.

Tabela 7 – Tabela do desempenho na Escala *Zarit Burden Interview* antes e depois da Reabilitação Neuropsicológica – Oficina de Lazer (RN-OL) e Problemas de saúde do cuidador.

Variável	Pacientes com cuidadores com problemas de saúde Média e (DP)	Pacientes com cuidadores sem problemas de saúde Média e (DP)	Teste estatístico ANOVA
N	10	7	-
<i>Zarit</i> antes RN	24,30 (13,85)	14,14 (9,35)	F=2,82 p=0,11
<i>Zarit</i> depois RN	33,20 (14,80)	14,86 (11,86)	F=7,37 p<0,05 *

*p<0,05 conforme Teste paramétrico Anova com significância para variáveis contínuas apresentadas (média e desvio padrão) avaliadas antes e após RN – OL.

Ao realizar comparações múltiplas através da ANOVA considerando antes e após a oficina de lazer e analisando o escore global da Escala BEHAVE-Ad sobre as sintomatologias dos idosos relatada pelos seus cuidadores, como também os escores da Escala Zarit, porém agora separando para essas duas citadas variáveis, os cuidadores que tratavam de idosos com a presença de queixas de depressão (29,4%, N=5) dos que não possuíam esta queixa (N=12). Foi possível verificar também que os cuidadores que referem que seu idoso possui queixa de depressão são os que apresentam significativamente maiores escores na escala BEHAVE-Ad ($F=5,51$, $p<0,05$), além do que acentuados escores na Escala Zarit antes e principalmente após a oficina de lazer (ver Tabela 8). Esses dados correlacionam-se significativamente os aumentos da BEHAVE-Ad aos aumentos da Escala Zarit, conforme teste de Pearson tanto antes da RN (0,740) $p<0,01$ como após RN (0,814) $p<0,01$. Isto é, os cuidadores que apresentaram os maiores escores na escala Zarit antes e após RN foram justamente os que queixaram maiores índices de alteração comportamental dos seus idosos na escala BEHAVE-Ad. Esses efeitos podem sugerir a construirmos uma análise de que, possivelmente, os cuidadores de idosos com alterações comportamentais, como os sintomas depressivos, são aqueles cuidadores que, possivelmente, expressam maior sobrecarga de cuidado e tornam-se passíveis, mais frequentemente, a problemas de saúde.

Tabela 8 - Tabela do desempenho na Escala *Zarit Burden Interview* antes e depois da Reabilitação Neuropsicológica – Oficina de Lazer (RN-OL) e na Escala Avaliação de Comportamento – BEHAVE-Ad e queixa depressão do idoso.

Variáveis	Idosos com queixa de depressão Média e (DP)	Idosos sem queixa de depressão Média e (DP)	Teste estatístico ANOVA
N	5	12	
BEHAVE	25,60 (5,49)	10,25 (3,54)	$F=5,51$ $p<0,05^*$
<i>Zarit</i> antes da RN	24,80 (9,41)	18,17 (14,03)	$F=0,92$ $p=0,35$
<i>Zarit</i> depois da RN	33,80 (18,59)	22,25 (14,61)	$F=1,89$ $p =0,18$

* $p < 0,05$ conforme Teste paramétrico Anova com significância para variáveis contínuas apresentadas (média e desvio padrão) avaliadas antes e após RN – OL.

Utilizando-se ainda os dados obtidos com a aplicação da escala BEHAVE-Ad foi realizado uma nova ANOVA separando agora os cuidadores que apresentavam a queixa de dificuldade em lidar com o idoso (N=5) com os que assumiram não ter dificuldade em lidar com idoso (N=12) em cada fator avaliado da BEHAVE-Ad e seus desempenhos na Escala Zarit (ver Tabela 10). Assim, pudemos observar que as alterações comportamentais, especificamente as alucinações ($F=6,10$, $p < 0,05$) e distúrbios da atividade ($F=5,40$, $p < 0,05$), conforme relatados pelos seus cuidadores na BEHAVE-Ad foram fortemente significativas para os cuidadores que responderam sim para a dificuldade de lidar com o idoso como também esses mesmos cuidadores apresentaram significativamente os maiores escores na escala Zarit quando comparados com os cuidadores que não assumiram dificuldade em lidar com idoso após a oficina de lazer ($F=7,32$ $p < 0,05$).

Tabela 9 – Tabela dos escores médios da Escala Avaliação de Comportamento – BEHAVE-Ad registrada com os cuidadores antes Oficina de Lazer (RN-OL) em comparação aos cuidadores que apontaram e que não apontaram dificuldade em lidar com seu idoso.

Variável: Dificuldade de Lidar com Idoso	Sim N=5 Média e (DP)	Não N=12 Média e (DP)	Teste estatístico e valor de p
BEHAVE- Ad	26,80 (17,25)	9,75 (8,92)	F=7,44 p<0,05*
Ideação paranóide ou delirante	6,40 (6,34)	2,67 (3,33)	F=2,59 p=0,12
Alucinações	4,40 (4,98)	0,75 (1,21)	F=6,10 p<0,05*
Distúrbios da atividade	4,60 (3,50)	1,50 (2,02)	F=5,40 p<0,05*
Agressividade	3,80 (2,49)	1,58 (2,19)	F=3,34 p=0,08
Distúrbios do ritmo circadiano	1,00 (1,00)	0,33 (0,49)	F=3,52 p=0,08
Distúrbios da afetividade	1,80 (1,78)	1,00 (1,12)	F=1,26 p=0,27
Ansiedade e fobias	4,20 (2,68)	2,25 (2,49)	F=2,07 p=0,17
Zarit antes oficina de Lazer	27,60 (12,11)	17,00 (12,41)	F= 2,60 p=0,12
Zarit após oficina de Lazer	39,60 (14,46)	19,83 (13,43)	F= 7,32 p<0,05*

*p<0,05 conforme Teste paramétrico Anova com significância para variáveis contínuas apresentadas (média e desvio padrão) avaliadas nos cuidadores com e sem dificuldade de lidar com idoso.

Diante desses dados, podemos supor que, possivelmente, essas alterações comportamentais apontadas na escala BEHAVE-Ad, especificamente desses cinco idosos, em que os cuidadores enfrentam dificuldades para lidar, foram possivelmente também partes responsáveis pelo aumento dos escores da escala Zarit após oficina.

Pensando no contexto do enfrentamento sobre a sobrecarga de cuidado, foi observado no estudo que não houve mudanças significativas entre antes e depois da reabilitação neuropsicológica no que se refere aos escores da EMEP, o estudo apontou uma estabilização do enfrentamento. Assim, a oficina de lazer, neste caso, ao menos se mostra útil em estabilizar o enfrentamento, conforme demonstrado pelas avaliações da Escala EMEP, mantendo-se antes da RN (10,98) semelhante ao depois da RN (10,44).

Diante da avaliação neuropsicológica, verifica-se uma pequena queda dos escores dos fatores componentes da escala EMEP, porém não significativas estatisticamente. Analisando os fatores da escala EMEP, verifica-se que apenas no Fator 2 de estratégias de enfrentamento

focalizados na emoção, o qual abarca as estratégias cognitivas e comportamentais no enfrentamento e/ou afastamento da situação estressora emocional, observou-se alteração dos escores antes (2,09) e depois (1,92) da RN, bem próxima de achados significativos ($p=0,08$) estatisticamente. Esse fator, apesar de não significativo estatisticamente, em virtude da média próxima à margem significativa mostra-se vulnerável de mudança nos idosos com demência de Alzheimer. Assim, podemos supor a necessidade de atenção a aspectos emocionais envolvidos em situações sociais, públicas e de lazer realizados junto com a família e terceiros possivelmente em virtude de resíduos mnemônicos emocionais, tanto de valência positiva como negativa que possam ser potencializados no desenvolvimento das atividades de passeio e de estimulação de memória histórica, como no caso da nossa oficina de lazer. Entretanto, mesmo diante dessa vulnerabilidade, a os escores da EMEP antes e após a oficina de lazer se mantiveram indiferenciados significativamente possivelmente ao resistente apoio social de todo o grupo durante todas as atividades da oficina de lazer.

Nesse mesmo sentido de análise de encontros e agora com foco à qualidade de vida, podemos analisar os resultados obtidos através do questionário WHOQOL, destinado a medir qualidade de vida. Os idosos apresentaram um índice significativamente elevado e exclusivo quanto o fator morte e morrer após a oficina de lazer (ver Tabela 10), fator esse envolvido com a preocupação, inquietações e temores sobre a morte e o morrer. O efeito da elevação desse fator na aplicação após oficina de lazer leva a supor a formação de um grupo de idosos que passou a questionar mais a morte, ou seja, porque, quando e como vou morrer. Essas inquietações, identificadas na escala de qualidade de vida WHOQOL, nos faz acreditar que possivelmente esses idosos após oficina de lazer passaram a valorizar mais a vida questionando a morte, que está sempre envolta ao idoso, e principalmente àqueles que estão tratando uma doença.

Tabela 10 – Tabela do desempenho na Escala de Qualidade de Vida WHOQOL antes e depois da Reabilitação Neuropsicológica – Oficina de Lazer (RN-OL)

Variável	Pacientes	Pacientes	Teste estatístico e valor de p
	Antes da RN-OL	Depois da RN-OL	
	Média e (DP)	Média e (DP)	
WHOQOL	88,23 (6,89)	88,94 (11,59)	Z=-0,45 p=0,33
Habilidades Sensoriais	15,31 (3,19)	15,76 (3,03)	Z=-0,04 p=0,50
Autonomia	13,00 (2,61)	12,82 (3,28)	Z=-0,58 p=0,27
Atividades	15,31 (1,97)	14,35 (3,46)	Z=-0,55 p=0,29
Participação Social	14,46(3,01)	14,18 (3,04)	Z=-0,20 p=0,44
Morte Morrer	15,46 (2,93)	17,24 (2,46)	Z=-1,88 p<0,05 *
Intimidade	14,69 (1,70)	14,24 (2,99)	Z=-0,48 p=0,36

*p<0,05 conforme Teste não paramétrico Wilcoxon.

Ademais, essa diferença observada após oficina de lazer pode ter potencializado dados como já revelados em outros estudos do questionário WHOQOL, como de Fleck (2000), onde durante sua elaboração, esse autor afirmou que a amostra da percentagem do sexo feminino tende a elevar os escores da escala, bem como sujeitos com queixas de saúde. Dados esses que se perpetuam no estudo em questão, possibilitando pensar que, com a maior proporção de idosas neste estudo (88,2%) e tendo os sujeitos da pesquisa queixando-se de problemas de saúde, estimaram altos escores na escala WHOQOL, como os achados na pesquisa, entretanto, não há como negar que a oficina de lazer potencializou significativamente preocupações e inquietações sobre a morte, visto a significativa diferença após a oficina de lazer.

Pensando em novas análises acerca da amostra, foram analisados também os dados cognitivos que foram impactados em função a quantidade e ao tipo de fármacos usados pelos idosos estudados.

Por meio desse contexto e pelos dados obtidos na avaliação neuropsicológica antes e após a RN, uma análise foi feita dos desempenhos dos idosos nos testes neuropsicológicos

dividindo os idosos em quatro grupos que caracterizavam quantidade de fármacos utilizados: grupo de idosos que utilizam até três (3), que utilizam até cinco (5), e que utilizavam seis (6) a mais fármacos, além de um grupo que não estava utilizando nenhum fármaco.

Desta forma a ANOVA revelou diferença significativa entre os grupos, com o teste Tukey indicando os menores escores cognitivos para os grupos de idosos que utilizavam seis a mais fármacos e os que não estavam no momento utilizando nenhum medicamento em alguns determinados subtestes das escalas Escala de Inteligência Adulta de Wechsler (WAIS III) e (Escala de Memória Weschler) WSM e alguns testes neuropsicológicos, especificamente nos subtestes da WSM de Controle Mental antes da oficina (WC) e a sua reavaliação após oficina (WC2); Controle Mental Fator Informação (WCI) e sua reavaliação após oficina (WCI2); Controle Mental Fator Soma (WS); também nos subtestes da WAIS-III de Semelhanças (We) e sua reavaliação após oficina (We2); Subteste Dígitos Inversos (WDI); e sua reavaliação após oficina (WDI2). Nos testes neuropsicológicos Teste do desenho livre do relógio (R2) e sua reavaliação após oficina; Teste do desenho do relógio cópia (Rc); e sua reavaliação após oficina (Rc2); Inventário Beck de Depressão reavaliação após oficina (BDI2); Escala Modos de Enfrentamento de Problemas Fator 2 de estratégias de enfrentamento focalizados na emoção (E2); e sua reavaliação após oficina (E2); Questionário WHOQOL reavaliação após oficina (WH2), Subteste Fator morte e morrer do WHOQOL antes da oficina (MM). Os referidos resultados podem ser vistos na Tabela 11.

Tabela 11 - Tabela do desempenho em testes Neuropsicológicos significativos em função do número de utilização de Fármacos dividida em quatro grupos de faixas de números de fármacos utilizados.

Grupos		Desempenhos em Testes Neuropsicológicos																	
		WC	WC2	WCI	WCI2	WS	We	We2	WDI	WDI2	R2	Rc	Rc2	BDI2	E2	E2b	WH2	MM	
sem uso	Media	,87	,87	,33	,00	,00	3,87	3,00	1,00	1,67	1,33	4,00	4,00	12,50	2,64	2,57	81,33	11,00	
N=3	DP	1,15	1,15	,57	,00	,00	4,72	3,60	1,00	1,52	1,15	2,00	3,60	3,53	,70	,60	11,15	,00	
Até 3 fármacos	Media	5,33	5,17	2,00	2,00	1,83	12,83	13,67	4,33	5,17	8,17	9,33	10,00	6,17	3,90	3,52	96,33	17,20	
N=6	DP	,81	1,32	,00	,00	,40	5,83	4,71	1,86	1,32	2,22	1,03	,00	4,57	,38	,29	7,005	1,304	
até 5 fármacos	Media	4,75	2,50	1,75	1,25	1,50	10,75	14,00	* 2,25	3,00	6,50	8,50	8,75	12,50	* 1,89	* 2,24	* 77,25	16,00	
N=4	DP	1,89	1,73	,50	,95	,57	5,90	5,29	1,25	,81	4,12	1,73	1,50	6,75	,46	,94	10,50	2,94	
Acima de 6 fármacos	Media	* 2,50	* 2,00	* 1,25	* 1,00	* ,75	* 4,75	* 6,75	2,75	* 2,75	* 4,50	* 4,75	* 5,00	* 3,00	2,74	2,85	95,25	* 14,50	
N=4	DP	2,51	2,16	,95	,81	,95	3,09	4,11	1,50	2,21	2,51	3,50	3,74	2,58	1,28	,58	6,29	3,53	
Estatística Anova																			
	*p<0,05	F=6,51 *p<0,05	F=6,21 *p<0,05	F=6,31 *p<0,05	F=7,58 *p<0,05	F=7,45 *p<0,05	F=3,31 *p<0,05	F=5,30 *p<0,05	F=3,50 *p<0,05	F=4,29 *p<0,05	F=4,53 *p<0,05	F=6,50 *p<0,05	F=6,11 *p<0,05	F=3,30 *p<0,05	F=6,02 *p<0,05	F=3,70 *p<0,05	F=5,54 *p<0,05	F=3,83 *p<0,05	

*p<0,05 conforme Teste paramétrico Anova com para subtestes que apresentaram significância para variáveis contínuas apresentadas (média e desvio padrão).

Legenda: Testes WC= Subteste Controle Mental (CM) da Escala de Memória Wechsler (WMS) antes da oficina; WC2= reavaliação após oficina; WCI= Sub-teste de CM Fator Informação da WMS; WCI2= reavaliação após oficina; WS= Sub-teste CM Fator Soma da WMS; We= Subteste de Semelhanças da Escala de Inteligência Adulta de Wechsler (WAIS-III); We2= reavaliação após oficina; WDI= Subteste Dígitos Inversos da WAIS-III; WDI2= reavaliação após oficina; R2= Teste do desenho livre do relógio reavaliação após oficina; Rc Teste do desenho do relógio cópia; Rc2 reavaliação após oficina; BDI2 Inventário Beck de Depressão reavaliação após oficina; E2= Escala Modos de Enfrentamento de Problemas Fator 2 de estratégias de enfrentamento focalizados na emoção; E2b reavaliação após oficina; WH2 Questionário WHOQOL reavaliação após oficina, MM Fator morte e morrer do WHOQOL.

Por outro lado quando foi considerado o tipo de medicamento que cada idoso estava utilizando, observou-se que antes da RN-Oficina de Lazer (RN-OL) os idosos quando comparados em grupos conforme o tipo de medicamento que utilizava (antidepressivo,

antidepressivo + anticolinesterásico, e outros medicamentos) se diferenciavam significativamente quanto aos seus desempenhos no Inventário Beck de Ansiedade (BAI) ($F=5,03$, $p<0,05$) bem como de Depressão (BDI) ($F=5,06$, $p<0,05$), ver Tabela 12. Entretanto, observa-se que após a oficina de lazer (RN-OL) os idosos que faziam o uso de antidepressivo concomitante a ao grupo que fazia uso de outros medicamentos se igualaram ao grupo dos idosos que utilizavam o antidepressivo adicionado ao anticolinesterásico, em virtude das diferenças significativas entre os grupos desaparecerem respectivamente nos desempenhos da BAI ($F=2,32$, $p\geq 0,05$) e BDI ($F=2,05$, $p\geq 0,05$). Fato esse que possibilita afirmar que a RN-OL promoveu um efeito de redução nos escores de depressão e ansiedade nestes dois grupos (antidepressivo e outros medicamentos), uma vez que depois da oficina os 3 grupos passaram a não mais se diferenciarem significativamente quanto aos escores de BAI e BDI.

Tabela 12 - Tabela do desempenho no Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e de Depressão (BDI) antes e depois da Reabilitação Neuropsicológica – Oficina de Lazer (RN-OL) em relação ao tipo de medicação utilizada pelos pacientes.

Escalas	Anti-depressivo	Antidepressivo + Anti- Colinesterásico	Outros medicamentos	Anova $p<0,05$
	N=3 Média e (DP)	N=9 Média e (DP)	N=4 Média e (DP)	
BAI antes da oficina	10,00 (7,93)	4,56 (4,30)	18,50 (11,93)	$F=5,03$ * $p<0,05$
BAI depois da oficina	6,00 (5,00)	6,00 (5,29)	12,40 (6,34)	$F=2,32$ $p\geq 0,05$
BDI antes da oficina	18,67 (11,93)	4,67 (5,87)	10,00 (2,44)	$F=5,06$ * $p<0,05$
BDI depois da oficina	13,33 (8,02)	5,78 (4,17)	8,00 (6,27)	$F=2,16$ $p\geq 0,05$

* $p<0,05$ indicando diferença significativa entre os grupos de tipo de medicamento conforme teste Anova.

5. DISCUSSÃO

O estudo em questão obteve dados que evidenciaram que a reabilitação neuropsicológica através de oficinas de lazer (RN-OL) tem mérito na estabilização dos desempenhos cognitivos de idosos demenciados que participam desta atividade, quando verificamos após essa intervenção de duração de 9 semanas, a estabilização de escores em escalas comportamentais e testes neuropsicológicos cognitivos, como nos instrumentos utilizados neste projeto, como o Mini-exame do Estado mental (MEEM), Escala de Inteligência Adulta Weschler subtestes Dígitos Diretos e Inversos, Desenho do Relógio, Teste de Fluência Verbal Semântica (FAS), Teste de Fluência Fonêmica e Escalas de Depressão Geriátrica de Yasavaje (EDG).

Se considerarmos autores como Abrisqueta-Gomez (2006) que apontam a demência como a doença que mais atinge os idosos e que esses idosos demenciados perdem gradualmente a capacidade de se engajar em atividades de lazer e que muitas vezes passam a maior parte de seu tempo em atividades não gratificantes, ou sem realizar qualquer atividade, a atividade proposta em nosso estudo vem em contrapartida responder essa demanda e ainda evidenciar o potencial da reabilitação neuropsicológica através de atividades sociais e de lazer em estabilizar perfis cognitivos de idosos demenciados.

Para Wilson (1996) é pouco provável que a reabilitação recupere as funções comprometidas pela demência, porém, sem a reabilitação, as capacidades cognitivas remanescentes podem ser inibidas ou diminuídas, e que premissa fundamental, na reabilitação neuropsicológica é a melhoria de qualidade de vida do acometido por danos cerebrais, do idoso demenciado, ou de qualquer outro doente portador de déficit cognitivo. Nesse sentido, os dados obtidos neste estudo corroboram as idéias do citado autor como também de outros que vem associando a intervenção neuropsicológica com melhoria de qualidade de vida em idosos portadores de Alzheimer, como Prigatano (1997), De Vreese e cols (2001), Abrisqueta-Gomez (2006) e Da Silva (2006).

As relações entre intervenções de reabilitação neuropsicológica utilizando oficina de lazer com as preocupações do idoso com a melhoria de qualidade de vida no presente estudo se evidenciaram significativas, na análise do Fator Morte – Morrer dos resultados da aplicação

da escala WHOQOL. Uma vez que se evidenciou no desempenho dos idosos na citada escala após RN-OL um aumento significativo das inquietações e preocupações da faceta Morte e Morrer pelos idosos. Ou seja, tais preocupações acerca de sua morte, estariam ligadas a uma maneira de valorizar a vida quando identificadas após o idoso vivenciar nove sessões de oficina de lazer. Por conseguinte, atividades de lazer favorecem preocupações na qualidade de vida e enfrentamento dos idosos frente a sua morbidade demencial, ao promover reflexões sobre sua morte indiretamente elevam importância da sua vida. Possivelmente, podemos ainda acreditar que os idosos que passam a valorizar a vida após experiências em reabilitação neuropsicológica com atividades de lazer, contrapõe uma vida antes pouco investida, comprometida apenas com isolamento social e passam a elevar o questionamento sobre até mesmo o seu morrer. Autores como Vecchia *et al.* (2005); Santos *et al.* (2002) e Paula *et al.*, (2008) apontam a dificuldade de avaliar o conceito de qualidade de vida, isto porque se trata de um conceito relativamente novo, complexo, e, por isso, de difícil avaliação, devido ao seu caráter de passividade a interferências subjetivas. Nesse sentido, podemos supor ao menos, que tais dados obtidos neste estudo revelam uma implicação substancial de uma atividade de lazer vivenciada que é capaz de impactar um fator de qualidade de vida avaliado (a preocupação com a morte) através da Escala WHOQOL-OLD validada passível para uso de idosos, conforme Fleck *et al* (2000).

Por outro lado, o aumento dos escores de nível de sobrecarga dos cuidadores na Escala Zarit após a RN-OL neste estudo caracterizou uma labilidade dessa sobrecarga vivenciada pelo cuidador de idosos portadores de demência, possivelmente em virtude de vários aspectos identificados no cuidador que influenciaram significativamente no aumento do índice de sobrecarga revelado na Escala Zarit, como a presença de queixa de problemas de própria saúde do cuidador e as dificuldades de lidar com sintomatologias depressivas, alterações comportamentais especificamente as alucinações e os distúrbios da atividade, dados revelados na análise da Anamnese e da Escala BEHAVE-Ad. Tais resultados mostram que o cuidar de idosos com alterações comportamentais graves, como depressão, alucinação, distúrbio de atividade, possivelmente expressam maior sobrecarga ao cuidador e os tornam passíveis, mais frequentemente a problemas de saúde e estresse ao finalizar intervenções terapêuticas, como a RN-OL promovida neste estudo que o estava a auxiliar no trato ao seu

idoso portador de demência acompanhada dos citados sintomas agravantes. Nesse contexto, os dados obtidos, corroboram autores que apontam o cuidador como um doente em potencial de saúde muito vulnerável e que necessita de auxílio e cuidados profissionais, uma vez que modificações e as dificuldades em seu cotidiano são observadas diante do cuidado com o idoso. E isto ocorre em diferentes momentos, seja aqueles que exigem a força física e ou aqueles que exigem estrutura emocional, ou ainda aqueles que exigem conhecimento sobre a doença e habilidade para lidar com o doente cognitivamente acometido (Coelho *et al*, 2006). Por conseguinte, os dados dos cuidadores evidenciados neste estudo apontam a demanda por um suporte terapêutico, bem como o psicológico, acolhimento e orientações acerca da sua saúde e de como lidar com o idoso acometido, conforme apontado por Karsch (1998 *apud* Coelho, Falcão, Campos & Vieira, 2006).

Quanto às influências da RN-OL sobre a variável uso de fármacos, os dados deste estudo vem corroborar pesquisas que apontam o quanto as medicações alteram significativamente os desempenhos dos idosos nas escalas e testes neuropsicológicos durante avaliações neuropsicológicas e quanto elas podem ser moduladas por intervenções de reabilitação neuropsicológica. Assim, esperava-se que idosos que utilizam mais fármacos simultaneamente tenderiam a expressar de maneira reduzida seus desempenhos durante a avaliação neuropsicológica, quando comparados a idosos com menos fármacos, como evidenciado na pesquisa em questão. Isto, em virtude de que, quanto maior o número de fármacos, mais sistemas de neurotransmissores estão sendo modulados no sistema nervoso central interferindo de forma mais diversificada os desempenhos comportamentais e cognições quando avaliados durante testes neuropsicológicos.

No entanto o resultado mais importante foi à associação da RN-OL com os fármacos antidepressivo potencializando seu efeito terapêutico, ao que se refere redução de depressão e ansiedade, o que ocorreu significativamente nos desempenhos dos escores das Escalas BDI e BAI após-oficina RN-OL. O mesmo efeito ocorreu também para os idosos que estavam fazendo uso de outros medicamentos, que não se tratavam de antidepressivo e nem de anticolinesterásicos. O que nos leva à possibilidade de supor que a RN-OL mostrou-se eficiente quando se refere à redução de indicadores de ansiedade e depressão, associada ou não a tratamentos farmacológicos.

De maneira geral, intervenções neuropsicológicas mostram-se necessárias diante dos resultados obtidos nesse estudo, apontando a importância de aplicação de estímulos cognitivos no ambiente clínico. Isto, pois unânimes são os pesquisadores (Wilson, 1995; Prigatano, 1997; De Vreese e cols, 2001; Ávila *et al.*, 2002; Abrisqueta-Gomez, J., 2004 e 2006; e Da Silva, 2006) ao concluir que a deterioração cognitiva torna-se mais intensa e mais rápida em idosos com demência sem intervenções não medicamentosas, interferindo fortemente na sobrecarga emocional nos cuidadores. Assim, é fortemente adequado se pensar em trabalhos de psicoeducação aos cuidadores acerca dos quadros demenciais, sua evolução, de como lidar com as alterações cognitivas e comportamentais, bem como é possível treinar e incentivar que esses cuidadores realizem, até mesmo em suas residências, estimulações mnemônicas e sociais em seus idosos, buscando evitar a acelerada deterioração cognitiva de seus idosos.

Estudos como este se mostram úteis para um esclarecimento acerca de múltiplas variáveis envolvidas com o envelhecimento populacional. Isto, pois um estudo como o presente possibilita indicativos acerca de estudos científicos futuros, contribuindo para o avanço das Neurociências, conseqüentemente, para a saúde dos idosos bem como de seus cuidadores.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos no presente estudo sugerem que a RN-OL pode auxiliar na estabilização ou resultar até mesmo em uma melhora dos desempenhos dos idosos em escalas e testes neuropsicológicos como também na melhora de qualidade de vida do idoso demenciado e seu cuidador. Portanto, os profissionais envolvidos no atendimento de indivíduos com demência devem, sempre que possível, considerar a viabilidade de associar ao tratamento medicamentoso a intervenção neuropsicológica multidisciplinar aos pacientes e seus familiares.

Pode-se pensar que os resultados não foram muito robustos em função do escasso período de estimulação cognitiva destinado aos participantes. Entretanto, os dados obtidos podem ser vistos como início de um processo de estudo em prol de melhoria da qualidade de vida, enfrentamento, estresse, ansiedade e depressão dos idosos com demência e dos seus cuidadores.

Outro contexto que deve ser foco de estudos prospectivos refere-se à necessidade de um trabalho direcionado ao ensino e orientação dos cuidadores de idosos com demência acerca da doença desses últimos. Trabalhos com esse direcionamento, como iniciado no presente estudo, tendem a facilitar a compreensão e o cuidado dos idosos com o mínimo de comprometimento da saúde desses cuidadores.

De uma forma geral, estudos como este se mostram adequados para a avaliação, monitoramento de saúde, desenvolvimento de novas tecnologias de serviços de saúde e estudos de intervenção clínica em questões sobre envelhecimento, qualidade de vida, estresse, ansiedade e depressão dos idosos e seus cuidadores.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrisqueta-Gomez, J. (2004). Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica no Idoso. Em: Andrade, V.M., Santos, F.H. & Bueno, O.F.A. *Neuropsicologia Hoje* (pp. 403-418). São Paulo: Artes Médicas.

Abrisqueta-Gomez, J. (2006). Relevância das Intervenções Neuropsicológicas nas Alterações de Humor e Comportamento no Idoso. In: Falcão DVS; Brito Dias CMS. (Org.). *Maturidade e Velhice* (407-422). São Paulo: Casa do Psicólogo.

American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV, Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC.

Ávila, Renata & Miotto, Eliane (2002). Reabilitação neuropsicológica de déficits de memória em pacientes com demência de Alzheimer. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 29 (4):190-196. Retirado em 20/04/2006 da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/scielo>.

Avila, Renata (2003). Resultados da reabilitação neuropsicológica em paciente com doença de Alzheimer leve. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 30(4). Retirado em 24/05/2007 da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/scielo>.

Ballone, C.G. (2005) Depressão Resistente ao Tratamento em idosos. Retirado em 20/09/2005 na Psiqweb, www.psiqweb.med.br.

Bandeira, D.R., Gonçalves, T.R. & Pawlowski, J. (2006). Envelhecimento e dependência: impacto sobre familiares-cuidadores de portadores de síndromes demenciais. Em: Parente, M.A.M.P. *et al. Cognição e Envelhecimento*. 275-84. Porto Alegre: Artmed.

Bertolucci, P.H.F, Okamoto, I.H. e cols. (1998). Desempenho da população Brasileira na bateria neuropsicológica do Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). *Revista de Psiquiatria Clínica*. 25 (2): 80-83. Retirado em 05/05/2009 da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/>.

Boccardi, M. & Frisoni, G.B. (2005). Cognitive rehabilitation for severe dementia: critical observations for better use of existing knowledge. *Mechanisms of ageing and development*. 127(2006): 166-172.

Bullinger, Monika & cols.(1993). *Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models*. Quality of life Research, v.2, p.451-459, 1993.

Buss, P.M.(2007). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Retirado em 24/04/2007 da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/>.

Camões, C, Pereira, F.M., Gonçalves, A (2005). *Reabilitação na doença de Alzheimer*. Retirado em 06/06/2007, <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0244.pdf>.

Caramelli, P., Barbosa, M.T (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais freqüentes da demência? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Supl I), 7-10. Retirado em 24/05/2007 da CAPES, <http://www.capes.unb.br>.

Canineu, P.R. (1993). *Demências: Características clínicas gerais*. Disponível no site da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia no endereço eletrônico sbss.org.br/profissional/artigos/index.htm+%22%2b%22gerp%22&hl=pt-BR. Retirado em 20/09/2005.

Centro de Informações de Medicamentos (2003). *CimInforma*. Efeitos secundários no idoso. Nº 01 Ano I - Fevereiro/Março 2003. Retirado em 08/04/2009 da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/>.

Charchat, Helenice et al. (2001). Investigação de Marcadores Clínicos dos Estágios Iniciais da Doença de Alzheimer com Testes Neuropsicológicos Computadorizados. *Psicologia Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 14, n. 2, 2001. Retirado em: 17/03/2007 da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/scielo>.

Chaves, M.L.F. (2005). Testes de avaliação cognitiva: Mini Exame do Estado Mental. Retirado em 05/05/2009 da http://www.cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf

Clare, L. & Woods, R.T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's Disease: a review. *Neuropsychological Rehabilitation*. 14(4): 385-401.

Coelho, V.L.D, Falcão, D.V. da S., Campos, Ana Paula M, Vieira, Maria de F. T. (2006) Atendimento psicológico grupal a familiares de idosos com demência. Em: Falcão, D.V.S. & Dias, C.M.S.B. *Maturidade e Velhice: Pesquisas e Intervenções Psicológicas Vol. II*, São Paulo: Casa do Psicólogo, 407-421.

Cohen, Lawrence (1998). *No aging in India: Alzheimer's, the bad family and other modern things*. Berkeley, University of California Press. Retirado em 10/05/2008 da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/>.

Cruz, A.P.M. e Landeira-Fernandez, J. (2007) Por uma Psicologia Baseada em um Cérebro que se Comporta. Em: Landeira- Fernandez, J. & Silva, M.T.A. (orgs.). *Intersecções entre Psicologia e Neurociências* (pp.1-15). Rio de Janeiro: MedBook.

Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck*. Tradução e adaptação brasileira. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Da Silva, S.L., Coelho, D.S., Alchieri, J.C. (2007) Plasticidade cerebral, meio ambiente e comportamento e cognição: bases aliadas às neurociências para o estudo da reabilitação neuropsicológica da memória. Em: Landeira-Fernandez, J. & Silva, M.T.A. (orgs.). *Intersecções entre Psicologia e Neurociências* (pp. 149-73). Rio de Janeiro: MedBook.

Da Silva, S. L. (2006) Intervenções Neuropsicológicas, Promoção de Saúde e Melhoria da Qualidade de Vida de Idosos. Em: Falcão, D.V.S. & Dias, C.M.S.B. *Maturidade e Velhice: Pesquisas e Intervenções Psicológicas Vol. II*, São Paulo: Casa do Psicólogo, 381-406.

Davis, R.N., Massman, P.J., Doody, R.S. (2000) *Cognitive Intervention in Alzheimer Disease: a randomized placebo-controlled study*. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 15(1): 1-9.

De Vreese, L.P; Neri, M.; Fioravanti, M.; Belloi, L; Zanetti, O (2001) Memory rehabilitation in Alzheimer's disease: a review of progress. *Int J Geriatr Psychiatry*: 16:794-809. Retirado em 24/05/2007 da CAPES, <http://www.capes.unb.br>.

Ferrari, J.F., Dalacorte, R.R. (2007). Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Scientia Medica*. 17(1), 3-8. Retirado em 05/05/2009 da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/>.

Fleck MPA, et al. (2000). Application of the portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica*. 34(2):178-83.

Fontaine, Ovide; Kilbertus, H.; Étienne, Anne-Marie (1998). *Stress e cardiologia*. Lisboa. Climepsi.

Garrido, R.; Almeida, O. P (1999). Distúrbios do comportamento em pacientes com demência: Impacto sobre a vida do cuidador. *Arquivos Neuropsiquiatria (on line)*. 57(2-B): 427-434. Retirado em 24/05/2007 da CAPES, <http://www.capes.unb.br>.

Garrido, Regiane; Menezes, Paulo R. (2004). Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Rev. Saúde Pública (on line)*. Dez.2004, v.38, no.6

(citado em 29 Agosto de 2005), p.835-841. Retirado em 22/08/2005 da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/scielo>.

Gazalle, Fernando Kratz; Hallal, Pedro Curi; Lima, Maurício Silva de (2004). Depressão na população idosa: Os médicos estão investigando? *Rev. Bras. Psiquiatr (on line)*. Set, 2004, vol.26, n.º.3 (citado em 20 e Outubro 2005), p. 145-149. Retirado em 25/08/2005 da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/scielo>.

Gill, T. M. & Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Journal of the American Medical Association*, 272(8), 619-926. Em: Tróccoli, Bartholomeu & Albuquerque, Anelise (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, Brasília, v.20, no.2, p.153-164. Retirado em 24/09/2005 da CAPES, <http://www.capes.unb.br>.

Golstein, G.; Beers, S. (1998). Assessment and Planning for Memory Retraining. In: *Rehabilitation*. Plenum, New York, pp. 229-43.

Groisman, Daniel. A velhice, entre o normal e o patológico. *Hist. cienc. Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, Apr. 2002 . Retirado em 22/08/2005 da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/scielo>.

Guyatt, Gordon & cols. (1997). How to use articles about health-related quality of life measurements. *Cook for the Evidence Based Medicine Working Group*. 277(15), American Medical Association. Retirado em 13/09/2005 da <http://www.cche.net/usersguides/life.asp>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios*. Julho de 2002. Retirado em 20/04/2007, da <http://www.ibge.gov.br>.

Karsch, U.M. (1998) Envelhecimento com dependência : revelando cuidadores. São Paulo, EDUC. Em: Coelho, V.L.D, Falcão, D.V. da S., Campos, Ana Paula M, Vieira, Maria de F. T. (2006) Atendimento psicológico grupal a familiares de idosos com demência. Em: Falcão, D.V.S. & Dias, C.M.S.B. *Maturidade e Velhice: Pesquisas e Intervenções Psicológicas Vol. II*, São Paulo: Casa do Psicólogo, 407-421.

Lindesay J, Briggs K, Murphy E.(1989). The Guy's/age concern survey: prevalence rates of cognitive impairment, depression and anxiety in an urban elderly community. *Br J Psychiatry* 1989;155:317-29. Em: Xavier, Flávio M.F; Ferraz, Marcos P.T; Trenti, Clarissa M. *et al* (2001). Transtorno de ansiedade generalizada m idosos com oitenta anos ou mais. *Rev. Saúde pública (on line)*, Jun, 2001, vol.35, no.3 (citado 20 Outubro de 2005), p.294-302. Retirado em 22/08/2005 da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/scielo>.

Mari, J., Willians, P (1986). A validity study of a psychiatry screening questionnaire (SQR-20) in primary care in the city of São Paulo. *Brit. J. Psychiatry*, 148:23-6. Em: Veras, R.P., Coutinho, E., Jr, G.N (1990). População idosa no Rio de Janeiro (Brasil): estudo-piloto da confiabilidade e validação do segmento de saúde mental do questionário boas. *Revista de Saúde Pública*, 24 (2), 156-63. Retirado em 05/05/2009 da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/scielo>.

Martinelli, J.E., Aprahamian, I. (2004). O teste do desenho do relógio: Revisão crítica de seu valor na triagem de demências iniciais em idosos. Em: Neri, A.L.. e cols. *Velhice bem sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos*. São Paulo: Papirus: 185-204.

Merk,S.D. (2002). Manual Merck de informação médica. São Paulo: Manole. Em: Fleming, I., Goetten, L.F. (2005). Medicamentos mais utilizados pelos idosos: Implicações para enfermagem. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, Umuarama, v.9(2). Retirado em 06/05/2009 da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/scielo>.

Monseguí, G.B.G; Rozenfeld, S.; Veras, R.P.; Vianna, C.M.M. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos (1999). *Rev. Saúde Pública [online]*. v. 33, n. 5, pp. 437-444. ISSN

0034-8910. Retirado em 10/03/2009 da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/scielo>

Pascual-Leone, A.; Amedi, A.; Fregni, F.; Merabet, L.B. (2005). The Plastic Human Brain Cortex. *Annu. Rev. Neurosci.* 28: 377-401 Retirado em 08/10/2005 da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/scielo>.

Paula, J.A, Roque F.P, Araújo, F.S (2008). Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. *J Bras Psiquiatr.* 57(4):283-287. Retirado em 17/04/2009 da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/scielo>.

Prigatano, G.P. (1997). Learning from our successes and failures: reflections and comments on cognitive rehabilitation: how it is and how it might be. *Journal of the International Neuropsychological Society.* 3(5):497-499. Retirado em 24/05/2007 da CAPES, <http://www.capes.unb.br>.

Santos, S.M.A. (2003). Idosos, família e cultura: Um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas. São Paulo: Alínea. Em: Coelho, V.L.D, Falcão, D.V. da S., Campos, Ana Paula M, Vieira, Maria de F. T. (2006) Atendimento psicológico grupal a familiares de idosos com demência. Em: Falcão, D.V.S. & Dias, C.M.S.B. *Maturidade e Velhice: Pesquisas e Intervenções Psicológicas Vol. II*, São Paulo: Casa do Psicólogo, 407-421.

Santos, S.R; Santos, I.B.C; Fernandes, M.G.M; Henriques, .E.R.M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 2002, Novembro-Dezembro; 10(6):757-64. Retirado em 08/10/2005 da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/scielo>.

Seidl, E.M.F; Tróccoli, B.T; Zannos, C.M.L.C (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégia de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* Set-Dez 2001, vol.17, n. 3, PP.225-234. Retirado em 24/09/2005 da CAPES, <http://www.capes.unb.br>.

Souza, Leonardo Araújo de; Coutinho, Evandro Silva Freire (2006). Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 28, n. 1. Retirado em 08/10/2005 da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/scielo>.

Taub, A.(2007). Princípios da Avaliação Neuropsicológica. In: J. Landeira-Fernandez E M. Teresa Araujo Silva. (Org.). *Intersecções entre Psicologia e Neurociências.* 1 ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2007, v., p. 277-281.

Vecchia, Roberta Dalla et al (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n. 3, 2005. Retirado em: 24/04/2007 da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/scielo>.

Wilson, B.A. (1996) Reabilitação da Memória. Em Nitrini, R., Caramelli, P. Mansur, L. (orgs.), *Neuropsicologia: das bases anatômicas à reabilitação* (pp. 331-45). São Paulo: Artes Médicas.

Word Health Organization. (1998). *Introducing the WOQOL instruments.* Retirado em 07/09/2005 da <http://www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/q11.htm>.

Yates, D. B., Trentini, C. M., Tosi, S. D. et al. (2006). Apresentação da Escala de Inteligência Wechsler abreviada: (WASI). *Aval. psicol.*, dez. 2006, vol.5, no.2, p.227-233. Retirado em 05/05/2009 da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/scielo>.

Zarit, S.H. (1997). Interventions with family caregivers. In: S.H. Zarit & B.G. Knight (eds), *A guide to Psychotherapy and aging* (pp.139-159). Washington, D.C: American Psychological association. Retirado em 08/10/2005 da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/scielo>.

Zarit, S. H. (1994). Research perspective on family caregiving. Em: M. Cantor (Ed.), *Family caregiving: Agenda for the future* (pp. 9-24). San Francisco, CA: American Society for Aging.

Em: Cerqueira, A.T.A.R, Oliveira., N.I.L. (2002). *Programa de apoio a cuidadores: Uma ação terapêutica e preventiva a atenção à saúde dos idosos*. *Psicol. USP (on line)*, 2002, v.13, no1 (citado 29 de Agosto de 1005), p.133-150. Retirado em 28 de Julho de 2005 da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/scielo..>

8. ANEXOS

Anexo I – Controle de presença e ausência dos idosos nas Atividades Sociais de Lazer, promovendo critério de inclusão e exclusão.

Participantes	Nº presença nas atividades de lazer	Nº de ausências nas atividades de lazer	Participante incluído ou excluído da amostra
ML	6	3	Incluído
CE	7	2	Incluído
Re	6	3	Incluído
MC	9	0	Incluído
AM	2	7	Excluído
ML	7	2	Incluído
AO	6	3	Incluído
DL	7	2	Incluído
NM	9	0	Incluído
Mo	6	3	Incluído
JM	7	2	Incluído
MJ	9	0	Incluído
MN	8	1	Incluído
AP	6	3	Incluído
AC	6	3	Incluído
EL	7	2	Incluído
AM	6	3	Incluído
RP	4	6	Excluído
MM	6	3	Incluído
Total			17 Incluídos
19			2 Excluídos

Instrumentos utilizados na avaliação neuropsicológica

Anexo II – Anamnese

Nome do familiar informante: _____

Nome do paciente: _____

Endereço do paciente: _____

Idade: _____ Sexo: () F () M

Escolaridade: _____ Anos de estudo: _____

Destro: () Canhoto: () Ambidestro: ()

Habilidades: _____

Estrutura familiar: _____

Mora sozinho? _____ Caso negativo, com quem mora? _____

Queixas ou motivo da consulta: _____

1 Se queixa da memória? Sim () Não ()

2 Outros queixam da memória do paciente? Caso afirmativo, quem? _____

3 Sintomas surgiram de repente? Sim () Não ()

4 Sintomas surgiram aos poucos? Sim () Não ()

5 Mudança na mobilidade? Sim () Não ()

6 Redução na velocidade? Sim () Não ()

7 Marcha arrastada? Sim () Não ()

8 Dificuldade de se levantar da cadeira? Sim () Não ()

9 Quedas frequentes? Sim () Não ()

10 Demonstra piora em certos períodos do dia? Sim () Não ()

11 Demonstra piora em certos períodos da noite? Sim () Não ()

12 O interesse mudou? Sim () Não ()

13 A moral sexual mudou? Sim () Não ()

14 A conduta sexual mudou? Sim () Não ()

15 A linguagem mudou? Sim () Não ()

16 A habilidade em realizar atividades simples mudou? Sim () Não ()

17 Usa o telefone? Sim () Não ()

18 Cozinha? Sim () Não ()

19 Se queixa de estar deprimido? Sim () Não ()

20 Se sente ansioso? Sim () Não ()

21 Se isolou socialmente? Sim () Não ()

22 Fatores de risco: _____

23 Fatores precipitantes: () Agitação () Insônia () Agressão () Delírio () Desânimo ()

Sonolência excessiva () Diabete () Falta de apetite () Sintomas psicomotores ()

Epilepsia () Alucinação () Derrame () Infarto () Hipertensão () Incontinência urinária ou

fecal () Comportamento inapropriado () Traumatismo () Distúrbios do humor () Infecções

Qual? _____

Anexo III - Questionário Sócio-Demográfico

SOBRE O CUIDADOR:

Idade: _____ anos

Sexo: () F () M

Cor: () Branca () Negra () Parda () Amarela

Naturalidade: _____

Nacionalidade: _____

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

Ocupação atual: _____

É remunerada? () Sim () Não

Está na ativa? () Sim () Não

Está com algum problema de saúde? _____ Qual? _____

Você e o idoso residem na mesma casa? _____ Há quanto tempo? _____

Qual o grau de parentesco com o idoso? _____

Há quanto tempo cuida do idoso? _____

Tem dificuldade em lidar com o idoso? _____

Caso afirmativo, diga o porquê _____

Há outras pessoas na família que necessitam de cuidados especiais? () Sim () Não

Quanto da renda é comprometida com a compra de medicamentos? _____

Escolaridade: () Nenhuma () 1º grau incompleto () 1º grau completo

() 2º grau incompleto () 2º grau completo () Superior

() Pós-graduação () Doutorado () Pós-doutorado

Possui alguma formação em Psicologia, enfermagem ou medicina? () Sim () Não

SOBRE O IDOSO:

Possui renda própria? () Sim () Não

Consegue fazer sua higiene sozinho(a)? () Sim () Não

Consegue se alimentar sozinho(a)? () Sim () Não

Consegue se locomover em casa sozinho(a)? () Sim () Não

Consegue se locomover fora de casa sozinho(a)? () Sim () Não

Consegue se comunicar com os outros com clareza? () Sim () Não

Consegue ler sozinho(a)? () Sim () Não

Possui amigos? () Sim () Não

Brinca (interage) com algum animal de estimação? () Sim () Não

Lê habitualmente livros, revistas e jornais? () Sim () Não

Toma seus medicamentos sozinho(a)? () Sim () Não

Consegue fazer amigos com facilidade? () Sim () Não

Possui quarto próprio? () Sim () Não

Possui acompanhante fixo(a)(enfermeira, amigo(a), parente)? () Sim () Não

Freqüenta/ é membro de algum grupo social? () Sim () Não

SOBRE O DOMICÍLIO ATUAL:

Mora em casa própria? () Sim () Não

Possui água encanada? () Sim () Não

Possui sistema de escoamento de esgoto? () Sim () Não

Caso negativo, listar o método de escoamento de esgoto. _____

Possui eletricidade constante? () Sim () Não

Possui telefone fixo? () Sim () Não

Número de habitantes na casa: _____

Idade dos habitantes da casa: _____

Escolaridade dos habitantes da casa: _____

Possui animais domésticos? () Sim () Não

Anexo IV – Escala Behave-AD

A - Ideação paranóide e delirante

1 - Idéia de que "há gente roubando coisas" :

- 0 Ausente
- 1 Idéia de que há gente escondendo coisas
- 2 Idéia de que pessoas estão entrando em casa e que estão escondendo ou roubando coisas
- 3 Conversação com pessoas que estão entrando em casa (fala e ouve)

2 - Idéia de que a "residência não é seu lar":

- 0 Ausente
- 1 Convicção de que a casa onde mora não é seu lar (exemplo: fazer malas para voltar para casa; estando em casa, faz queixas do tipo "leve-me para casa")
- 2 Tentativa de sair do domicílio para "ir para casa"
- 3 Reação violenta quando se tenta impedir sua saída

3 - Idéia de que o cônjuge ou outro acompanhante "é um impostor":

- 0 Ausente
- 1 Convicção de que o cônjuge (ou qualquer outro acompanhante) é um impostor
- 2 Raiva do cônjuge (ou do acompanhante) por considerá-lo um impostor
- 3 Violência contra o cônjuge (ou acompanhante) por ser um impostor

4 - Idéia de abandono:

- 0 Ausente
- 1 Suspeita de que o acompanhante está tramando abandoná-lo ou colocá-lo sob os cuidados de uma instituição
- 2 Acusação de uma conspiração de abandono ou institucionalização
- 3 Acusação de próximo ou imediato abandono ou institucionalização

5 - Idéia de deslealdade:

- 0 Ausente
- 1 Convicção de que cônjuge e/ou filhos e/ou acompanhantes são desleais
- 2 Raiva do cônjuge ou qualquer outro por sua suposta deslealdade
- 3 Violência contra o cônjuge, parente ou acompanhante por sua suposta deslealdade

6 - Suspeição/paranóia (de tipos diversos dos já mencionados):

- 0 Ausente
- 1 Suspeitoso (exemplo: esconde objetos que depois é incapaz de encontrar)
- 2 Paranóide (exemplo: firme convicção a respeito de suas e/ou demonstração de cólera como resultados dela)
- 3 Violência como resultado das suspeitas

Descrição: _____

7 - Idéias delirantes (outras além das mencionadas):

- 0 Ausentes
- 1 Idéias delirantes que pouco alteram o comportamento
- 2 Manifestações verbais ou emocionais como resultado de suas idéias
- 3 Manifestações físicas ou violência como resultado de suas idéias delirantes

Descrição: _____

B - Alucinações:

8 - Alucinações visuais:

- 0 Ausentes
- 1 Vagas, não claramente definidas
- 2 Alucinações claramente definidas de objetos ou pessoas (exemplo: vê outras pessoas à mesa)
- 3 Manifestações físicas ou verbais ou reações emocionais em relação às alucinações

9 - Alucinações auditivas:

- 0 Ausentes
- 1 Vagas, não claramente definidas
- 2 Alucinações de palavras ou frases claramente definidas
- 3 Manifestações verbais ou físicas ou reações emocionais com relação às alucinações

10 - Alucinações olfativas:

- 0 Ausentes
- 1 Vagas, não claramente definidas
- 2 Claramente definidas
- 3 Manifestações físicas ou verbais ou reações emocionais em relação às alucinações

11 - Alucinações táteis:

- 0 Ausentes
- 1 Vagas, não claramente definidas
- 2 Claramente definidas
- 3 Manifestações físicas ou verbais ou reações emocionais às alucinações

12 - Outras alucinações:

- 0 Ausentes
 - 1 Vagas, não claramente definidas
 - 2 Claramente definidas
 - 3 Manifestações físicas ou verbais ou reações emocionais com relação às alucinações
- Descrição: _____

C - Distúrbios da atividade:

13 - Perambulação, distanciamento de casa ou do acompanhante.

- 0 Ausente
- 1 Em certo grau, mas insuficiente para exigir repressão
- 2 Suficiente para exigir repressão
- 3 Manifestações físicas ou verbais ou reações emocionais com relação às tentativas de repressão

14 - Atividade sem objetivo:

- 0 Ausente
- 1 Atividades sem objetivo, repetitiva (exemplo: abrir e fechar a carteira, fazer e desfazer malas, repetidamente vestir peças de roupa e as tirar, abrir e fechar gavetas, repetição insistente de exigências ou perguntas)
- 2 Andar de um lado para o outro; outra atividade sem objetivo em grau suficiente para exigir repressão
- 3 Escoriações ou danos físicos decorrentes da atividade sem objetivo

15 - Atividade imprópria:

- 0 Ausente
- 1 Atividades impróprias (guardar e esconder objetos em locais inadequados, jogar roupas no cesto de lixo ou colocar pratos vazios dentro do forno, comportamento sexual impróprio tal como o de exibição imprópria)
- 2 Presente e em grau suficiente para exigir repressão
- 3 Manifesta cólera ou violência quando a repressão é empregada

D - Agressividade:

16 - Explosão verbal:

- 0 Ausente
- 1 Presente (inclusive acompanhada do uso de linguagem obscena ou ofensiva)
- 2 Presente, acompanhada de raiva
- 3 Presente, acompanhada de raiva, sendo esta claramente dirigida a outras pessoas

17 - Ameaças físicas e/ou atitudes violentas:

- 0 Ausentes
- 1 Comportamento ameaçador
- 2 Violência física
- 3 Violência física, acompanhada de veemência

18 - Agitação (de tipo diverso dos já mencionados):

- 0 Ausente
- 1 Presente
- 2 Presente com manifestações emocionais
- 3 Presente com manifestações emocionais e físicas

E - Distúrbios do ritmo cotidiano:

19 - Distúrbios diurnos/noturnos:

- 0 Ausente
- 1 Acorda repetidamente durante a noite
- 2 Sono noturno reduzido em 25% a 50%
- 3 Ritmo cotidiano completamente perturbado (*i.e.* menos de 50% do período de sono ocorre à noite)

F - Distúrbios da afetividade:

20 - Tendência ao choro:

- 0 Ausente
- 1 Presente
- 2 Presente e acompanhada de evidente componente emocional
- 3 Presente e acompanhada de evidente componente emocional e físico (exemplo: ficar "torcendo as mãos" ou outros gestos)

21 - Estado de depressão/outros:

- 0 Ausente
- 1 Presente (exemplo: afirmação ocasional de "eu gostaria de estar morto", sem evidentes componentes emocionais)
- 2 Presente com evidentes manifestações concomitantes (exemplo: pensamentos de morte)
- 3 Presente com manifestações concomitantes emocionais e físicas (exemplo: atitudes suicidas)

G - Ansiedades e fobias:

22 - Ansiedade com relação a eventos próximos (síndrome de Godot)

- 0 Ausente
- 1 Presente, repetidas perguntas e/ou outras atividades relativas a compromissos e/ou eventos próximos
- 2 Presente e incômoda para o acompanhante
- 3 Presente e intolerável para o acompanhante

23 - Outros tipos de ansiedade:

- 0 Ausente
- 1 Presente
- 2 Presente e incômoda para o acompanhante
- 3 Presente e intolerável para o acompanhante

Descrição: _____

24 - Medo de ficar sozinho:

- 0 Ausente
- 1 Presente e vocalizado
- 2 Presente, vocalizado e em grau suficiente para exigir ação específica por parte do acompanhante
- 3 Presente, vocalizado e em grau suficiente para exigir acompanhamento permanente do paciente

25 - Outras fobias:

- 0 Ausentes
- 1 Presentes
- 2 Presentes e em grau suficiente para exigir ação específica por parte do acompanhante
- 3 Presentes, e em grau suficiente para impedir as atividades do paciente

Descrição: _____

Final da parte 1 _ Total de pontos

Parte 2 — Classificação Global

Os sintomas indicados, dependendo de sua magnitude, permitem a seguinte classificação:

- 0** Não são absolutamente incômodos para o acompanhante ou perigosos para o paciente
- 1** São apenas levemente incômodos para o acompanhante ou perigosos para o paciente
- 2** São moderadamente incômodos para o acompanhante ou perigosos para o paciente
- 3** São muito incômodos para o acompanhante ou perigosos para o paciente

Parte 2 _ Pontuação

Anexo V – Escala Zarit Burden Interview (ZBI)

INSTRUÇÕES: A seguir encontra-se uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas algumas vezes sentem-se quando cuidam de outra pessoa. Depois de cada afirmativa, indique com que frequência o Sr/Sra se sente daquela maneira (**nunca=0, raramente=1, algumas vezes=2, frequentemente=3, ou sempre=4**). Não existem respostas certas ou erradas.

1. O Sr/Sra sente que S* pede mais ajuda do que ele (ela) necessita?
2. O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o Sr/Sra gasta com S, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo (a)?
3. O Sr/Sra se sente estressado (a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?
4. O Sr/Sra se sente envergonhado (a) com o comportamento de S?
5. O Sr/Sra se sente irritado (a) quando S está por perto?
6. O Sr/Sra sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?
7. O Sr/Sra sente receio pelo futuro de S?
8. O Sr/Sra sente que S depende do Sr/Sra?
9. O Sr/Sra se sente tenso (a) quando S esta por perto?
10. O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S?
11. O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?
12. O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S?
13. O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S?
14. O Sr/Sra sente que S espera que o Sr/Sra cuide dele/dela, como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?
15. O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?
16. O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S por muito mais tempo?
17. O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S?
18. O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?
19. O Sr/Sra se sente em dúvida sobre o que fazer por S?
20. O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por S?
21. O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S?
22. De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S**?

**No texto S refere-se a quem é cuidado pelo entrevistado. Durante a entrevista, o entrevistador usa o nome desta pessoa.*

***Neste item as respostas são: nem um pouco=0, um pouco=1, moderadamente=2, muito=3, extremamente=4.*

Anexo VI - Self Report Questionnaire (SRQ)

Responda "S" para sim e "N" para não de acordo com as perguntas.

1. Tem dores de cabeça freqüentes?	
2. Tem falta de apetite?	
3. Dome mal?	
4. Assusta-se com facilidade?	
5. Tem tremores nas mãos?	
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	
7. Tem má digestão?	
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	
9. Tem se sentido triste ultimamente?	
10. Tem chorado mais do que de costume?	
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	
14. É incapaz de desempenhar um papel útil na sua vida?	
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	
16. Sente-se cansado o tempo todo?	
17. Tem sensações desagradáveis no estômago?	
18. Você se cansa com facilidade?	

Anexo VII - Escala de Depressão de Beck (BDI)

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 idéias de me matar.
 - 1 Tenho idéias 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 molestando 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.

Anexo VIII - Escala de Ansiedade de Beck (BAI)

	0	1	2	3
	AUSENTE	SUAVE, não me incomoda muito	MODERADO, é desagradável, mas consigo suportar	SEVERO, quase não consigo suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensações de calor				
3. Tremor nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo de acontecimentos ruins				
6. Confuso ou delirante				
7. Coração batendo forte e rápido				
8. Inseguro (a)				
9. Apavorado (a)				
10. Nervoso (a)				
11. Sensação de sufocamento				
12. Tremor nas mãos				
13. Trêmulo (a)				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado (a)				
18. Indigestão ou desconforto abdominal				
19. Desmaios				
20. Rubor facial				
21. Sudorese (não devido ao calor)				

Anexo IX - Escala de Depressão Geriátrica (EDG)

1. Você está satisfeito com sua vida?	SIM	NÃO
2. Você deixou de fazer muitas de suas por atividades?	SIM	NÃO
3. Você sente que sua vida está vazia?	SIM	NÃO
4. Você frequentemente se sente chateado?	SIM	NÃO
5. Você se sente cheio de esperança com o futuro?	SIM	NÃO
6. Você é perturbado por pensamentos que não saem de sua cabeça?	SIM	NÃO
7. Você está bem humorado na maior parte do tempo?	SIM	NÃO
8. Você está com medo de que alguma coisa ruim aconteça com você?	SIM	NÃO
9. Você se sente feliz na maior parte do tempo?	SIM	NÃO
10. Você frequentemente se sente desamparado?	SIM	NÃO
11. Você frequentemente fica impaciente, nervoso, agitado e inquieto?	SIM	NÃO
12. Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?	SIM	NÃO
13. Você frequentemente se preocupa com o futuro?	SIM	NÃO
14. Você sente que tem mais problemas que a maioria das pessoas?	SIM	NÃO
15. Você acha que é maravilhoso estar vivo agora?	SIM	NÃO
16. Você frequentemente se sente deprimido, triste?	SIM	NÃO
17. Você se sente inútil do jeito que é agora?	SIM	NÃO
18. Você se preocupa muito com o passado?	SIM	NÃO
19. Você acha a vida excitante?	SIM	NÃO
20. É difícil para você se empenhar em um novo projeto?	SIM	NÃO
21. Você se sente cheio de energia?	SIM	NÃO
22. Você acha que sua situação é desesperançosa, incorrigível?	SIM	NÃO
23. Você acha que a maioria das pessoas está melhor do que você agora?	SIM	NÃO
24. Você frequentemente fica transtornado, perturbado com coisas pequenas?	SIM	NÃO
25. Você frequentemente sente que vai chorar? (ou quer chorar)	SIM	NÃO
26. Você tem problema de concentração?	SIM	NÃO
27. Você gosta (sente prazer) de acordar de manhã?	SIM	NÃO
28. Você prefere evitar eventos sociais?	SIM	NÃO
29. É fácil para você fazer, tomar decisões?	SIM	NÃO
30. A sua mente é tão clara como antes como costumava ser?	SIM	NÃO

Anexo X – Escala Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP)

As pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está lidando com a sua enfermidade, neste momento do seu tratamento. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar esta condição, no momento atual.

Veja um exemplo:

Eu estou buscando ajuda profissional para enfrentar o meu problema

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda profissional para enfrentar o seu problema de saúde. Se você não está buscando ajuda profissional, marque com um X ou um círculo o número 1 (nunca faço isso); se você está buscando sempre esse tipo de ajuda, marque o número 5 (eu faço isso sempre). Se a sua busca de ajuda profissional é diferente dessas duas opções, marque 2, 3 ou 4, conforme ela está ocorrendo.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco.

Obrigado pela sua participação!

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

1. Eu levo em conta o lado positivo das coisas.
2. Eu me culpo.
3. Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação.
4. Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo.
5. Procuro um culpado para a situação.
6. Espero que um milagre aconteça.
7. Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite.
8. Eu rezo/ oro.
9. Converso com alguém sobre como estou me sentindo.
10. Eu insisto e luto pelo que eu quero.
11. Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo.
12. Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer.
13. Desconto em outras pessoas.
14. Encontro diferentes soluções para o meu problema.
15. Tento ser uma pessoa mais forte e otimista.

16. Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida.
17. Eu me concentro nas coisas boas da minha vida.
18. Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto.
19. Aceito a simpatia e a compreensão de alguém.
20. Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema.
21. Pratico mais a religião desde que tenho esse problema.
22. Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim.
23. Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema.
24. Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido.
25. Eu acho que as pessoas foram injustas comigo.
26. Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou..
27. Tento esquecer o problema todo.
28. Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente.
29. Eu culpo os outros.
30. Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores.
31. Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema.
32. Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia.
33. Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo.
34. Procuro me afastar das pessoas em geral.
35. Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer.
36. Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.
37. Descubro quem mais é ou foi responsável.
38. Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor.
39. Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela.
40. Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui.
41. Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo.
42. Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo.
43. Converso com alguém para obter informações sobre a situação.
44. Eu me apego à minha fé para superar esta situação.
45. Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema.

- Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com a sua enfermidade?
-
-

Anexo XI - Questionário WHOQOL-OLD

Instruções

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser :

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro "Bastante", ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado "Nada" com o futuro.

Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F25.1 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

F25.3 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

F26.1 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

F26.2 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

F26.4 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

F29.2 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

F29.3 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

F29.4 O quanto você tem medo de morrer?

F29.5 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

As seguintes questões perguntam sobre quão completamente você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

F25.4 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

F26.3 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

F27.3 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

F27.4 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

F28.4 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu satisfeito, feliz ou bem sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F27.5 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

- F28.1 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?
F28.2 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?
F28.7 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?
F27.1 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?
F25.2 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

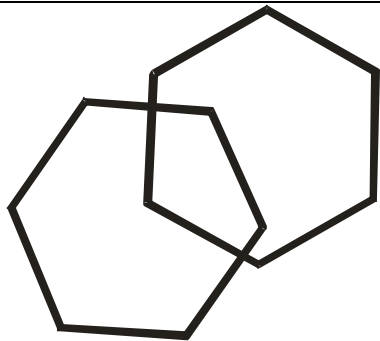
As seguintes questões se referem a qualquer relacionamento íntimo que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

- F30.2 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?
F30.3 Até que ponto você sente amor em sua vida?
F30.4 Até que ponto você tem oportunidades para amar?
F30.7 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Anexo XII - Mini-exame do Estado mental (MEEM)

Seção	Subitem	Resposta	Ponto	Escore
Orientação	Temporal	Hora	1	
		Dia	1	
		Dia-da-semana	1	
		Mês	1	
		Ano	1	
	Espacial	Local	1	
		Andar	1	
		Cidade	1	
		Região	1	
		Estado	1	
Registro	Repetir palavras	Mesa	1	
		Relógio	1	
		Caneta	1	
Cálculo	Diminuir de 7 em 7, senão soletrar a palavra MUNDO de trás para a frente ODNUM	100-7=	1	
		93-7=	1	
		86-7=	1	
		79-7=	1	
		72-7= 65	1	
Memória recente	Lembrar 3 palavras	Mesa	1	
		Relógio	1	
		Caneta	1	
Linguagem	Nomear 2 objetos	Relógio	1	
		Papel	1	
	Repetir	“Nem lá, nem aqui, nem cá”	1	

	Comando	Apanhe esta folha com a mão direita	1	
		Dobre-a ao meio	1	
		Coloque neste local	1	
	Ler e executar	FECHE OS OLHOS	1	
	Escrever frase		1	
	Copiar diagrama		1	

Anexo XIII - Escala de Memória Wechsler (WMS)

INFORMAÇÃO E ORIENTAÇÃO

Informação	Resposta	Ponto	Escore
1. Qual o seu nome completo?		1	
2. Quantos anos você tem?		1	
3. Quando você nasceu?		1	
4. Onde você nasceu?		1	
5. Qual o primeiro nome de sua mãe (ou pai)?		1	
6. Quem é o presidente do Brasil?		1	
7. Quem foi anterior a ele?		1	
8. Quem é o governador?		1	
9. Quem é o papa? Ou o rei do futebol?		1	
10. Em que ano estamos?		1	
11. Em que mês estamos?		1	
12. Que dia do mês é hoje?		1	
13. Em que lugar você está agora?		1	
14. Em que cidade estamos?		1	
115. Que horas são agora?		1	

CONTROLE MENTAL

Resposta	Tempo	Ponto	Escore
20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	30'	0,1 ou 2	
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	30'	0,1 ou 2	
1 4 7 10 13 16 19 22 25 28 31 34 37 40	45'	0,1 ou 2	

DÍGITOS DIRETOS

	Item resposta	Ponto na tentativa (0 ou 1)	Ponto no Item (0, 1 ou 2)
1	1-7		
2	6-3		
1	5-8-2		
2	6-9-4		
1	6-4-3-9		
2	7-2-8-6		
1	4-2-7-3-1		
2	7-5-8-3-6		
1	6-1-9-4-7-3		
2	3-9-2-4-8-7		
1	5-9-1-7-4-2-8		
2	4-1-7-9-3-8-6		
1	5-8-1-9-2-6-4-7		
2	3-8-2-9-5-1-7-4		
1	2-7-5-8-6-2-5-8-4		
2	7-1-3-9-4-2-5-6-8		

Ponto máximo: 16

DIGITOS INVERSOS

	Item resposta	Ponto na tentativa (0 ou 1)	Ponto no Item (0, 1 ou 2)
1	2-4		

2	5-7		
1	6-2-9		
2	4-1-5		
1	3-2-7-9		
2	4-9-6-8		
1	1-5-2-8-6		
2	6-1-8-4-3		
1	5-3-9-4-1-8		
2	7-2-4-8-5-6		
1	8-1-2-9-3-6-5		
2	4-7-3-9-1-2-8		
1	9-4-3-7-6-2-5-8		
2	7-2-8-1-9-6-5-3		

Total máximo:14

MEMÓRIA LÓGICA I eII

História A

ANA SOARES,* DO SUL* DO PARANÁ,* EMPREGADA* COMO FAXINEIRA* NUM PRÉDIO* DE ESCRITÓRIOS, *RELATOU* NA DELEGACIA* DE POLÍCIA* QUE TINHA SIDO* ASSALTADA,* NA RUA DO ESTADO, *NA NOITE ANTERIOR, * E ROUBADA* EM 150 REAIS. *ELA DISSE QUE TINHA QUATRO* FILHINHOS.* O ALUGUEL* NÃO TINHA SIDO PAGO,* E ELES NÃO COMIAM HÁ DOIS DIAS. *OS POLICIAIS, *TOCADOS PELA HISTÓRIA DA MULHER,* FIZERAM UMA COLETA* PARA ELA.

História B

ROBERTO* MOTA,* ESTAVA DIRIGINDO *UM CAMINHÃO* MERCEDES,* NUMA RODOVIA* À NOITE,* NO VALE* DO PARAÍBA* LEVANDO OVOS* PARA TAUBATÉ,* QUANDO O EIXO* QUEBROU.* O CAMINHÃO* CAIU NUMA VALETA* FORA DA ESTRADA.* ELE FOI JOGADO* CONTRA O PAINEL* E SE ASSUSTOU MUITO.* NÃO HAVIA TRANSITO,* E ELE DUVIDOU QUE PUDESSE SER SOCORRIDO.* NAQUELE INSTANTE SEU RÁDIO PX * TOCOU.* ELE RESPONDEU IMEDIATAMENTE:* “AQUI FALA TUBARÃO”.

PARES ASSOCIADOS I e II

Palavra	Par	1ª Tentativa	Tipo	Evocação tardia	Tipo
1. ROSA	FLOR		F		F
2. METAL	FERRO		F		F
3. ESCOLA	DROGARIA		D		D
4. REPOLHO	CANETA		D		D
5. BEBÊ	CHORO		F		F
6. ESPREMER	ESCURO		D		D
7. OBEDECER	CENTÍMETRO		D		D
8. FRUTA	MAÇÃ		F		F

Palavra	Par	1ª Tentativa	Tipo
1. FRUTA	MAÇÃ		F
2. ROSA	FLORO		F
3. METAL	FERRO		D
4. REPOLHO	CANETA		D
5. OBEDECER	CENTÍMETRO		F

6. ESCOLA	DROGARIA		D
7. ESPREMER	ESCURO		D
8. BEBÊ	CHORO		F

Palavra	Par	1ª Tentativa	Tipo
1. OBEDECER	CENTÍMETRO		F
2. REPOLHO	CANETA		F
3. ROSA	FLOR		D
4. ESCOLA	DROGARIA		D
5. ESPREMER	ESCURO		F
6. BEBÊ	CHORO		D
7. METAL	FERRO		D
8. FRUTA	MAÇA		F

Anexo XIV - Escala de Inteligência Adulta Wechler (WAIS III)

Subteste Escala Verbal de Semelhanças

	Resposta	Pontos (0 ou 1)
1. Garfo–colher		
2. Meias–sapato		
3. Amarelo–vermelho		
4. Cachorro-leão		
5. Casaco-terno		
6. Piano-tambor		(0,1 ou 2)
7. Laranja-banana		
8. Olho-ouvido		
9. Barco-automóvel		
10. Mesa-cadeira		
11. Trabalho-diversão		
12. Vapor-neblina		
13. Ovo-semente		
14. Democracia-monarquia		
15. Poema-estátua		
16. Elogio-punição		
17. Mosca-árvore		
18.hibernação-migração		
19. Inimigo-amigo		

Pontuação máxima=33

Anexo XV - Avaliação de Fluência Verbal Fonêmica

F	A	S
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.
5.	5.	5.
6.	6.	6.
7.	7.	7.
8.	8.	8.
9.	9.	9.
10.	10.	10.
11.	11.	11.
12.	12.	12.
13.	13.	13.
14.	14.	14.
15.	15.	15.
16.	16.	16.
17.	17.	17.
18.	18.	18.
19.	19.	19.
20.	20.	20.
21.	21.	21.
22.	22.	22.
23.	23.	23.
24.	24.	24.
25.	25.	25.
26.	26.	26.
27.	27.	27.
28.	28.	28.
29.	29.	29.
30.	30.	30.

Anexo XVI - Teste de Fluência Verbal Semântica

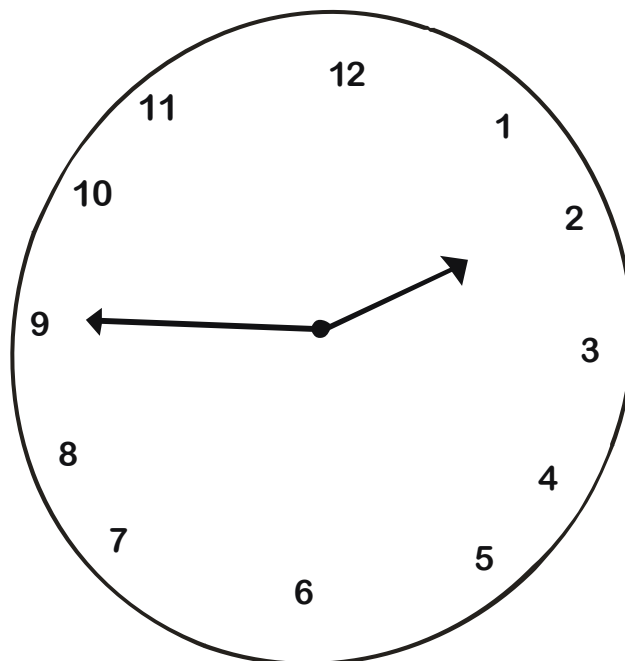
**Falar quantos animais se lembrar. Podem viver na água, na terra, na selva ou em casa.
Tem 1 minuto. Quanto mais falar, melhor.**

1)	2)
3)	4)
5)	6)
7)	8)
9)	10)
11)	12)
13)	14)
15)	16)
17)	18)
19)	20)
21)	22)
23)	24)
25)	26)
27)	28)
29)	30)
31)	32)
33)	34)
35)	36)
37)	38)
39)	40)

Anexo XVII - Teste do Relógio

Desenho livre de um relógio marcando o horário de 13:45h

Cópia do relógio abaixo.



Anexo XVIII - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o Sr (a) _____ a participar como voluntário do projeto “*Enfrentamento, qualidade de vida, estresse, ansiedade e depressão em idosos demenciados e em seus cuidadores: Avaliações e correlações*”.

Para tanto, as seguintes informações fornecidas permitem que o sr(a) entenda claramente e sem dúvidas os seguintes aspectos:

O projeto se destina a medir os níveis de estresse, depressão, ansiedade e qualidade de vida dos idosos e seus cuidadores que estarão sob os cuidados do Centro de Medicina do Idoso (CMI) do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

A importância deste estudo é de verificar se os níveis de estresse, depressão, ansiedade e qualidade de vida estão inter-relacionados ou se relacionados com o perfil cognitivo do idoso a mim aparentado ou cuidado e que serão medidos sem nenhum riscos por diferentes escalas. E que o idoso a qual sou responsável também realizará as algumas escalas, além de testes neuropsicológicos que visam investigar seu perfil cognitivo.

Este estudo iniciará em Setembro de 2007 e será concluído em Dezembro de 2007, contando com 9 (nove) sessões de atividades sociais de lazer e dois (2) momentos de avaliação neuropsicológica.

Ao participar deste projeto, benefícios, diretos ou não, acontecerão na medida em que o sr(a) poderá contribuir na elucidação de problemas psicológicos e neuropsicológicos sofridos pelos idosos demenciados e seus cuidadores.

Sempre que o sr(a) desejar, esclarecimentos acerca da pesquisa serão fornecidos.

O sr(a) irá participar das etapas da coleta de dados e, a qualquer momento, poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar este consentimento, sem que isto traga quaisquer penalidades ou prejuízos.

As informações obtidas pela participação do sr(a) não permitirão a identificação do sr(a), exceto aos responsáveis pelo estudo.

Finalmente, o sr(a) compreendendo perfeitamente todas as informações sobre a participação no mencionado projeto e estando consciente dos seus direitos, responsabilidades, riscos e benefícios que a sua participação implica, o sr(a) concorda em participar e fornece o consentimento livre e esclarecido, sem que para isso o sr(a) tenha sido forçado(a) ou obrigado(a).

Assinatura do responsável pelo idoso

Assinatura do idoso

Fabíola Krystina Silveira Celestino – pesquisadora responsável
Campus Universitário Darcy Ribeiro – Instituto Central de Ciências – AT 019^a
Telefone: 3307 2625 – ramal 515 Fax:3273 0203

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento do Departamento de Processos Psicológicos Básicos do Instituto de Psicologia da UnB.

Anexo XIX – Processo de análise comitê de ética



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa –CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto: 113/2007

Título do Projeto: “Enfrentamento, Qualidade de Vida, Estresse, Ansiedade e Depressão em idosos demenciados e seus cuidadores: Avaliações e correlações”.

Pesquisadora Responsável: Fabíola Krystina Silveira Celestino

Data de Entrada: 03/10/2007.

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto 113/2007 com o título: “Enfrentamento, Qualidade de Vida, Estresse, Ansiedade e Depressão em idosos demenciados e seus cuidadores: Avaliações e correlações”. Analisado na 9ª Reunião, realizada no dia 09 de outubro de 2007.

O pesquisador responsável fica, desde já, notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 30 de outubro de 2007.

Prof. Volnei Garrafa
Coordenador do CEP-FS/UnB

Campus Universitário Darcy Ribeiro
Faculdade de Ciências da Saúde
Cep: 70.910-900