

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA**  
**NÍVEL MESTRADO**

**ANA IZA GOMES DA PENHA SOBRAL**

**COMUNICAÇÃO E REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA  
DIÁRIA EM IDOSOS COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE**

**RECIFE**

**2015**

**ANA IZA GOMES DA PENHA SOBRAL**

**COMUNICAÇÃO E REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE  
VIDA DIÁRIAS EM IDOSOS COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO  
LEVE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Comunicação Humana.

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Marina Tavares de Araújo  
Área de Concentração: Saúde da Comunicação Humana  
Linha de Pesquisa: Desenvolvimento, Avaliação e Intervenção em Saúde da Comunicação Humana

**Recife**

**2015**

Ficha catalográfica elaborada pela  
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

S677c Sobral, Ana Iza Gomes da Penha.  
Comunicação e realização de atividades instrumentais de vida diárias em idosos com comprometimento cognitivo leve / Ana Iza Gomes da Penha Sobral. – Recife: O autor, 2015.  
97 f.: il.; tab.; quadr.; 30 cm.

Orientadora: Cláudia Marina Tavares de Araújo.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana, 2015.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Comunicação. 2. Atividades cotidianas. 3. Comprometimento cognitivo leve. I. Araújo, Cláudia Marina Tavares de (Orientadora). II. Título.

614

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2015-098)

*ATA DA DÉCIMA SEGUNDA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, DO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA DO CENTRO  
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, NO DIA  
03 DE FEVEREIRO 2015.*

Aos 03 (três) dias do mês de fevereiro de dois mil e quinze (2015), às quatorze horas, no Auditório da Clínica Escola de Fonoaudiologia Prof. Fabio Lessa, do Departamento de Fonoaudiologia do Centro de Ciências da Saúde - CCS da Universidade Federal de Pernambuco, em sessão pública, teve início a defesa da Dissertação de mestrado intitulada "Comunicação e a realização de atividades diárias em idosos com comprometimento cognitivo leve" da aluna **ANA IZA GOMES DA PENHA SOBRAL**, na área de concentração Saúde da Comunicação Humana, sob a orientação da Profa. Dra. Cláudia Marina Tavares de Araújo. A mestranda cumpriu todos os demais requisitos regimentais para a obtenção do grau de MESTRA, em Saúde da Comunicação Humana. A Banca Examinadora foi indicada pelo colegiado do programa de pós-graduação Em Ad Referendum e homologada pela Diretoria de Pós-Graduação, através do Processo Nº 23076.061960/2014-71 em 07 (sete) de janeiro de dois mil e quinze (2015), composta pelos Professores: JONIA ALVES LUCENA, do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Pernambuco; VANESSA DE LIMA SILVA, do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Pernambuco; MÁRCIA CARRÉRA CAMPOS LEAL, do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco. Após cumpridas as formalidades, o candidato foi convidado a discorrer sobre o conteúdo da Dissertação. Concluída a explanação, a candidata foi argüido pela Banca Examinadora que, em seguida, reuniu-se para deliberar e conceder ao mesmo a menção **Aprovado** da referida Dissertação. E, para constar, lavrei a presente Ata que vai por mim assinada, Secretário de Pós-Graduação, e pelos membros da Banca Examinadora.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**

**REITOR**

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

**VICE-REITOR**

Prof. Dr. Silvio Romero Barros Marques

**PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

Prof. Dr. Francisco de Souza Ramos

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**DIRETOR**

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

**COORDENADOR DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS**

Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA COMUNICAÇÃO  
HUMANA**

**COLEGIADO**

Prof. Dr. Hilton Justino da Silva (Coordenador)

Profa. Dra. Bianca Arruda Manchester de Queiroga (Vice-Coordenadora)

Profa. Dra. Anna Myrna Jaguaribe de Lima

Prof. Dr. Antônio Roazzi

Profa. Dra. Cláudia Marina Tavares de Araújo

Profa. Dra. Daniele Andrade da Cunha

Profa. Dra. Denise Costa Menezes

Profa. Dra. Lilian Ferreira Muniz

Profa. Dra. Maria das Graças Wanderley Coriolano

Profa. Dra. Maria Eugenia Farias Almeida Motta

Profa. Dra. Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima

Profa. Dra. Mariana de Carvalho Leal

Profa. Dra. Mirella Bezerra Rodrigues Vilela

Profa. Dra. Silvana Maria Sobral Griz

Profa. Dra. Silvia Regina Arruda de Moraes

Profa. Dra. Ana Augusta de Andrade Cordeiro

Profa. Dra. Jônia Alves Lucena

Prof. Dr. Otávio Gomes Lins

**SECRETARIA**

Alexandre Vasconcelos da Silva Telles

\

**A Deus, aos meus pais e ao meu  
marido, por ficarem ao meu lado,  
incentivando-me a seguir em frente; por  
compartilharem angústias e dúvidas  
sempre estendendo suas mãos em  
momentos difíceis.**

## **AGRADECIMENTOS**

Ao grandioso Deus, por se fazer presente em todos os dias de minha vida, enchendo-me de força e coragem para superar os desafios;

Aos meus pais, por todo esforço, carinho, amor e dedicação incondicional. Sem eles nunca teria conseguido. Amo-os demais.

Ao meu marido, meu amor, companheiro de todas as horas. Muito obrigada pelo apoio, conselhos e incentivos que são tão necessários para minha vida.

À professora Cláudia Marina, orientadora desse trabalho, pela paciência e confiança, pelo aprendizado constante e pelo apoio em todos os momentos.

As professoras da banca examinadora Jônia Lucena, Márcia Carréra e Vanessa Lima pelas pertinentes considerações que engrandeceram esse estudo.

Aos meus amigos mestrandos: Adriana Frazão, Ana Carolina Cardoso, Camila Carréra, Daniele Veras, Gabriella Pacheco, Helena Cysneiros, Jullyane Pacheco, Luciana Ramos, Rafaela Couto, Rodrigo Abreu e Tiago Lima por esses dois anos de amizade e companheirismo.

Aos idosos da UnATI e seus cuidadores/familiares, por contribuírem, pacientemente, para a realização desse estudo.

Aos que fazem parte do Programa em Saúde da Comunicação Humana, muito obrigada pela colaboração e dedicação.

E a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse trabalho.

***“E, se algum de vós tem falta de sabedoria,  
peça a Deus, que a todos dá liberalmente,  
e o não lança em rosto, e ser-lhe-à dada.  
Peça-a, porém, com fé, em nada duvidando”.***

Tiago 1:5-6a

SOBRAL, Ana Iza Gomes da Penha. Comunicação e realização de atividades instrumentais de vida diária em idosos com Comprometimento Cognitivo Leve. Recife – PE: UFPE, 2015.97f. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, 2015.

## RESUMO

Diante das alterações cognitivas que o idoso pode apresentar está o Comprometimento Cognitivo Leve, que se caracteriza como forma intermediária entre a alteração ocasionada pela idade e a demência, que pode afetar o desempenho na realização de atividades cotidianas. Para o idoso, autonomia e independência estão relacionadas à capacidade de se manter ativo na realização das suas atividades sociais e, para que isso aconteça, a comunicação se torna fundamental neste processo. Esse estudo teve como objetivo identificar a relação existente entre comunicação e desempenho na realização das atividades instrumentais de vida diária, permitindo verificar a influência que a comunicação exerce na autonomia e na independência do indivíduo. Participaram do estudo, 46 idosos pertencentes ao programa da Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Federal de Pernambuco, que atenderam aos critérios de inclusão e seus cuidadores ou familiares, totalizando 92 pessoas. Trata-se de uma pesquisa transversal, analítica e quantitativa, na qual foram aplicadas as escalas de Lawton- Brody e a de Avaliação Funcional das Habilidades Comunicativas ao idoso e ao seu cuidador/familiar, respectivamente. O resultado demonstra a existência de correlação positiva entre capacidade de desempenho nessas atividades e nomeação de pessoas familiares, busca de informações sobre pessoas ou acontecimentos, compreensão de conversas em ambientes barulhentos e de programas televisivos ou de rádio. Pode-se concluir que os idosos com Comprometimento Cognitivo Leve apresentam alterações que interferem na comunicação, tais como, dificuldades em se referir a pessoas familiares pelo nome, solicitar informações sobre pessoas ou acontecimentos, compreensão de conversas em ambientes ruidosos, além da compreensão do que assiste na televisão ou ouve no rádio. Essas alterações, conseqüentemente, influenciam na capacidade de realização das atividades instrumentais com autonomia e independência.

**PALAVRAS-CHAVE:** Comunicação. Atividades cotidianas. Comprometimento Cognitivo Leve.

SOBRAL, Ana Iza Gomes da Penha. Comunicação e realização de atividades instrumentais de vida diária em idosos com Comprometimento Cognitivo Leve. Recife – PE: UFPE, 2015.97f. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, 2015.

### **ABSTRACT**

Given the cognitive changes that the elderly can present is the Mild Cognitive Impairment, which is characterized in a gray area between changes caused by age and dementia, which can affect performance in carrying out daily activities. For the elderly, autonomy and independence are related to the ability to remain active in carrying out social activities and, for that to happen, communication becomes critical in this process. This study aimed to identify the relationship between communication and performance in carrying out instrumental activities of daily living, allowing you to check the influence that communication has on the autonomy and independence of the individual. Participated in the study, 46 elderly belonging to the Open University program for Senior Citizens, Federal University of Pernambuco, who met the inclusion criteria and their caregivers or family members, totaling 92 people. This is a transversal, correlational, analytical and quantitative research, in which were scales Lawton- Brody applied and the Functional Assessment of Communication Skills for the elderly and their caregivers / family members, respectively. The result shows that there is a positive correlation between performance capability in these activities and appointment of familiar people, seeking information about people or events, understanding conversations in noisy environments and televisions programs or radio. It can be concluded that elderly people with mild cognitive impairment have changes that interfere with communication, and these, difficulties in referring to people familiar with the name, request information about people or events, understanding conversations in noisy environments, beyond comprehension than watching on TV or hear on the radio. These changes therefore influence the realizability of instrumental activities autonomously and independently.

**KEYWORDS:** Communication. Daily activities. Mild Cognitive Impairment.

## LISTA DE TABELAS, FIGURAS E QUADROS

<b>Figura 1</b>	Fluxograma do número de artigos encontrados e selecionados após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão segundo descritores e bases de dados .....	30
<b>Quadro 1</b>	Estudos que apresentaram os instrumentos utilizados para o diagnóstico do Comprometimento Cognitivo Leve .....	31
<b>Tabela 1</b>	Características do desempenho nos testes de triagem .....	47
<b>Tabela 2</b>	Análise estatística entre os componentes da comunicação social da escala ASHA-Facs e o desempenho na escala de Lawton-Brody ....	48

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>MÉTODO .....</b>	<b>33</b>
<b>3.1</b>	<b>Tipo do Estudo.....</b>	<b>33</b>
<b>3.2</b>	<b>Local do Estudo.....</b>	<b>33</b>
<b>3.3</b>	<b>População do Estudo.....</b>	<b>33</b>
<b>3.3.1</b>	<b>Crítérios de Inclusão e exclusão.....</b>	<b>34</b>
<b>3.4</b>	<b>Elenco das Variáveis.....</b>	<b>34</b>
<b>3.4.1</b>	<b>Variáveis independentes.....</b>	<b>34</b>
<b>3.5</b>	<b>Coleta de Dados.....</b>	<b>35</b>
<b>3.5.1</b>	<b>Instrumentos da seleção amostral.....</b>	<b>35</b>
<b>3.5.2</b>	<b>Instrumentos para análise.....</b>	<b>36</b>
<b>3.5.3</b>	<b>Procedimentos de coleta de dados.....</b>	<b>36</b>
<b>3.6</b>	<b>Análise dos Dados.....</b>	<b>37</b>
<b>3.7</b>	<b>Considerações Éticas.....</b>	<b>37</b>
<b>4</b>	<b>ARTIGO ORIGINAL</b>	
	<b>Relação Entre Atividades Instrumentais e Comunicação em Idosos com Comprometimento Cognitivo Leve .....</b>	<b>39</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>59</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>62</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>71</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>79</b>

# **1 APRESENTAÇÃO**

---

A senescência é um período de vida com alta prevalência de limitações físicas, perdas cognitivas, sintomas depressivos, declínio sensorial, acidentes e isolamento social. O recrudescimento populacional de idosos faz com que as doenças consideradas próprias do envelhecimento sejam evidenciadas (RAMOS, 2003).

Frequentemente, as alterações decorrentes do processo do envelhecimento são acompanhadas por problemas psicológicos. A depressão, por exemplo, é considerada fator de risco para as doenças crônico-degenerativas, que se constituem grande fator de comorbidade para essa população (ALVES, 2004).

Dentre as doenças crônicas degenerativas, a demência é uma das mais comuns na população idosa. Segundo Wagner, Trentini e Parente (2009), antes da sua instalação, algumas dificuldades cognitivas podem estar presentes, constituindo um quadro conhecido como Declínio Cognitivo Leve (DCL) ou Deterioração Cognitiva Leve ou ainda, Comprometimento Cognitivo Leve (CCL). Esse último será adotado nesse trabalho por ser o mais comumente assumido e citado por seus estudiosos.

O CCL se refere ao estado transicional entre o envelhecimento cognitivo normal e o declínio cognitivo patológico, com probabilidade iminente para o desenvolvimento de síndrome demencial (HAM DAN, 2008). Os idosos com CCL podem permanecer estáveis ou voltar à normalidade ao longo do tempo. Apesar disso, mais da metade das pessoas nessa faixa etária progredem para uma demência no período de cinco anos (RABELO, 2009).

O tipo de perda cognitiva varia de indivíduo para indivíduo; alguns podem perder primeiro a qualidade da comunicação, enquanto outros declinam na função executiva ou habilidade de aprendizagem (LARSON; WINN, 2007). Moraes e Marínio (2010) apontam que aproximadamente um quinto da população com mais de 65 anos apresenta algum tipo de comprometimento na comunicação.

Ressalta-se, nesse momento, que será definida como qualidade de comunicação a potencialidade do indivíduo expressar verbalmente o que deseja e compreender o que se é falado ou apresentado. Essa definição foi baseada na escala de Avaliação funcional das habilidades de comunicação da Associação Americana de Fonoaudiologia (ASHA-Facs, 1995), utilizada nesse estudo.

É por meio da comunicação que o indivíduo mantém as possíveis trocas em suas relações sociais, permitindo o aproveitamento pleno das experiências já vividas. A

comunicação é o meio mais comum de compartilhar ideias e pensamentos (SOUSA; RUSSO, 2009).

Em um idoso com CCL, a capacidade de comunicação pode estar alterada, apesar de ser mais facilmente percebida quando a demência já está instalada. Isso ocorre devido ao fato de alguns idosos com maior escolaridade conseguirem fazer arranjos ou compensações na forma de se comunicar (GASPARETO; QUEIROZ; YASSUDA, 2004).

Nunes *et al* (2010) descrevem que a manutenção da capacidade funcional, ou seja, a capacidade para desempenhar as atividades cotidianas de forma autônoma e independente, pode ser determinada por meio da realização das atividades de vida diária (AVD) e das atividades instrumentais de vida diária (AIVD).

As AVD estão relacionadas com o cuidado do indivíduo com seu próprio corpo, como por exemplo, higiene pessoal e autocuidado, alimentação, vestuário e mobilidade funcional (MELLO; MANCINI, 2007).

Por outro lado, as AIVD envolvem a participação de indivíduos em seu entorno social e indicam a capacidade de levar uma vida independente dentro da comunidade. Tais atividades incluem: uso de equipamento para comunicação (telefone, computador, agenda, comunicação alternativa), procedimentos de segurança e emergência, fazer compras, mobilidade na comunidade (MELLO; MANCINI, 2007). Geralmente, são as primeiras a serem afetadas com o envelhecimento (ANDREOTTI; OKUMA, 1999).

Cromwell, Eagar e Poulos (2003) demonstraram que existe importante relação entre nível cognitivo e capacidade funcional para realizar as AIVD, que são mais complexas e necessitam de habilidades específicas para serem desempenhadas. No Brasil, são raros os estudos que analisam de forma isolada cada grupo de atividades diárias (MACIEL; GUERRA, 2007).

Para que o idoso se relacione e realize as AIVD se faz necessário o uso da comunicação funcional, conceituada por Garcia e Mansur (2006) como a capacidade de emitir e compreender uma mensagem de forma eficiente, independente do ambiente. Na literatura, existe escassez de estudos que abordem a importância da comunicação para a realização de atividades diárias para o idoso.

Considerando o cenário atual e as projeções demográficas e epidemiológicas mundiais, torna-se necessária realização de novos estudos sobre a população idosa, visto

que é de suma importância melhorar a capacitação dos profissionais envolvidos com as demandas dessa população.

Diante do exposto, esse trabalho teve como objetivo geral relacionar a comunicação de idosos com Comprometimento Cognitivo Leve e seu desempenho nas atividades instrumentais de vida diária. Os objetivos específicos foram apresentar aspectos comunicativos alterados desses idosos e identificar o impacto dessas alterações no desempenho das atividades instrumentais de vida diária.

Nessa perspectiva, a possibilidade de identificar potenciais fatores preditivos como risco de comprometimento cognitivo no idoso poderá auxiliar na criação de estratégias de intervenção individual e/ou coletiva, melhorando desta forma, a qualidade de vida nessa faixa etária.

De forma coletiva, ressalta-se a contribuição que pode ser dada para o desenvolvimento de ações e programas de políticas públicas e diretrizes de saúde à população idosa.

Esta dissertação encontra-se elaborada em forma de artigos, sendo estrutura da seguinte forma:

O primeiro capítulo apresenta um artigo de revisão integrativa, intitulado “**A comunicação no diagnóstico de Comprometimento Cognitivo Leve: revisão integrativa**”, que será submetido ao Jornal Brasileiro de Psiquiatria, formatado de acordo com as normas da revista (ANEXO F).

No segundo capítulo está descrito de forma detalhada, o percurso metodológico utilizado para o desenvolvimento do estudo.

Na sequência, está disposto o terceiro capítulo, que apresenta o artigo original com os resultados encontrados no estudo. Esse manuscrito, intitulado de “**Comprometimento Cognitivo Leve: Relação entre comunicação e capacidade funcional**” tem como principal objetivo identificar a existência de relação entre a comunicação e o desempenho nas atividades instrumentais de vida diária de idosos com comprometimento cognitivo leve. Será submetido ao Jornal Brasileiro de Psiquiatria.

E, finalmente, são apresentadas as considerações finais e recomendações, descritas a partir dos resultados obtidos, destacando-se que a comunicação interfere no desempenho do idoso em suas atividades instrumentais de vida diária.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

---

**A COMUNICAÇÃO NO DIAGNÓSTICO DE COMPROMETIMENTO  
COGNITIVO LEVE: REVISÃO INTEGRATIVA**

**THE COMMUNICATION IN THE DIAGNOSIS OF MILD COGNITIVE  
IMPAIRMENT: AN INTEGRATIVE REVIEW**

**A COM NO DIAG DE COMPR COGN LEVE: REV INTEGR**

Ana Iza Gomes da Penha Sobral<sup>1</sup>; Camila Moura Dantas Carréra<sup>2</sup>; Claudia Marina Tavares de Araujo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Terapeuta Ocupacional, mestranda em Saúde da Comunicação Humana – UFPE; Especialista em Tecnologia Assistiva pela Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP.

<sup>2</sup>Fisioterapeuta, mestranda em Saúde da Comunicação Humana – UFPE; Especialista em Fisioterapia Hospitalar pela Faculdade Redentor – RJ.

<sup>3</sup>Fonoaudióloga, Professora Doutora do Departamento de Fonoaudiologia, do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente e do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana da Universidade Federal de Pernambuco.

*Artigo formatado de acordo com as normas do Jornal Brasileiro de Psiquiatria*

## RESUMO

---

**Objetivo:** Apresentar as evidências científicas acerca da avaliação da comunicação no diagnóstico do Comprometimento Cognitivo Leve. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa integrativa da literatura, tendo sido realizado a partir das bases de dados PubMed, Scielo e Web of Science, com combinação dos seguintes descritores: Mild cognitive impairment, diagnosis, communication, todos cadastrados no MeSH. Sem restrições de tempo e idioma. Foram selecionados os artigos originais que apresentassem critérios e instrumentos utilizados para o diagnóstico de Comprometimento Cognitivo Leve, sendo excluídos artigos que o associassem diretamente a doenças neurológicas e os que se direcionassem a apenas um dos tipos desse comprometimento. **Resultados:** Foram encontrados 5214 artigos a partir da busca de descritores, sendo 6 na Scielo, 830 na Pubmed, 4378 na Web of Science. A partir dos critérios de inclusão e de exclusão pré-estabelecidos, foram selecionados 11 artigos para esta revisão. **Conclusões:** Existe grande diversidade de métodos de investigação utilizados para o diagnóstico do Comprometimento Cognitivo Leve. Registra-se, no entanto, predomínio de testes que avaliam a memória, em detrimento a outras funções cognitivas, mais especificamente a comunicação. Para essa função não foi encontrado teste direcionado exclusivamente.

**Palavras-chaves:** Comprometimento Cognitivo Leve. Diagnóstico. Comunicação.

## ABSTRACT

---

**Objective:** To present the scientific evidence for the evaluation of communication in the diagnosis of mild cognitive impairment. **Methods:** This is an integrative research findings, and was conducted from the databases PubMed, Scielo and Web of Science, with combination of the following descriptors: mild cognitive impairment, diagnosis, communication, all registered with the MeSH. No time or language restrictions. Original articles were selected to present criteria and instruments used for the diagnosis of mild cognitive impairment were excluded articles that associate directly with neurological diseases and those direcionassem just one of the types of this commitment. **Results:** There were 5214 articles from the search descriptors, 6 in Scielo, 830 in Pubmed, 4378 in Web of Science. From the inclusion criteria and preset exclusion, we selected 11 items for this review. **Conclusions:** There is a great diversity of investigation methods used for the diagnosis of mild cognitive impairment. Join, however, a predominance of tests to assess memory, to the detriment of other cognitive functions, specifically the communication. For this function was not found testing directed exclusively.

**Keywords:** Mild cognitive impairment. Diagnosis. Communication.

## INTRODUÇÃO

O Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) consiste em um estado transitório entre envelhecimento cognitivo normal e o patológico, no qual o idoso apresenta perda de memória maior que a esperada para sua idade. Essa condição clínica não satisfaz os critérios para a Doença de Alzheimer (DA), embora seja um preditor na identificação de pessoas com risco aumentado em desenvolvê-la<sup>1,2</sup>.

O declínio cognitivo em idosos pode permanecer estável, porém, mais da metade das pessoas que apresentam comprometimento progride para uma demência no período de cinco anos<sup>2</sup>. Petersen (2011) refere que idosos saudáveis apresentam risco de 1% a 2% de evoluírem para a DA, enquanto que esse índice aumenta para 5% a 10% em pessoas com CCL<sup>3</sup>.

Os critérios diagnósticos para o CCL são: não preencher os critérios de demência (DSM-IV, CID-10), evidência de declínio cognitivo observado por meio de replicação de avaliações sequenciais de tarefas cognitivas e/ou relato de declínio cognitivo próprio e/ou do informante em conjunção com a presença objetiva de declínio cognitivo e atividades de vida diárias intactas ou mínimo comprometimento de funções instrumentais complexas<sup>4</sup>. Esses critérios foram avaliados e concluiu-se que são o que melhor indicam a transição para os estados demenciais<sup>5</sup>.

Sabe-se que o CCL é uma síndrome heterogênea que pode comprometer mais de uma função cognitiva, com subtipos que representam sinais e sintomas que prenunciam outros tipos de demência e não apenas da DA<sup>3</sup>.

O tipo de perda cognitiva varia de indivíduo para indivíduo, alguns podem perder primeiro a qualidade da comunicação, enquanto outros declinam na função executiva ou habilidade de aprendizagem<sup>5</sup>. Ao se estudar sobre a relação comunicativa, identifica-se que aproximadamente um quinto da população com mais de 65 anos apresentam problemas de comunicação<sup>6</sup>.

A motivação em realizar essa revisão integrativa, que verifica os principais instrumentos de rastreio utilizados na prática clínica para o diagnóstico do CCL se deve à importância em conhecer como está sendo realizada a avaliação da comunicação. Ressalta-se que não tem sido explorado na literatura o valor atribuído por profissionais de saúde a comunicação, em que pese à importância que possui no cuidado de pessoas idosas, tanto no que concerne à qualidade de vida, como satisfação de idosos, cuidadores e familiares<sup>7</sup>.

Dada à relevância contemporânea de se estudar assuntos que cercam a população nessa faixa etária e, tendo em vista os estudos que abordam esse tema, justifica-se a necessidade de buscar evidências que apontem quais os testes ou instrumentos de avaliação da comunicação de diagnóstico do CCL, com o intuito de condensar e disseminar o conhecimento produzido. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo relacionar a comunicação de idosos com Comprometimento cognitivo leve e seu desempenho nas atividades instrumentais de vida diária.

## **MÉTODOS**

Para o desenvolvimento dessa revisão foram percorridas as seguintes etapas: definição do tema e formulação da questão norteadora, escolha das bases de dados eletrônicas, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, pré-seleção dos artigos, avaliação dos estudos pré-selecionados e seleção dos estudos eleitos, interpretação dos resultados e elaboração final do texto, em forma de artigo.

A seleção dos estudos ocorreu no período de dezembro de 2013 a março de 2014, sendo norteadora pela seguinte pergunta: Quais as evidências científicas que retratam a avaliação da comunicação no diagnóstico do CCL? Foram realizadas buscas nas bases de dados: Scielo, Pubmed e Web of Science. A escolha por essas bases de dados ocorreu por serem fontes de acervos documentais nacionais e internacionais, com informações confiáveis e amplamente consultadas na área acadêmica.

Foram utilizados descritores (MeSH) – palavras-chave para a recuperação de assuntos da literatura científica, sem restrição de idioma, sendo realizados os seguintes cruzamentos: “diagnosis” and “mild cognitive impairment”; “communication” and “mild cognitive impairment” e “diagnosis” and “mild cognitive impairment” and “communication”. Além disso, foram consultadas as referências contidas nos textos encontrados com relevância ao objeto desse artigo.

Como critério de inclusão, foram selecionados artigos originais que abordassem e apresentassem os critérios e instrumentos utilizados para o diagnóstico de CCL. Foram excluídos estudos de caso, de validação e editoriais, artigos de revisão de literatura sistemática ou integrativa, teses, dissertações, artigos apresentados em congressos e eventos científicos, bem como ensaio clínico, estudo piloto, estudo comparativo e pesquisa experimental, além de artigos que se referem a exames de neuroimagem e que associem diretamente o CCL a doenças neurológicas, como por exemplo, Acidente Vascular Cerebral e Parkinson. Além disso, foram excluídos

também, os artigos dirigidos a apenas um dos tipos do CCL, como por exemplo, o amnésico ou que relacionassem a um tipo de proteína ou biomarcador, visto que limitaria a abordagem diagnóstica.

A seleção de artigos do presente estudo foi realizada por dois pesquisadores de forma independente e cega, previamente cientes dos critérios de exclusão e inclusão. Os artigos selecionados foram discutidos.

Sendo assim, para melhor apresentação dos resultados, optou-se por considerar as seguintes variáveis dos artigos selecionados: autor/ano, país, amostra, principais instrumentos utilizados, características e abordagem à avaliação da comunicação humana.

## RESULTADOS

Foram encontrados 5214 artigos a partir da busca de descritores nas bases de dados, sendo 830 na PUBMED, 4381 na Web of Science e seis na Scielo.

A partir do título foram excluídos 757 artigos da Pubmed, 4324 da Web of Science e um da Scielo, restando 135. Em seguida, após leitura do resumo, foram excluídos 106 artigos, sendo 53 da Pubmed, 49 da Web of Science e quatro da Scielo, restando 29 artigos, desses, quatro eram repetidos. Após a leitura completa dos 25 artigos, foram excluídos 14, restando para o presente estudo, a partir dos critérios de inclusão e de exclusão, 11 artigos (**Figura 1**).

Os artigos selecionados para a realização desse estudo são de nove países. Dentre os quais, seis desenvolvidos e cinco em desenvolvimento. Com relação ao ano de produção, registra-se apenas uma publicação anual para 2002, 2006, 2008, 2009 e 2011. Já em 2012 e 2013, houve incremento no número de pesquisas publicadas, com três estudos em cada ano citado.

Vários instrumentos são utilizados para avaliar o idoso com CCL. Nesse estudo, destacou-se a utilização de um instrumento de rastreio cognitivo, o Mini-Exame do Estado Mental (MMSE), que pôde ser encontrado em nove dos estudos selecionados. Em uma das seções desse instrumento está a avaliação breve da linguagem, na qual se identifica as capacidades de reconhecimento e nomeação de objetos, escrita e compreensão de comandos simples.

A despeito da avaliação de aspectos comunicativos, além do MMSE, dois outros testes merecem destaque, a saber: o Teste de Fluência verbal (VFT), que pôde ser

observado em dois estudos e a Avaliação cognitiva Montreal (MoCA), encontrada em um dos estudos, como pode ser observado no **Quadro 1**.

### <Local de inserção do Quadro 1>

## DISCUSSÃO

A grande diversidade observada nos estudos encontrados não permitiu análise estatística (metanálise). A heterogeneidade pôde ser percebida com relação à ausência de critérios de randomização e diversificação das variáveis consideradas em cada artigo participante. Nas últimas quatro décadas, o aumento populacional de idosos pode ser particularmente observado nos países em desenvolvimento<sup>8</sup>, condizendo com o fato de que dois destes países produziram mais artigos, a saber: Brasil e China.

Dentre as consequências do envelhecimento, ocorre a modificação do perfil de saúde, tornando-se frequentes complicações associadas às doenças crônico-degenerativas<sup>9</sup>. Doenças que comprometem a cognição têm sido cada vez mais estudadas a fim de compreender o limiar diferencial entre a senescência e senilidade. Senescência caracteriza-se por modificações naturais que ocorrem naturalmente e inerentes ao processo de envelhecimento. Enquanto que senilidade refere-se aos estados mórbidos mais comuns em pessoas idosas<sup>10</sup>.

Dentre os conceitos clínicos associados ao declínio cognitivo, o de CCL tem sido o mais estudado na literatura internacional, principalmente na última década<sup>1,4</sup>. Nesta pesquisa, existe concordância com os autores acima, visto que cerca de 91% dos artigos são desse período. É importante ressaltar que sete dos 11 textos selecionados para análise, são dos últimos três anos, demonstrando alta aplicabilidade e interesse nesta temática.

Há na literatura escassez de estudos que o relacione com o sexo do indivíduo<sup>1,4,11</sup>. Em um estudo, realizado em Minnesota, ao norte dos Estados Unidos, os pesquisadores identificaram que independente do subtipo do CCL que apresentam, os homens obtiveram incidência do comprometimento maior que as mulheres<sup>12</sup>.

Nesse estudo, houve predomínio de mulheres na população estudada, o que pode estar relacionado ao fato de que, tradicionalmente, o número de mulheres longevas é maior que os de homens na mesma faixa etária<sup>13</sup>.

Com relação ao seguimento das publicações abordadas nesta revisão, observou-se que para identificar o CCL, mais de 50% dos textos seguiram os critérios de Petersen (2001), sendo estes: auto-relato do paciente com relação ao prejuízo em sua memória, confirmado, se possível, por um informante próximo; não preencher os critérios para demência; mensurando objetivamente os componentes afetados; preservação da realização das atividades instrumentais da vida diária; e, declínio cognitivo comprovado por testes específicos.

Registra-se, em um dos estudos, que a utilização de queixas subjetivas do idoso quanto à memória como critério diagnóstico não é preditor confiável, pois reduz a sensibilidade e a especificidade, favorecendo um número elevado de falsos positivos. Em concordância, outros estudos apontam que a percepção subjetiva não corresponde necessariamente ao comprometimento objetivo da função e, isoladamente, não prediz o desenvolvimento de demências<sup>14,15</sup>. Porém, a investigação da queixa subjetiva é fundamental em estudos em que o uso de testes psicométricos são limitados<sup>16</sup>.

Existem poucos estudos no Brasil que mencionam as capacidades psicométricas (confiabilidade, validade e normatização) dos testes neuropsicológicos na população geriátrica, apesar de serem fundamentais no processo de identificação do comprometimento cognitivo<sup>17</sup>.

O idoso com declínio cognitivo leve pode perder gradativamente sua capacidade de desempenho ocupacional e ter seus relacionamentos sociais afetados. Sendo assim, avaliar as funções cognitivas pode detectar precocemente indivíduos nesta situação, o que possibilita ao idoso e familiares providências que possam evitar ou retardar a manifestação dos prejuízos sociais e emocionais que o desenvolvimento de uma demência pode acarretar<sup>18</sup>.

Nos artigos selecionados, aproximadamente 80% utilizaram para a avaliação das funções cognitivas o Mini-Exame do Estado Mental (MMSE). Desenvolvido por Folstein, em 1975, este teste é um dos mais empregados e estudados mundialmente. Suas características psicométricas têm sido avaliadas, em sua versão original e nas diversas traduções/adaptações encontradas<sup>19,20,21,22,23,24</sup>. No Brasil, foi traduzido e validado por Bertolucci em 1994<sup>25</sup>.

Por ser bastante utilizado, é constantemente motivo de estudos comparativos<sup>25,26</sup>. Nesta revisão, cinco artigos conduziram suas pesquisas através da comparação deste instrumento com outros testes, tais como, Aprendizagem Emparelhada Associada

(PAL), Memory and Executive Screening (MES), Avaliação Cognitiva Montreal (MoCA) e Exame e Rastreamento da Capacidade Cognitiva (CCSE).

A partir dos diversos contextos de aplicação do MMSE, pesquisa descreve que este instrumento pode ser suficiente no rastreamento de déficits cognitivos<sup>27</sup>. Complementando o estudo acima, quando combinado a outro teste, como por exemplo, o Questionário do Informante sobre Declínio Cognitivo em Idosos (IQCODE), não houve aumento da acurácia diagnóstica em prever a ocorrência precisa de indivíduos com CCL<sup>28</sup>.

Através dessa revisão, pôde ser observado que em nove dos 11 textos encontrados, a comunicação foi levada em consideração, isso demonstra que alguns de seus aspectos vem sendo investigados durante as avaliações. Embora, ainda existe um percentual (18,2%) demonstrando que, algumas vezes, essa função torna-se despercebida durante o diagnóstico do CCL.

No que se refere à comunicação, dos instrumentos utilizados no diagnóstico, o MMSE, o MoCA e o VFT apresentam em sua estrutura, componentes de avaliação breve da linguagem, tais como: nomeação, fluência verbal e compreensão de comandos simples. No entanto, há lacunas em aspectos comunicativos que podem estar minuciosamente alterados, como por exemplo, a compreensão de expressões de duplo sentido<sup>28</sup>.

Diante da importância que a comunicação tem para os indivíduos em suas relações sociais e interação com o ambiente, percebe-se não tem sido muito explorado na literatura o valor atribuído pelos profissionais de saúde à comunicação, em que pese sua relevância no cuidado de pessoas idosas, tanto em termos qualitativos, como da satisfação de idosos e sua família<sup>29</sup>.

Comprometimento na comunicação pode ser usado como indicador de declínio cognitivo, sendo, portanto, componente de desempenho que pode ser avaliado durante a anamnese dos idosos. Um instrumento confiável e validado no Brasil, utilizado para este fim é a Functional Assessment of Communication Skill Adults<sup>30</sup>.

Os resultados dessa revisão integrativa sugerem a necessidade de se avaliar a comunicação de indivíduos com CCL, visto que essa função constitui importante fator no desempenho social do idoso.

## CONCLUSÕES

Nesta revisão integrativa destacam-se alguns aspectos importantes: em primeiro lugar, a dificuldade de se uniformizar a avaliação, a partir da diversidade de métodos de investigação utilizados para o diagnóstico do CCL. Na sequência, o predomínio de testes que avaliam memória, direcionando menos atenção para outras funções cognitivas. E, finalmente, a ausência de instrumento de avaliação específica da comunicação, visto que a perda da capacidade de se comunicar pode levar ao isolamento social e conseqüentemente, ao declínio funcional.

## CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

*Ana Iza Gomes da Penha Sobral:* concepção e desenho do estudo, coleta de dados, levantamento bibliográfico, análise e interpretação dos dados, elaboração de gráfico, revisão e contribuições críticas na elaboração do artigo;

*Camila Moura Dantas Carréra:* revisão bibliográfica e do artigo, na análise de dados.

*Cláudia Marina Tavares de Araújo:* orientadora, contribuiu na concepção do projeto e desenho do estudo, revisão bibliográfica, revisão do artigo e de sua versão final.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Capes pelo incentivo e auxílio aos pesquisadores desse trabalho, através da bolsa de mestrado.

## REFERÊNCIAS

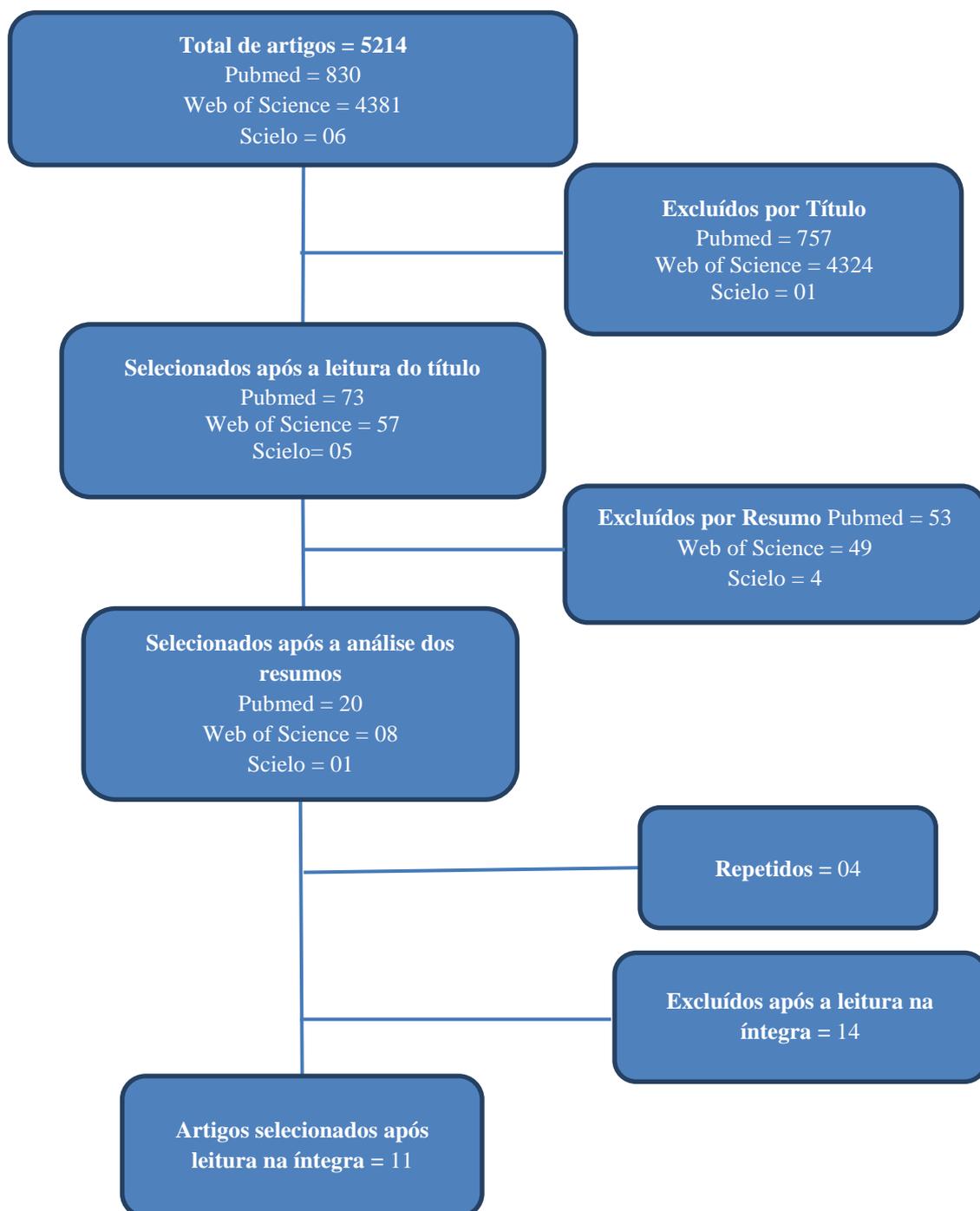
- 1 Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos EG, Cummings JL, DeKosky ST. Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2001;56:1133-42.
- 2 Rabelo, DF. Comprometimento Cognitivo Leve em Idosos: avaliação, fatores associados e intervenção. *Revista Kairós Gerontologia*. 2009; 2:65-79.

- 3 Petersen RC, Doody R, Kurz a, Mohs RC, Morris JC, Rabins PV, *et al.* Current concepts in mild cognitive impairment. *Arch Neurol.* 2001; 58:1985-92.
- 4 Winblad B, Palmer K, Kivipelto M, Jelic V, Fratiglioni I, Wahlund LO, *et al.* Mild cognitive impairment-beyond controversies, towards a consensus: report of International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *J Intern Med.* 2004; 256:240-6.
- 5 Larson JS, Winn, M. Reducing Medicare costs: The risk, prevention, and treatment of cognitive impairment. *Clinical Geriatrics.* 2007; 7:16-25.
- 6 Moraes END, Maríno MCDA. Principais síndromes geriátricas. *Rev Med Minas Gerais.* 2010; 20:54-66.
- 7 Leite AJM. Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. 1. ed. São Paulo: Sarvier, 2007.
- 8 Papaléo MN. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002.
- 9 Reis LA, Mascarenhas CHM, Costa NA, Lessa, RS. Estudo das condições de saúde de idosos em tratamento no setor de Neurogeriatria da Clínica escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2007;31:322-30.
- 10 Simon SS, Ribeiro MP de O. Comprometimento cognitivo leve e Reabilitação neuropsicológica: uma revisão bibliográfica. *Rev. São Paulo.* 2011; 20:93-122.
- 11 Bennett DA, Wilson RS, Schneider JA, Evans, DA, Beckett, LA, Aggarwal NT *et al.* Natural history of mild cognitive impairment in older persons. *Neurology.* 2002;59(2):198-205.
- 12 Yonas EG, Topazian HM, Petersen RC. Engaging in Cognitive Activities, Aging and Mild Cognitive Impairment: A Population-Based Study. *J Neuropsychiatry Clin Neurosciense.* 2011; 23(2): 149-154.
- 13 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Censo Demográfico 2010 [acesso em 10 fev 2014]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
- 14 Schmand B, Jonker C, Hooijer C, Jaap Lindeboom. Subjective memory complaints may announce dementia. *Neurology.* 1996;46(1):121-5.
- 15 Jorm RMF, Christensen H, Korten AE, Henderson AS, Jacomb PA, Mackinnon A. Do cognitive complaints either predict future cognitive decline or reflect past cognitive decline? A longitudinal study of an elderly community sample. *Psychol Med.* 1997;27(1):91-8.

- 16 Jonker C, Geerlings MI, Schmand B. Are memory complaints predictive for dementia? A review of clinical and population-based studies. *Int J Geriatric Psychiatry*. 2000;15(11):938-91.
- 17 Ambiel RAM, Rabelo IS, Pacanaro SV, Alves GAS, & Leme, I. Avaliação Psicológica. Guia de consulta para estudante e profissionais de psicologia. 2011. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- 18 Machado JC, Ribeiro R de CL, Leal PF da G, Cotta RMM. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa (MG). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2007, 10 (4): 592-605.
- 19 Almeida OP. Mini-exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq. Neuropsiquiatr*. 1998;56(3B):605-12.
- 20 Anthony JC, Leresche L, Niaz U, Von Korff MR, Folstein MF. Limits of the mini-mental state as a screening test for dementia and delirium among hospital patients. *Psychol Med*. 1982;12:397-408.
- 21 Grut M, Fratiglioni L, Viitanen M, Winblad B. Accuracy of the Mini-Mental Status Examination as a screening test for dementia in a Swedish elderly population. *Acta Neurol Scand*. 1993;87:312-7.
- 22 Hill LR, Klauber MR, Salmon DP, Yu ES, Liu WT, Zhang M, *et al*. Functional status, education, and diagnosis of dementia in the Shanghai survey. *Neurology*. 1993;43:138-45.
- 23 Laks J, Batista EMR, Guilherme ERL, Contino AL, Faria ME, Figueira I, *et al*. O mini exame do estado mental em idosos de uma comunidade: dados parciais de Santo Antonio de Pádua, Rio de Janeiro. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3B):782-5.
- 24 Lindsay J, Jagger C, Mlynik-szmid, A, Sinorwala A, Peet S, Moledina F. The Mini-Mental State Examination (MMSE) in an elderly immigrant Gujarati population in the United Kingdom. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1997;12:1155-67.
- 25 Sirály E, Szita B, Kovács V, Csibri É, Hidasi Z, Salacz P, *et al*. Differentiation between mild cognitive impairment and healthy elderly population using neuropsychological tests *Neuropsychopharmacol Hung*. 2013; 15(3):139-46.
- 26 O'Caomh R1, Gao Y, McGlade C, Healy L, Gallagher P, Timmons S, Molloy DW. Comparison of the quick mild cognitive impairment (Qmci) screen and the SMMSE in screening for mild cognitive impairment. *Age Ageing*. 2012;41(5):624-9.
- 27 Ladeira RB, Diniz BS, Nunes PV, Forlenza OV. Combining cognitive screening tests for the evaluation of mild cognitive impairment in the elderly. *Clinics*. 2009;64(10):967-973.

- 28 Sequeira, C. Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Ed. Técnicas Ltda. Lisboa-Porto: Lidel; 2010. p.360-378.
- 29 Carvalho, IAMD. Avaliação funcional das habilidades de comunicação – ASHA-Facs para população com doença de Alzheimer. São Paulo. Tese [Doutorado em Ciências] – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006.
- 30 Moretti F, De Ronchi D, Palmer K, Forlani C, Morini V, Ferrari B, *et al.* Prevalence and characteristics of mild cognitive impairment in the general population. Data from an Italian population-based study: The Faenza Project. *Aging Ment Health*. 2013;17(3):267-75.
- 31 Guo Qi-hao, Zhou B, Zhao Qian-hua, Wang B, Hong Z. Memory and Executive Screening (MES): a brief cognitive test for detecting mild cognitive impairment *BMC Neurol*. 2012;12:119.
- 32 Li J, Yu J, Niu, Y. Neuropsychological Impairment Characteristics of MCI and Its Early Detection and Intervention: Prevent and Delay The Onset of AD. *Progress in biochemistry and biophysics*. 2012; 39:804-810.
- 33 Lenehan, M.E.; Klekociuk, S.Z.; Summers, M.J. Absence of a relationship between subjective memory complaint and objective memory impairment in mild cognitive impairment (MCI): is it time to abandon subjective memory complaint as an MCI diagnostic criterion? *Int Psychogeriatr*. 2012;24(9):1505-14.
- 34 Ehreke L, Luck T, Lupp, M, König HH, Villringer A, Riedel-Heller SG. Clock drawing test - screening utility for mild cognitive impairment according to different scoring systems: results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). *Int Psychogeriatr*. 2011;23(10):1592-601.
- 35 Abreu ID, Nunes PV, Diniz BS, Forlenza, OB. Combining functional scales and cognitive tests in screening for mild cognitive impairment at a university-based memory clinic in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008; 30(4):346-9.
- 36 Alladi S, Arnold R, Mitchell J, Nestor PJ, Hodges JR. Mild cognitive impairment: applicability of research criteria in a memory clinic and characterization of cognitive profile. *Psychol Med*. 2006;36(4):507-15.
- 37 Gelin X, Meyer JS, Thornby J, Chowdhury M, Quach M. Screening for mild cognitive impairment (MCI) utilizing combined mini-mental-cognitive capacity examinations for identifying dementia prodromes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2002;17(11):1027-1033.

**Figura 1** - Fluxograma do número de artigos encontrados e selecionados após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão segundo descritores e bases de dados



**Quadro 1 - Estudos que apresentaram os instrumentos utilizados para o diagnóstico do Comprometimento Cognitivo Leve**

Nº	AUTOR/ANO	PAÍS	AMOSTRAGEM	PRINCIPAIS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	ABORDAGEM À COMUNICAÇÃO
01	MORETTI <i>et al</i> , 2013	Itália	6921 idosos, 52,9% mulheres.	MMSE	SIM
02	SIRÁLY <i>et al</i> , 2013	Hungria	63 indivíduos, destes 14 apresentaram CCL	PAL + critérios de Petersen + MMSE	SIM
03	O'CAOIMH <i>et al</i> , 2013	Irlanda	965 idosos, 57% constituído por mulheres. Destes, 154 apresentam CCL	MMSE + SMMSE	SIM
04	GUO <i>et al</i> , 2012	China	796 idosos, sendo 311 com CCL	Crítérios de Petersen + CMMSE + MES + bateria neuropsicológica contendo AVLT, CFT, AFT, TMT-A, TMT-B, SCWT, CDT	SIM
05	LI J. <i>et al</i> , 2012	China	Idosos entre 60 e 95 anos	MMSE + MoCA	SIM
06	LENEHAN <i>et al</i> , 2012	Austrália	139 idosos, entre 60 e 90 anos, destes 83 são do sexo feminino.	Crítério de Petersen + bateria neuropsicológica contendo CFT, TMT-A, TMT-B, SCWT, DRS	NÃO
07	EHREKE, 2011	Alemanha	428 idosos	CDT	NÃO
08	LADEIRA <i>et al</i> , 2009	Brasil	247 idosos, sendo 73% mulheres. Deste, 83 apresentam CCL.	CAMDEX + MMSE + VFT + IQCODE	SIM
09	ABREU <i>et al</i> , 2008	Brasil	191 idosos, sendo 65 com CCL	MMSE + bateria neuropsicológica + IQCODE	SIM
10	ALLADI <i>et al</i> , 2006	Inglaterra	124 indivíduos, destes 72 apresentavam CCL	Crítérios de Petersen + MMSE + CFT + TMT-A + TMT-B + VFT + PAL	SIM
11	GELIN <i>et al</i> , 2002	EUA	351 idosos, sendo 40,1% do sexo feminino.	MMSE + CCSE	SIM

MMSE: Mini-exame do Estado Mental; PAL: Aprendizagem Emparelhada Associada; CCSE: Exame e rastreamento da capacidade cognitiva; VFT: Teste de Fluência Verbal; CFT: Teste da figura complexa de Rey; TMT-A, TMT-B: Trail Making Test-A and B; IQCODE: Questionário do informante sobre declínio cognitivo em idosos; CMMSE: Mini-exame do Estado Mental versão chinesa; MES: Memory and Executive Screening; AVLT: Aprendizagem auditivo-verbal; MoCA: Avaliação cognitiva Montreal; SCWT: Teste de Stroop; DRS: Escala de avaliação de Demência; AFT: Teste de Fluência Verbal categoria animal; CAMDEX: Teste de Semelhanças

## **3 MÉTODO**

---

### **3.1 Tipo do Estudo**

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, analítico.

### **3.2 Local do Estudo**

Este estudo foi realizado na Universidade Aberta à Terceira Idade (UnATI) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Fundada em 1996, a UnATI é uma ação extensionista vinculada ao Programa do Idoso (PROIDOSO) da Pró-Reitoria de Extensão (PROEXT) da UFPE. Tem a finalidade de promover ações para a melhoria da qualidade de vida de idosos, através da incorporação de novos conhecimentos e integração na sociedade contemporânea, por meios de curso de educação continuada (SOUZA, FALCÃO, LEAL *et al.* 2007).

De caráter público, esse programa conta com docentes de vários Centros e Departamento da Universidade, além de acadêmicos e profissionais voluntários não vinculados à UFPE. Para admissão ao Programa, o participante deve ter a idade mínima de 60 anos. Não há exigência de nível de escolaridade (LEITE, 2002).

### **3.3 População do Estudo**

Idosos matriculados no primeiro semestre de 2014 na Universidade Aberta à Terceira Idade (UnATI) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), e respectivos cuidadores ou familiares.

Para o cálculo amostral desse estudo, foi utilizado como referência o número total de idosos matriculados no período da coleta, que totalizou 398 idosos. Através de um estudo piloto, com a participação de 26 idosos selecionados aleatoriamente, pôde ser identificada prevalência de 15,4% do CCL. Além disso, observa-se na literatura que a prevalência deste comprometimento varia de 14 a 18% em idosos a partir dos 70 anos, e que seus critérios determinantes são variados (LUCK, 2007). Assim, para fins de dimensionamento do tamanho amostral, foi estabelecido 15,4% de prevalência, 95% de intervalo de confiança, erro máximo estimado de 1,113 e desvio-padrão de 6,0064, o que resulta em uma amostra de 46 idosos e seus respectivos cuidadores ou familiares. A seleção foi por conveniência e para obter o quantitativo final da amostra dimensionada foram entrevistados 286 idosos.

A amostra foi calculada através da equação:

$$n = \frac{N \cdot \sigma^2 \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{(N-1) \cdot E^2 + \sigma^2 \cdot (Z_{\alpha/2})^2}$$

<p>N = número de idosos cadastrados</p> <p>Z<sub>α/2</sub> = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado</p> <p>σ = Desvio-padrão populacional da variável estudada</p> <p>E = Margem de erro ou Erro máximo de estimativa.</p>
---

Em que:

### 3.3.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos idosos vinculados e matriculados na UnATI no primeiro semestre de 2014 e que preenchessem o critério diagnóstico do CCL, além de seu cuidador ou familiar.. Os idosos elegíveis apresentaram escore diminuído, de acordo com sua escolaridade, nos seguintes testes: Mini-exame do Estado Mental (MEEM), Teste do Relógio de Tuokko e na Fluência verbal. Além disso, escore de 0-5 na Escala de Depressão Geriátrica - GDS-15, conforme descrito na coleta de dados.

Foram excluídos desse estudo idosos com doenças neurológicas, psiquiátricas, problemas ortopédicos, reumatológicos ou quaisquer outras limitações motoras ou sensoriais que poderiam comprometer a realização das atividades instrumentais de vida diária.

## 3.4 Elenco das Variáveis

### 3.4.1 Variáveis Independentes

1- Habilidades de comunicação: componentes necessários para a capacidade de compreender, emitir e interagir de forma independente e eficiente em resposta à demanda do cotidiano. Avaliada através da escala de Avaliação funcional das habilidades de comunicação da Associação Americana de Fonoaudiologia ASHA- Facs (CARVALHO, 2006).

2- Atividades instrumentais de vida diária (AIVD): relacionadas à participação dos idosos em seu entorno social e indicam a capacidade de um indivíduo em levar uma vida independente (física e mental) dentro da comunidade (ANDREOTTI; OKUMA,

1999; FIELDER, 2005). Avaliada através da aplicação do questionário Lawton - Brody (Lawton; Brody, 1969).

### 3.5 Coleta de Dados

Os dados foram coletados no período de Maio a Setembro de 2014, em uma das salas da UnATI, um ambiente confortável, favorecendo aos participantes privacidade e esclarecimentos antes do momento da entrevista e aplicação dos testes.

#### 3.5.1 Instrumentos da seleção amostral

1 Mini-Exame do Estado Mental (MEEM): É um questionário de rastreio cognitivo (FOLSTEIN, 1975) (ANEXO A) mais utilizados mundialmente, isolado ou em conjunto com outros instrumentos de rastreio, para detectar o declínio cognitivo do indivíduo (LOURENÇO; VERAS, 2006). Apresenta o score classificado de acordo com o grau de escolaridade (SILVA *et al*, 2011).

2 Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15): Aplicado para identificar algum componente depressivo (ANEXO B). Trata-se de uma escala amplamente utilizada e validada como instrumento diagnóstico de sintomas depressivos no idoso. Consiste em 15 perguntas objetivas, na qual a cada afirmação é atribuído um ponto. Há sinal de quadro depressivo quando se obtém mais de cinco pontos (FERRARI; DELACORTE, 2007).

3 Teste do Relógio (TR): Teste empregado na investigação do comprometimento em algumas habilidades cognitivas, tais como: funções visuoespaciais e visuoconstrutivas, linguagem auditiva, memória semântica e funções executivas. A pontuação obtida seguiu a classificação de Shulman *et al*. (1993), em que se atribui o valor de zero a cinco (0 a 5) pontos, com o ponto de corte de três pontos.

4 Teste de Fluência verbal (FV): Utilizado para verificar a velocidade de processamento, memória semântica e geração de palavras. instrumento de fácil aplicação, embora, apresenta-se como tarefa cognitiva complexa, cujo objetivo é avaliar o desempenho em geração de palavras e maior número possível da mesma categoria semântica durante um minuto. Neste estudo, usamos a categoria animais.

5 Questionário sociodemográfico e clínico: coleta de dados sociodemográficos e clínicos através de um questionário elaborado para a caracterização da amostra (APÊNDICE A).

### **3.5.2 Instrumentos para análise**

#### **3.5.2.1 Avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)**

As AIVD foram avaliadas a partir da aplicação da escala de Lawton-Brody (LAWTON; BRODY, 1969) ao idoso (ANEXO C). Trata-se de uma escala clássica, validada internacionalmente. Possui oito atividades, nas quais o idoso é avaliado de acordo com seu desempenho funcional, medindo os primeiros graus significativos de deterioração. Dentre os critérios de avaliação, estão: locomoção fora de casa, uso do telefone, realização de viagens e compras, manejo do dinheiro e administração de medicações. Nessa escala, aplicada diretamente ao idoso, as perguntas são classificadas de acordo com a capacidade de iniciativa, de execução e assistência recebida, oferecendo informações das AIVD de maneira mais específica (LAGE, 2007).

#### **3.5.2.2 Avaliação das Habilidades Comunicativas**

Aplicada ao cuidador/familiar, a *Escala ASHA-Facs - Functional Assessment of Communication Skills for Adults da ASHA* (1995) (ANEXO D) É um instrumento de origem norte americano, validado nacionalmente por Carvalho (2006). Tem como função avaliar a comunicação através da aplicação de 43 questões, divididas em quatro domínios: comunicação social, comunicação de necessidades básicas, leitura, escrita e conceitos numéricos e planejamento diário. Embora tenha sido aplicada toda a escala, foi dada ênfase à competência da comunicação social, visto que consiste em atividades necessárias à independência funcional, como, utilização de telefone, comunicação em grupo, compreensão de voz e expressões faciais, além de seguimento de instruções verbais simples.

### **3.5.3 Procedimentos de coleta de dados**

O idoso elegível à participação no estudo foi abordado. Neste momento, foram explicados os objetivos, as condições necessárias para sua inclusão na pesquisa e os procedimentos do estudo. Concordando em participar, os idosos e seus cuidadores/familiares foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICES B e C).

Logo após, foram agendados data e horário para que o idoso e seu cuidador/familiar fossem submetidos à coleta de dados, propriamente dita. Todo o processo de coleta aconteceu em um único dia. Para que não houvesse influência, constrangimento ou conflitos durante a obtenção das respostas, os dados foram obtidos em dois

momentos consecutivos. Inicialmente, o idoso era convidado a entrar na sala e após conclusão da coleta, esperava em outro local, enquanto seu cuidador/familiar respondia o questionário.

### **3.6 Análise dos Dados**

Foi utilizado o software de análise estatística de dados IBM SPSS Statistics 19.0, sendo aferidas as medidas descritivas das variáveis numéricas e ordinais através das seguintes medidas: média, mediana, moda, desvio padrão, valor máximo, valor mínimo e quartis.

Em seguida, foram criadas tabelas com as frequências absolutas, relativas e acumuladas das variáveis, com a finalidade de verificar outlier's e gráficos de distribuição para verificação do comportamento das variáveis a ser analisadas.

Para estudar a correlação entre as variáveis como descrito nos objetivos do estudo foram apresentadas as variáveis totalizadoras do escore da escala Lawton-Brody e as variáveis da comunicação social da escala ASHA-Facs.

As variáveis ordinais foram testadas com as descritas, utilizando o Teste de Correlação de Pearson, considerando-se correlação positiva ou negativa entre as variáveis testadas quando o p-valor do respectivo teste for menor que 5% ( $p < 0,05$ ).

Os resultados significantes foram apresentados na Tabela 2, onde também contém: frequência absoluta e relativa, desvio padrão, valor da correlação e p-valor.

### **2.7 Considerações Éticas**

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CCS/UFPE), Sob o parecer nº 522.024/2014 e CAAE: 26145813.8.0000.5208 (ANEXO E).

## **4 ARTIGO ORIGINAL**

---

**COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE EM IDOSOS: RELAÇÃO ENTRE  
COMUNICAÇÃO E CAPACIDADE FUNCIONAL**

MILD COGNITIVE IMPAIRMENT IN THE ELDERLY: RELATIONSHIP  
BETWEEN COMMUNICATION AND FUNCTIONAL CAPACITY

COMPR COG LEV EM ID: REL ENT COMUN E CAP FUNC

Ana Iza Gomes da Penha Sobral<sup>1</sup>; Claudia Marina Tavares de Araujo<sup>2</sup>

\* Artigo original resultado da dissertação de mestrado em Saúde da Comunicação Humana - UFPE.

<sup>1</sup>Terapeuta Ocupacional, mestranda em Saúde da Comunicação Humana - UFPE; Especialista em Tecnologia Assistiva pela Universidade Católica de Pernambuco - Recife/PE - Brasil.

<sup>2</sup>Fonoaudióloga, Professora Doutora do Departamento de Fonoaudiologia, do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente e do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana da Universidade Federal de Pernambuco - Recife/PE - Brasil.

## RESUMO

---

**Objetivo:** avaliar a relação existente entre comunicação e realização das atividades instrumentais da vida diária de idosos com Comprometimento cognitivo leve. **Métodos:** estudo transversal, quantitativo, analítico, realizado na Universidade aberta à Terceira Idade da Universidade Federal de Pernambuco. Participaram do estudo 92 pessoas, sendo 46 idosos com comprometimento cognitivo leve e seus respectivos cuidador ou familiar que atenderam aos critérios de inclusão. Aos idosos, foram aplicados o questionário sociodemográfico e a Escala de Lawton-Brody; e, a seus informantes, a escala de Avaliação Funcional das Habilidades Comunicativas. As seguintes variáveis foram estudadas: habilidades de comunicação social e atividades instrumentais de vida diária. As medidas descritivas foram organizadas em planilha Excel<sup>®</sup> 2007 e para análise estatística foi aplicado o Teste de Correlação de Pearson. **Resultados:** evidenciou-se correlação estatisticamente significativa em quatro domínios da comunicação social, a saber: nomeia pessoas familiares pelo nome ( $p=0,0033$ ); solicita informação sobre pessoas ou acontecimentos ( $p=0,0355$ ); compreende conversas em ambiente barulhento ( $p=0,0448$ ) e, compreende o que assiste na televisão ou ouve no rádio ( $p=0,0127$ ). **Conclusão:** as alterações existentes na comunicação de idosos com comprometimento cognitivo leve interferem na capacidade de realização de atividades instrumentais com autonomia e independência.

**Palavras-chave:** Comprometimento Cognitivo Leve, Idoso, Comunicação.

## ABSTRACT

---

**Objective:** To assess the relationship between communication and performance of elderly people with mild cognitive impairment in performing instrumental activities of daily living. **Methods:** Cross, quantitative, analytical study, conducted at the University open for Elderly, Federal University of Pernambuco. The study included 92 people, including 46 elderly with mild cognitive impairment and their caregiver or family member who met the inclusion criteria. The elderly, were applied the sociodemographic questionnaire and the Scale of Lawton-Brody; and, to his informants, the scale of Functional Assessment of Communication Skills. The following variables were studied: social communication skills and instrumental activities of daily living. Data were organized into Excel® 2007 spreadsheet and statistical analysis used the Pearson correlation test. **Results:** showed a statistically significant correlation in four domains of media, namely: appointing people familiar with the name ( $p = 0.0033$ ); requests information about people or events ( $p = 0.0355$ ); understand conversations in noisy environment ( $p = 0.0448$ ) and understands what watch on television or hear on the radio ( $p = 0.0127$ ). **Conclusion:** existing changes in communication of elderly people with mild cognitive impairment interfere with the ability to perform instrumental activities autonomously and independently.

**Keywords:** Mild Cognitive Impairment. Elderly. Communication.

## INTRODUÇÃO

Diante das transformações demográficas atuais que nos fazem observar uma população com expectativa de vida cada vez mais elevada, evidencia-se a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevida maior, mas também uma boa qualidade de vida<sup>1</sup>.

Para o idoso a qualidade de vida está associada à capacidade de se manter autônomo e independente no desempenho das atividades cotidianas, principalmente no que se refere ao convívio social com a família, amigos e vizinhos<sup>2</sup>.

As atividades cotidianas são classificadas em Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), sendo relacionadas com tarefas de autocuidado, como por exemplo, alimentação, higiene pessoal, vestir-se; e, em Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), que são atividades que necessitam de habilidades cognitivas mais complexas, no que tange às exigências neuropsicológicas e à influência de fatores sociais, motivacionais e contextuais para manutenção da vida independente, como por exemplo, ir a algum lugar, administrar a medicação, utilizar o telefone<sup>3</sup>.

O engajamento social acontece primariamente, por meio de uma das habilidades cognitivas, a comunicação<sup>4</sup>. Comumente, o processo de envelhecimento ocasiona alteração na comunicação<sup>5,6</sup>, seja por transtorno ou comprometimento nos processos neurológicos ou diminuição de mobilidade e força muscular de órgãos fonoarticulatórios<sup>6</sup>.

A linguagem oral é a forma de comunicação mais utilizada universalmente. Possui características próprias e sofre modificações nas diferentes fases da vida. Com o avançar da idade, tende a ficar menos eficiente, acarretando alterações nos diálogos ou ciclos comunicativos<sup>6</sup> e, conseqüentemente, nas relações sociais do idoso.

Embora a comunicação possa ser um importante indicador da capacidade cognitiva do idoso, evidenciando aspectos preservados ou alterados, a literatura apresenta poucos estudos que abordem diretamente esse tema<sup>4</sup>.

Doenças que comprometem a cognição têm sido cada vez mais estudadas, a fim de se compreender o limiar diferencial entre a senescência e senilidade<sup>7</sup>. Preocupada com o avanço do número de pessoas com comprometimento cognitivo, a Academia Americana de Neurologia recomendou o diagnóstico e o acompanhamento do idoso com Comprometimento Cognitivo Leve (CCL)<sup>8</sup>, que consiste em quadro de perda

cognitiva quando comparados a pessoas da mesma faixa etária, mas que não preenchem critérios para demência.

Lakes et al.<sup>9</sup> afirmam que o desempenho cognitivo está relacionado ao comprometimento funcional nas AIVD, sendo importante a investigação e a intervenção nesta população.

O idoso com CCL pode perder gradativamente sua capacidade de desempenho ocupacional e ter seus relacionamentos sociais afetados. Sendo assim, a avaliação das funções cognitivas pode detectar precocemente essa condição, possibilitando ao idoso e seus familiares a tomada de providências, que possam evitar ou retardar prejuízos sociais e emocionais que o desenvolvimento de uma demência pode acarretar<sup>10</sup>.

Sabendo-se que a realização das AIVD envolve a comunicação e que a linguagem constitui um instrumento de socialização, uma mediadora das relações entre o ser humano e o mundo, é importante conhecer os aspectos que envolvem esta relação, para que se possa elaborar um plano de ação que integre atividades de promoção da saúde, prevenção e tratamento, visando melhor qualidade de vida ao idoso<sup>10</sup>.

Diante desse panorama, o presente estudo teve como objetivo apresentar a relação entre comunicação e desempenho nas AIVD de idosos com CCL.

## **MÉTODOS**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), sob o CAAE nº 26145813.8.0000.5208.

Os participantes foram solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após os devidos esclarecimentos sobre o estudo e antes da coleta dos dados.

Trata-se de um estudo de caráter transversal, analítico. Realizado na Universidade Aberta à Terceira Idade (UnATI) da Universidade Federal de Pernambuco, no período de maio a setembro de 2014. Participaram da pesquisa 46 idosos, matriculados na UnATI e seus respectivos cuidadores e/ou familiares, totalizando 92 pessoas entrevistadas.

Foram selecionados idosos que estivessem devidamente matriculados na UnATI e apresentassem os critérios diagnósticos para o CCL apresentados por de Petersen (2001), sendo esses: a) auto-relato de prejuízo de sua memória, corroborado, se

possível, por um informante próximo; b) não preencher os critérios para o diagnóstico de demência; mensurando objetivamente os componentes afetados; c) preservação da realização das atividades instrumentais da vida diária; e, d) declínio cognitivo, comprovado por testes específicos. Vale destacar que essa classificação foi realizada, levando-se em consideração os critérios acima descritos, não havendo submissão à avaliação psiquiátrica e ou neurológica. Os idosos participantes apresentaram declínio cognitivo nos testes Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), do Desenho do Relógio, Fluência Verbal – categoria animais. Além disso, apresentaram escore de 0 a 5 pontos na escala de Depressão Yesavage (GDS-15), que indica ausência de sinais e sintomas depressivos.

Foram excluídos do estudo, idosos analfabetos, que resida sozinho, com doenças neurológica, psiquiátrica, ortopédica, reumatológica ou quaisquer outras limitações motoras ou sensoriais que comprometam a realização das AIVD.

Para a seleção da amostra foram aplicados aos idosos os seguintes instrumentos:

1 Exame do Estado Mental: Mini-Exame do Estado Mental (MEEM): empregado para rastrear a presença ou não de comprometimento cognitivo<sup>11</sup>.

2 Escala de Depressão Geriátrica (GDS): o objetivo deste instrumento é a avaliação do estado afetivo, diferenciando os indivíduos com e sem sintomas de depressão. Nesse estudo, utilizou-se a forma reduzida com 15 questões, identificando os sintomas de depressão e os fatores de risco<sup>12</sup>.

3 Teste de Fluência verbal Semântica - categoria animais: O teste consiste em solicitar ao idoso que fale o maior número de nomes de animais de que se recorde, durante um minuto<sup>13</sup>. Esse teste foi utilizado por se acreditar que a nomeação de animais é comum a pessoas escolarizadas, independente do nível de escolaridade.

2 Teste do Desenho do Relógio (TDR): instrumento de avaliação empregado para triagem cognitiva<sup>14</sup>.

Aos idosos e seus respectivos familiares e/ou cuidador elegíveis a participarem do estudo, foram aplicados os seguintes instrumentos:

1 Questionário de dados sociodemográficos e clínicos: incluindo nome, idade, sexo, estado civil, filhos, com quem mora, escolaridade, formação profissional, dados funcionais, religião, diagnóstico de comorbidades, atividades de lazer, dentre outros.

2 Escala de Lawton-Brody (1969): adaptada ao contexto brasileiro por Santos e Junior, em 2008, essa escala avalia as AIVD.

3 Ao cuidador familiar e/ou responsável foi aplicada a escala de habilidades comunicativas ASHA-Facs, que consiste em um instrumento de avaliação das habilidades comunicativas<sup>15</sup>. Para finalidade desse estudo, a categoria de comunicação social será utilizada para as análises correlacionais, constituindo a variável de interesse.

Inicialmente, realizou-se a triagem dos idosos matriculados na UnATI, a partir do auto-relato de alteração cognitiva no último ano. Para os que preenchessem os critérios de inclusão, houve convite para participar da pesquisa e agendados dia e hora para a coleta propriamente dita. A realização da entrevista se deu em ambiente adequado, sala da UnATI, e teve a duração aproximada de 30 minutos. Os idosos foram selecionados baseado nos pontos de corte estabelecidos por cada instrumento. Com esses procedimentos, muitos não preencheram os critérios previamente estabelecidos e foram excluídos do estudo.

Os elegíveis a participar da pesquisa responderam o questionário sociodemográfico e clínico. Após esse procedimento, o idoso era convidado a se retirar da sala e seu cuidador/familiar, solicitado a entrar. Em seguida, era aplicada ao cuidador/familiar a Escala das habilidades comunicativas ASHA-Facs, com duração média de 20 minutos.

Registram-se limitações desse estudo o fato de os idosos não ter sido avaliado por psiquiatra e ou neurologista para diagnóstico preciso e detalhado; o número elevado de idosos que referiram alteração cognitiva, cujo desempenho nos testes foi normal; e, finalmente a dificuldade em conciliar o horário de coleta de idoso e cuidador / familiar em um mesmo momento.

Foi utilizado o software de análise estatística de dados IBM SPSS Statistics 19.0, sendo aferidas as medidas descritivas das variáveis numéricas e ordinais através da: média, mediana, moda, desvio padrão, valor máximo, valor mínimo e quartis, conforme apresentado na Tabela 1.

Para estudar a correlação entre as variáveis como descrito nos objetivos do estudo foram criadas as variáveis totalizadoras do escore da escala Lawton-Brody e a escala ASHA-Facs.

As variáveis ordinais foram testadas com as descritas, utilizando o Teste de Correlação de Pearson, considerando que há correlação positiva ou negativa entre as variáveis testadas quando o p-valor do respectivo teste for menor que 5% ( $p < 0,05$ ).

Os resultados significantes foram apresentados na **Tabela 2**, com as respectivas medidas frequência absoluta e relativa, desvio padrão, valor da correlação e p-valor.

## RESULTADOS

Dos 46 idosos participantes desse estudo, observou-se predomínio do sexo feminino 97,8% ( $n=45$ ). A média de idade foi de 70,3 anos (desvio-padrão [s] de  $\pm 6,663$ ). Com relação ao estado civil, houve igualdade no percentual de idosos casados e viúvos, correspondendo a 39,1% para cada, seguido de 17,4% de divorciados e 4,3% de solteiros. Já o número de filhos, a média ficou em 3,35 ( $s \pm 2,213$ ).

Para 50,0% ( $n=23$ ) dos idosos, a principal fonte de renda é a aposentadoria, seguida de 23,9% ( $n=11$ ) de pensionistas; 21,7% ( $n=10$ ) dependentes do marido, o percentual restante 4,4% ( $n=2$ ) refere obter sustento através de formas variadas, entre elas: ajuda ou pequenas atividades no comércio. A ocupação predominante é dona de casa 21,7% ( $n=10$ ), sendo o percentual restante distribuído em diversas atividades, como vendedora, costureira, professora e secretária.

A comorbidade mais frequente foi hipertensão arterial, comprometendo 43,5% ( $n=20$ ) da população estudada. Com relação à principal atividade de lazer dos idosos, 58,7% ( $n=27$ ) referiram assistir à televisão, 30,4% ( $n=14$ ) preferem a leitura como forma de entretenimento, seguidos de 8,7% ( $n=4$ ) que preferem conversar com familiares ou amigos e 2,2% ( $n=1$ ) afirma não ter atividade de lazer.

A média de pontos obtidos no MMSE foi de 22,39 e mediana 23. A moda do teste de Fluência verbal foi nove. A **Tabela 1** apresenta média, moda, máximo, mínimo, quartis e os desvios-padrão dos instrumentos utilizados na seleção de idosos para participarem do estudo.

**Tabela 1** - Características do desempenho nos testes de triagem na UnATI/UFPE. Recife – PE, 2014.

	ESCALA DE LAWTON-BRODY				
	N	MEEM	GDS-15	TDR	FV
Média	46	22,39	-	-	-
Mediana	46	23	-	-	-
Moda	46	23	1	2	9
Desvio-padrão	46	1,422	-	-	-
Mínimo	46	19	1	1	5
Máximo	46	27	2	2	9
Quartil 25	46	21,75	-	-	-
Quartil 50	46	23	-	-	-
Quartil 75	46	23	-	-	-

**Nota:** MEEM = Mini exame do Estado Mental; GDS-15= Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage em versão reduzida (GDS-15); TDR = Teste do desenho do relógio; FV= Fluência Verbal.

Com relação ao desempenho nas AIVD, 80,4% ( $n=37$ ) dos idosos apresentaram a condição de parcialmente dependentes. As atividades em que apresentaram maiores dificuldades de realização foram: “uso de medicamentos” (63%,  $n=29$ ); “trabalho doméstico” (58,7%,  $n=27$ ). Simultaneamente, “realização de compra”, “preparo de refeições” e “realização de viagens” demonstram incidências iguais (19,6%,  $n=9$ ). A maior independência foi observada na “utilização do telefone” (93,5%,  $n=43$ ), seguida de “manuseio do dinheiro” (84,8%,  $n=39$ ).

Nesse estudo, ao correlacionar as questões que compõem o domínio social da escala ASHA-Facs e o nível de independência, avaliado pela escala de Lawton-Brody, evidenciou-se relação estatisticamente positiva para quatro questões, a saber: nomeia pessoas familiares ( $p=0,0033$ ); solicita informação sobre pessoas ou acontecimentos ( $p=0,0355$ ); compreende conversas em ambiente barulhento ( $p=0,0448$ ) e, compreende o que assiste na televisão ou ouve no rádio ( $p=0,0127$ ).

As variáveis da comunicação social da ASHA-Facs que apresentaram relação significativa estão apresentadas na **Tabela 2**. São demonstrados os valores da Correlação de Pearson entre essas habilidades estudadas e o escore da Escala de Lawton-Brody.

**Tabela 2** - Relação entre os componentes da comunicação social da escala ASHA-Facs e o desempenho na escala de Lawton-Brody. Recife-PE, 2014.

Refere-se a pessoas familiares pelo nome?	Correlação de Pearson P-Valor N	0,425 <b>,003*</b> 46	Compreende conversas em ambiente barulhento?	Correlação de Pearson P-Valor N	0,297 <b>,045*</b> 46
Solicita informação sobre pessoas ou acontecimentos?	Correlação de Pearson P-Valor N	0,311 <b>,036*</b> 46	Compreende o que assiste na TV ou ouve na rádio?	Correlação de Pearson P-Valor N	0,365 <b>,013*</b> 46
Explica como se faz um café ou outro procedimento qualquer?	Correlação de Pearson P-Valor N	-0,092 0,543 46	Compreende expressões faciais?	Correlação de Pearson P-Valor N	0,068 0,654 46
Expressa concordância ou discordância?	Correlação de Pearson P-Valor N	.a .br/>46	Compreende tom de voz?	Correlação de Pearson P-Valor N	.a .br/>46
Conversa ao telefone?	Correlação de Pearson P-Valor N	.a .br/>46	Inicia uma conversa com as pessoas?	Correlação de Pearson P-Valor N	-0,092 0,543 46
Participa de conversas em grupo?	Correlação de Pearson P-Valor N	.a .br/>46	Acrescenta novas informações à conversa?	Correlação de Pearson P-Valor N	-0,132 0,383 46
Responde a perguntas fechadas (tipo sim ou não)?	Correlação de Pearson P-Valor N	.a .br/>46	Muda o tema da conversa?	Correlação de Pearson P-Valor N	0,008 0,958 45
Segue instruções verbais simples?	Correlação de Pearson P-Valor N	0,078 0,607 46	Consegue acompanhar a conversa quando o outro muda de assunto?	Correlação de Pearson P-Valor N	0,018 0,906 46
Compreende impressões implícitas?	Correlação de Pearson P-Valor N	0,132 0,38 46	Reconhece quando faz algum erro de comunicação?	Correlação de Pearson P-Valor N	0,149 0,323 46
Sorri diante de comentários bem humorados?	Correlação de Pearson P-Valor N	0,06 0,691 46	Corrige seus erros de comunicação?	Correlação de Pearson P-Valor N	0,204 0,173 46
Compreende expressões de duplo sentido ou inferências?	Correlação de Pearson P-Valor N	0,073 0,629 46			

## DISCUSSÃO

No que tange às características demográficas, houve predomínio do sexo feminino, como acontece em grande parte dos estudos populacionais com idosos<sup>16</sup>. A representação majoritária da mulher idosa pode estar associada à maior expectativa de vida dessa população resultante, dentre outros fatores, das diferenças quanto ao estilo de vida e às atitudes frente a doenças e incapacidades<sup>17</sup>.

Habitualmente, as mulheres apresentam maior preocupação com o autocuidado e a saúde. Demonstram interesse em participar de atividades, buscando entrar em contato com novas pessoas e ampliar o círculo de amizades<sup>18</sup>. Soma-se a isso, a suposição de que os idosos participam menos de ações coletivas por questões socioculturais<sup>19</sup>. Achados semelhantes foram encontrados em outro estudo, cuja participação masculina não ultrapassou 10,0%<sup>20</sup>.

Em conformidade com outros estudos, a idade média dos idosos participantes foi de 70,3 anos<sup>21,22</sup>. Supõe-se que a baixa participação de idosos, com mais idade, entre 75 e 84 anos pode estar relacionada ao grau de dependência e comorbidades que o aumento da idade acarreta, constituindo fatores limitantes ao acesso e à participação em atividades sociais<sup>18</sup>.

Com relação ao estado civil, registra-se equidade na proporção do número de idosos casados e viúvos (39,1%). Dados semelhantes ao encontrado nesse estudo podem ser visto em pesquisa realizada em Goiana- GO, onde 45,3% dos idosos eram casados e 44,0%, viúvos<sup>22</sup>. Um dos fatores predisponentes para o aumento do número de viúvas é de origem sociocultural, pois, normalmente as mulheres se casam com homens mais velhos. Além disso, associa-se a um índice de mortalidade masculina maior e ao fato dos homens, quando viúvos, casarem-se novamente<sup>20</sup>.

A despeito disso, uma pesquisa realizada em 11 países europeus evidenciou que cerca de 70,0% dos idosos eram casados<sup>23</sup>. Entretanto, no Brasil, há estudos que demonstram predominância de viuvez, principalmente no sexo feminino<sup>24,25</sup>.

Atualmente, a idosa normalmente exerceu papel restrito ao ambiente doméstico. A função de administrar o lar e cuidar dos filhos era, praticamente, sua responsabilidade. Fato que reflete nos achados desse estudo, haja vista que a maioria das idosas entrevistadas não desenvolveu atividades profissionais. Dado que se encontra em conformidade com outras pesquisas<sup>26,27</sup>.

Estudos empíricos envolvendo a população de idosos apresentam a hipertensão arterial como sendo a comorbidade mais frequente, principalmente em idosas<sup>20,26</sup>. Nesse estudo, encontramos dados que corroboram esses estudos, entretanto, vale salientar alguns fatores que colaboraram para esse resultado: o número de idosas participantes superior ao número de idosos; o fato de as mulheres possuírem mais percepção das doenças e apresentarem uma tendência maior para o autocuidado, além de frequentarem mais os serviços de saúde, em comparação à população masculina.

Apesar de afirmarem ter tempo disponível para realização de diversificadas atividades de lazer, os idosos, desse estudo, referiram assistir à televisão, como principal forma de entretenimento. Prática também registrada em diversos estudos disponíveis na literatura como o desenvolvido em São Paulo, com participantes de grupos de convivência<sup>28</sup> e, em outros<sup>29,30</sup>, que também descrevem o lazer como um dos indicadores da vida social da população idosa.

Alguns fatores podem justificar os achados descritos acima, tais como: condições socioeconômicas, educação, cultura e estilo de vida, além das limitações físicas e/ou psíquicas que muitas vezes, os restringem ao ambiente domiciliar.

Nesse estudo, apesar de grande parte dos idosos serem independentes, pôde se observar que a utilização da televisão evidencia um lazer ocioso, passivo, realizado apenas como forma de ocupar o tempo. Adicionado a isso, está o fato de associá-la como forma de companhia, preenchendo a lacuna deixada pelos filhos e netos ao saírem para suas atividades.

Na senescência, a comunicação possui papel central nas relações do sujeito com o mundo, favorecendo a sua participação ativa nos diversos ambientes, e constituindo fator decisivo para a independência, autonomia, bem-estar e felicidade.

Estudos têm registrado que altos índices de atividades sociais estão associados a melhor funcionalidade<sup>31,32</sup>, quanto maior independência nas AIVD, melhor comunicação social. A participação em atividades sociais estimula várias funções cognitivas, dentre elas, o processo comunicativo, que pode ser definido como forma de troca de experiências e vivências<sup>32,33</sup>, principalmente, através da linguagem oral.

A investigação de associação entre relações sociais, linguagem e cognição em idosos americanos apontou que quanto maior o engajamento em atividades sociais, melhor as tarefas de habilidades linguísticas<sup>34</sup>. De acordo com os dados encontrados no

presente estudo, é possível inferir que as alterações da comunicação frequentemente resultam de comprometimentos os quais os idosos são mais susceptíveis, como por exemplo, o CCL.

A comunicação de idosos com CCL pode estar alterada desde os primeiros sinais do comprometimento<sup>35,36</sup>. Na literatura científica, as queixas de comunicação de idosos com CCL são raramente explícitas, sendo frequentemente associadas ao prejuízo da memória, como por exemplo, dificuldades para nomear e recordar as palavras<sup>37</sup>. As capacidades comunicativas compensatórias ficam evidenciadas ao se aplicar um questionário sobre comunicação e o resultado mostra independência na comunicação necessária do cotidiano<sup>15</sup>.

A capacidade do idoso em realizar a tarefa de nomeação foi investigada em um estudo que envolveu participantes sem comprometimento cognitivo, com doença de Alzheimer nas fases inicial e moderada. O resultado demonstrou que não existem diferenças significativas entre os grupos para a nomeação, embora, tenha sido encontrada associação com o aumento da idade<sup>38</sup>. Por outro lado, dificuldades de nomeação têm sido relatadas em idosos com CCL<sup>37</sup>, além de diferentes componentes da cognição semântica, principalmente a memória<sup>39</sup>. Essas alterações são decorrentes de falha no processo executivo de controle da ativação semântica, que com o desenvolvimento da doença, o conhecimento semântico também começa a se degradar<sup>40</sup>.

Importante na diferenciação dos níveis de funcionamento em indivíduos com CCL e aqueles com demência ou sem comprometimento cognitivo está a capacidade de o idoso emitir e permanecer em um discurso, associada também à busca por novas informações sobre pessoas ou acontecimentos<sup>39</sup>. No presente estudo, identificou-se que os idosos com CCL apresentam essa capacidade diminuída. O interesse fica mais restrito às informações sobre pessoas familiares e o discurso mais curto.

Em busca de informações sobre o discurso de pessoas com CCL, Baek *et al.*<sup>40</sup> realizaram investigação através de *recall* de história e de inferência espelhando as demandas cognitivas do discurso diário, incluindo a conversação. Identificaram que essa habilidade está prejudicada em idosos com CCL, corroborando os dados encontrados nesse estudo.

O discurso desses idosos contém parafasias semânticas, ou seja, a substituição de uma palavra por outra, e falhas de acesso lexical, definida como a dificuldade no reconhecimento e nomeação de figuras e símbolo, decréscimo de informação e dificuldades na compreensão de assuntos mais complexos<sup>37</sup>. Muitos dos cuidadores ou familiares relataram que os idosos se confundem ao nomear alguns objetos corriqueiros, usam o termo “fugiu da memória” ou acabam substituindo pela sua função, demonstrando a capacidade de compensação.

Nesse estudo, no que se refere às questões que envolvem a compreensão do que assiste na televisão ou ouve no rádio e a compreensão de conversas em ambientes barulhentos, identifica-se convergência com a literatura. Estudo afirma que essa dificuldade pode estar relacionada à perda da capacidade em realizar o processamento temporal de sons e associada ao processo de envelhecimento<sup>41</sup>.

Entretanto, vale salientar que, idosos com CCL possuem maior necessidade de tempo para processar as informações recebidas, devido ao declínio gradual das funções cognitivas sendo, por vezes, difícil acompanhar um noticiário informativo.

A lentificação do processamento cognitivo influencia outras funções, como por exemplo, a atenção dividida, favorecendo distrações no idoso. Essa dificuldade constitui um dos fatores limitantes na compreensão de conversas em ambientes barulhentos, interferindo também no desempenho das atividades sociais.

Algumas hipóteses são utilizadas para justificar a dificuldade de compreensão de fala em idosos: comprometimento auditivo e alteração cognitiva, que na maioria das vezes, ocorrem simultaneamente<sup>42</sup>. Nesse estudo, não houve relatos de dificuldades auditivas, pressupondo uma maior participação da alteração cognitiva nesse domínio.

No CCL, as relações entre cognição e audição ainda não estão claras. Sabe-se que esses idosos apresentam maior prevalência de queixas auditivas, sendo a presbiacusia ou perda auditiva oriunda do processo de envelhecimento, mais grave quando comparada a grupos controle. A presbiacusia contribui para a diminuição do reconhecimento da fala, pois, adiciona dificuldades ao processamento central auditivo através de funções auditivas e efeitos de figura-fundo o que ocasiona maior despreendimento da atenção auditiva<sup>43</sup>. Contrapondo-se a essa informação, nesse estudo, os idosos com CCL e seus cuidadores/familiares não relataram queixas relacionadas a dificuldades auditivas.

Idosos com CCL apresentam alterações na comunicação social que interferem na realização das AIVD, frequentemente, levando à diminuição da autonomia e independência. Nesse sentido, essas alterações podem ser evitadas ou revertidas se os idosos forem orientados por um profissional competente, e iniciar um programa de tratamento com o objetivo de melhorar os componentes alterados.

Os resultados desse estudo demonstram a necessidade de intervenções na comunicação social de idosos com CCL, com vistas à manutenção de uma vida mais independente, que poderá favorecer para um envelhecimento ativo e com qualidade de vida.

## **CONCLUSÃO**

Como múltiplas habilidades cognitivas, a comunicação se constitui como função necessária à socialização de indivíduos. Idosos com CCL apresentam alterações que podem ocasionar maiores prejuízos comunicativos e, conseqüentemente, restrições no desempenho das atividades cotidianas.

Esse estudo demonstra relação entre o desempenho nas AIVD e a comunicação social em idosos com CCL para quatro dos seus 21 domínios.

É importante ressaltar que a comunicação desses idosos é pouco explorada na literatura. Assim, pesquisas nessa área são necessárias, a fim de obter informações que possam auxiliar na compreensão da complexa relação do universo da pessoa idosa.

## **CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS**

*Ana Iza Gomes da Penha Sobral*: concepção e desenho do estudo, coleta de dados, levantamento bibliográfico, análise e interpretação dos dados, elaboração de gráfico, revisão e contribuições críticas na elaboração do artigo.

*Cláudia Marina Tavares de Araújo*: orientação, concepção do projeto e desenho do estudo, revisão bibliográfica, revisão do artigo e da versão final.

## **CONFLITOS DE INTERESSE**

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos à Capes pelo incentivo e auxílio aos pesquisadores desse trabalho, através da bolsa de mestrado.

## REFERÊNCIAS

- 1 Fleck M, Chachamovich E, Trentini C. WHOQOL-OLD Project method and focus group results in Brazil. *Revista Saúde Pública*. 2003: p. 793-799.
- 2 Costa E, Porto C, Almeida J, Cipullo J, Martin J. *Semiologia do idoso* In: Porto CC. *Semiologia Médica*. 4th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
- 3 Carvalho IAMd. *Avaliação Funcional das Habilidades de Comunicação – ASHA-Facs para população com doença de Alzheimer*. Tese. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2006.
- 4 Bertachin MJ, Gonçalves L. *Comunicação na terceira idade*. *Mundo Saude*. 2002: p. 483-489.
- 5 Araújo L. *Avaliação da correlação proposicional dos subtestes Memória lógica I e II e da Escala de Memória de Wechsler e do perfil de eficiência comunicativa em diferentes grupos de idosos*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia; 2009.
- 6 Simon SS, Ribeiro MPO. *Comprometimento cognitivo leve e reabilitação neuropsicológica: uma revisão bibliográfica*. *Psicologia Revista São Paulo*. 2011: p. 93-122.
- 7 Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos EG, Cummings JL, DeKosky ST. *Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology*. *Neurology*. 2001: p. 1133- 1142.
- 8 Laks J, Batista EMR, Guilherme ERL, Contino ALB, Faria MEV, Rodrigues CS, et al. *Prevalence of cognitive and functional impairment in community-dwelling elderly: importance of evaluating activities of daily living*. *Arquivos Neuro-Psiquiatria*. 2005 Jun: p. 207-212.
- 9 Costa MJ, Ribeiro RCL, Leal PFG, Cotta RMM. *Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG*. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2007: p. 592-605.
- 10 Folstein M, Folstein S, McHugh P. *Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. *J Psychiatr Res*. 1975 Nov: p. 189-198.

- 11 Yesavage JA, Brink T, Rose T, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1982-1983: p. 37-49.
- 12 Rodrigues AB, Yamashita ÉT, Chiappetta ALdML. Teste de fluência verbal no adulto e no idoso: verificação da aprendizagem verbal. *Revista CEFAC.* 2008 Out/Dez: p. 443-451.
- 13 Hamdan AC, Hamdan EMLR. Teste do desenho do relógio: desempenho de idosos com doença de Alzheimer. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano.* 2009 Jan/Abr: p. 98-105.
- 14 Garcia FHA, Mansur LL. Habilidades funcionais de comunicação: idoso saudável. *ACTA FISIATR.* 2006: p. 87-89.
- 15 Melo DM, Falsarella GR, Neri AL. Autoavaliação de saúde, envolvimento social e fragilidade em idosos ambulatoriais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.* 2014 Ju/Set: p. 471-484.
- 16 Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. 10-year trends in the health of Brazilian elderly: evidence from the National Household Sample Survey (PNAD 1998, 2003, 2008). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011: p. 3689-3696.
- 17 Andrade A, Nascimento M, Oliveira M, Queiroga R, Fonseca F, Lacerda S, et al. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2014: p. 39-48.
- 18 Silva HO, Carvalho MJAD, Lima FEL, Rodrigues LV. Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatu, Ceará. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.* 2011: p. 123-133.
- 19 Leite MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM, Winck MT, Silva LAA, Franco GP. Estado cognitivo e condições de saúde de idosos que participam de grupos de convivência. *Revista Gaúcha Enfermagem.* 2012: p. 64-71.
- 20 Benedetti TRB, Mazo GZ, Borges LJ. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012: p. 2087-2093.
- 21 Etman A, Burdorf A, Cammen T, Mackenbach J, Lenthe F. Socio-demographic determinants of worsening in frailty among community-dwelling older people in 11 European countries. *J epidemiol community health.* 2012 dez: p. 1116-1121.
- 22 Argimon I, Stein L. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cadernos Saúde Pública.* 2005 Jan-fev: p. 64-72.

- 23 Yassuda MS, Lopes A, M C, Falcao DV, Batistoni SS, V GV. Frailty criteria and cognitive performance are related: data from the FIBRA study in Ermelino Matarazzo. *J Nutr Health Aging*. 2012 Jan: p. 55-61.
- 24 Both JE, Leite MT, Hildebrandt LM, Pilati ACL, Stamm B, Jantsch LB. Grupos de convivência: Uma estratégia de inserção do idoso na sociedade. *Revista Contexto & Saúde*. 2011 Jan/jun: p. 995-998.
- 25 Borini MLO, Cintra FA. Representações sociais da participação em atividade de lazer em grupos de terceira idade. *Revista Brasileira Enfermagem*. 2002: p. 568-574.
- 26 Soares MBO, Tavares DMS, Dias FA, Diniz MA, Machado ARM. Características sócio-demográficas e econômicas de idosas. *Cienc Cuid Saude*. 2009 2009: p. 452-459.
- 27 Mazo GZ, Mota J, Gonçalves LHT, Matos MG. Nível de atividade física, condições de saúde e características sócio-demográficas de mulheres idosas brasileiras. *Rev. Port. Cien. Desp.* [online]. 2005: p. 202-212.
- 28 Wilcox S, Tudor-Locke CE, Ainsworth BE. Physical Activity Patterns, Assessment, and Motivation in Older Adults. In: *Physical. In Shephard RJ. Gender, Physical Activity, and Aging*. Florida: CRC Press LLC; 2002. p. 13-39.
- 29 Rabelo DF. Comprometimento Cognitivo Leve em Idosos: avaliação, fatores associados e intervenção. *Revista Kairós Gerontologia*. 2009 Nov: p. 65-79.
- 30 Maciel ACC, Guerra RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idoso. *Rev Bras Epidemiol*. 2007: p. 178-189.
- 31 Flores NGC, Iório MCM. Limitação de atividades em idosos: estudo em novos usuários de próteses auditivas por meio do questionário APHAB. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 2012 Jan./Mar: p. 47-53.
- 32 Keller-Cohen D, Fiori K, Toler A, Bybee D. Social relations, language and cognition in the “oldest old”. *Ageing & Society*. 2006: p. 585-605.
- 33 Alexopoulos P, Grummer T, Pernczyk R, Domes G, Kurz A. Progression to dementia in clinical subtypes of mild cognitive impairment. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2006: p. 27-34.
- 34 Sacui S, Sjogren M, Johansson B, Gustafson D, Skoog I. Prodromal cognitive sings of dementia in 85-year-olds sings four sources of information. *Neurology*. 2005: p. 1894-1900.
- 35 Mansur LL, Schochat E, Silagi ML, Rabelo CM. Avaliação Neurolinguística do idoso. In *Caixeta L, Teixeira AL. Neuropsicologia Geriátrica - neuropsiquiatria cognitiva em idosos*. Porto Alegre: artmed; 2014. p. 114-122.

- 36 Bertolucci PHF, Okamoto IH, Brucki SMD, Siviero MO, Toniolo Neto J, Ramos LR. Applicability of the CERAD neuropsychological battery to Brazilian elderly. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 2001: p. 532-536.
- 37 Melissa Johnson MA, Lin F. Communication Difficulty and Relevant Interventions in Mild Cognitive Impairment: Implications for Neuroplasticity. *Top Geriatr Rehabil*. 2014 Jan/Mar: p. 18-34.
- 38 Corbett F, Jefferies E, Burns A, Ralph MA. Unpicking the semantic impairment in Alzheimer's disease: qualitative changes with disease severity. *Behav Neurol*. 2012: p. 23-34.
- 39 Chapman SB, Zientz J, Weiner M, Rosenberg R, Frawley W, Burns MH. Discourse changes in early Alzheimer disease, mild cognitive impairment, and normal aging. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2002 Jul-sep: p. 177-186.
- 40 Baek M, Kim H, Ryu H, Lee S, Han S, et al. The usefulness of the story recall test in patients with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn*. 2011 Mar: p. 214-229.
- 41 Neves VT, Feitosa MAG. Controvérsias ou complexidade na relação entre processamento temporal auditivo e envelhecimento? *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2003: p. 242-252.
- 42 Pichora-Fuller M. Cognitive aging and auditory information process. *International Journal Audiology*. 2003: p. 2S26-2S32.
- 43 Lopes LC, Magaldi RM, Gândara MER, Reis ACB, Jacob-Filho W. Prevalence of hearing impairment in patients with mild cognitive impairment. *Dementia & Neuropsychologia*. 2007: p. 253-259.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES**

---

Esse estudo demonstrou que existem diversos métodos utilizados na investigação do diagnóstico de Comprometimento Cognitivo Leve, não havendo, no entanto uniformidade de avaliação. A função da memória tem maior arsenal de testes que a avalie, em detrimento às demais funções cognitivas também importantes no processo de envelhecimento. É notória a escassez de instrumentos de mensuração específica e detalhada dos componentes ou aspectos necessários à comunicação.

Para a população participante, os resultados registraram que:

- a comunicação é necessária à socialização de indivíduos;
- idosos com Comprometimento Cognitivo Leve apresentam alterações na comunicação, muitas vezes camufladas, por situações compensatórias;
- existe correlação positiva entre autonomia na realização das atividades instrumentais de vida diária e alguns componentes habilidades de comunicação social, tais como, nomeação de pessoas familiares, solicitação de informações sobre pessoas e acontecimentos, compreensão de conversas em ambientes ruidosos e compreensão do que assiste na televisão ou ouve no rádio.
- quanto maior o engajamento em atividades sociais, melhor o desempenho na comunicação.

Espera-se que essa pesquisa possa estimular a atuação de profissionais de saúde envolvidos com o envelhecimento, a compreender a magnitude da comunicação para o desempenho satisfatório do idoso em atividades sociais.

Desse modo, sugere-se que novas investigações sejam desenvolvidas com vistas a identificar a relação entre a comunicação e a qualidade de vida, com o objetivo de identificar o papel que os idosos atribuem à comunicação pelos idosos. Bem como, acompanhar os idosos com esse comprometimento de forma a associar as alterações da comunicação à sua capacidade funcional.

## **REFERÊNCIAS**

---

ABREU, I.D.; NUNES, P.V.; DINIZ, B.S. et al. Combining functional scales and cognitive tests in screening for mild cognitive impairment at a university-based memory clinic in Brazil. **Rev Bras Psiquiatr.** 2008 Dec;30(4):346-9.

ALLADI, S.; ARNOLD, R.; MITCHELL, J. et al. Mild cognitive impairment: applicability of research criteria in a memory clinic and characterization of cognitive profile. **Psychol Med.** 2006 Apr;36(4):507-15. Epub 2006 Jan 23.

ALEXOPOULOS, P.; GRIMMER, T.; PERNECZKY, R. Progression to dementia in clinical subtypes of mild cognitive impairment. **Dement Geriatr Cogn Disord.** v. 22, n. 1, p. 27-34, 2006.

ALMEIDA, O.P. Mini-exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatr.** 1998;56(3B):605-12.

ALVES, R. V. et al. Physical fitness and elderly health effects of hydrogymnastics. **Rev Bras Med Esporte.** 2004. 38-43.

AMBIEL, R.A.M.; RABELO, I.S.; PACANARO, S.V. et al. Avaliação Psicológica. **Guia de consulta para estudante e profissionais de psicologia.** 2011. São Paulo: Casa do Psicólogo.

ANDRADE, A.N.; NASCIMENTO, M.N.do.; OLIVEIRA, M.M.D.de. et al. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. **Rev. bras. geriatr. gerontol** , 17, n. 1, 2014. 39-48.

ANDREOTTI, R. A.; OKUMA, S. S. Validação de uma bateria de testes de atividades da vida diária para idosos fisicamente independentes. **Rev. Paul. Educ. Fís.**, São Paulo, 1, Jan./jun 1999. 46-66.

ANTHONY, J.C.; LERESCHE, L.; NIAZ, U. et al. Limits of the mini-mental state as a screening test for dementia and delirium among hospital patients. **Psychol Med.** 1982;12:397-408.

ARAÚJO, L. I. D. Avaliação da correlação proposicional dos subtestes Memória lógica I e II e da Escala de Memória de Wechsler e do perfil de eficiência comunicativa em diferentes grupos de idosos. **Rev. Univ de Bras.** São Paulo, p. 70. 2009.

ARGIMON, I.de L.; STEIN, L.M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. **Cad saúde pública**, v. 21, n. 1, p. 64-72, Jan-fev 2005.

BAEK, M.; KIM, H.J.; RYU, H.J. et al. The usefulness of the story recall test in patients with mild cognitive impairment and alzheimer's disease. **Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn**, 18, n. 2, Mar 2011. 214-29.

BENEDETTI, T.R.B.; MAZO, G.Z.; BORGES, L.J. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2087-2093, 2012.

BENNETT, D.A.; WILSON, R.S., SCHNEIDER, J.A. et al. Natural history of mild cognitive impairment in older persons. **Neurology**. 2002;59(2):198-205.

BERTOLUCCI, P. H. F.; OKAMOTO, I.H.; BRUCKI, S.M.D. et al. Applicability of the CERAD neuropsychological battery to Brazilian elderly. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 59, p. 532-536, 2001.

BERTACHINI, L; GONÇALVES, M. Comunicação na terceira idade. **Mundo Saude** 2002;26(2):483-9. , 26, n. 2, 2002. 483-89.

BOTH, J. E.; LEITE, M.T.; HILDEBRANDT, L.M. et al. Grupos de convivência: Uma estratégia de inserção do idoso na sociedade. **Revista Contexto & Saúde**, v. 10, n. 20, Jan/jun 2011.

BORINI, M.L.O.; CINTRA, F.A. Representações sociais da participação em atividade de lazer em grupos de terceira idade. **Rev Bras Enferm**, v. 55, n. 5, p. 568-74, 2002.

CARVALHO, I. A. M. D. **Avaliação Funcional das Habilidades de Comunicação - ASHA FACS para população com doença de Alzheimer**. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. [S.l.], p. 108. 2006.

CHAPMAN, S.B.; ZIENTZ, J.; WEINER, M. et al. Discourse changes in early Alzheimer disease, mild cognitive impairment, and normal aging. **Alzheimer Dis Assoc Disord**, v. 16, n. 3, Jul-sep 2002.

CORBETT, F.; JEFFERIES, E; BURNS, A, et al. Unpicking the semantic impairment in Alzheimer's disease: qualitative changes with disease severity. **Behav Neurol**, v. 25, n. 1, p. 23-34, 2012.

COSTA, E. et al. **Semiologia do idoso In: Porto CC. Semiologia Médica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 165-197 p.

COSTA, M. J.; RIBEIRO, R.de C.L.; LEAL, P.F.da G. et al. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 4, p. 592-605, 2007.

CROMWELL, D. A.; EAGAR, K.; POULOS, R. The performance of instrumental activities of daily living scale in screening for impairment in elderly community residents. **Journal of Clinical Epidemiology**, 56, n. 2, 2003. 131-137.

EHREKE, L.; LUCK, T.; LUPPA, M. et al. Clock drawing test - screening utility for mild cognitive impairment according to different scoring systems: results of the Leipzig

Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). **Int Psychogeriatr**. 2011 Dec;23(10):1592-601.

ETMAN, A.B.A. Socio-demographic determinants of worsening in frailty among community-dwelling older people in 11 European countries. **J epidemiol community health**, v. 66, n. 12, p. 1116-1121, dez 2012.

FERRARI, J.; DALACORTE, R. R. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Scientia Medica*, Porto Alegre, 17, n. 1, Jan/mar 2007. 3-8.

FLECK, M.P.A. WHOQOL-OLD Project method and focus group results in Brazil. **Rev Saúde Publica**, 37, n. 6, 2003. 793-9.

FLORES, N. G. C.; IÓRIO, M. C. M. Limitação de atividades em idosos: estudo em novos usuários de próteses auditivas por meio do questionário APHAB. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, 17, n. 1, Jan./Mar 2012. 47-53.

FOLSTEIN, M.F; "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res**, v. 12, n. 3, p. 189-98, Nov 1975.

GARCIA, F. H. A.; MANSUR, L. L. Habilidades Funcionais de Comunicação: Idoso Saudável. **Acta Fisiátrica**, 13, n. 2, 2006. 87-89.

GASPARETO, E.; QUEIROZ, N.; YASSUDA, M. S. O envelhecimento do cérebro e a memória. In: NERI, A. L. E. Y. M. S. ( . ). **Velhice bem-sucedida. Aspectos afetivos e cognitivos**. Campinas: Papyrus, 2004.

GARCIA, F. H. A.; MANSUR, L. L. Habilidades funcionais de comunicação: idoso saudável. **Acta Fisiatr**. v. 13, n. 2, p. 87-89, 2006.

GELIN, X.; MEYER, J.S.; THORNBY, J.; et al. Screening for mild cognitive impairment (MCI) utilizing combined mini-mental-cognitive capacity examinations for identifying dementia prodromes. **Int Journ of Ger Psych**. 2002 Nov; 17(11):1027-1033.

GRUT, M.; FRATIGLIONI, L.; VIITANEN, M. et al. Accuracy of the Mini-Mental Status Examination as a screening test for dementia in a Swedish elderly population. **Acta Neurol Scand**. 1993;87:312-7.

GUO, Q.H.; ZHOU, B.; ZHAO, Q.H.; et al. Memory and Executive Screening (MES): a brief cognitive test for detecting mild cognitive impairment. **BMC Neurol**. 2012 Oct 11;12:119.

HAMDAN, A. C.; HAMDAN, E. M. L. R. Teste do desenho do relógio: desempenho de idosos com doença de Alzheimer. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 6, n. 1, p. 98-105, Jan/Abr 2009.

HILL, L.R.; KLAUBER, M.R.; SALMON, D.P. et al. Functional status, education, and diagnosis of dementia in the Shanghai survey. **Neurology**. 1993;43:138-45.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2010 - Acesso em 10 de fevereiro de 2014. Disponível em: <http://7a12.ibge.gov.br/vamos-conhecer-o-brasil/nosso-povo/caracteristicas-da-populacao>.

JONKER, C.; GEERLINGS, M.I.; SCHMAND, B. Are memory complaints predictive for dementia? A review of clinical and population-based studies. **Int J Geriatric Psychiatry**. 2000;15(11):938-91.

JORM, R.M.A.F.; CHRISTENSEN, H.; KORTEN, A.E.; HENDERSON, A.S.; JACOMB, P.A.; MACKINNON, A. Do cognitive complaints either predict future cognitive decline or reflect past cognitive decline? A longitudinal study of an elderly community sample. **Psychol Med**. 1997;27(1):91-8.

KELLER-COHEN, D. et al. Social relations, language and cognition in the “oldest old”. **Ageing & Society**, v. 26, p. 585-605, 2006.

LADEIRA, R.B. et al. Combining cognitive screening tests for the evaluation of mild cognitive impairment in the elderly. **Clinics**, 2009, vol.64, no.10, p.967-973.

LAGE, M. I. G. D. S. Avaliação dos cuidados informais aos Idosos: Estudo Do Impacto do Cuidado No Cuidador Informal. **Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar- Universidade do Porto**. [S.l.], p. 220-225. 2007.

LAKS, J.; BATISTA, E.M.R.; GUILHERME, E.R.L. et al. O mini exame do estado mental em idosos de uma comunidade: dados parciais de Santo Antonio de Pádua, Rio de Janeiro. **Arq Neuropsiquiatr**. 2003;61(3B):782-5.

LAKS, J. et al. Prevalence of cognitive and functional impairment in community-dwelling elderly: importance of evaluating activities of daily living. **Arq. Neuro-Psiquiatr**, São Paulo, v. 63, n. 2, Jun 2005.

LARSON, J. S.; WINN, M. Reducing Medicare costs: The risk, prevention, and treatment of cognitive impairment. **Clinical Geriatrics**, 15, n. 7, Jul 2007. 16-25.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. **Gerontologist** 1969; 9:179-186.

LEITE, A.J.M. Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. 1. ed. São Paulo: Sarvier, 2007.

LEITE, M.T.; HILDEBRAND, L.M.; KIRCHNER, R.M. et al. Estado cognitivo e condições de saúde de idosos que participam de grupos de convivência. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n. 4, p. 64-71, 2012.

LEITE, V.M.L. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade (UnATI/UFPE). 2002. 109. Dissertação - UFPE. Recife-PE. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2002leite-vm.pdf>

LENEHAN, M.E.; KLEKOCIUK, S.Z.; SUMMERS, M.J. et al. Absence of a relationship between subjective memory complaint and objective memory impairment in mild cognitive impairment (MCI): is it time to abandon subjective memory complaint as an MCI diagnostic criterion? **Int Psychogeriatr**. 2012 Sep;24(9):1505-14.

LI, J.; YU, J.; NIU, Y. Neuropsychological Impairment Characteristics of MCI and Its Early Detection and Intervention: Prevent and Delay The Onset of AD. **Progress in biochemistry and biophysics** 2012/39 :8 pp.804-810 .

LINDESAY, J.; JAGGER, C.; MLYNIK-SZMID, A. et al. The Mini-Mental State Examination (MMSE) in an elderly immigrant Gujarati population in the United Kingdom. **Int J Geriatr Psychiatry**. 1997;12:1155-67.

LIMA-COSTA MF. 10-year trends in the health of Brazilian elderly: evidence from the National Household Sample Survey (PNAD 1998, 2003, 2008). **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3689-96, 2011.

LOPES, L.da C.; MAGALDI, R.M.; GÂNDARA, M.E.R. et al. Prevalence of hearing impairment in patients with mild cognitive impairment. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 3, p. 253-59, 2007.

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 40, n. 4, Ago 2006. 712-719.

LUCK, T.; LUPPA, M.; KÖNIG, H.H; VILLRINGER, A.; RIEDEL-HELLER, S.G. Clock drawing test - screening utility for mild cognitive impairment according to different scoring systems: results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). **Int Psychogeriatr**. 2011;23(10):1592-601

MACIEL, Á. C. C.; GUERRA, R. O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordestes do Brasil. **Rev. bras. epidemiol**, 10, n. 2, jun 2007. 178-189.

MACHADO, J.C. et al. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa (MG). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2007, 10 (4): 592-605.

- MANSUR, L. L. et al. Avaliação Neurolinguística do idoso. In: CAIXETA, L.; TEIXEIRA, A. L. **Neuropsicologia Geriátrica - neuropsiquiatria cognitiva em idosos**. Porto Alegre: artmed, 2014. p. 114-22.
- MAZO, G. Z. et al. Nível de atividade física, condições de saúde e características sócio-demográficas de mulheres idosas brasileiras. **Rev. Port. Cien. Desp. [online]**, v. 5, n. 2, p. 202-12, 2005.
- MELISSA-JOHNSON, M.A.; LIN, F. Communication Difficulty and Relevant Interventions in Mild Cognitive Impairment: Implications for Neuroplasticity. **Top Geriatr Rehabil**, v. 30, n. 1, p. 18-34, Jan/Mar 2014.
- MELO, D.M.de.; FALSARELLA, G. R.; NERI, A.L. Autoavaliação de saúde, envolvimento social e fragilidade em idosos ambulatoriais. **Rev. Bras. de Ger. e Geront.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 471-84, Ju/Set 2014.
- MELLO, M. A. F. D.; MANCINI, M. C. Métodos de Técnicas de Avaliação nas Áreas de Desempenho Ocupacional. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. Cap. 9, p. 49-73.
- MORAES, E. N. D.; MARÍNO, M. C. D. A. . S. R. R. Principais síndromes geriátricas. **Rev Med Minas Gerais**, 20, n. 1, 2010. 54-66.
- MORETTI, F.; DE RONCHI, D.; PALMER, K. et al. Prevalence and characteristics of mild cognitive impairment in the general population. Data from an Italian population-based study: The Faenza Project. **Ageing Ment Health**. 2013;17(3):267-75.
- NEVES, V.T. da; FEITOSA, M.A.G. Controvérsias ou complexidade na relação entre processamento temporal auditivo e envelhecimento? **Rev Bras Otorrinolaringol**, v. 69, n. 2, p. 242-52, 2003.
- NUNES, D. P. N. et al. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 15, n. 6, Setembro 2010. 2887-2898.
- O'CAOIMH R; GAO, Y.; MCGLADE, C., et al. Comparison of the quick mild cognitive impairment (Qmci) screen and the SMMSE in screening for mild cognitive impairment. **Age Ageing**. 2012 Sep;41(5):624-9.
- PAPALÉO, M.N. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002.
- PETERSEN, R.C., DOODY, R., KURZ, A., M et al. Current concepts in mild cognitive impairment. **Arch Neurol**. 2001;58(12):1985-92.

PETERSEN, R. C.; STEVENS, J.C; GANGULI, M., et al. Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. **Neurology**, v. 56, p. 1133- 42, 2001.

PICHORA-FULLER , M.K. Cognitive aging and auditory information process. **International Journal Audiology**, v. 42, p. 2S26-2S32, 2003.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudavel em idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19, n. 3, mai-jun 2003. 793-798.

RABELO, D. F. Comprometimento Cognitivo Leve em Idosos: avaliação, fatores associados e intervenção. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, 12, n. 2, Nov 2009. 65-79.

REIS L.A.; MASCARENHAS, C.H.M.; COSTA, N.A; LESSA, R.S. Estudo das condições de saúde de idosos em tratamento no setor de Neurogeriatria da Clínica escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. **Rev Baiana Saúde Pública**. 2007;31(2):322-30.

RODRIGUES, A. B.; YAMASHITA, É. T.; CHIAPPETTA, A. L. D. M. L. Teste de fluência verbal no adulto e no idoso: verificação da aprendizagem verbal. **Rev. CEFAC vol.10 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2008**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 443-51, Out/Dez 2008.

SACUIU, S.; SJÖGREN, M.; JOHANSSON, B. Prodromal cognitive sings of dementia in 85-year-olds sings four sources of information. **Neurology**, v. 65, n. 12, p. 1894-900, 2005.

SCHMAND, B.; JONKER, C., HOOIJER, C. et al. Subjective memory complaints may announce dementia. **Neurology**. 1996;46(1):121-5.

SEQUEIRA, C. Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental (pp. 360). Lisboa - Porto: Lidel 2010 - Edições Técnicas, Ltda.

SHARON SANZ SIMON, M. P. D. O. R. Comprometimento cognitivo leve e reabilitação neuropsicológica: uma revisão bibliográfica. **Psic. Rev. São Paulo**, v. 20, n. 1, p. 93-122, 2011.

SHULMAN, K.I. Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? **Int J Geriatr Psychiatry** 2000; 15: 548-61

SILVA, H. O. E.; CARVALHO, M. J. A. D. D.; LIMA, F. E. L. D. A. R. L. V. Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatu, Ceará. **Rev. bras. geriatr. ger**, Rio de Janeiro, p. 123-133, 2011.

SIMON, S.S; RIBEIRO, M.P. de O. Comprometimento cognitivo leve e Reabilitação neuropsicológica: uma revisão bibliográfica. **Rev. São Paulo**, volume 20, n.1, 93-122, 2011.

SIRÁLY, E.; SZITA, B., KOVÁCS, V., et al. Differentiation between mild cognitive impairment and healthy elderly population using neuropsychological tests. **Neuropsychopharmacol Hung**. 2013 Sep;15(3):139-46.

SOARES, M.B.O.; TAVARES, D.M.S.; DIAS, F.A. et al. Características sócio-demográficas e econômicas de idosas. **Cienc Cuid Saude** , v. 8, n. 3, 2009, p. 452-59.

SOUSA, M. D. G. C. D.; RUSSO, I. C. P. Audição e percepção da perda auditiva em idosos. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**, 2, 2009. 241-246.

SOUSA, P.; FALCÃO, J.T.daR.; LEAL, M.C.C. et al. Avaliação do desempenho cognitivo em idosos? **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. v.10, n.1, 2007.

WAGNER, G. P.; TRENTINI, C. M.; PARENTE, M. A. D. M. O desempenho de idosos com e sem DCL nos testes Wisconsin de classificação de cartas e Iowa Gambling Test. **Revista de Psicologia**, 2009. 220-226.

WILCOX, S.; TUDOR-LOCKE, C. E.; AINSWORTH, B. E. Physical Activity Patterns, Assessment, and Motivation in Older Adults. In: Physical. In: SHEPHARD, R. J. **Gender, Physical Activity, and Aging**. Florida: CRC Press LLC, 2002. p. 13-39.

WINBLAD, B.; PALMER, K.; KIVIPELTO, M.; et al. Mild cognitive impairment-beyond controversies, towards a consensus: report of International Working Group on Mild Cognitive Impairment. **J Intern Med**. 2004;256(3):240-6.

YASSUDA, M.S.; LOPES, A.; CACHIONI, M. et al. Frailty criteria and cognitive performance are related: data from the FIBRA study in Ermelino Matarazzo. **J Nutr Health Aging**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 55-61, Jan 2012.

YESAVAGE, J.A.; BRINK, T. L.; ROSE, T.L. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J Psychiatr Res**, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1982-1983.

YONAS, E.G.; TOPAZIAN, H.M.; PETERSEN, R.C. Engaging in Cognitive Activities, Aging and Mild Cognitive Impairment: A Population-Based Study. **J Neuropsychiatry Clin Neurosciense**. 2011; 23(2): 149-154.

## **APÊNDICES**

---

## APÊNDICE A – Questionário Sociodemográfico

### Formulário de caracterização da amostra – Condição socioeconômica

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

- Sexo: F ( )      M ( ) Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_
- Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_
- Morada: \_\_\_\_\_
- Contatos: \_\_\_\_\_
- É portador de alguma doença? Qual? \_\_\_\_\_
- Escolaridade: \_\_\_\_\_
- Estado Civil: \_\_\_\_\_
- Filhos? não ( )      sim ( )      quantos? \_\_\_\_\_
- Netos? não ( )      sim ( )      quantos? \_\_\_\_\_
- Com quem mora? \_\_\_\_\_
- Com que frequência encontra-se com a sua família?  
diariamente ( )    semanalmente ( )    mensalmente ( )    anualmente ( )
- De que forma?  
pessoalmente ( )    por telefone( )    carta( )    Outra( )
- Costuma sair de casa? sim ( )      não ( ). Se sim, com que frequência?  
diariamente ( )    semanalmente( )    mensalmente( )    anualmente( )
- Costuma visitar os seus amigos/vizinhos? sim ( )    não( ). Se sim, com que frequência?  
diariamente ( )    semanalmente ( )    mensalmente ( )    anualmente ( )
- Profissão: \_\_\_\_\_ Ocupação atual: \_\_\_\_\_
- Tem alguma atividade regular? sim ( )    não ( ). Se sim, qual?  
\_\_\_\_\_
- Como costuma ocupar o seu tempo? Sem fazer nada ( ) ; Ver televisão ( ) ;  
conversar com familiares/ amigos/ vizinhos/ conhecidos ( ) ; ler ( ) ; frequentar  
alguma associação ( ) (qual? \_\_\_\_\_); passear ( ) ; outro ( ) .  
Qual? \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO IDOSO

(Para maiores de 18 anos ou emancipados - resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa *Relação entre comunicação e realização de atividades diárias em idosos com déficit cognitivo leve*, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Ana Iza Gomes da Penha Sobral (residente na rua Maria Digna Gameiro, Nº 1700, CEP: 54.440-420 – Candeias, Jaboatão dos Guararapes – Telefone: 81- 8885-7357, e-mail: [anaizagomes@gmail.com](mailto:anaizagomes@gmail.com)) e está sob a orientação da professora Cláudia Marina Tavares de Araújo, telefone para contato: 81- 2126-8929.

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

#### **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

O motivo que nos leva a realizar este estudo é o fato de que o envelhecimento pode trazer ao idoso alterações que dificultem realização de atividades que antes pareciam simples. Dentre estas alterações, está o Comprometimento ou Déficit cognitivo leve (CCL) que pode afetar a capacidade de comunicação e alterar, muitas vezes, a sua relação com outras pessoas. Este estudo se propõe a identificar as habilidades comunicativas do idoso com CCL e investigar se existe relação entre essas habilidades e seu desempenho nas atividades diárias. Para a participação neste estudo, além de sua presença o Sr.(a) precisará trazer um familiar ou um cuidador que também responderá algumas perguntas. Esta pesquisa acontecerá em uma sala da UNATI (Universidade aberta à terceira idade) e esta coleta será realizada em duas etapas e no mesmo dia. Inicialmente, com o Sr.(a) e em seguida, com seu familiar ou cuidador.

Existe desconforto e risco mínimo para o Sr.(a) que participar desta pesquisa. Caso o Sr.(a) se sinta desconfortável, poderá retirar-se da pesquisa a qualquer momento. O benefício que o resultado deste estudo trará para o Sr.(a) e a sociedade será o fato de se conhecer mais sobre a comunicação e suas implicações que ajudará na hora do profissional elaborar um plano de tratamento mais direcionado ao idoso e específico às suas condições.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas e questionário) ficarão armazenados e catalogados em pastas de arquivo, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço acima informado, pelo período de 5 anos.

O (a) senhor (a) não receberá nenhum dinheiro e não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: [cepccs@ufpe.br](mailto:cepccs@ufpe.br)).**

---

(assinatura do pesquisador)

#### **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo *Relação entre comunicação e*

*realização de atividades diárias em idosos com déficit cognitivo leve*, como voluntário (a).

Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Recife, \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.** (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

\_\_\_\_\_  
Nome

\_\_\_\_\_  
Nome

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO  
CUIDADOR/FAMILIAR**

(Para maiores de 18 anos ou emancipados - resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa *Relação entre comunicação e realização de atividades diárias em idosos com déficit cognitivo leve*, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Ana Iza Gomes da Penha Sobral (residente na rua Maria Digna Gameiro, Nº 1700, CEP: 54.440-420 – Candeias, Jaboatão dos Guararapes – Telefone: 81- 8885-7357, e-mail: [anaizagomes@gmail.com](mailto:anaizagomes@gmail.com)) e está sob a orientação da professora Cláudia Marina Tavares de Araújo, telefone para contato: 81- 2126-8929.

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

O motivo que nos leva a realizar este estudo é o fato de que o envelhecimento pode trazer ao idoso alterações que dificultem realização de atividades que eram simples. Dentre estas alterações, está o Déficit ou Comprometimento cognitivo leve, um estágio intermediário entre o envelhecimento normal e o anormal, também conhecido como Demência. Em idosos com este comprometimento a capacidade de comunicação pode estar alterada e muitas vezes, afeta sua relação com outras pessoas. Este estudo se propõe a identificar as habilidades comunicativas do idoso com CCL e investigar se existe relação entre essas habilidades e seu desempenho nas atividades diárias. O Sr.(a) participará deste estudo como familiar ou cuidador do Sr.(a)

\_\_\_\_\_, e responderá algumas perguntas sobre o dia a dia do Sr. acima citado. Esta pesquisa será realizada em uma sala da UNATI (Universidade aberta à terceira idade) e esta coleta será realizada em duas etapas. Inicialmente, com o idoso (a) citado acima e em seguida, com o Sr.(a). Existe desconforto e risco mínimo para o Sr.(a) que participar desta pesquisa. Caso o Sr.(a) se sinta desconfortável, poderá retirar-se da pesquisa a qualquer momento. O benefício que o resultado deste estudo trará para o Sr.(a) e a sociedade será o fato de se conhecer mais sobre a comunicação e suas implicações que ajudará na hora do profissional elaborar um plano de tratamento mais direcionado ao idoso e específico às suas condições. As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas e questionário) ficarão armazenados e catalogados em pastas de arquivo, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço acima informado, pelo período de 5 anos.

O (a) senhor (a) não receberá nenhum dinheiro e não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: [cepccs@ufpe.br](mailto:cepccs@ufpe.br)).**

\_\_\_\_\_  
(assinatura do pesquisador)

## **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO**

(A)

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a

oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo ***Relação entre comunicação e realização de atividades diárias em idosos com déficit cognitivo leve***, como voluntário (a).

Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Recife, \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.** (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

\_\_\_\_\_  
Nome

\_\_\_\_\_  
Nome

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**ANEXOS**

---

## ANEXO A - Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Paciente: \_\_\_\_\_  
 Data da Avaliação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_

### ORIENTAÇÃO:

- Dia da Semana (1 Ponto).....( )
- Dia do mês (1 Ponto) .....( )
- Mês (1 Ponto).....( )
- Ano (1 Ponto) .....( )
- Hora Aproximada (1 Ponto).....( )
- Local Específico (apartamento ou setor) (1 Ponto).....( )
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 Ponto).....( )
- Bairro ou Rua próxima (1 Ponto).....( )
- Cidade (1 Ponto).....( )
- Estado (1 Ponto).....( )

### MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não correlacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente sobre as 3 palavras. Dê um ponto para cada resposta correta.....( )
- Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

### ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100-7) Sucessivos, 5 vezes sucessivamente  
 (1 ponto para cada cálculo correto) .....( )  
 (alternativamente soletrar mundo de trás pra frente)

### EVOCAÇÃO

- Pergunte ao paciente pelas 3 palavras ditas anteriormente  
 (1 ponto por palavra).....( )

### LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos).....( )
- Repetir: “Nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto) .....( )
- Comando: Pegue este papel com a mão direita,  
 dobre ao meio e coloque no chão (3 pontos).....( )
- Ler e obedecer: “feche os olhos” (1 ponto).....( )
- Escrever uma frase (1 ponto) .....( )
- Copiar um desenho (1 ponto) .....( )



ESCORE (\_\_\_/ 30)

**Fonte:** FOLSTEIN *et al.* Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatry Research**, v. 12, n. 3, p.189-198, 1975.

## ANEXO B - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA YESAVAGE (GDS-15)

### ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA - GDS

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

#### Avaliação:

<b>0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.</b>
---

<b>1= Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses.</b>
--

<b>Total &gt; 5 = suspeita de depressão</b>
---

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

**ANEXO C - ESCALA DE LAWTON-BRODY**

Procure recordar em cada atividade a ser questionada, se o Sr.(a) faz sem ajuda, com algum auxílio ou não realiza de forma alguma.

**a) Em relação ao Telefone:**

- Recebe e faz ligações sem assistência
- Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas
- Não tem hábito ou é incapaz de usar telefone

**b) Em relação as viagens:**

- Realiza viagens sozinha
- Somente viaja quando tem companhia
- Não tem o hábito ou é incapaz de viajar

**c) Em relação a realização de compras:**

- Realiza compras, quando é fornecido o transporte
- Somente faz compras quando tem companhia
- Não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras

**d) Em relação ao preparo de refeições:**

- Planeja e cozinha as refeições completas
- Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda
- Não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições

**e) Em relação ao trabalho doméstico:**

- Realiza tarefas pesadas
- Realiza tarefa leves, necessitando de ajuda nas pesadas
- Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos

**f) Em relação ao uso de medicamentos:**

- Faz uso de medicamentos sem assistência
- Necessita de lembretes ou assistência
- É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos

**g) Em relação ao manuseio do dinheiro:**

- Preenche cheque e paga contas sem auxílio
- Necessita de assistência para o uso de cheques e contas
- Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas...

**Classificação:**

Dependência total = 7; Dependência parcial =  $7 < 20$ ; Independência = 21

**Fonte:** Lawton MP; Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. Gerontologist 1969; 9:179-186.

## ANEXO D - Avaliação das habilidades comunicativas- ASHA-Facs

### ASHA FACS – Avaliação Funcional das Habilidades de Comunicação

#### Identificação

Número de protocolo:

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

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: 1  masculino 2  feminino

#### Leitura/Escreita

- Habilidade prévia de leitura (p. ex., capaz de ler jornal) 1  sim 2  não 3  desconhecida

- Habilidade prévia de escrita (p.ex., capaz de escrever bilhetes ou completar formulários) 1  sim 2  não 3  desconhecida

- Lateralidade prévia 1  direita 2  esquerda 3  ambidestra

#### Informação profissional

- Atividade profissional prévia (marcar uma) 1  trabalho integral 4  *sheltered workshop* 7  aposentado por idade  
2  trabalho meio período 5  estudante 8  aposentado por invalidez  
3  desempregado 6  dona de casa 9  outro \_\_\_\_\_

#### Informações atuais

Data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Examinador:

Tipo de avaliação: 1  admissão 4  intermediária #3 7  alta  
2  intermediária #1 5  intermediária #4 8  seguimento  
3  intermediária #2 6  intermediária #5 9  outro

Cuidados ao paciente: Paciente Internado 3  Unidade de tratamento de longo prazo 4  outro \_\_\_\_\_  
1  hospitalização – agudo 5  *home care*  
2  Unidade de Reabilitação 6  serviço ou clínica externa 7  outro \_\_\_\_\_

USO EXCLUSIVO PARA PESQUISA / PROIBIDA REPRODUÇÃO E/OU COMERCIALIZAÇÃO

CARVALHO I, MANSUR L. Validation of ASHA FACS-functional assessment of communication skills for Alzheimer disease population. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2008 Oct-Dec;22(4):375-81.

**Informações de diagnóstico**

Diagnóstico médico

CID 10 - \_\_\_\_\_

Primário

Diagnóstico médico

CID 10 - \_\_\_\_\_

Secundário

Alteração de  
comunicação primária  
Alteração de  
Comunicação  
Secundária

CID 10 - \_\_\_\_\_

CID 10 - \_\_\_\_\_

**Informações sobre o paciente**

Moradia

1  sozinho  
2  com a família3  com amigo(s)  
ou cuidador(es)  
4  instituição/abrigo

Usa aparelho auditivo

1  sim2  não

Usa óculos

1  sim2  não3  para algumas  
atividadesModalidade de comunicação prévia  
(marque uma)1  fala  
2  gesto/sinal3  escrita/digitada  
4  comunicação  
alternativa  
(descrever)Atualmente escreve com a mão  
dominante1  sim2  não3  desconhecida

Escolaridade – em anos (marque um)

1  analfabeto  
2  1 a 3 anos  
3  4 a 8 anos4  8 anos ou ensino  
médio completo  
5  superior completo6  desconhecido**Idioma**

Fala Português

1  sim2  não3  limitado

Português é a

1  sim2  não

primeira língua

Fala outras línguas

1  sim2  não

Quais:

USO EXCLUSIVO PARA PESQUISA / PROIBIDA REPRODUÇÃO E/OU COMERCIALIZAÇÃO

CARVALHO I, MANSUR L. Validation of ASHA FACS-functional assessment of communication skills for Alzheimer disease population. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2008 Oct-Dec;22(4):375-81.

<b>COMUNICAÇÃO SOCIAL</b> Em situação de oportunidade, _____:	Realiza	Com mínima ajuda	Com ajuda mínima a moderada	Com ajuda moderada	Com ajuda moderada a máxima	Com ajuda máxima	Não realiza	Não sabe responder
1. Refere-se a pessoas familiares pelo nome? (p. ex., família, amigos e colegas)	7	6	5	4	3	2	1	N
2. Solicita informação sobre pessoas ou acontecimentos? (p. ex., "O que está passando na TV?", "Onde você mora?")	7	6	5	4	3	2	1	N
3. Explica como se faz um café ou outro procedimento qualquer?	7	6	5	4	3	2	1	N
4. Expressa concordância e discordância?	7	6	5	4	3	2	1	N
5. Conversa ao telefone? (p. ex., responde a perguntas, dá informações)	7	6	5	4	3	2	1	N
6. Participa de conversas em grupo? (p. ex., jantar com familiares)	7	6	5	4	3	2	1	N
7. Responde a perguntas fechadas tipo sim e não? (p.ex., "Você está com frio")	7	6	5	4	3	2	1	N
8. Segue instruções verbais simples? (p. ex., busque a correspondência)	7	6	5	4	3	2	1	N
9. Compreende impressões implícitas? (p. ex., "Está ficando tarde", sugerindo que está na hora de ir)	7	6	5	4	3	2	1	N
10. Sorri diante de comentários bem-humorados (p. ex., "Sou como vinho, quanto mais velho, melhor")	7	6	5	4	3	2	1	N
11. Compreende expressões de duplo sentido ou inferências? (p. ex., "Ele tem um coração de ouro")	7	6	5	4	3	2	1	N
12. Compreende conversas em ambiente barulhento? (p. ex., restaurante)	7	6	5	4	3	2	1	N
13. Compreende o que assiste na TV ou ouve no rádio? (p. ex., notícias, novela, comerciais)	7	6	5	4	3	2	1	N
14. Compreende expressões faciais?	7	6	5	4	3	2	1	N
15. Compreende tom de voz? (p. ex., bravo, triste, animado)	7	6	5	4	3	2	1	N
16. Inicia uma conversa com as pessoas?	7	6	5	4	3	2	1	N
17. Acrescenta novas informações à conversa?	7	6	5	4	3	2	1	N
18. Muda o tema da conversa?	7	6	5	4	3	2	1	N
19. Consegue acompanhar a conversa quando o outro muda o assunto?	7	6	5	4	3	2	1	N
20. Reconhece quando faz algum erro de comunicação? (p. ex., quando usa uma palavra errada ou quando fala sobre outro tema não pertinente)	7	6	5	4	3	2	1	N
21. Corrige seus erros de comunicação?	7	6	5	4	3	2	1	N

USO EXCLUSIVO PARA PESQUISA / PROIBIDA REPRODUÇÃO E/OU COMERCIALIZAÇÃO

CARVALHO I, MANSUR L. Validation of ASHA FACS-functional assessment of communication skills for Alzheimer disease population. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2008 Oct-Dec;22(4):375-81.

Independência da Comunicação			
Comunicação Social	Pontuação TOTAL	Nº de itens avaliados	Pontuação média

COMUNICAÇÃO DE NECESSIDADES BÁSICAS Em situação de oportunidade, _____:	Realiza	Com mínima ajuda	Com ajuda mínima a moderada	Com ajuda moderada	Com ajuda moderada a máxima	Com ajuda máxima	Não realiza	Não sabe responder
22. Reconhece faces familiares?	7	6	5	4	3	2	1	N
23. Reconhece vozes familiares?	7	6	5	4	3	2	1	N
24. Expressa o que gosta e o que não gosta? (p. ex., pessoas, lugares, comidas)	7	6	5	4	3	2	1	N
25. Expressa sentimentos? (p. ex., feliz, triste, magoado)	7	6	5	4	3	2	1	N
26. Solicita ajuda quanto necessário? (p. ex., destravar a cadeira de rodas, fazer uma comida)	7	6	5	4	3	2	1	N
27. Expressa necessidades e vontades? (p. ex., de comer, de descansar, de sair, de ir ao banheiro)	7	6	5	4	3	2	1	N
28. Reage em situação de emergência? (p. ex., chamar o bombeiro ou a polícia)	7	6	5	4	3	2	1	N

Independência da Comunicação			
Comunicação de Necessidades Básicas	Pontuação TOTAL	Nº de itens avaliados	Pontuação média

<b>LEITURA, ESCRITA E CONCEITOS NUMÉRICOS</b> Em situação de oportunidade, _____:	Realiza	Com mínima ajuda	Com ajuda mínima a moderada	Com ajuda moderada	Com ajuda moderada a máxima	Com ajuda máxima	Não realiza	Não sabe responder
29. Compreende sinais simples? (p. ex., símbolo do veneno, sinal de PARE)	7	6	5	4	3	2	1	N
30. Usa material escrito de referência? (p. ex., lista telefônica, guia de programação da TV)	7	6	5	4	3	2	1	N
31. Segue instruções escritas? (p. ex., receituário médico, receita culinária)	7	6	5	4	3	2	1	N
32. Compreende material impresso simples? (p. ex., cardápio, cabeçalho)	7	6	5	4	3	2	1	N
33. Escreve ou digita o próprio nome?	7	6	5	4	3	2	1	N
34. Preenche pequenos formulários? (p. ex., para documentação ou sorteio)	7	6	5	4	3	2	1	N
35. Anota recado? (p. ex., "Sua mãe ligou")	7	6	5	4	3	2	1	N
36. Compreende números? (p. ex., preços, peso, limite de velocidade)	7	6	5	4	3	2	1	N
37. Lida bem com dinheiro? (p. ex., faz compras, confere troco)	7	6	5	4	3	2	1	N
38. Compreende unidades simples de medida? (p. ex., peso, distância, quantidade)	7	6	5	4	3	2	1	N

<b>Independência da Comunicação</b>			
<b>Leitura, Escrita e Conceitos Numéricos</b>	Pontuação TOTAL	Nº de itens avaliados	Pontuação média

<b>PLANEJAMENTO DIÁRIO</b> Em situação de oportunidade, _____:	Realiza	Com mínima ajuda	Com ajuda mínima a moderada	Com ajuda moderada	Com ajuda moderada a máxima	Com ajuda máxima	Não realiza	Não sabe responder
39. Sabe dizer as horas?	7	6	5	4	3	2	1	N
40. Disca números de telefone? (p. ex., seqüências numéricas corretamente)	7	6	5	4	3	2	1	N
41. Cumpre compromissos agendados? (p. ex., consulta médica)	7	6	5	4	3	2	1	N
42. Faz uso de calendário para se orientar no tempo?	7	6	5	4	3	2	1	N
43. Orienta-se por meio de mapas? (p. ex., para achar uma rua)	7	6	5	4	3	2	1	N

Planejamento Diário	Independência da Comunicação		
	Pontuação TOTAL	Nº de itens avaliados	Pontuação média

INFORMAÇÕES FORNECIDAS POR:

- Familiar, amigo ou cuidador.  
 Profissional relacionado ao paciente (p. ex., enfermeiro, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional)

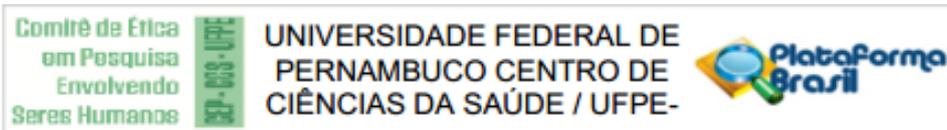
**ASHA FACS – Medidas de Independência na Comunicação**

Nome do paciente:	Tipo de avaliação:	<input type="checkbox"/> Admissão <input type="checkbox"/> Entrevista nº _____ <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Seguimento
Identificação no hospital:	Data da avaliação: ____/____/____	
Clínica:		
Examinador:		

Medidas de Independência na Comunicação			
Domínio	Total de resultados	Total de itens computados	Média no domínio medido
Comunicação Social			
Necessidades Básicas			
Leitura, Escrita e Conceitos Numéricos			
Planejamento Diário			
Medida do total médio do domínio			
Número total de domínios avaliados			
Medida total de independência geral na comunicação			

## ANEXO E - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa CCS/UFPE

<p>Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Serres Humanos</p>		<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-</p>	
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>			
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>			
<p><b>Título da Pesquisa:</b> RELAÇÃO ENTRE COMUNICAÇÃO E REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES DIÁRIAS EM IDOSOS COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE</p>			
<p><b>Pesquisador:</b> ANA IZA GOMES DA PENHA SOBRAL</p>			
<p><b>Área Temática:</b></p>			
<p><b>Versão:</b> 1</p>			
<p><b>CAAE:</b> 26145813.8.0000.5208</p>			
<p><b>Instituição Proponente:</b> CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>			
<p><b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio</p>			
<b>DADOS DO PARECER</b>			
<p><b>Número do Parecer:</b> 522.024</p>			
<p><b>Data da Relatoria:</b> 05/02/2014</p>			
<b>Apresentação do Projeto:</b>			
<p>O projeto "Relação entre comunicação e realização de atividades diárias em idosos com comprometimento leve", reporta sobre o aumento da população idosa, que implica em um maior número de problemas de longa duração. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante. Diante das alterações cognitivas que o idoso pode apresentar está o Comprometimento cognitivo leve (CCL). Desta forma o estudo tem como objetivo responder a hipótese da existência da relação entre a comunicação e o desempenho na realização das atividades instrumentais de vida diária, permitindo determinar o grau de influência que a comunicação apresenta na autonomia e independência do indivíduo.</p>			
<b>Objetivo da Pesquisa:</b>			
<b>Objetivo Primário:</b>			
<p>Investigar a relação entre a comunicação e a realização das atividades instrumentais da vida diária (AIVD) de idosos com comprometimento cognitivo leve (CCL).</p>			
<b>Objetivo Secundário:</b>			
<p>Identificar as habilidades de comunicação de idoso com CCL; Identificar o desempenho das atividades instrumentais de idoso com CCL; Relacionar o desempenho ocupacional nas atividades</p>			
<p>Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS          Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600          UF: PE Município: RECIFE          Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br</p>			
Página 01 de 03			



Continuação do Parecer: 522.004

Instrumentais com a comunicação.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Existe desconforto e risco mínimo para o idoso e familiar/cuidador que participar desta pesquisa. Caso sintam-se desconfortáveis, poderão retirar-se da pesquisa a qualquer momento.

**Benefícios:**

O resultado deste estudo trará como benefício para o idoso e para a sociedade, a possibilidade de se conhecer mais sobre a comunicação e suas implicações, favorecendo na hora do profissional elaborar um plano de tratamento mais direcionado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa transversal, correlacional, descritiva e quantitativa, na qual se aplicará ao cuidador a escala de Avaliação Funcional das Habilidades Comunicativas (ASHA-FACS) e ao idoso a escala de Lawton e Brody que identifica a sua capacidade de desempenho ocupacional nas atividades instrumentais de vida diária. Em seguida, serão utilizados testes correlacionais visando obter dados que possibilitem melhor compreensão e aplicação dos resultados.

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

O projeto apresenta: Introdução, objetivos, metodologia, cronograma, orçamento, TCLE, referências, carta de anuência, folha de rosto e o curriculum lattes dos pesquisadores, de acordo com as normas.

**Recomendações:**

Recomendamos a aprovação do projeto de pesquisa apresentado.

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

Aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

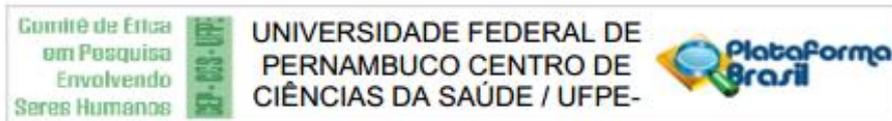
**Necessita apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 522.624

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de Notificação e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado .

RECIFE, 05 de Fevereiro de 2014

---

Assinador por:  
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO  
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

## ANEXO F - Normas para submissão do Jornal Brasileiro de Psiquiatria

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Foco e políticas gerais

Preparação dos manuscritos

Submissão dos manuscritos

Carta de apresentação

Após a submissão

#### Foco e políticas gerais

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria (JBP) é o periódico oficial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). Ele é o jornal psiquiátrico com maior tradição no Brasil, sendo regularmente publicado há mais de 70 anos.

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria esforça-se para publicar estudos de alta qualidade que tenham como objetivo o avanço do conhecimento sobre os transtornos mentais e a melhoria da assistência e cuidado dos pacientes que sofrem destas condições. O Jornal visa educar e atualizar clínicos, acadêmicos e pesquisadores em psiquiatria, psicologia, sociologia e em outros campos científicos relacionados à saúde mental.

Jornal Brasileiro de Psiquiatria publica artigos originais, relatos breves, revisões, relatos de casos, cartas ao editor e resenhas de livros que sirvam aos objetivos acima mencionados, como também aqueles com características eurísticas, que possam auxiliar os pesquisadores a vislumbrar novas linhas de estudo e investigação. Todos os manuscritos são revisados por pareceristas anônimos o mais rápido possível.

#### Preparação dos manuscritos

Tipos de artigos aceitos:

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria publica os seguintes tipos de manuscritos:

*Artigos originais* – Relatos de estudos originais baseados na excelência científica em psiquiatria, e que proporcionem um avanço na pesquisa clínica e experimental. Artigos originais devem conter novos dados, oriundos de um número representativo de pacientes, utilizando métodos adequados e confiáveis. Os artigos não devem ultrapassar 4.000 palavras.

*Relatos breves* – Pequenos relatos de estudos originais, avaliações ou estudos-piloto, contendo no máximo 2.000 palavras e 15 referências.

*Revisões* – Revisões sistemáticas objetivas e concisas desenhadas para reunir informações relevantes e atualizadas sobre um tópico específico de particular interesse e importância em psiquiatria e saúde mental. Os autores devem analisar e discutir criticamente a literatura disponível. Revisões devem conter no máximo 6.000 palavras.

*Relatos e séries de casos* – Devem fornecer uma curta descrição original de casos clínicos e estratégias de tratamento particularmente interessantes para pesquisadores e clínicos. Podemos citar como exemplos a apresentação incomum de um transtorno conhecido, um tratamento inovador ou um efeito adverso claramente relacionado a uma medicação específica, que nunca havia sido relatado. Apesar de concisos, os relatos devem trazer uma descrição cronológica detalhada dos casos, destacando sua relevância e originalidade. Os autores devem fornecer uma extensiva revisão da literatura sobre os aspectos clínicos e

terapêuticos do tópico relatado, comparando-o com casos similares descritos na literatura científica internacional. Relatos e séries de casos não devem ultrapassar o limite de 1.500 palavras e 15 referências.

*Cartas ao editor* – São comunicações discutindo artigos recentemente publicados neste jornal, descrevendo pesquisas originais ou descobertas científicas relevantes. As cartas não devem ter mais de 500 palavras e cinco referências.

*Editoriais* – Comentários críticos e baseados em evidências feitos por pesquisadores com grande experiência em uma área específica do conhecimento, a pedido dos editores deste jornal. Devem conter no máximo 900 palavras e cinco referências.

Resenhas de livros – Curtas revisões (no máximo 500 palavras) sobre livros recém publicados dentro do foco do Jornal Brasileiro de Psiquiatria que poderiam interessar psiquiatras e profissionais de saúde mental.

#### Originalidade e autoria

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria somente considera para publicação manuscritos compostos de material original, que não estão submetidos para avaliação em nenhum outro periódico, ou que não tenham sido publicados em outros meios. As únicas exceções são resumos com menos de 400 palavras. Os autores devem identificar tabelas, figura e/ou qualquer outro material que tenham sido publicados em outros locais, e obter a autorização dos proprietários dos direitos autorais antes de reproduzir ou modificar esses materiais. Ao submeter um manuscrito, os editores entendem que os autores estão de acordo e seguem estas exigências, que todos os autores participaram substancialmente do trabalho, e que cada um deles reviu e aprovou a versão submetida. Assim, cada autor precisa declarar sua contribuição individual ao artigo na carta de apresentação (veja abaixo)

#### Declaração de conflitos de interesse e suporte financeiro

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria exige que todos os autores declarem individualmente qualquer potencial conflito de interesse e/ou qualquer tipo de suporte financeiro para o estudo obtido nos últimos 3 anos ou em um futuro previsível. Esta declaração inclui, mas não está limitada à compra e venda de ações, bolsas, fomentos, empregos, afiliações, royalties, invenções, relações com organizações financiadoras (governamentais, comerciais, não-profissionais etc.), aulas, palestras para indústrias farmacêuticas, patentes (solicitadas, registradas, em análise ou fase de preparação) ou viagens; independentemente do valor envolvido. Se um ou mais autores não possuírem conflitos de interesse a serem declarados, isto precisa ser explicitamente informado (p.ex. Drs. Leme Lopes e Nobre de Mello não possuem conflitos de interesse a serem declarados). Os autores interessados em obter mais informações sobre este tópico podem ler um editorial publicado no *British Medical Journal*, intitulado "Beyond conflict of interest", que está disponível em: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/317/7154/281>.

Os conflitos de interesse e declarações de suporte financeiro devem ser escritos em uma sessão separada, intitulada "Conflitos de Interesse", após a sessão "Conclusões".

#### Questões éticas

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria considera a integridade ética a pedra fundamental da pesquisa científica e da assistência a seres humanos. Assim, na sessão intitulada "Material e Métodos", os autores devem identificar a aprovação e o comitê de ética da instituição que revisou o estudo. Ainda, em caso de estudos envolvendo seres humanos, os autores devem

declarar explicitamente que todos os participantes concordaram em participar da pesquisa e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Além disso, os autores devem descrever os métodos empregados para avaliar a capacidade dos voluntários em entender e dar seu consentimento informado para participar do estudo, além de descrever também as estratégias utilizadas no estudo para garantir a proteção dos participantes. Finalmente, em caso de estudos envolvendo animais, os autores devem declarar que as normas institucionais e nacionais para o cuidado e emprego de animais de laboratório foram estritamente seguidas.

#### Registro de experimentos clínicos

Antes de submeter um manuscrito para avaliação pelo Jornal Brasileiro de Psiquiatria, os ensaios clínicos precisam ser registrados em uma base pública de registros de experimentos clínicos. Um ensaio clínico é aqui definido como qualquer pesquisa que recruta prospectivamente seres ou grupos de humanos para receber uma ou mais intervenções (farmacológica ou não), a fim de se avaliar seu impacto na saúde. Estes ensaios podem ser registrados antes ou durante o recrutamento dos voluntários. Para ser considerada válida, uma base de registros de ensaios clínicos precisa ser acessível gratuitamente ao público, deve possuir mecanismos que possibilitem ser pesquisáveis eletronicamente, deve ser aberta para o registro de todos os ensaios prospectivos e gerenciada por uma agência sem fins lucrativos. Alguns exemplos são a National Institutes of Health Clinical Trials (<http://www.clinicaltrials.gov>), a Netherlands Trial Register (<http://www.trialregister.nl>), a UMIN Clinical Trials Registry (<http://www.umin.ac.jp/ctr>) e o Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>), entre outras. O nome do estudo e sua URL, o nome da base de registro de ensaios clínicos e sua URL, assim bem como o número de registro do estudo devem ser descritos imediatamente após a sessão "Declaração de Conflito de Interesses".

#### Estrutura geral do manuscrito

Abreviações devem ser evitadas. Porém, abreviações oficiais podem ser usadas, desde de que a primeira menção do termo no texto seja feita de forma completa e por extenso, seguida de sua abreviação entre parênteses. Os autores devem usar o nome genérico dos medicamentos, ao invés de seus nomes comerciais.

Todas as páginas devem ser numeradas, com a contagem total de palavras indicada na primeira página (não devem ser contadas as palavras do resumo em português e inglês, das referências e das figuras e ilustrações).

A primeira página deve conter o título, o título curto (ambos em português e em inglês), a contagem total de palavras do manuscrito, o nome dos autores e suas afiliações. O título do artigo não deve conter siglas ou acrônimos. O título curto deve conter até 50 caracteres (incluindo espaços) e um máximo de cinco palavras. Diferente do título, o título curto deve aparecer no topo de cada página do manuscrito (no mesmo idioma que o manuscrito foi escrito).

A segunda página deve conter o resumo em português e o número de registro do experimento (quando aplicável, ver acima). O resumo deve ser informativo, claro e sucinto, descrevendo o conteúdo do manuscrito em até 250 palavras. Para artigos originais, relatos breves e revisões, o resumo deve ser estruturado em 4 tópicos: objetivo(s), métodos, resultados e conclusões. Após o resumo, devem ser incluídas até cinco palavras-chave. Estas palavras, se possível,

devem ser retiradas da lista de termos MeSH do Index Medicus e ser escolhidas considerando sua utilidade para a localização do artigo. Para artigos escritos em português, estes termos podem ser encontrados nos Descritores de Ciências da Saúde, publicados pela BIREME.

A terceira página deve conter os resumos e as palavras-chave em inglês. Ambos devem ser equivalentes às suas versões em português.

A quarta página deve conter o início ou toda a Introdução. Em artigos originais, relatos breves e revisões, a Introdução deve ser seguida pelas seções Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Contribuições Individuais, Conflitos de Interesses, Agradecimentos e referências; nesta ordem. Apesar do Jornal Brasileiro de Psiquiatria não estipular um número máximo de páginas, os autores devem sempre respeitar o número máximo de palavras e referências permitido para cada tipo de artigo. Tabelas e figuras devem vir após as referências, devem ser citadas no texto, e o local desejado para sua inserção deve ser indicado no manuscrito.

**Introdução** - Deve incluir uma revisão sucinta de toda a literatura diretamente relacionada ao assunto em questão, além disso, deve descrever os objetivos do estudo.

**Métodos** - Deve relatar o desenho do estudo e descrever detalhadamente os métodos empregados, de forma a permitir que outros autores sejam capazes de replicá-lo.

**Resultados** - Devem ser descritos de forma lógica, sequencial e sucinta, usando-se, ocasionalmente, o auxílio de tabelas e figuras.

**Discussão** - A discussão deve limitar-se a destacar as conclusões do estudo, considerando as similaridades e diferenças dos seus resultados e daqueles de outros autores, as implicações dos seus resultados, as limitações do seu estudo e as perspectivas futuras.

**Conclusões** - Os autores devem especificar, de preferência em um único parágrafo curto, somente as conclusões que podem ser respaldadas pelos dados do estudo, assim como sua importância clínica (sem generalizações excessivas).

**Contribuições individuais** - Nesta sessão, o manuscrito deve descrever as contribuições específicas feitas por cada um dos autores. Para ser considerado um autor, cada colaborador deve preencher, no mínimo, todas as seguintes condições: (1) ter contribuído significativamente na concepção e desenho do estudo, ou na análise e interpretação dos dados; (2) ter contribuído substancialmente na elaboração do artigo, ou revisado criticamente o seu conteúdo intelectual e (3) ter aprovado sua versão final a ser publicada.

**Conflitos de interesse** - Cada autor deve revelar qualquer potencial conflito de interesse (financeiro ou não) que possa ter enviesado o estudo. Caso um ou mais dos autores não possuam conflitos de interesse a serem declarados, isto deve ser afirmado explicitamente (ver seção Declaração de Conflitos de Interesse e Suporte Financeiro)

**Agradecimentos** - Nesta seção, os autores devem reconhecer as assistências pessoais e técnicas recebidas, assim como fornecer informação detalhada a respeito de todas as fontes de financiamento ou outras formas de auxílio econômico.

Referências - Devem seguir o estilo Vancouver ("Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" [[http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)]), ordenadas de acordo com a sua citação no texto. Exemplos:

Artigos:

Versiani M. A review of 19 double-blind placebo-controlled studies in social anxiety disorder (social phobia). *World J Biol Psychiatry*. 2000;1(1):27-33.

Appolinario JC, McElroy SL. Pharmacological approaches in the treatment of binge eating disorder. *Curr Drug Targets*. 2004;5(3):301-7.

Dekker J, Wijdenes W, Koning Y A, Gardien R, Hermandes-Willenborg L, Nusselder H, et al. Assertive community treatment in Amsterdam. *Community Ment Health J*. 2002;38:425-34.

Livros:

Goodwin FFK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness*. New York: Oxford University Press; 1990.

Capítulos de livros:

Heimberg RG, Juster HR. Cognitive-behavioral treatments: literature review. In: Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, editors. *Social Phobia – Diagnosis Assessment and Treatment*. New York: The Guilford Press, 1995.

Referências a páginas da internet:

Associação Brasileira de Psiquiatria – Diretrizes para a Indústria da moda. Recomendações da Comissão Técnica Brasileira de Grupos Especializados no Estudo e Tratamento de Transtornos Alimentares. [http://www.abpbrasil.org.br/newsletter/comissao\\_ta/diretrizes\\_moda.pdf](http://www.abpbrasil.org.br/newsletter/comissao_ta/diretrizes_moda.pdf). Acessado em 12 de Abril de 2007.

Tabelas e figuras:

Todas as tabelas e figuras devem seguir a formatação do estilo da APA (Publication Manual of the American Psychological Association, Sixth Edition). Além disso, todas devem ser numeradas com algarismos arábicos e ter suas respectivas legendas. Devem ainda estar em formato digital próprio para a sua reprodução. Cada tabela deve ser auto-explicativa, e não deve repetir informações apresentadas no texto. Os lugares para a inserção das tabelas devem ser claramente assinalados no texto.

Ilustrações e fotografias devem ser enviadas em arquivos de alta resolução, nos formatos .tif ou .jpg.

Submissão dos manuscritos

Visando reduzir o tempo entre a submissão do manuscrito, a decisão final dos editores, e sua eventual publicação, o *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* implementou o sistema de submissão e acompanhamento online através do Editorial Manager ([www.editorialmanager.com/jbp](http://www.editorialmanager.com/jbp)). Desta forma, o *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* não aceita mais manuscritos enviados por e-mail. Todos os manuscritos, sem exceções, devem ser submetidos através do sistema do Editorial Manager. Durante o processo de submissão, os autores precisarão fornecer um título

e um título curto (máximo de cinco palavras), indicar o autor de correspondência, incluir um resumo conciso e uma carta de apresentação e sugerir quatro pareceristas em potencial (atenção: os pareceristas sugeridos não podem trabalhar na mesma instituição/departamento, ter relações próximas ou ter publicado como co-autor de qualquer um dos autores). Não seguir este último requerimento pode levar a recusa do manuscrito.