

ESCOLA DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA  
DOUTORADO

FRANCISCO JOSÉ PASCOAL RIBEIRO JÚNIOR

**ASSOCIAÇÃO DE MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA E DECLÍNIO COGNITIVO NO IDOSO**

Porto Alegre

2020

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica  
do Rio Grande do Sul

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL**  
**ESCOLA DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA**  
**TESE DE DOUTORADO**

**ASSOCIAÇÃO DE MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA**  
**E DECLÍNO COGNITIVO NO IDOSO**

Aluno: Francisco José Pascoal Ribeiro Júnior

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto

Tese de Doutorado referente ao Curso de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, para obtenção de título de Doutor em Gerontologia Biomédica. Linha de pesquisa: Envelhecimento e Saúde Mental. Apoio: Bolsa CAPES.

**Porto Alegre**

**2020**

## Ficha Catalográfica

P281a Pascoal Júnior, Francisco

Associação de Maus-Tratos na Infância e Declínio Cognitivo no Idoso / Francisco Pascoal Júnior . – 2020.

177f.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto.

1. Maus-Tratos na Infância. 2. Declínio Cognitivo no Idoso. 3. Saúde Pública. 4. Saúde Mental. I. Cataldo Neto, Alfredo. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecária responsável: Clarissa Jesinska Selbach CRB-10/2051

Francisco José Pascoal Ribeiro Júnior

**ASSOCIAÇÃO DE MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA  
E DECLÍNIO COGNITIVO NO IDOSO**

Tese de Doutorado referente ao Curso de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, para obtenção de título de Doutor em Gerontologia Biomédica. Linha de pesquisa: Envelhecimento e Saúde Mental. Apoio: Bolsa CAPES.

Aprovada em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Profa. Dra. Janete de Souza Urbanetto

---

Profa. Dra. Analuiza Camozzato de Pádua

---

Profa. Dra. Maria Alice de Vilhena Toledo

**Porto Alegre**

**2020**

## **AGRADECIMENTOS**

À minha amada esposa, Hérika, que, mesmo estando fisicamente distante, em alguns momentos, sempre esteve comigo em pensamento e coração, escutando minhas incertezas e convicções, presenciando meu silêncio e meu desabafo, convivendo com minhas tristezas e alegrias. Que, com ternura e companheirismo, adotou meu caminhar como se fosse o seu. Que, com empatia e afeto, me estimulou nos momentos de abatimento e me trouxe à realidade nos instantes de euforia. Que, com afeto e amor, esteve comigo em todas as lágrimas e em todos os sorrisos, permanecendo fielmente ao meu lado nos momentos de derrota e na felicidade das conquistas.

Ao colega e amigo Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto, meu estimado orientador, pela paciência para com as minhas limitações, pelos conselhos edificantes e pelo inspirador e cativante exemplo como profissional e como pessoa.

Aos amigos e colegas de pesquisa: Dra. Paula Engroff, pelo seu exemplo diário de excelência, altruísmo e companheirismo, que tornou este trabalho possível; Dr. Guilherme Marcos Nogueira e Dra. Letícia Guenter Dannebrock, pela parceria, solicitude e amizade.

Aos colegas e amigos Prof. Dr. Irênio Gomes da Silva Filho, Dr. Eduardo Lopes Nogueira e Dr. Bruno Luiz Guidolin, pelo constante e afetuoso apoio e pela pujante e criteriosa ajuda, fundamentais para a concepção e elaboração das fases iniciais deste trabalho.

Aos Professores, colegas e alunos do Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica e do Programa de Pós-graduação em Psiquiatria da PUCRS, pelo companheirismo e comprometimento diário, proporcionando um ambiente fértil que foi fundamental no desenvolvimento do conteúdo deste trabalho de Doutorado.

Aos pacientes e seus familiares e cuidadores envolvidos nessa grande jornada pela paciência e pela abnegação, decorrentes dos processos envolvidos nessa pesquisa. Foi um aprendizado diário, gratificante e com momentos de emoção, ressignificação e afeto mútuo.

Aos professores da época de colégio – em especial à eterna professora Judite, à professora Zelineide, ao professor Leavlan, ao mestre Lugero e ao inesquecível e instigante professor e amigo Montoni – pelo imensurável exemplo de determinação pelo ensinar, pelo amor à profissão, pelo respeito e ética para com os alunos e pelo olhar de acolhimento e incentivo em momentos difíceis da minha vida e que, certamente, foram inspiração para meu primeiro pensamento em ser professor.

Aos meus queridos amigos, que sempre foram muito compreensivos com minhas falhas e ausências e que sempre estiveram comigo nas últimas décadas, em especial ao compadres, amigos e parceiros de Mochilões, viagens e tantas aventuras Francisco das Chagas (Papito Chaguinhas), irmão da medicina e da vida, e Diego Molina (Mol) e Edilberto Junior (Diba Jr), irmãos do cursinho pré-vestibular, da vida e do Maracanã.

Aos queridos amigos de infância da inesquecível Glicério, uma família que foi berço de laços de amizades e vivências únicas e cujas lembranças sempre ecoarão em minha mente.

Às minhas queridas e inesquecíveis Tia Naná e Dona Maria – a quem dedico este trabalho – que foram minhas segunda mãe e “Mãe Preta”, respectivamente e que, infelizmente, vieram a falecer durante esse período de doutorado, mas que foram – e sempre serão – fonte inesgotável de superação, alegria, proteção e amor e cujos ensinamentos ecoarão diariamente em meus gestos e palavras...

Aos meus pais, pela existência, em especial à minha mãe Ivete, por todo exemplo de perseverança e apoio dado ao longo de toda a minha vida... Aos meus irmãos, pelo que puderam contribuir para o meu crescimento.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

***“Trabalhar com o idoso consiste em oferecer uma luz  
para um reconstruir a própria história interna,  
para se permitir dar, aos próximos passos,  
um lugar justo em sua jornada pela vida...”***

(Francisco Pascoal Júnior)

## RESUMO

O envelhecimento populacional ocorre de sobremaneira nos países em desenvolvimento. Tal fato modifica o perfil de saúde e doença na população, prevalecendo as doenças crônico-degenerativas sobre as agudas e infecciosas. Dentre as alterações de características crônicas, destaca-se o declínio cognitivo, altamente prevalente no mundo, e que está presente nas síndromes demenciais, representando um problema de saúde pública.

Essa alteração afeta a capacidade funcional do indivíduo no seu dia a dia, implicando perda de independência e autonomia. A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca que o impacto é mais intenso em países de baixa e média renda, o que está relacionado ao subdiagnóstico e subtratamento no contexto da atenção básica (AB). Além disso, outros fatores contribuem para a complexidade do declínio cognitivo na faixa idosa, dentre os quais destaca-se a comorbidade com transtornos depressivos, contribuindo para a severidade do quadro psiquiátrico.

Nas últimas décadas, a violência passou a ser uma das principais causas de morbimortalidade, principalmente na população de adolescentes e adultos jovens das grandes cidades. Entretanto, existem poucos estudos sobre maus-tratos na infância, tendo como enfoque as consequências no idoso.

A presença de maus-tratos na infância também é um problema de saúde pública e que frequentemente desempenha um impacto restritivo na infância e durante toda a vida, estando associada a um diverso número de transtornos psiquiátricos e alterações comportamentais.

Este é um estudo transversal com coleta prospectiva que objetivou examinar as possíveis associações entre maus-tratos na infância e o declínio cognitivo em uma amostra aleatória estratificada de idosos cadastrados pelo programa Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Porto Alegre. Para o desenvolvimento do trabalho, os dados utilizados são provenientes de duas etapas de coleta: 1) etapa de rastreamento: com coleta de dados sociodemográficos, multidimensionais de saúde e de Sintomas Depressivos Clinicamente Significativos (SDCS) com: a Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens (EDG-15) em visita domiciliar por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o Vellore (instrumento de rastreio para comprometimento cognitivo), o

questionário *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (IQCODE) para quem apresentasse alteração no Vellore, o Questionário para Atividades da Vida Diária – *Activities of Daily Living Questionnaire* (ADLQ); e 2) entrevista especializada com: avaliação diagnóstica de transtornos psiquiátricos, utilizando-se a versão brasileira validada do *Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 plus* (M.I.N.I. 5.0.0 plus BR) – admitindo-se os critérios da 5ª edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) como padrão ouro; avaliação cognitiva, através do Exame Cognitivo de Addenbrook Revisado – *Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised* (ACE-R) e do Mine Exame do Estado Mental (MEEM), que está contido no ACE-R; avaliação dos sintomas neuropsiquiátricos, feita pelo Questionário de Inventário Neuropsiquiátrico – *Neuropsychiatric Inventory Questionnaire* (NPI-Q); e avaliação sobre presença e tipo de maus-tratos na infância, usando-se o *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ).

O presente trabalho objetivou: 1) estudar a prevalência de maus-tratos na infância de pacientes idosos cadastrados no ESF do município de Porto Alegre-RS, Brasil; 2) analisar os tipos de maus-tratos mais frequentes nessa população; 3) estimar a presença de sinais e sintomas comportamentais e psicológicos em pacientes com declínio cognitivo; 4) estudar as prevalências de transtornos cognitivos e a sua relação com a presença e o(s) tipo(s) de maus-tratos na infância.

Como produto deste trabalho, um artigo científico de revisão integrativa e um artigo de reflexão bioética foram produzidos e já publicados e outros dois estão em processo de confecção, cada qual investigando um dos objetivos acima descritos. No trabalho de revisão integrativa, fizeram parte da amostra um total de 10 artigos. Com base nos resultados obtidos, foi possível concluir que os maus-tratos na infância possuem associação com o declínio da função cognitiva no idoso. Já o artigo de reflexão bioética, do qual fizeram parte 09 artigos, pode possibilitar a conclusão de que os maus-tratos na infância e na velhice possuem semelhanças, sobretudo em relação ao agente agressor.

Nos outros dois trabalhos, a serem publicados ainda, foram coletados os dados de 274 idosos, existindo 59,8% dos pacientes com demência conforme o MEEM, 37,5% conforme o ACE-R e 69% de declínio cognitivo conforme o ACE-R. Há uma diminuição do escore dos subdomínios atenção e orientação do ACE-

R na medida em que aumenta a carga de maus-tratos – CTQ ( $r_s = -0,14$ ;  $P = 0,024$ ). Na faixa de 70 a 79 anos, com escolaridade de 8 a 11, houve correlações estatisticamente significativas, inversas e de moderadas a forte entre CTQ e os domínios atenção e orientação, viso espacial e o MEEM ( $r_s = -0,56$ ,  $P = 0,011$ ;  $r_s = -0,57$ ,  $P = 0,008$ ;  $r_s = -0,48$ ,  $P = 0,032$ , respectivamente). Na faixa dos maiores de 80 anos, na escolaridade de 4 a 7 anos, houve uma correlação estatisticamente significativa, inversa e forte entre CTQ e ACE-R ( $r_s = -0,66$ ,  $P = 0,014$ ) e entre CTQ e viso espacial ( $r_s = -0,63$ ,  $P = 0,022$ ).

Houve diferença na distribuição de CTQ para a renda, sendo que sujeitos com renda de 2 a 4 salários mínimos tinham maior pontuação no CTQ (maior carga de maus-tratos) se comparados a sujeitos com 4 salários mínimos ou mais. Indivíduos com companheiro tinham pontuações menores de CTQ (menor carga de maus-tratos) quando comparados com indivíduos sem companheiro, e esta diferença foi estatisticamente significativa ( $P = 0,019$ ).

Quando comparados os pacientes com e sem demência para o MEEM e para o ACE-R, pacientes com demência tem pontuações mais altas no NPI (sintomas neuropsiquiátricos) em relação a pacientes sem demência ( $P < 0,001$ ), assim como os pacientes com declínio cognitivo tiveram pontuações mais altas no NPI que pacientes sem declínio ( $P < 0,001$ ).

Houve uma correlação direta e estatisticamente significativa entre o CTQ total e o NPI ( $r_s = 0,13$ ,  $P = 0,032$ ). À medida que aumenta CTQ, aumenta o NPI. Dentre os pacientes sem demência pelo ACE-R, houve uma correlação estatisticamente significativa e direta entre CTQ total e NPI ( $r_s = 0,20$ ,  $P = 0,012$ ). À medida que aumenta a carga de maus-tratos, aumenta a presença de sintomas neuropsiquiátricos.

Além disso, os maus-tratos na infância apresentaram evidente relação com o desencadeamento e perpetuação de transtornos psiquiátricos e ansiosos ao longo do ciclo vital. Quando analisada a relação entre o CTQ e a presença ou não de transtornos psiquiátricos, foi possível detectar que pacientes com depressão, com risco de suicídio, com transtornos ansiosos, com transtornos de ansiedade generalizada, e com a presença de algum transtorno tiveram pontuações significativamente maiores que pacientes sem cada um destes transtornos. Pacientes com transtornos ansiosos têm maior carga de maus-tratos na infância do que pacientes sem transtornos ansiosos atuais ou na vida.

Os transtornos mais associados à maior carga de maus-tratos foram a agorafobia e a fobia social. E houve um aumento do número de transtornos ansiosos na velhice para sujeitos que tiveram maior carga de maus-tratos na infância.

Com o envelhecimento populacional e o aumento do declínio cognitivo no mundo, cada vez mais torna-se importante a ampliação do conhecimento acerca desta patologia e de suas associações com a presença de maus-tratos na infância. Os resultados evidenciados neste estudos são preocupantes e lançam luz para importantes problemas de saúde pública. Entretanto, a operacionalização de equipes de saúde locais trazem esperança para um modelo de implementação estratégica de ações em saúde mental do idoso, já que apontam que “profissionais leigos” podem ter um papel fundamental na detecção precoce da presença de alterações cognitivas na comunidade e na AB.

Os estudos permitiram examinar problemas importantes de saúde, trazendo dados de alta prevalência de declínio cognitivo e de demência, bem como da ocorrência de maus-tratos na infância nessa população. Assim, faz-se necessário a implementação de um modelo estratégico e ativo de ação para abordagem preventiva na saúde mental de idosos, pois utilizando ferramentas de baixo custo (escalas de rastreamento), é possível a identificação de casos de alteração cognitiva, em fase inicial, de casos severos, bem como auxiliar na identificação daqueles idosos que possam ter sofrido algum tipo de maltrato na infância.

**Palavras-chave:** Maus-Tratos na Infância; Declínio Cognitivo no Idoso; Saúde Pública; Saúde Mental.

## ABSTRACT

Population aging occurs especially in developing countries. This fact changes the health and disease profile in the population, prevailing chronic-degenerative diseases over acute and infectious ones. Among the alterations of chronic characteristics, we highlight the cognitive decline, highly prevalent in the world, which is present in dementia syndromes, representing a public health problem.

This change affects the functional capacity of the individual in their daily lives, implying loss of independence and autonomy. The World Health Organization (WHO) points out that the impact is most intense in low- and middle-income countries, which is related to underdiagnosis and undertreatment in the context of primary care (PH). In addition, other factors contribute to the complexity of cognitive decline in the elderly, including comorbidity with depressive disorders, contributing to the severity of the psychiatric condition.

In recent decades, violence has become a major cause of morbidity and mortality, especially in the population of adolescents and young adults in large cities. However, there are few studies on child maltreatment focusing on the consequences in the elderly.

This is a prospective cross-sectional study that aimed to examine the possible associations between childhood maltreatment and cognitive decline in a stratified random sample of older adults enrolled by the Family Health Strategy (FHS) program in the city of Porto Alegre. For the development of the study, the data used come from two stages of collection: 1) screening stage: with sociodemographic data collection, multidimensional health and Clinically Significant Depressive Symptoms (SDCS) with: the Geriatric Depression Scale of 15 (EDG-15) at home visit by Community Health Agents (ACS), the Vellore (screening tool for cognitive impairment), the Informant Questionnaire on the Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) for those with alterations in the Vellore, the Activities of Daily Living Questionnaire - Activities of Daily Living Questionnaire (ADLQ); and 2) specialized interview with: diagnostic evaluation of psychiatric disorders, using the validated Brazilian version of the Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 plus (MINI 5.0.0 plus BR) - admitting the criteria of the 5th revised edition of the Diagnostic Manual. and

Statistical of Mental Disorders (DSM-5) as gold standard; cognitive assessment through the Addenbrook Revised Cognitive Examination - Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R) and the Mine Mental State Examination (MMSE), which is contained in the ACE-R; assessment of neuropsychiatric symptoms by the Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q); and assessment of the presence and type of child maltreatment using the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ).

The present work aimed to: 1) study the prevalence of childhood maltreatment of elderly patients enrolled in the FHS of Porto Alegre-RS, Brazil; 2) analyze the most frequent types of abuse in this population; 3) estimate the presence of behavioral and psychological signs and symptoms in patients with cognitive decline; 4) study the prevalence of cognitive disorders and their relationship to the presence and type (s) of childhood maltreatment.

As a product of this work, an integrative review scientific article and a bioethical reflection article have been produced and already published and two others are in the process of preparation, each investigating one of the objectives described above. In the integrative review work, a total of 10 articles were part of the sample. Based on the results obtained, it was possible to conclude that childhood maltreatment is associated with the decline of cognitive function in the elderly. The article on bioethical reflection, of which 09 articles were part, may allow the conclusion that the abuse in childhood and old have similarities, especially in relation to the aggressor agent.

In the other two studies, data were collected from 274 elderly, with 59.8% of patients with dementia according to MMSE, 37.5% according to ACE-R and 69% cognitive decline according to ACE-R. There is a decrease in ACE-R attention and orientation subdomains score as the burden of maltreatment - CTQ increases ( $r_s = -0.14$ ;  $P = 0.024$ ). From 70 to 79 years old, with 8 to 11 years of schooling, there were statistically significant, inverse and moderate to strong correlations between CTQ and attention and orientation, spatial vision and MMSE domains ( $r_s = -0.56$ ,  $P = 0.011$ ;  $r_s = -0.57$ ,  $P = 0.008$ ;  $r_s = -0.48$ ,  $P = 0.032$ , respectively). In the age group of over 80, in the 4-7 years of schooling, there was a statistically significant, inverse and strong correlation between CTQ and ACE-R ( $r_s = -0.66$ ,  $P = 0.014$ ) and between CTQ and spatial view ( $r_s = -0.63$ ,  $P = 0.022$ ).

There was a difference in the distribution of CTQ to income, and subjects with income from 2 to 4 minimum wages had a higher score on CTQ (higher burden of abuse) compared to subjects with 4 minimum wages or more. Individuals with a partner had lower CTQ scores (lower burden of abuse) when compared to individuals without a partner, and this difference was statistically significant ( $P = 0.019$ ).

When comparing patients with and without dementia for MMSE and ACE-R, patients with dementia have higher NPI scores (neuropsychiatric symptoms) than patients without dementia ( $P < 0.001$ ), as well as patients with cognitive decline. had higher NPI scores than non-declining patients ( $P < 0.001$ ).

There was a direct and statistically significant correlation between total CTQ and NPI ( $r_s = 0.13$ ,  $P = 0.032$ ). As CTQ increases, the NPI increases. Among patients without ACE-R dementia, there was a statistically significant and direct correlation between total CTQ and NPI ( $r_s = 0.20$ ,  $P = 0.012$ ). As the burden of maltreatment increases, the presence of neuropsychiatric symptoms increases.

In addition, childhood maltreatment was clearly related to the onset and perpetuation of psychiatric and anxiety disorders throughout the life cycle. When analyzing the relationship between CTQ and the presence or absence of psychiatric disorders, it was possible to detect that patients with depression, at risk of suicide, with anxiety disorders, with generalized anxiety disorders, and with the presence of any disorder had significantly higher scores. than patients without each of these disorders. Patients with anxiety disorders have a higher burden of maltreatment in childhood than patients without current or life anxiety disorders. The disorders most associated with the highest burden of abuse were agoraphobia and social phobia. And there was an increase in the number of anxiety disorders in old age for subjects who had a higher burden of child maltreatment.

With population aging and increasing cognitive decline in the world, it is becoming increasingly important to increase knowledge about this pathology and its associations with the presence of child maltreatment. The results evidenced in this study are worrying and shed light on important public health problems. However, the operationalization of local health teams brings hope for a model of strategic implementation of mental health actions of the elderly, as they point out

that “lay professionals” can play a fundamental role in the early detection of cognitive changes in the community and in the community. AB.

Studies have examined important health problems, providing data on the high prevalence of cognitive decline and dementia, as well as childhood maltreatment in this population. Thus, it is necessary to implement a strategic and active model of action for preventive approach in the mental health of the elderly, because using low cost tools (screening scales), it is possible to identify cases of cognitive impairment in the early stages. , severe cases, as well as assist in identifying those elderly who may have suffered some kind of maltreatment in childhood.

**Keywords:** Child Abuse; Cognitive Decline in the Elderly; Public health; Mental health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AB - Atenção Básica
- ACE-R - Addenbrooke's Cognitive Examination–Revised
- ACS - Agentes Comunitários de Saúde
- ADLQ - *Activities of Daily Living Questionnaire*
- AMBEC - Ambulatório de Envelhecimento Cerebral
- APA - American Psychiatric Association
- AS - *Sexual Abuse* (abuso sexual)
- CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
- CERAD - *Consotum to Establish a Registry for Alzheimer Disease*
- CID-10 - Código Internacional de Doenças – 10
- CNS - Conselho Nacional de Saúde
- CTQ - *Childhood Trauma Questionnaire*
- DA - Doença de Alzheimer
- DCL - Déficit ou Declínio Cognitivo Leve
- DCNT – Doenças Crônico-Degenerativas Não-Transmissíveis
- DSM-5 - *Diagnostic and and Statistical Manual Disorders 5*
- EA - *Emotional Abuse* (abuso emocional)
- EDG-15 - Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens
- EN - *Emotional Neglect* (negligência emocional)
- ENF - Emaranhados Neurofibrilares
- ESF - Estratégia Saúde da Família
- GD - Gerência Distrital
- GTIT - Gerência de Tecnologia de Informação e Telecomunicação
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IGG - Instituto de Geriatria e Gerontologia
- IQCODE - *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly*
- MEEM - Mini Exame do Estado Mental
- MINI plus 5 - *Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 plus brazilian version*
- NPI-Q - *Neuropsychiatric Inventory Questionnaire*
- OMS - Organização Mundial de Saúde

PA - *Physical Abuse* (abuso físico)

PENCE - Programa Envelhecimento Cerebral

PN - *Physical Neglect* (negligência física)

PNSI - Política Nacional de Saúde do idoso

PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

RS - Rio Grande do Sul

SCPD - Sinais de Sintomas Comportamentais e psicológicos da Demência

SDCS - Sintomas Depressivos Clinicamente Significativos

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

THB - Transtorno do Humor Bipolar

UBS – Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Cidade de Porto Alegre .....	41
Figura 2 - Mapa de Porto Alegre com as Gerências Distritais .....	43
Figura 3 - Classificação dos subtipos de Estresse Precoce de acordo com a gravidade .....	50

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tabela descritiva da distribuição do CTQ, prevalência de demência conforme MEEM e ACE-R e prevalência de declínio cognitivo conforme o ACE-R .....	53
Tabela 2 - Tabela da correlação do CTQ com ACE-R e o MEEM .....	53
Tabela 3 – Tabela da comparação do CTQ entre sujeitos com e sem demência conforme MEEM e ACE-R e com e sem declínio cognitivo conforme o ACE-R...54	
Tabela 4 -Tabela da correlação do CTQ com ACE-R e o MEEM nas diferentes categorias de escolaridade e idade .....	55
Tabela 5 - Tabela da comparação do CTQ entre sujeitos com e sem demência conforme MEEM e ACE-R e com e sem declínio cognitivo conforme o ACE-R.....	55
Tabela 6 - Tabela comparativa da distribuição do CTQ por estado civil e renda.....	56
Tabela 7 - Tabela da comparação do NPI entre sujeitos com e sem demência conforme MEEM, ACE-R e com e sem declínio cognitivo conforme ACE-R.....	57
Tabela 8 - Tabela da correlação entre NPI e CTQ dentre sujeitos com e sem demência conforme MEEM e ACE-R e com e sem declínio cognitivo conforme o ACE-R.....	57
Tabela 9 - Tabela da correlação dos subtipos de maus-tratos na infância (subscores do CTQ) entre sujeitos com e sem demência conforme MEEM e ACE-R e com e sem declínio cognitivo conforme o ACE-R.....	58

# SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>22</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>25</b>
2.1.	Envelhecimento cerebral normal e patológico	25
2.2.	Maus-tratos na infância	30
2.3.	Estratégia saúde da família	35
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>38</b>
3.1.	Geral	38
3.2.	Específicos	38
<b>4</b>	<b>HIPÓTESES</b>	<b>39</b>
<b>5</b>	<b>MÉTODO</b>	<b>41</b>
5.1.	Delineamento	41
5.2.	População	41
5.3.	Rotina de coleta de dados	44
5.4.	Instrumentos utilizados	46
5.5.	Análise estatística	50
5.6.	Considerações éticas	51
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>53</b>
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>59</b>
<b>8</b>	<b>CONCLUSÕES</b>	<b>65</b>
<b>9</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>66</b>

<b>ANEXOS</b> .....	77
<b>ANEXO A</b> – Questionário geral de avaliação do idoso do Programa Envelhecimento Cerebral (PENGE) .....	78
<b>ANEXO B</b> – Instrumento de Rastreamento: Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens (EDG-15) .....	85
<b>ANEXO C</b> – Instrumento de Triagem para Demência – <i>Vellore</i> .....	86
<b>ANEXO D</b> – Questionário <i>Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly</i> (IQCODE) .....	88
<b>ANEXO E</b> – Questionário para Atividades da Vida Diária – <i>Activities of Daily Living Questionnaire</i> (ADLQ) .....	90
<b>ANEXO F</b> – Exame Cognitivo de Addenbrook Revisado – <i>Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised</i> (ACE-R) .....	91
<b>ANEXO G</b> – Instrumento Diagnóstico: <i>Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0 plus Brazilian version</i> (M.I.N.I.plus) .....	97
<b>ANEXO H</b> – Questionário do Inventário Neuropsiquiátrico – <i>Neuropsychiatric Inventory Questionnaire</i> (NPI-Q) .....	99
<b>ANEXO I</b> – Questionário Sobre Traumas na Infância – <i>Childhood Trauma Questionnaire</i> (CTQ) .....	112
<b>ANEXO J</b> – Aprovação da pesquisa pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS .....	113
<b>ANEXO K</b> – Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUCRS .....	114

<b>APÊNDICES</b> .....	118
<b>APÊNDICE A</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	119
<b>APÊNDICE B</b> – ARTIGO PUBLICADO: “INFÂNCIA, VELHICE E MAUS-TRATOS: UMA REFLEXÃO DESSAS RELAÇÕES SOB O OLHAR DA BIOÉTICA” .....	121
<b>APÊNDICE C</b> – ARTIGO PUBLICADO: “ASSOCIAÇÃO ENTRE MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA E DECLÍNIO COGNITIVO NO IDOSO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA” .....	136
<b>APÊNDICE D</b> – ARTIGO SUBMETIDO: “TRANSTORNOS ANSIOSOS EM IDOSOS: O EFEITO DOS MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA” .....	147

# 1 INTRODUÇÃO

Este projeto de pesquisa foi realizado dentro do PENCE (Programa de Envelhecimento Cerebral), sendo um adendo ao subprojeto 3 – “Influência das características de personalidade e apego no desenvolvimento, manifestação clínica e prognóstico dos transtornos cognitivos”. Esse projeto fez parte de uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que permitiu acompanhar a saúde mental de pessoas com 55 anos ou mais, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) das áreas de abrangência do Hospital São Lucas.

O PENCE é, portanto, um programa assistencial, desenvolvido a partir de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, para monitoramento e assistência da saúde mental de indivíduos a partir dos 55 anos de idade.

O Brasil está passando em termos demográficos por um período de grandes transformações que terão um peso importante para a situação econômica e social do país nas próximas décadas. Após sucessivos anos de crescimento populacional, o país vem registrando quedas acentuadas da natalidade, o que determina um ritmo cada vez menor de aumento do contingente populacional. A redução do número de nascimentos vem acompanhada pela queda da mortalidade, esses dois componentes juntos intensificam o processo de Envelhecimento Populacional (OLIVEIRA, 2019).

Em 2025, o Brasil, provavelmente, será o 6º país em número de idosos em todo o planeta. Dessa forma, evidencia-se uma alteração no perfil de saúde da população, com elevação das doenças crônico-degenerativas não-transmissíveis (DCNT), que hoje são as principais responsáveis por incapacidades e mortalidade na população brasileira. Esta modificação acelerada traz um enorme desafio para o sistema de saúde brasileiro, que precisa encontrar soluções para o tratamento, manejo, diagnóstico, prognóstico e para os altos custos. O aumento da longevidade, embora seja um aspecto positivo, na maioria das vezes traz consigo um acúmulo de disfunções e morbidades, que atingem o organismo de forma sistêmica, ocasionando o surgimento de doenças crônicas, o que onera os indivíduos, os sistemas de saúde e previdenciário (ALLEGRI, 2007). Dentre o conjunto de doenças crônicas, as demências e a depressão, ocupam papel de destaque, pois são

altamente incapacitantes e afetam negativamente a autonomia, independência e qualidade de vida dos idosos portadores. Tanto as demências quanto a depressão são patologias associadas ao envelhecimento patológico. Entretanto, a diferenciação entre o envelhecimento normal e patológico do cérebro requer o uso de ferramentas neuropsicológicas, de imagem e patológicas, o que ainda representa um imenso desafio para a saúde pública.

A frequência de demência (do tipo irreversível) aumenta de maneira exponencial, paralela ao avanço da idade, em todas as regiões do mundo. Com relação aos estudos brasileiros, há uma tendência de maior número de casos nos indivíduos com baixa escolaridade, quando comparados às amostras populacionais mundiais (HERRERA, 2002). Um grupo de investigadores objetivou calcular o custo mundial de demência e verificou que os cuidados informais, representados pela família, representam 56% dos custos em países de baixo rendimento e o custo anual por pessoa com demência varia entre 1.521 dólares nos países de baixa renda até 17.964 dólares em países de alto rendimento, sendo considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma prioridade global o desenvolvimento de estratégias que visem melhorar os cuidados primários, atribuições de recursos e equidade de acesso. Acredita-se que se pudessemos retardar o início da doença em 5 anos, a prevalência da população mundial seria reduzida à metade (WORLD POPULATION PROSPECTS, 2019).

Além das demências irreversíveis – principalmente do tipo Alzheimer – a depressão e outros transtornos psiquiátricos, uso de medicamentos com efeitos psicotrópicos/polifarmácia e condições afins causam impacto negativo na cognição e funcionalidade; assim, tais quadros serão também avaliados com profundidade tendo em vista a sua alta relevância no diagnóstico diferencial das demências ou como comorbidades, permitindo a análise e o controle desses fatores. É importante ressaltar o fato de que a demência e a depressão podem ocorrer concomitantemente, bem como a depressão pode ser um sintoma inicial do quadro degenerativo, podendo ser considerado tanto como um fator de risco como um sinal precoce ao diagnóstico de demência (BOTTINO, 2011).

Os maus-tratos na infância também são um grande problema social. São comuns e podem notavelmente resultar em grave lesão física e até mesmo morte, sendo comumente reconhecidos como: abuso físico, abuso sexual, abuso

emocional (ou psicológico) e negligência (TEICHER, 2013). Além disso, suas consequências psicológicas podem afetar de forma aguda a saúde mental de uma criança até a idade adulta. Por muitos anos, as observações empíricas derivadas de ambientes clínicos psicanalíticos, psicoterapêuticos e de psiquiatria geral têm sugerido que os maus-tratos na infância possuem consequências no longo prazo na saúde mental na idade adulta (TOTTENHAM, 2014). Recentemente, estudos clínicos e epidemiológicos metodologicamente mais rigorosos confirmaram esses achados precoces, ao passo que avanços nas neurociências básicas e aplicadas conduziram a maiores insights sobre possíveis mecanismos de patogênese (TEICHER, 2016). Entretanto, são raros os estudos que abordam a relação entre esse evento na infância e o desenvolvimento de patologias psiquiátricas no idoso, sendo mais comuns estudos com adolescentes e adultos jovens, e praticamente não existindo nenhum estudo que evidencie os transtornos cognitivos. Nesse contexto, este projeto visa transformar em objeto de estudo a relação dos maus-tratos na infância e o desenvolvimento de doenças cognitivas (declínio cognitivo e demência) no idoso.

O processo de envelhecimento vem acompanhado de um declínio cognitivo natural, que pode ser medido pela velocidade de processamento. Porém, condições adversas em etapas iniciais do ciclo vital, como experiências de maus-tratos na infância, podem acelerar esse processo? Teriam esses indivíduos, que sofreram maus-tratos na infância, maior propensão a desenvolverem demência? Seriam os maus-tratos na vida infantil um fator de risco para o aceleração e/ou o aparecimento precoce de declínio cognitivo e de transtornos cognitivos em idosos?

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Envelhecimento cerebral normal e patológico

Em revisão sobre a biologia do envelhecimento, TROEN (2003) descreveu que existiriam dois tipos de envelhecimento: o biológico normal e o usual. O envelhecimento normal envolve as mudanças biológicas inexoráveis e universais, características do processo, tais como alterações cutâneas, menopausa, diminuição da função renal, déficits cognitivos (por exemplo: esquecimento de fatos recentes), etc. Entretanto, no envelhecimento usual, além destas alterações biológicas, há uma tendência dos organismos adoecerem, com aumento da prevalência de doenças crônicas (MORIGUCHI, 2013). Essas doenças se originam do acúmulo de danos, ao longo da vida, oriundos, sobretudo da interação entre fatores genéticos com hábitos não saudáveis, como uma dieta desbalanceada, tabagismo, etilismo e sedentarismo, que por sua vez, afetarão o organismo de forma sistêmica (GOTTLIEB, 2007). Um estilo de vida inadequado acaba propiciando a ineficiência metabólica, que contribui substancialmente para a quebra da homeostasia corporal, podendo desencadear doenças, tais como as demências.

No caso, do envelhecimento cerebral existe uma linha tênue entre o envelhecimento normal e o patológico, porém é consenso que no processo normal ocorrem as seguintes alterações (DAMASCENO, 1999; NORDON, 2009; DORSZEWSKA, 2013; DUKART, 2011):

- Atrofia cerebral com dilatação de sulcos e ventrículos;
- Perda de neurônios e diminuição da neurogênese e da plasticidade neuronal;
- Degeneração granulovacuolar;
- Presença de placas neuríticas;
- Formação de corpos de Lewy a partir da alfa sinucleína;
- Formação de placas beta-amiloides;
- Formação de emaranhados neurofibrilares (ENF);

No envelhecimento patológico essas alterações ocorrem de forma mais acelerada e aparecem precocemente nas regiões temporais mediais e espalham-se por todo o neocórtex, como é no caso da Doença de Alzheimer

(DA). Na DA, já em suas fases iniciais, estas alterações são mais acentuadas, particularmente a maior densidade de ENF no córtex entorrinal, subiculum e hipocampo, em correlação próxima com a sua apresentação clínica destacando-se alterações precoces e proeminentes da memória factual (“secundária”) observados nesta doença (DAMASCENO, 1999; NORDON, 2009; DUKART, 2011). Contudo, todas essas alterações de estruturas cerebrais, nem sempre predizem deterioração neuropsicológica. Isto é, o diagnóstico neuropatológico deve levar em conta a gravidade dessas alterações, sua localização ou distribuição, a presença de lesões cumulativas prévias (como traumáticas, vasculares, neurotóxicas) e a história prévia de demência (DAMASCENO, 1999). A literatura neuropatológica registra casos diagnosticados clinicamente como “provável” DA, mas sem as alterações patológicas desta doença (HEILIG, 1985; CLARK, 2003); e casos de sujeitos idosos cognitivamente intactos que apresentam grande número de placas neuríticas no neocórtex, satisfazendo os critérios diagnósticos de DA (KATZMAN, 1988).

Modernamente a literatura reconhece que alterações de humor e vinculares também podem estar comprometidas em todo o espectro do declínio cognitivo. Embora seja consenso que tais alterações compõem o espectro de sintomas psicológicos e comportamentais das demências, a relação entre humor (afeto) e a cognição ainda não é bem compreendida. De fato, a depressão de início tardio está altamente relacionada com subsequente piora progressiva da cognição; de outra forma, indivíduos com DA estão mais sujeitos a episódios depressivos. Mesmo assim, essas relações ainda carecem de mais estudos longitudinais associando achados neuropsicológicos com biomarcadores, já que, clinicamente, os dados da literatura são contraditórios ou não evidenciam diferenças claras na cognição entre depressão de início precoce e de início tardio (ULRICH, 2013).

Essas evidências reforçam cada vez mais que é fundamental, para um diagnóstico correto, avaliações que contemplem aspectos neuropsicológicos, demográficos, epidemiológicos, história natural da doença, biológicos e clínicos. Acima de tudo, para que esse ideal de atenção primária ao idoso se torne uma realidade sólida é crucial a integração e o trabalho em rede das diferentes esferas de atendimento e acolhimento ao idoso, sempre levando em consideração o papel primordial da família, agentes comunitários no primeiro

contato. Além disso, percebe-se a necessidade de maior inserção dos meios acadêmicos, científicos e das atenções secundárias e terciárias para a disseminação do conhecimento, em prol de um atendimento, diagnóstico, tratamento e prognóstico de excelência para a qualidade da saúde da população idosa, que cada vez mais, encontra-se acometida por doenças incapacitantes, como as demências e a depressão.

### **2.1.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis Associadas ao Envelhecimento Cerebral**

As DCNT são muito frequentes entre os idosos, ficando em evidência principalmente as doenças cardiovasculares e as doenças mentais. Entre as doenças mentais, as que mais afetam os idosos, são a demência do tipo DA e a depressão (DUNCAN, 2012; STEVENS, 2012). Essas são uma das prioridades em saúde mental no Brasil, devido ao constante e rápido crescimento número relativo de idosos, o qual está transformando rapidamente o modelo epidemiológico das doenças, principalmente das doenças não transmissíveis (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2011).

A depressão é considerada um distúrbio do humor ou da área afetiva que pode afetar pessoas em qualquer faixa etária, provocando limitação funcional. No idoso, a depressão tem etiologia e formas de apresentação heterogênea porque envolve aspectos biológicos relacionados com a fragilidade, comorbidades, aspectos psicológicos como a viuvez, a mudança de papéis e os aspectos sociais relacionados com a solidão e modificação no suporte social. Esse distúrbio psiquiátrico quando associado à demência, é considerado o maior fator de comprometimento da qualidade de vida do idoso. Além disso, a depressão aumenta o risco de morbidade e mortalidade, aumentando também o nível de ideação suicida (CIULLA, 2013). Algumas características presentes em pessoas depressivas independentemente da faixa etária são a baixa adesão medicamentosa e a baixa autoestima, acarretando piores prognósticos (FERNANDES, 2013; ALVARENGA, 2012). Contudo, a depressão é considerada uma doença mental comum nos idosos, podendo ser mais acentuada naqueles que já tem comorbidades, e estão em isolamento social e/ou com uma pior qualidade de vida. Em parte, idosos deprimidos são subdiagnosticados devido a

confusão dos sintomas afetivos com aspectos naturais do processo de envelhecimento (CONTE, 2009). No Brasil, existe uma ampla variação entre a prevalência de depressão em idosos de 4,7% a 36,8%, dependendo do instrumento utilizado e do ponto de corte para detecção dos sintomas. Em um estudo que atendeu idosos no serviço de Atenção Primária, a prevalência de depressão foi de 11,19% (STEFFENS, 2009). Já outros estudos de base populacional tendem a demonstrar prevalências mais altas, no interior do Estado do Paraná, um estudo demonstrou a prevalência de depressão de 30% nos idosos atendidos na Atenção Primária, em Minas Gerais, a prevalência foi de 60% para sintomas de depressão nos idosos (SASS, 2012). Muitos estudos demonstram uma associação em idosos entre a presença de sintomas de depressão e declínio cognitivo, no entanto, não é comprovado que estes indivíduos futuramente desenvolverão algum tipo de demência, como a DA (STEFFENS, 2009; BOUR, 2009; MACHADO, 2014).

No processo de envelhecimento, ocorrem algumas modificações comuns e inevitáveis, característico da idade, como um declínio que pode variar conforme alguns domínios, mas que não afetam a vida cotidiana. É esperado que ocorram prejuízos, mas que estes, não afetem as atividades diárias dos idosos e familiares. Por outro lado, alguns idosos podem apresentar declínio cognitivo patológico, os quais conferem um comprometimento maior do que o esperado, sendo um risco para desenvolver algum tipo de demência, como a DA (VEMURI, 2009).

No Brasil, descreveu-se uma prevalência média de 7,1% de demência na população idosa (PRINCE, 2012). Muitos estudos para rastrear o comprometimento cognitivo descrevem uma prevalência que varia de 16% a 36%. Em relação ao declínio cognitivo, não está bem estabelecido se existe e qual é a influência dos fatores psicológicos e sociais que corroboram para que um idoso tenha declínio cognitivo considerado patológico, passível ou não de demência no futuro. No entanto, estudos clínicos sugerem que alterações cardiovasculares, decorrentes de patologias como diabetes, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca são fatores potenciais devido as alterações arteriais e vasculares nos idosos (ALVES, 2005; SOARES, 2010).

A demência irreversível é uma das mais importantes causas de morbimortalidade entre os idosos, e é caracterizada como uma síndrome crônica

cujas características principais são representadas pelo declínio da memória, declínio intelectual e de outras funções como: linguagem, praxia, capacidade de reconhecer e identificar objetos, abstração, organização, capacidade de planejamento e sequenciamento, mudanças no comportamento ou na personalidade, além do prejuízo no desenvolvimento psicossocial. O grau de incapacidade aumenta com o avanço do declínio cognitivo (MACHADO, 2011).

Atualmente, a demência é o problema de saúde mental que mais cresce em importância e número, com estimativas apontando que sua incidência anual cresce sensivelmente com o envelhecimento, de 0,6%, na faixa dos 65-69 anos, para 8,4% naqueles com mais de 85 anos; sua prevalência passa de 5% nos idosos com mais de 60 anos para 20% naqueles com mais de 80 anos (PRINCE, 2012).

As síndromes demenciais são caracterizadas pela presença de declínio cognitivo progressivo e representam um significativo problema de saúde pública, pela longa extensão e complexidade de manifestações funcionais, emocionais e consequências sociais, tanto para a pessoa idosa afetada quanto para seus familiares (GALINSKY, 1993).

O comprometimento cognitivo afeta a capacidade funcional do indivíduo no seu dia a dia, implicando perda de independência e autonomia, a qual varia de acordo com o grau de gravidade, com consequente perda da qualidade de vida do idoso (REDES ESTADUAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO, 2002). A noção de autonomia, no que tange à interdependência desta com uma memória íntegra, reside na capacidade individual de cuidar de si mesmo, executar tarefas que lhe permitam a adaptação psicossocial e ser responsável pelos próprios atos. Idosos que possuem declínio cognitivo são mais susceptíveis a desenvolver demência, o que os torna mais vulneráveis à exposição a maus tratos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O declínio cognitivo interfere na realização de atividades sociais e ocupacionais, evoluindo para a perda das capacidades funcionais ou da autonomia, de acordo com o estágio da enfermidade (STANLEY, 2009). Nesse sentido, faz-se necessário realizar estudos epidemiológicos sobre demência. Conhecendo mais sobre sua etiologia e prevalência, pode-se contribuir para a orientação mais efetiva das políticas públicas de saúde e, assim, melhorar a qualidade de vida no âmbito individual e/ou coletivo.

Dentro deste contexto, é fundamental desenvolver instrumentos de rastreamento e diagnóstico precoce para os fatores de risco do surgimento de demência e depressão em idosos com baixa renda e escolaridade, que são, na sua maioria, o público alvo da ESF e que atua fortemente na atenção primária.

## **2.2 Maus-Tratos na Infância**

A partir da década de 70, a violência passou a ser uma das principais causas de morbimortalidade, principalmente na população de adolescentes e adultos jovens das grandes cidades. O incremento da participação relativa desses agravos no perfil de adoecimento e morte da população jovem tornou este grupo de causas um importante problema de saúde pública, intensificando e justificando uma centralização de esforços dos pesquisadores da área no sentido de conhecer melhor o problema (GILBERT, 2009).

Com o atual conhecimento, pode-se dizer que o desenvolvimento do cérebro é dirigido por genes, mas esculpido por experiências, particularmente aquelas que ocorrem durante os períodos sensíveis ou críticos iniciais (PRICE, 2013).

Há poucos estudos sobre abuso e negligência na infância, período que compreende entre zero e 12 anos de idade incompletos (puberdade), tendo como enfoque as consequências no idoso. Estudos sobre os efeitos de maus tratos na infância normalmente incluem atos físico, sexual e emocionalmente abusivos e episódios de descaso físico e emocional.

O abuso infantil, ou maltrato infantil, é o abuso físico e/ou psicológico de uma criança, por parte de seus pais – sejam biológicos, padrastos ou adotivos – por outro adulto que possui a guarda da criança, ou mesmo por outros adultos próximos da criança (ALLEN, 2008).

Maus-tratos emocionais incluem, de forma intencional, provocar sentimentos de culpa, vergonha ou medo de atender às necessidades emocionais do perpetrador; persuadir as crianças a praticar atos impróprios; denegrir ou destruir coisas que valorizam; ou colocando-os em situações passivas, como testemunhar violência interparental (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

Negligência física é definida como a incapacidade de fornecer as necessidades básicas como comida, roupa limpa, abrigo, supervisão e cuidados odontológico e pediátrico. Negligência emocional é a incapacidade de prover as necessidades emocionais fundamentais, ser emocionalmente indiferente ao sofrimento das crianças, deixando de atender às suas necessidades sociais ou passando para as crianças a responsabilidade de gerir as situações que estão além de seu nível de maturidade ou capacidade. Alguns estudos também incluem a exposição a várias formas de disfunção familiar, como conviver com pais que abusam de substâncias (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

Os motivos do abuso infantil são vários, entre elas, destacam-se a própria ignorância do que é abuso infantil, além de transtornos psiquiátricos, como o etilismo e o uso de drogas ilícitas. Muitas vezes, os pais/cuidadores da criança possuem baixa renda e/ou pouca educação, e podem tentar impedir o acesso da criança aos serviços médicos necessários, evitando a descoberta do abuso por parte dos médicos (COLLISHAW, 2007).

Maus-tratos na infância são um problema social universal que frequentemente exercem um impacto negativo devastador sobre as crianças, não apenas na infância, mas durante toda a vida (AL ODHAYANI, 2013). Embora a representação de crianças maltratadas nos meios de comunicação retrate graficamente edemas, queimaduras, traumas cerebrais, abandono e desnutrição, um conjunto crescente de pesquisas sugere que não apenas os danos físicos, mas também os danos emocionais que acompanham atos abusivos e negligentes podem resultar em efeitos prejudiciais significativos e de longo prazo para a criança. Maus-tratos nos primeiros cinco anos de vida podem ser particularmente danosos, devido à vulnerabilidade das crianças pequenas e ao fato de que os primeiros anos de vida se caracterizam por crescimento neurobiológico e psicológico mais rápido do que os anos subsequentes (HUSSEY, 2006).

Em termos de consequências psicológicas da violência infantil no curso da vida do adulto, estudos mostram a persistência do chamado “legado” da violência. MARTSOLF (2015) conduziu um estudo sobre a influência das adversidades na infância no curso da vida dos sobreviventes de abuso sexual infantil e constataram que todos trazem algum legado. Esse legado é passado

para a nova família tanto em termos de rejeição dos padrões de violência quanto à perpetração. As autoras ressaltam a importância da atuação das enfermeiras, pois detectaram que os adultos permaneciam com dificuldades de confiar em outros. Estudo de BARKER (2015), realizado tendo por cenário o Brasil, México e Chile, mostrou que “os homens que foram testemunhas da violência contra suas mães – por parte de seus parceiros homens – durante a infância exerceram mais violência física contra parceiras íntimas em algum momento da vida do que aqueles que não foram expostos à violência”.

Os maus-tratos na infância estão associados a um espectro diverso de consequências psiquiátricas. Em crianças e adolescentes, aumentam o risco de problemas comportamentais, incluindo comportamento internalizado (ansiedade, depressão) e externalizado (agressão, atuação). Crianças que sofrem maus-tratos possuem um risco moderadamente aumentado de depressão na adolescência e na idade adulta (razões de chance ajustadas variando de 1,3 a 2,4), que irá espelhar em parte o contexto familiar no qual os maus-tratos ocorreram (CURRIE, 2010).

Devido ao fato de a depressão ser comum, cerca de um quarto a um terço das crianças maltratadas preencherão os critérios de depressão maior quando chegarem ao final da década dos 20 anos de idade, representando então um problema substancial de saúde pública. Para muitos dos indivíduos afetados, o início da depressão começa na infância, daí a importância de se focar na intervenção precoce antes que os sintomas de depressão apareçam nas crianças abusadas e negligenciadas. A depressão é geralmente associada a abandono e abuso físico e sexual, não havendo evidências claras de mais efeitos específicos de qualquer tipo de maus-tratos. Alguns pesquisadores mostraram uma resposta relacionada à dose, sendo a depressão mais possível de ocorrer com abuso físico brutal ou grave do que com as formas menos graves de maus-tratos (BROWN, 1999; WIDOM, 2007).

Evidências consistentes sugerem que tanto o abuso físico como o sexual estão associados à duplicação do risco de tentativa de suicídio em pessoas jovens que são acompanhadas até atingirem o último período dos seus 20 anos. Com relação ao abuso físico e sexual, esses efeitos persistem após ajustarem-se as variáveis de confusão familiares e individuais, mas, quanto ao abandono,

esses efeitos são claramente explicados pelo contexto familiar (WEGMAN, 2009).

Maus-tratos na infância exercem um impacto devastador e duradouro sobre as crianças e têm alto custo para a sociedade em geral. Em uma investigação longitudinal, Widom e Maxfield verificaram que crianças vítimas de abuso e negligência tinham probabilidade 1,8 vezes maior de serem presas na juventude do que seus pares que não tinham sofrido maus-tratos (WIDOM, 2007). Crianças maltratadas tendem também a desenvolver problemas de abuso de drogas. Além disso, mais de 50% das crianças maltratadas enfrentam dificuldades na escola, e cerca de 25% precisam de serviços de educação especial (HEALY, 2013).

Infelizmente, até o momento a maior parte das pesquisas orientadas por teorias e metodologicamente rigorosas focalizou o impacto em crianças em idade pré-escolar e mais velhas. As pesquisas realizadas com crianças nos cinco primeiros anos de vida salientaram consistentemente as sequelas socioemocionais negativas de maus-tratos em muitos domínios do desenvolvimento. Um conjunto considerável de pesquisas mostrou que maus-tratos na infância podem levar a relações de apego inseguro com cuidadores (UROSEVICH, 2013).

Recentemente, Rosa evidenciou que idosas com história de Negligência Emocional (NE) na infância mostraram resultados cognitivos mais pobres, em especial quanto à velocidade de processamento. Além disso, a velocidade de processamento mostrou-se associada com a cognição em geral, corroborando as teorias influentes sobre o declínio cognitivo no envelhecimento. Portanto, sugere-se que a NE na infância surge como um fator preditor de prejuízo na velocidade de processamento no envelhecimento, que prospectivamente provoca uma aceleração no declínio do funcionamento cognitivo (ROSA, 2014).

As pesquisas sobre as consequências socioemocionais de maus-tratos nos primeiros anos de vida oferecem uma base de conhecimentos sobre a forma pela qual cuidados parentais inadequados podem deter o desenvolvimento. Entretanto, para que essas descobertas científicas sejam adequadamente aplicadas na formulação e na avaliação de estratégias de prevenção e de intervenção com crianças e famílias vulneráveis, é necessário implementar uma

série de recomendações (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION'S CHILDREN, YOUTH AND FAMILIES OFFICE, 2013).

Uma vez que seja identificada a ocorrência de maus-tratos, é fundamental prover intervenções o mais rapidamente possível. Ainda que sintomas ou uma doença mental diagnosticável não se manifestem imediatamente, o encaminhamento para um profissional de saúde mental para avaliar a possível necessidade de uma intervenção precoce é uma maneira importante de prevenir ou mitigar a ocorrência de consequências negativas para o desenvolvimento. Retirar de sua casa uma criança vítima de maus-tratos não é uma forma de tratamento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION'S CHILDREN, YOUTH AND FAMILIES OFFICE, 2013).

Uma vez que o abuso de drogas pelas mães e a incapacidade decorrente de cuidar dos filhos é um motivo cada vez mais prevalente de ocorrência de maus-tratos na infância, precisam ser investigados os efeitos de comorbidade aos maus-tratos e à exposição pré e pós-natal a drogas e suas implicações (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION'S CHILDREN, YOUTH AND FAMILIES OFFICE, 2013).

Há poucas evidências metodologicamente confiáveis sobre a eficácia de intervenções com crianças vítimas de maus-tratos. Para que se efetivem as expectativas de modificação de políticas e de aumento de alocação de recursos, precisamos ser capazes de apresentar análises de custo-benefício sobre a eficácia da prevenção e de intervenções com essas crianças.

Não pode ser adiado o aprimoramento da capacitação daqueles que lidam com questões de abuso e negligência na infância. Os profissionais que trabalham com a proteção à criança precisam receber informações sobre a importância de oferecer intervenções psicológicas para crianças pequenas que foram maltratadas e para seus cuidadores biológicos ou adotivos. No mínimo, as equipes dos serviços de proteção precisam estar cientes das pesquisas sobre efeitos de curto e de longo prazo de maus-tratos na infância, e aumentar seus esforços no sentido de encaminhar essas crianças para avaliação e para os atendimentos disponíveis, antes que se manifeste um distúrbio comportamental ou psiquiátrico grave. Da mesma forma, a capacitação de terapeutas precisa incorporar uma consideração de questões sistêmicas mais amplas que acompanhem o trabalho com crianças no sistema de bem-estar da infância.

É preciso integrar princípios sobre desenvolvimento humano à capacitação de médicos que podem estar envolvidos com crianças vítimas de maus-tratos. Uma vez que as consequências de maus-tratos podem variar em função do período de desenvolvimento em que o trauma ocorre, os terapeutas precisam estar preparados para incorporar em seu trabalho a compreensão sobre o desenvolvimento.

Uma vez que nossos sistemas de identificação, nosso conhecimento baseado em pesquisa e sobre estratégias de prevenção e de tratamento de maus-tratos nos primeiros anos de vida são mais precários do que aqueles desenvolvidos para lidar com o problema em fases posteriores da infância, da adolescência, da vida adulta e da velhice, é necessário desenvolver esforços para suprir essas lacunas.

### **2.3 Estratégia Saúde da Família**

Na atenção básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem importante papel no reconhecimento da violência intrafamiliar envolvendo tanto crianças como idosos, pois oportuniza à equipe maior aproximação para com as questões que envolvem a violência, responde como porta de entrada do sistema e se constitui em referência para o primeiro contato do usuário.

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) tem como diretriz norteadora os seguintes pontos: a) promoção do envelhecimento saudável; b) manutenção da capacidade funcional; c) assistência às necessidades de saúde dos idosos; d) reabilitação da capacidade funcional comprometida; e) capacitação de recursos humanos especializados; f) apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; g) apoio a estudos e pesquisas (POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA, 2006).

Segundo Galinsky (GALINSKY, 1993) todas as ações em saúde do idoso devem ter como objetivo primordial a permanência do idoso na sua comunidade, junto a sua família, da forma mais digna e confortável possível. O seu deslocamento para um serviço de longa permanência (asilo, hospital, casa de repouso ou similar) pode ser considerada, somente quando todas as outras ações anteriores falharem.

Nesse sentido, visando, assegurar aos idosos os direitos de cidadania, de defesa da sua dignidade, do seu bem-estar físico e mental, à vida, bem como, à assistência, prevenção e reabilitação, o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil conta com ESF, Hospitais Gerais e Centros de Referência à Saúde do Idoso.

A ESF pode funcionar associada à Unidade Básica de Saúde (UBS) ou de forma isolada com infraestrutura própria, e tem papel de oferecer assistência ampla, integral e contínua ao idoso, sua família e a população em geral. No que tange ao idoso, a ESF deve preconizar a atenção especial às pessoas idosas e uma participação ativa na melhoria da qualidade de vida da comunidade que abrange. Acima de tudo precisa estar atenta as questões de saúde e segurança das pessoas e do idoso, abordando-o com medidas promocionais, de proteção específica, de identificação precoce de fatores de risco que o idoso está exposto, seus agravos mais frequentes e sua intervenção, medidas de reabilitação com o objetivo de mantê-lo no convívio familiar e social (MISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Por isso, a ESF é concebida como a porta de entrada do idoso e da própria comunidade ao sistema único de saúde. Sobretudo, tem um papel fundamental na detecção precoce das alterações patológicas que ocorrem com o processo de envelhecimento. Nesse caso, a ESF desempenha uma função primordial dentro da comunidade reconhecendo idosos que apresentam alterações cognitivas, e que podem ou não, evoluírem para demências e encaminhá-los para programas de reabilitação cognitiva, em parceria com os membros da família para a manutenção do equilíbrio físico, mental e social. A ESF funciona atualmente de forma muito semelhante às UBS, fazendo o encaminhamento dos idosos aos Centros de Referência em Assistência a Saúde do Idoso, apenas com a diferença de que existe na sua equipe a atuação de agentes comunitários.

#### **2.4 O Olhar da Atenção Primária Sobre os Maus-Tratos**

No Brasil a preocupação com os maus-tratos na infância sob a ótica da epidemiologia, a prevenção dos fatores de risco e o atendimento especializado são ainda muito recentes, tendo origem na década de 1980, coincidindo com a colocação do tema da violência na pauta da saúde pública (SANCHES, 2006).

No campo da saúde coletiva, pode-se expandir a atenção integral para as atuações em rede intersetorial, que devem ser pautadas em três princípios organizadores nucleares: o da articulação das ações profissionais, em que há atuações profissionais específicas que devem ser mantidas, mas de modo interconectado; o da interação dos profissionais, organizando-se o trabalho nos serviços de modo a que haja efetiva comunicação entre seus profissionais; e o da integração entre os serviços como instituições de diferentes setores (SCHRAIBER, 2015).

Dentre as inúmeras dificuldades no enfrentamento da violência encontra-se o do próprio reconhecimento de que existe a violência, ou outras vezes ela é visibilizada, mas a vítima é culpabilizada por ter “provocado” violência.

Estudo realizado em município da Região Metropolitana de São Paulo mostrou fragilidades no reconhecimento e enfrentamento da violência infantil e contra o adolescente na Atenção Básica: como justificativa para o não enfrentamento estaria o medo do contexto de narcotráfico no território, gerando medo e insegurança; sentem-se ameaçados e não reportam os casos de violência; considera o âmbito familiar como privado e portanto não passível de intervenção (ANDRADE, 2015).

Segundo EGRY (2017), os discursos apontam a necessidade de treinamento e capacitação dos profissionais das diversas áreas que atuam com situações de violência (saúde, justiça, segurança, serviço social), no sentido de melhor articular o trabalho em rede, para fortalecer os direitos de cidadania e assegurar o acesso pleno e a qualidade do serviço prestado às crianças em situação de violência.

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo Geral**

- Estudar a influência da ocorrência e das características de maus-tratos na infância no desenvolvimento e manifestação clínica dos transtornos cognitivos no idoso, sendo um adendo ao subprojeto 3 – “Influência das características de personalidade e apego no desenvolvimento, manifestação clínica e prognóstico dos transtornos cognitivos.”, que faz parte do projeto guarda-chuva PENCE.

### **3.2 Objetivos Específicos**

- Estudar a prevalência de maus-tratos na infância;
- Analisar os tipos de maus-tratos mais frequentes;
- Estimar a presença de sinais e sintomas comportamentais e psicológicos em pacientes com declínio cognitivo;
- Estudar as prevalências de transtornos cognitivos e a sua relação com a ocorrência e o(s) tipo(s) de maus-tratos na infância.

## 4 HIPÓTESES

### TEMA CENTRAL DA TESE – ASSOCIAÇÃO ENTRE MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA E DECLÍNIO COGNITIVO EM IDOSOS

- **Nula**
  - H0a:  
Os processos de **declínio cognitivo e demencial em idosos não possuem associação** com a **presença de maus-tratos na infância** nessa população.
- **Alternativa**
  - H1a:  
Os processos de **declínio cognitivo e demencial em idosos possuem elevada associação** com a **presença de maus-tratos na infância** nessa população, pois provoca danos psíquicos deletérios ao longo de todo o ciclo da vida.

### ARTIGO – “INFÂNCIA, VELHICE E MAUS-TRATOS: UMA REFLEXÃO DESSAS RELAÇÕES SOB O OLHAR DA BIOÉTICA”

- **Nulas**
  - H0a:  
Por se tratar de períodos distintos do ciclo vital, há **grandes diferenças** entre a caracterização dos maus-tratos entre a população idosa e a população infantil.
- **Alternativas**
  - H1a:  
Mesmo em se tratando de períodos distintos do ciclo vital, há **pequenas diferenças** entre a caracterização dos maus-tratos entre a população idosa e a população infantil, havendo **mais semelhanças**.

## ARTIGO – “ASSOCIAÇÃO ENTRE MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA E DECLÍNIO COGNITIVO NO IDOSO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA”:

- **Nula**

- **H0a:**

Pela grande diferença de tempo entre os distintos períodos, **não há associação** entre a ocorrência de **maus-tratos na infância** e o **declínio cognitivo em idosos**.

- **Alternativa**

- **H1a:**

Mesmo havendo grande diferença de tempo entre os distintos períodos, **há associação** entre a ocorrência de **maus-tratos na infância** e o **declínio cognitivo em idosos**, com **agravamento e maior** risco de **autonegligência**.

## ARTIGO – “TRANSTORNOS ANSIOSOS E PSIQUIÁTRICOS EM IDOSOS: O EFEITO DA OCORRÊNCIA DE MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA”

- **Nulas**

- **H0a:**

Por terem origem multifatorial ao longo da vida, os transtornos **ansiosos** e psiquiátricos em **idosos** possuem **associação fraca** com a ocorrência de **maus-tratos na infância**.

- **Alternativas**

- **H1a:**

Mesmo tendo origem multifatorial ao longo da vida, os transtornos **ansiosos** e psiquiátricos em **idosos** possuem **associação forte** com a ocorrência de **maus-tratos na infância**.

## 5 MÉTODO

### 5.1 Delineamento

Estudo descritivo, transversal, de base populacional, com coleta prospectiva.

### 5.2 População

Foi realizado no município de Porto Alegre-RS, com a população de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF). Na capital, o ESF iniciou-se em 1996. Atualmente conta com 97 equipes que atendem a uma população de 290 mil moradores da cidade (aproximadamente 20% da população). As equipes trabalham com território delimitado, identificando micro-áreas de risco e desenvolvendo ações programáticas e ações intersetoriais.



Figura 1 – Cidade de Porto Alegre

A população alvo do estudo foi de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrados no Programa de Envelhecimento Cerebral (PENCE) da ESF do município de Porto Alegre. Atualmente as equipes da Estratégia Saúde da Família estão distribuídas em 8 Gerências Distritais (GD), como descrito no “procedimento amostral”, com aproximadamente 22 mil idosos cadastrados no programa, que abrange todos os indivíduos das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) da Gerência Distrital (GD) Lomba do Pinheiro/Partenon e da

região Leste da GD Leste/Nordeste, que correspondem à área de abrangência do Hospital São Lucas da PUCRS.

### **5.2.1 Procedimento Amostral**

O estudo foi realizado em uma amostra de 274 idosos provenientes de 30 diferentes equipes do ESF. Para a seleção desses idosos, foram sorteadas as equipes do ESF, de forma estratificada por Gerência Distrital (GD). De cada gerência foi selecionado um número de equipes correspondente a aproximadamente 30%.

Dessa forma, foram sorteadas 4 equipes da GD Norte/Eixo Baltazar, 2 da GD Sul/Centro-Sul, 2 da GD Restinga/Extremo Sul, 6 da GD Glória/ Cruzeiro/ Cristal, 3 da GD Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/ Ilhas, 4 da GD Partenon/ Lomba do Pinheiro, 7 da GD Leste/ Nordeste e 2 da GD Centro.

De cada equipe, foram sorteados 36 idosos, de forma aleatória, com o intuito de atingir o tamanho adequado da amostra, considerando um intervalo estatístico de confiança de 95%.

Territórios de abrangência das Gerências Distritais da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

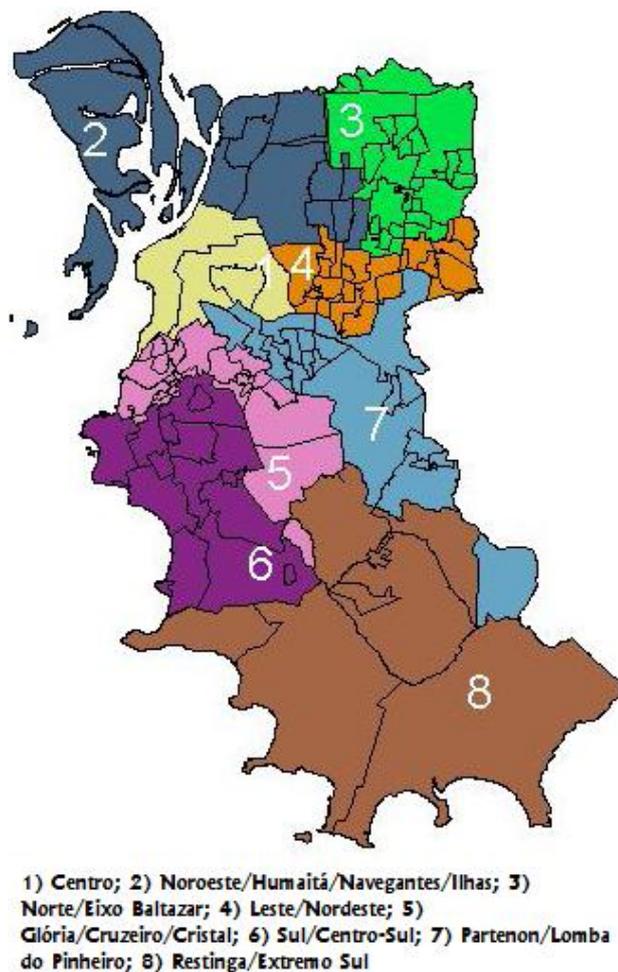


Figura 2 – Mapa de Porto Alegre com as Gerências Distritais

## 5.2.2 Critérios de Seleção

### 5.2.2.1 Critérios de inclusão para pacientes com comprometimento cognitivo:

- Indivíduos com mais de 60 anos;
- Diagnóstico de comprometimento cognitivo leve ou demência do tipo Alzheimer, pelo critério diagnóstico para demência com base no CID-10 e DSM-5, aferição da gravidade da alteração cognitiva com o CDR;
- Exame do ACE-R abaixo do corte de acordo com as normas de escolaridade; e

- d) Ter um acompanhante.

#### **5.2.2.2 Critérios de exclusão para pacientes com comprometimento cognitivo:**

- a) Abuso de álcool ou drogas;
- b) Presença de outro tipo de demência (critérios do DSM-5); e
- c) Presença de uma doença física grave, que impede a participação em qualquer fase do projeto.

### **5.3 Rotina de coleta de dados**

Este projeto de pesquisa foi realizado dentro do PENCE, sendo um adendo ao subprojeto 3 – “Influência das características de personalidade e apego no desenvolvimento, manifestação clínica e prognóstico dos transtornos cognitivos”. O primeiro passo do PENCE foi a implementação da capacitação continuada das Equipes da ESF, iniciada em 03/09/2012. Essa capacitação foi realizada, através de diversos encontros físicos, dentro do Hospital São Lucas da PUCRS, com a participação dos psiquiatras envolvidos no projeto e com treinamento dos agentes comunitários de saúde (ACS) com os instrumentos que seriam aplicados em um momento subsequente do projeto. Após a capacitação, os ACS cadastraram, no PENCE, todos os indivíduos acima de 55 anos criando um prontuário de saúde mental vinculado à sua ESF.

Os ACS aplicaram um questionário geral para a obtenção de dados sociodemográficos, de estilo de vida, farmacológicos e de saúde. Tais informações foram fornecidas pelo próprio indivíduo ou por um familiar/acompanhante, caso o mesmo não tenha condições de responder. Concomitantemente, os ACS aplicaram, no momento do cadastro e periodicamente, um instrumento de rastreio – e não diagnóstico – para comprometimento cognitivo (Vellore) e de rastreio para depressão (GDS-15). Para os indivíduos com idade entre 55 e 74 anos, os instrumentos foram aplicados a cada 2 anos e com 75 anos ou mais, anualmente. Durante a avaliação periódica, também foi realizado um questionário autoaplicável (para o acompanhante) sobre modificações nos hábitos de vida, no estado de saúde, na personalidade ou comportamento. Os enfermeiros e médicos das Equipes da

ESF também foram treinados para o acompanhamento e tratamento dos indivíduos com demência ou depressão identificados.

A equipe da PUCRS, em conjunto com os profissionais da SMS acompanharam as avaliações periódicas realizadas pelos ACS, assim como a assistência prestada nas ESF. Para tal, foram utilizados protocolos de encaminhamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos cadastrados no PENCE, que estão contidos em um prontuário compartilhado com a SMS. No Hospital São Lucas da PUCRS, funcionou o ambulatório de Envelhecimento Cerebral, para dar suporte aos casos mais complexos que não pudessem ser manejados na rede básica, que utiliza esse mesmo prontuário compartilhado.

Para o presente projeto, foram utilizados os dados dos prontuários de todos os indivíduos cadastrados no PENCE. Os idosos que preencheram os critérios de inclusão foram convidados a participar desse projeto de pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados clínicos de todos os idosos, que foram coletados no momento do cadastro no PENCE, assim como as avaliações cognitivas realizadas inicialmente, foram utilizadas como fatores em estudo. A equipe médica foi responsável pelo diagnóstico clínico dos quadros de demência, bem como dos transtornos psiquiátricos, através do DSM-5. Foram realizados exames laboratoriais e de neuroimagem para descartar outras patologias, como acidente vascular encefálico, hidrocefalia de pressão normal, deficiência vitamínica, neurossífilis, dentre outras.

Para tanto, a infraestrutura contou com salas de consultório dos ambulatórios de Geriatria e Neurologia do Hospital São Lucas da PUCRS. Todos os sujeitos de pesquisa foram avaliados individualmente por um dos profissionais e pesquisadores treinados no Ambulatório de Envelhecimento Cerebral (AMBEC), os quais tinham experiência na avaliação e assistência de idosos, familiares e cuidadores. O idoso e o informante convidados a participar desta pesquisa foram avaliados após assinarem o TCLE. Médicos e profissionais da saúde treinados realizaram respectivamente as avaliações com os idosos e com os acompanhantes/informantes. Cada entrevistado foi entrevistado individualmente em uma sala de consultório, respeitando o sigilo e a intimidade

do indivíduo. O conjunto da avaliação dos idosos teve duração média entre 2 e 2,5 horas e do acompanhante entre 1 e 1,5 horas.

A equipe de coleta constou de 5 médicos (3 psiquiatras, 1 neurologista e 1 geriatra) e realizou as avaliações com os idosos, no momento inicial e no seguimento após 1 e 2 anos. Da mesma forma, 3 profissionais da saúde que trabalhavam na área da gerontologia (2 psicólogos e 1 fonoaudióloga) fizeram as entrevistas com os informantes.

Idosos que apresentaram risco de suicídio foram encaminhados para internação hospitalar, mediante contato e presença de familiar responsável. Da mesma forma, pacientes que se encontravam em sofrimento psíquico, percebido à entrevista, foram orientados a procurarem auxílio psiquiátrico.

#### **5.4 Instrumentos Utilizados.**

- **Questionário geral**

Para o cadastro das pessoas no PENCE, foi preenchido um questionário geral, contendo informações sobre características sociodemográficas, como dados de escolaridade, econômicos, de espiritualidade/religião e de saúde, que fez parte da identificação do indivíduo no Prontuário do Programa.

- **GDS-15**

Criada por YESAVAGE (1983), sendo traduzida para o português e adaptada para aplicação no Brasil por STOPPE JÚNIOR (1994).

A Escala Geriátrica de Depressão de 15 questões (*Geriatric Depression Scale – GDS-15*) é a versão breve da GDS-30. É composta por quinze questões que avaliam a presença de sintomas depressivos (rastreamento) assim como a intensidade da depressão. É uma das escalas mais utilizada no mundo tendo sido validada para o Brasil. Atualmente, é a ferramenta de avaliação inicial da depressão geriátrica preconizada pelo Ministério da Saúde do Brasil para uso por profissionais ao nível da saúde pública. No PENCE, foi aplicada pelos ACS para o rastreio dos sintomas de depressão. A pontuação mínima é 0 e indica que o indivíduo não tem sintomas depressivos e a pontuação máxima é de 15 pontos. Para o PENCE, as pessoas com pontuação maior ou igual a 8 foram consideradas como provável depressão e encaminhadas para atendimento

médico. As pessoas com pontuação menor ou igual a 4 foram consideradas sem sintomas depressivos e reavaliadas após 1 a 2 anos. As pessoas com pontuação de 5 a 7 foram consideradas limítrofes e foram reavaliadas em 6 meses, com maior atenção pelos ACS e, caso os agentes identificassem subjetivamente um maior risco de estarem deprimidas, eram encaminhadas também para avaliação.

- **Vellore**

Para o rastreio dos sintomas de déficit cognitivo, foi utilizado a versão do *Vellore*. Traduzido e adaptado culturalmente para o português brasileiro por LOUREIRO (2015).

Esta escala é composta por duas partes. A primeira é um questionário de 10 perguntas direcionadas para o informante, que pode ser filho, cônjuge ou outro que conheça a pessoa avaliada. Nesta parte, são pontuadas as questões cuja resposta (Sim ou Não) indique um possível déficit cognitivo. Dessa forma, a pontuação varia de 0 (sem déficit) a 10 (déficit cognitivo extremo). A outra parte da escala é direcionada ao paciente, com 10 perguntas, as quais são relacionadas com atividades do dia-a-dia. A pontuação varia de 16 (pacientes que respondem ou executam adequadamente todas as questões – 3 questões são pontuadas de 0 a 3 e as demais como 0 ou 1) a 0 (pacientes que não conseguem responder ou executar nenhuma das questões propostas). Para o PENCE, pontuações maiores ou iguais a 5 no questionário para o informante ou menores ou iguais a 11 na parte do paciente, foram indicativas de provável declínio cognitivo e os pacientes foram encaminhados para avaliação médica.

- **IQCODE**

Criado por JORM & KORTEN, em 1988, foi adaptado transculturalmente para uso no Brasil por SANCHES (2009).

Esse questionário (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly) foi aplicado pelo enfermeiro da Equipe de Saúde da Família junto ao informante dos indivíduos que apresentavam pontuação alterada no *Vellore*. Trata-se de um instrumento já validado para o Brasil com muito boa acurácia no diagnóstico de declínio cognitivo. É composto por 26 questões direcionadas ao informante que compara o paciente a como ele estava 10 anos atrás e, através de uma escala Likert, para cada questão, dá uma pontuação de 1 para “muito

melhor” a 5 para “muito pior”. A partir daí, faz-se uma média aritmética das questões que puderam ser respondidas. Um resultado final de 3 indica que a pessoa está igual a 10 anos atrás. Valores acima de 3,42 são indicativos de demência na população.

- **ADLQ**

Tradução, adaptação cultural e análise das propriedades psicométricas feitas por MEDEIROS (2009).

O Questionário para Atividades da Vida Diária (ADLQ – *Activities of Daily Living Questionnaire*) é uma escala direcionada à avaliação da funcionalidade do idoso com suspeita de demência, aplicada pelo enfermeiro da equipe de saúde da família. Já fora traduzido e validado para o Brasil. É composto por 17 questões que devem ser respondidas pelo acompanhante, compondo os seguintes domínios: ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO (4 questões); INTERAÇÃO (3 questões); ATIVIDADE INTELECTIVA (2 questões); ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO (3 questões); PARTICIPAÇÃO SOCIAL (3 questões); e ALIMENTAÇÃO (2 questões).

- **ACE-R**

Traduzido e adaptado transculturalmente para o Brasil por CARVALHO (2007).

A avaliação cognitiva objetiva realizada no ambulatório foi o Exame Cognitivo de Addenbrook Revisado (ACE-R – *Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised*). Essa bateria breve de avaliação cognitiva contém o Mini Exame do Estado Mental (pontuação de 0 a 30), ao qual são acrescentados testes que permitem uma maior sensibilidade no diagnóstico do declínio cognitivo como, por exemplo, o teste do relógio, a fluência verbal e testes adicionais de memória e de reconhecimento de figuras. Esta bateria foi traduzida e adaptada para o Brasil, além de validada para o diagnóstico da Doença de Alzheimer<sup>42</sup> e com dados normativos de acordo com a idade e escolaridade<sup>43</sup> para população brasileira. A pontuação total é de 0 a 100 e foram utilizados, a partir dos dados normativos descritos acima, os pontos de corte de 50 para idosos analfabetos, 60 para primeiro grau incompleto, 70 para primeiro grau completo e 80 para segundo grau completo ou superior.

O ACE-R foi categorizado conforme feito por Karolina Cesar, que encontrou os seguintes pontos de corte: Normais versus declínio cognitivo <5 anos de escolaridade 65 pontos, Normais versus declínio cognitivo ≥5 anos de escolaridade 83 pontos; Normais versus demência <5 anos de escolaridade 55 pontos; Normais versus demência ≥5 anos de escolaridade 63 pontos.

E o MEEM foi categorizado como demência conforme artigo de Roberto A Lourenço, usamos ponto de corte do MEEM 18 para analfabetos e 24 para não analfabetos: “The best cutoff point for illiterate was 18/19 (sensitivity =73.5%; specificity =73.9%); and for literate was 24/25 (sensitivity =75%; specificity =69.7%)”.

- **MINI Plus 5**

O MINI é uma entrevista semiestruturada que investiga os principais transtornos psiquiátricos da 5ª edição do manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (DSM-5) da American Psychiatric Association (APA) e da 10ª publicação do Código Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS). É um instrumento para uso do médico clínico generalista e de profissionais não-clínicos que é validado no Brasil, tendo acurácia semelhante a entrevistas psiquiátricas de maior complexidade.<sup>44</sup> No plano nacional e internacional, a sua utilização na saúde pública têm se mostrado útil, gerando diagnósticos com moderada a alta acurácia.<sup>45</sup> Este é o protocolo de avaliação psiquiátrica que foi utilizado no PENCE, tanto pelo médico de saúde da família, que fora treinado por psiquiatra para aplicação do instrumento, quanto pelo psiquiatra que atendeu no ambulatório de referência, e que, portanto, fez parte do prontuário do mesmo.

- ***Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q)***

Criado por CUMMINGS (1994) e validado para o Brasil por CAMOZZATO (2015).

Este instrumento é uma das principais formas de avaliar sintomas psicológicos e comportamentais relacionados a transtornos mentais de forma ampla no mundo. Além de questões relacionadas aos sintomas neuropsiquiátricos, é aferido também o grau de sobrecarga gerada nos cuidadores pelos mesmos. Seu uso é amplamente difundido no mundo todo para

avaliações de declínio cognitivo e demências, sendo utilizado inclusive como forma de mensuração de sintomas na prática clínica, assim como no campo da pesquisa em ensaios clínicos (medida de resposta da intervenção) e de estudos de coorte.

- **CTQ**

Tradução e validação feitas por GRASSI-OLIVEIRA (2006).

Questionário Sobre Traumas na Infância (CTQ): o CTQ é um instrumento composto por 28 questões utilizadas para a pesquisa da história de maus-tratos infantis em adultos. Permite que o entrevistado responda sobre situações de maus-tratos e sua intensidade através de uma escala Likert 5. Esse instrumento investiga cinco componentes traumáticos: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional. Possui ainda uma escala controle de minimização/negação das respostas. A escala proporciona cinco escores contínuos (um para cada tipo de trauma). Cada subescala tem cinco itens cujos valores devem ser somados, de forma que o escore de cada subescala varie de 5 a 25 pontos, conforme figura 3.

Subtipos	Classificação			
	Não a mínimo	Leve a Moderado	Moderado a Severo	Severo a Extremo
Abuso Emocional	5 - 8	9 - 12	13 - 15	≥ 16
Abuso Físico	5 - 7	8 - 9	10 - 12	≥ 13
Abuso Sexual	5	6 - 7	8 - 12	≥ 13
Negligência Emocional	5 - 9	10 - 14	15 - 17	≥ 18
Negligência Física	5 - 7	8 - 9	10 - 12	≥ 13

Figura 3 – Classificação dos subtipos de Estresse Precoce de acordo com a gravidade. Adaptado de BERNSTEIN (2003).

### 5.5 Análise Estatística

Foram digitados os dados no programa Excel e posteriormente exportados para o programa SPSS v. 20.0 para análise estatística. Foram descritas as variáveis categóricas por frequências e percentuais e as variáveis quantitativas quando simétricas, pela média e pelo desvio padrão e quando assimétricas, pela mediana e pelo intervalo interquartil.

As variáveis quantitativas foram comparadas entre os grupos pelo teste de *Mann Whitney* em caso de duas categorias a serem comparadas e teste de

*Kruskal Wallis* em caso de mais de duas categorias. Foram ordenadas por postos as variáveis para posterior comparação pelo teste *post hoc* de *Tukey*, para localizar as diferenças. Para correlacionar variáveis quantitativas, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman*, Foi considerado um nível de significância de 5% para as comparações estabelecidas.

## 5.6 Considerações éticas

Os aspectos éticos do presente trabalho foram considerados cruciais sob diversos aspectos, tendo em vista a dimensão do mesmo e de suas eventuais repercussões. Assim, o formato de tópicos com suas respectivas descrições estão dispostos logo abaixo:

- **Processo e regulamentações:** o projeto guarda-chuva foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUCRS e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do município de Porto Alegre, atendendo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras em Pesquisa, conforme a Resolução 466/12 do CNS/MS. Este projeto, como adendo ao subprojeto 3 do PENCE, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUCRS.
- **Liberdade e sigilo do indivíduo:** em todo o período da pesquisa, foi respeitado o sigilo da identidade dos sujeitos de pesquisa. Todos os pesquisadores responsáveis assinaram o termo de compromisso para utilização dos dados.
- **Informação, contato e TCLE:** todos os participantes foram informados de forma clara, em linguagem acessível, acerca dos objetivos e métodos da pesquisa. Apenas aqueles que aceitaram livremente participar da pesquisa, assinaram o TCLE. Cabe ressaltar que foi claramente exposta a liberdade do indivíduo acerca da desistência de sua participação a qualquer tempo da pesquisa.
- **Infraestrutura para proteção de informações:** o material impresso foi arquivado em sala com acomodação própria para documentos sigilosos. Trata-se de um local de guarda de dados

impressos, digitalizados e em forma de banco de dados de acesso restrito denominado “Centro de Documentação” localizado nas dependências da Faculdade de Medicina da PUCRS. A possibilidade de acesso ao material só ocorreu para projetos de pesquisa devidamente aprovados e por intermédio da solicitação oficial do Professor orientador à equipe coordenadora. A consulta ao material só foi feita mediante supervisão. Tais medidas não visaram restringir a publicidade de resultados de pesquisa ou descumprir o compromisso com a divulgação científica de relevância; pelo contrário, a supervisão visou o aumento da segurança do acesso às informações e oportunizou um canal contínuo e criterioso de acesso e trabalho de dados científicos.

- **Bancos de dados e seu manejo:** os dados da pesquisa foram transferidos para um sistema de banco de dados profissional utilizando o software *FileMaker Pro Advanced Server 12*<sup>®</sup>, que permite a inclusão de chaves de segurança e manejo sigiloso dos dados sem a exposição de dados de identificação dos indivíduos. O software registra todo e qualquer acesso ou mudança nos bancos de dados, identificando eventuais problemas, origem do acesso e o provável usuário. O software foi instalado em um servidor localizado na área de servidores da PUCRS, sob a guarda da Gerência de Tecnologia de Informação e Telecomunicação (GTIT). A guarda de dados em servidor, e não somente em computadores pessoais, foi parte da implementação uma abordagem profissional da gestão de dados de pesquisa.

## 6 RESULTADOS

Foram coletados os dados de 274 idosos, sendo 58 (21,2%) do sexo masculino e 216 do sexo feminino. A média de idade dos pacientes foi de 72,3 anos, com desvio padrão de 7,2 anos. Foram incluídos pacientes do banco de dados com idade de 60 anos ou mais e com preenchimento completo do instrumento CTQ.

Abaixo, na tabela 1, são apresentadas as medidas descritivas para o CTQ, sendo a mediana de 42 pontos (correlação entre respostas do instrumento, através da análise das respostas dadas pelos respondentes, apresentando uma correlação média entre as perguntas). Houve 37,3% dos pacientes com demência conforme o MEEM, 59,8% conforme o ACE-R e 69% de declínio cognitivo conforme o ACE-R.

Tabela 1- Tabela descritiva da distribuição do CTQ, prevalência de demência conforme MEEM e ACE-R e prevalência de declínio cognitivo conforme o ACE-R.

	n avaliado	CTQ
CTQ, mediana (intervalo interquartil)	274	42 (38-49)
Demência ACE-R, n(%)	274	162 (59,8)
Demência MEEM, n(%)	274	101 (37,3)
Declínio cognitivo ACE-R, n(%)	274	187 (69,0)

Na tabela 2, são apresentadas as correlações entre o CTQ, ACE-R e os seus subdomínios e o MEEM. Houve uma correlação estatisticamente significativa, inversa e fraca entre o ACE-R e o subdomínio atenção e orientação. Existe uma diminuição do escore atenção e orientação a medida que aumenta o CTQ ( $r_s$ : -0,14;  $P= 0,024$ ). Não houve outras correlações estatisticamente significativas.

Tabela 2- Tabela da correlação do CTQ com ACE-R e o MEEM.

	$r_s$	P
ACE-R	-0,08	0,163
<b>Atenção e orientação</b>	<b>-0,14</b>	<b>0,024</b>
Memória	-0,03	0,646
Fluência verbal	-0,07	0,252
Linguagem	-0,08	0,194
Viso espacial	-0,11	0,059
MEEM	-0,09	0,122

$r_s$ : coeficiente de correlação de Spearman.

Na tabela 3, são apresentadas as comparações do CTQ entre sujeitos com e sem demência, conforme o MEEM e o ACE-R, não havendo diferenças estatisticamente significativas. Também não houve diferenças de CTQ entre sujeitos com e sem declínio cognitivo, conforme o ACE-R.

Tabela 3- Tabela da comparação do CTQ entre sujeitos com e sem demência conforme MEEM e ACE-R e com e sem declínio cognitivo conforme o ACE-R.

	CTQ	P
Com Demência MEEM	42 (39-51)	0,148
Sem Demência MEEM	42 (37-48)	
Com Demência ACE-R	42 (39-52)	0,262
Sem Demência ACE-R	42 (38-49)	
Com Declínio cognitivo ACER	42 (38-50)	0,663
Sem Declínio cognitivo ACE-R	43 (38-49)	

Dados apresentados pela mediana e intervalo interquartil (percentis 25 e 75) e comparados pelo teste de *Mann Whitney*.

Para esse tópico acima, caracterizou-se o MEEM como demência, sendo usado 18 para analfabetos e 24 para não analfabetos como ponto de corte do MEEM, conforme artigo “Mini-Mental State Examination: psychometric characteristics in elderly outpatients” de LOURENÇO, 2006: “The best cutoff point for illiterate was 18/19 (sensitivity =73.5%; specificity =73.9%); and for literate was 24/25 (sensitivity =75%; specificity =69.7%)”.

O ACE-R foi caracterizado conforme artigo “Addenbrooke's cognitive examination-revised: normative and accuracy data for seniors with heterogeneous”, feito por CESAR, 2016, que encontrou os seguintes pontos de corte: Normais *versus* declínio cognitivo <5 anos de escolaridade (65 pontos), Normais *versus* declínio cognitivo >=5 anos de escolaridade (83 pontos); Normais *versus* demência <5 anos de escolaridade (55 pontos); e Normais *versus* demência >=5 anos de escolaridade (63 pontos).

Quando analisados os dados nas faixas etárias e anos de escolaridade, houve correlações estatisticamente significativas entre CTQ e ACER-R ou algum dos seus domínios – tabela 4. Na faixa entre 60 e 69 anos com escolaridade entre 1 e 3 anos, houve correlação estatisticamente significativa, direta e moderada entre CTQ e ACE-R para a escolaridade de 1 a 3 anos ( $r_s = 0,46$ ,  $P = 0,012$ ) e entre CTQ e domínio viso espacial ( $r_s = 0,39$ ,  $P = 0,041$ ). Também houve

uma correlação estatisticamente significativa, direta e forte entre CTQ e domínio linguagem nesta faixa de idade e de escolaridade ( $r_s = 0,52$ ,  $P = 0,004$ ).

Na faixa de 70 a 79 anos, com escolaridade de 8 a 11 houve correlações estatisticamente significativas, inversas e de moderadas a forte entre CTQ Domínios Atenção e orientação, viso espacial e MEEM ( $r_s = -0,56$ ,  $P = 0,011$ ;  $r_s = -0,57$ ,  $P = 0,008$ ;  $r_s = -0,48$ ,  $P = 0,032$ , respectivamente). E na faixa dos maiores de 80 anos, na escolaridade de 4 a 7 anos, houve uma correlação estatisticamente significativa, inversa e forte entre CTQ e ACE-R ( $r_s = -0,66$ ,  $P = 0,014$ ) e entre CTQ e viso espacial ( $r_s = -0,63$ ,  $P = 0,022$ ).

Tabela 4- Tabela da correlação do CTQ com ACE-R e o MEEM nas diferentes categorias de escolaridade e idade|

Idade (anos)	60-69				70-79				≥80						
Escolaridade (anos)	0	1-3	4-7	8-11	≥12	0	1-3	4-7	8-11	≥12	0	1-3	4-7	8-11	≥12
n	13	29	35	29	3	24	31	36	20	3	13	20	13	4	1
ACE-R	-0,08	<b>0,46</b>	0,12	-0,19	-	-0,12	0,01	-0,20	-0,38	-	-0,04	0,36	<b>-0,66</b>	-	-
Atenção e orientação	-0,05	-0,15	-0,09	-0,03	-	-0,22	0,16	-0,15	<b>-0,56</b>	-	0,28	0,25	-0,24	-	-
Memória	-0,07	0,18	0,20	-0,13	-	0,04	0,08	-0,23	-0,29	-	0,22	0,20	-0,37	-	-
Fluência verbal	-0,10	0,34	-0,08	-0,33	-	-0,14	-0,06	-0,06	-0,15	-	-0,22	0,37	-0,22	-	-
Linguagem	-0,02	<b>0,52</b>	0,14	-0,38	-	-0,26	-0,22	-0,10	-0,27	-	-0,25	0,41	-0,30	-	-
Viso espacial	0,03	<b>0,39</b>	0,16	0,04	-	-0,25	-0,23	-0,15	<b>-0,57</b>	-	-0,20	0,40	<b>-0,63</b>	-	-
MEEM	0,04	0,18	0,10	-0,01	-	-0,18	0,02	-0,23	<b>-0,48</b>	-	0,12	0,15	-0,40	-	-

Coefficientes de correlação de *Spearman* entre CTQ e os outros escores são apresentados, coeficientes destacados em negrita apresentam  $P < 0,05$ . Nas categorias onde o n foi pequeno, não foram calculados os coeficientes.

Na tabela 5, são comparadas, nas faixas de escolaridade abaixo e acima de 11 anos, as distribuições de CTQ (descritas pela mediana e intervalo interquartil) nos sujeitos com e sem demência (conforme o ACE-R e o MEEM) e nos sujeitos com e sem declínio cognitivo. Não houve diferença estatisticamente significativa nos valores achados no CTQ para sujeitos com e sem demência, nem com e sem declínio, nem naqueles com menos escolaridade, nem naqueles com maior escolaridade.

Tabela 5- Tabela da comparação do CTQ entre sujeitos com e sem demência conforme MEEM e ACE-R e com e sem declínio cognitivo conforme o ACE-R.

Escolaridade	<11 anos			≥11 anos		
	n	CTQ	P	n	CTQ	P
Com Demência MEEM	160	42 (39-51)	0,324	2	49 (42-49)	0,444
Sem Demência MEEM	76	42 (38-48)		33	40 (37-49)	
Com Demência ACE-R	98	42 (39-51)	0,558	3	56 (42-56)	0,140
Sem Demência ACE-R	138	42 (38-49)		32	40 (37-48)	
Com Declínio cognitivo ACER	174	42 (38-50)	0,367	13	42 (37-57)	0,801
Sem Declínio cognitivo ACE-R	62	43 (40-50)		22	42 (37-48)	

Dados apresentados pela mediana e intervalo interquartil (percentis 25 e 75) e comparados pelo teste de Mann Whitney.

A tabela 6 abaixo mostra que houve diferença na distribuição de CTQ para a renda, evidenciando que sujeitos com renda de 2 a 4 salários mínimos apresentaram maior pontuação no CTQ do que sujeitos com 4 salários mínimos ou mais. Os pacientes com menos de 2 salários mínimos não se diferenciaram estatisticamente no valor do CTQ.

Quando comparados os sujeitos por estado civil, indivíduos com companheiro tinham pontuações menores de CTQ quando comparados com indivíduos sem companheiro, e esta diferença foi estatisticamente significativa (P= 0,019).

Tabela 6- Tabela comparativa da distribuição do CTQ por estado civil e renda.

	CTQ total	P
Renda (salários mínimos)		<b>0,006</b>
<2	42 (38-51) <sup>a,b</sup>	
2-4	44 (40-55) <sup>a</sup>	
≥4	38 (37-45) <sup>b</sup>	
Estado civil		0,064
Solteiro	44 (39-51)	
Casado ou união estável	41 (38-47)	
Divorciado	45 (39-69)	
Viúvo	42 (40-51)	
Estado civil		<b>0,019</b>
Com companheiro	41 (38-47)	
Sem companheiro	44 (40-54)	

Dados apresentados pela mediana e intervalo interquartil (percentis 25 e 75) e comparados pelo teste de *Kruskal Wallis* ou teste de *Mann Whitney*. <sup>a,b</sup> letras diferentes representam valores diferentes estatisticamente.

Quando comparados os pacientes com e sem demência (tabela 7) para o MEEM e para o ACE-R, houve diferença estatisticamente significativa: pacientes com demência tem pontuações mais altas no NPI que pacientes sem demência (P<0,001). Pacientes com declínio cognitivo também tiveram pontuações mais altas no NPI quando comparados a pacientes sem declínio (P<0,001).

Tabela 7- Tabela da comparação do NPI entre sujeitos com e sem demência conforme MEEM e ACE-R e com e sem declínio cognitivo conforme o ACE-R.

	NPI	P
Com Demência MEEM	4 (0-18)	<b>&lt;0,001</b>
Sem Demência MEEM	0 (0-4)	
Com Demência ACE-R	8 (0-23)	<b>&lt;0,001</b>
Sem Demência ACE-R	0 (0-6)	
Com Declínio cognitivo ACER	2 (0-16)	<b>&lt;0,001</b>
Sem Declínio cognitivo ACE-R	0 (0-3)	

Dados apresentados pela mediana e intervalo interquartil (percentis 25 e 75) e comparados pelo teste de *Mann Whitney*.

Na tabela abaixo (tabela 8), são apresentadas as correlações entre NPI e CTQ, dentre os pacientes com e sem demência e com e sem declínio cognitivo. Houve uma correlação fraca, direta e estatisticamente significativa entre o CTQ total e o NPI ( $r_s = 0,13$ ,  $P = 0,032$ ). Dentre os pacientes sem demência pelo ACE-R, houve uma correlação estatisticamente significativa, direta e fraca entre CTQ total e NPI ( $r_s = 0,20$ ,  $P = 0,012$ ). Não houve outras correlações estatisticamente significativas.

Tabela 8- Tabela da correlação entre NPI e CTQ dentre sujeitos com e sem demência conforme MEEM e ACE-R e com e sem declínio cognitivo conforme o ACE-R.

	$r_s$	P
Com Demência MEEM	0,04	0,630
Sem Demência MEEM	0,17	0,074
Com Demência ACE-R	-0,08	0,436
Sem Demência ACE-R	0,20	<b>0,012</b>
Com Declínio cognitivo ACER	0,13	0,091
Sem Declínio cognitivo ACE-R	0,15	0,185

$r_s$ : Coeficiente de correlação de *Spearman* entre NPI e CTQ total.

Quando comparados os subescores de maus-tratos entre pacientes com e sem demência e com e sem declínio cognitivo, de acordo com a tabela 9, houve diferença estatisticamente significativa, com valores mais altos de PN e EA entre sujeitos com e sem demência pelo MEEM ( $P = 0,035$  e  $P = 0,046$  respectivamente). Houve diferença estatisticamente significativa, com valores

mais altos para negligência física em pacientes com e sem demência pelo ACE-R (P= 0,003).

Tabela 9- Tabela da comparação dos subtipos de maus tratos na infância (subscores do CTQ) entre sujeitos com e sem demência conforme MEEM e ACE-R e com e sem declínio cognitivo conforme o ACE-R.

	PN	P	EA	P	EN	P	PA	P	AS	P
Com Demência MEEM	9 (6-11)	<b>0,035</b>	6 (5-10)	<b>0,046</b>	16 (14-17)	0,510	6 (5-10)	0,185	5 (5-5)	0,854
Sem Demência MEEM	7 (5-10)		5 (5-9)		17 (14-17)		6 (5-8)		5 (5-5)	
Com Demência ACE-R	9 (6-12)	<b>0,003</b>	6 (5-11)	0,698	16 (14-17)	0,627	6 (5-9)	0,364	5 (5-5)	0,547
Sem Demência ACE-R	7 (5-10)		6 (5-9)		16 (15-17)		6 (5-8)		5 (5-5)	
Com Declínio cognitivo ACER	8 (5-11)	0,981	6 (5-10)	0,960	16 (15-17)	0,625	6 (5-8)	0,769	5 (5-5)	0,632
Sem Declínio cognitivo ACE-R	8 (5-11)		6 (5-9)		17 (14-17)		6 (5-9)		5 (5-5)	

Dados apresentados pela mediana e intervalo interquartil (percentis 25 e 75) e comparados pelo teste de *Mann Whitney*.

EA: emotional abuse (abuso emocional), EN: emotional neglect (negligência emocional), PA: physical abuse (abuso físico), PN: physical neglect (negligência física), AS: sexual abuse (abuso sexual), P: valor-p (também chamado de nível descritivo ou probabilidade de significância) -> quanto menor, maior o valor estatístico confiável do resultado encontrado.

## 7 DISCUSSÃO

A amostra utilizada para o desenvolvimento deste estudo foi composta por 274 idosos, sendo 21,2% de homens e 78,8% de mulheres. Foi possível observar que a amostra utilizada neste estudo é semelhante à amostra utilizada por Faustino et al (2016), com um total de 237 idosos. Também no estudo de Miranda et al (2018) as mulheres foram predominantes no grupo estudado, representando 67,8% o total.

Doutra feita, foi também uma amostra quase 4 vezes maior àquela utilizada por Petkus et al (2018), que utilizaram 76 idosos, enquanto uma amostra menor ainda foi a utilizada por Lien et al (2016), com 69 idosos.

Foram encontrados outros estudos, como o de Wielaard et al (2018) que utilizaram uma amostra maior, com 418 idosos. Analisando a quantidade de integrantes das amostras destes estudos, observa-se que, em média, nosso estudo manteve-se dentro do que foi relatado em estudos que abordassem temáticas semelhantes, com populações semelhantes.

Em relação ao fator idade, em nosso estudo a média de idade foi de 72,3 anos, enquanto que no estudo de Miranda et al (2018) foi de 73 anos, de Wielaard e al (2018) foi de 70,8 e de Faustino et al (2016) a média foi de 76,5, mantendo a média entre os estudos.

Em relação aos instrumentos utilizados para este levantamento, a literatura nacional e internacional destaca a acurácia e importância do uso destes. Sem dúvida, a escolha adequada dos instrumentos a serem utilizados para a avaliação do comprometimento cognitivo é fundamental para a obtenção de resultados fidedignos. Corroborando com a visão de Teldeschi et al (2017), especialmente no caso da atenção primária em saúde no Brasil, onde a disponibilidade de tempo e recursos é baixa, o uso de um teste cognitivo breve com boas medidas de validade aparece como uma alternativa bastante útil.

Analisando os instrumentos utilizados individualmente, corroborando com a visão de Dick (2015), o método MEEM é um instrumento constituído de pequenas tarefas que se propõem a analisar o nível de capacidade cognitiva do indivíduo. Um paciente com desempenho baixo, possivelmente tem sua capacidade cognitiva debilitada. Ainda, as respostas ao MEEM são rotineiramente avaliadas de forma agregada, em termos do escore total obtido

na aplicação do instrumento. Entretanto, alguns autores afirmam que algumas das tarefas discriminam de forma mais eficiente, em relação a outras tarefas, o nível de capacidade cognitiva. Desta forma, é interessante que se consiga quantificar de forma precisa as características dos itens que compõem o MEEM.

É importante também destacar a compreensão de que o MEEM não deve ser utilizado de forma isolada, apesar de sua funcionalidade e utilidade, conforme destacou o próprio criador do método e citado por Dick et al (2015). Desta forma, uma abordagem clínica completa é sempre a forma mais adequada de se realizar a avaliação de um paciente e de seu déficit cognitivo. Assim sendo, o MEEM deve ser usado como um instrumento auxiliar na abordagem aos pacientes psiquiátricos, somado a outros exames clínicos ou laboratoriais e a avaliação do médico. De igual forma, na visão de Teldeschi et al (2017), embora o uso destes instrumentos não seja suficiente para o estabelecimento do diagnóstico de demência, eles auxiliam na identificação daqueles indivíduos que necessitam ser encaminhados para um serviço de avaliação cognitiva especializado.

O método ACE-R também é um método consagrado na literatura científica mundial, como destacaram Miranda et al (2018) e corroborado por Rossi (2016), daí a opção por sua escolha para ser uma das bases do levantamento realizado neste estudo. Corroborando com a visão de Rossi (2016), este é um instrumento com elevada sensibilidade e especificidade para detectar demência em estágio leve, principalmente na discriminação entre doença de Alzheimer e demência frontotemporal, bem como déficits cognitivos relacionados à idade.

Analisando os dados da tabela 1, foi possível observar que houve 59,8% dos pacientes com demência conforme o MEEM, 37,5% conforme o ACE-R e 69% de declínio cognitivo conforme o ACE-R. Nestes dados, observa-se que em nosso estudo observou-se uma maior sensibilidade com o uso de MEEM. Nossos resultados são diferentes dos que foram encontrados por Miranda et al (2018), que aplicando ambos os instrumentos encontraram uma maior sensibilidade com o uso do ACE-R em comparação com o uso de MEEM em todos os pontos de corte, em análise e identificação de casos de demência em um grupo de 59 idosos.

Foi possível observar que houve diferença na distribuição de CTQ para a renda, evidenciando que sujeitos com renda de 2 a 4 salários mínimos

apresentaram maior pontuação no CTQ do que sujeitos com 4 salários mínimos ou mais.

Também, a partir dos resultados obtidos também foi possível observar que o declínio cognitivo teve forte influência do fator maus-tratos na infância. Isto foi visível ao se observar a correlação estatisticamente significativa, inversa e fraca entre o ACER e o subdomínio atenção e orientação. Existe uma diminuição do escore atenção e orientação a medida que aumenta o CTQ (maus-tratos).

No estudo apresentado por Ogle et al (2013), os autores acreditam que está, definitivamente, comprovado que os eventos traumáticos e os maus tratos na infância causam impactos sobremodo avassaladores a longo prazo. Dentre estes impactos, por certo que as faculdades mentais e cognitivas são as mais afetadas, ou também as potencialmente comprometidas de forma mais acelerada.

Esta constatação corrobora com os estudos desenvolvidos por Petkus et al (2018) que observaram que o trauma infantil foi significativamente associado a pior desempenho nas medidas de velocidade de processamento, atenção e funcionamento executivo.

De fato, corroborando com a afirmação de Petkus et al (2018), há o impacto negativo do trauma infantil na saúde cerebral na velhice. Este impacto pode ser causado por um ou mais fatores deletérios, que por sua vez incluem uma série de maus-tratos vivenciados na infância, como abusos, violência, entre outros fatores geradores de estresse.

Analisando e comparando os resultados expressos na tabela 3, onde são apontados os principais fatores cognitivos afetados em indivíduos que sofreram maus-tratos, foi possível observar que os resultados deste estudo também corroboraram com os resultados encontrados no estudo realizado por Irigaray et al (2013). No estudo de Irigaray et al (2013), os que foram vítimas de maus-tratos tiveram um desempenho cognitivo inferior especialmente em funções como memória verbal episódica, memória de trabalho, atenção e componentes de funções executivas. Da mesma forma, também na conclusão de Petkus et al (2018) o trauma infantil foi significativamente associado a pior desempenho nas medidas de velocidade de processamento, atenção e funcionamento executivo.

Em outra contribuição apresentada por Feeney et al (2013), observou-se a influência dos maus-tratos – mais precisamente o abuso sexual na infância

esteve associado a déficits cognitivos e de humor. No entanto, este mesmo estudo não estabeleceu estes déficits na faixa etária senil, destacando somente as fases de adolescência e vida adulta, sem definindo os impactos a partir da terceira idade.

Essa problemática pode ser potencializada quando fatores de risco – externos – estiverem presentes. Estes fatores incluem, especialmente, variáveis como pobreza, alcoolismo, baixo nível de escolaridade, vivência de violência na infância, insatisfação sexual e sentimentos ambíguos de amor e ódio relacionados à maternidade/paternidade.

Convém destacar também que a estruturação da família é fundamental para o combate a este problema de saúde pública mundial, que é a violência contra a criança e o adolescente no âmbito familiar.

Apesar dos resultados aqui levantados, observou-se também que na literatura nacional há uma grande carência de estudos que abordem esta temática em específico, observando-se uma lacuna neste sentido, e apontando para a necessidade da realização de mais estudos nesta área.

Doutra feita, a violência contra os idosos é um fenômeno evidente dentro do atual processo de envelhecimento populacional mundial. Percebe-se que a questão da violência contra os idosos é pouco considerada pela sociedade em geral.

Anotamos que a questão da negligência e maus tratos contra idosos não é um fenômeno novo, porém, está em evidência apenas nas duas últimas décadas, e começou a despertar o interesse da comunidade científica.

Pontuamos as várias formas de violência praticadas contra o idoso, bem como a violência dentro da família e como romper com o silêncio denunciando tais abusos, além de compreender a atuação da sociedade e do Estado, junto a esta demanda. Um dos grandes desafios para os estudos sobre os maus-tratos, não apenas especificamente em relação aos idosos, reside na definição das categorias e tipologias que designem as suas várias nuances.

É importante ressaltar, no entanto, que a violência doméstica e os maus-tratos a idosos não devem ser entendidos fora do contexto da violência social/estrutural em que os indivíduos e as comunidades estão inseridos. A forma como os maus-tratos e a violência contra os idosos são percebidos varia entre culturas e sociedades.

Em um passado, não tão distante, muitas sociedades tradicionais consideravam a harmonia familiar como um importante elemento das relações familiares.

Esse papel da família era legitimado e reforçado tanto por tradições filosóficas quanto por políticas públicas, não se reconhecendo a existência de maus-tratos contra idosos e, muito menos, a sua denúncia.

Consideramos ser essencial que a sociedade e família reflitam e se conscientizem que o envelhecimento é um fato inerente, um período a ser vivido, quiçá, por todos. Porém, deve ser vivido com qualidade de vida, longe de práticas de violência contra as pessoas idosas, que muito fizeram por seus familiares, o que agora, não é reconhecido.

Sabemos que pequena parte da sociedade idosa tem expectativas de um envelhecimento saudável, protegido pela família e por políticas públicas, com qualidade de vida.

Todavia, sabido é, que a muitas pessoas idosas são vítimas de discriminações, sofrem agressões físicas e verbais entre outras. Esse tipo de violência não deve ser visto como simples fato corriqueiro, mas sim, como uma questão de aprendizado e comprometimento, garantindo ao idoso seu papel social, sua dignidade e respeito.

Assim, esta reflexão sobre a violência contra idosos e crianças apoiada em artigos científicos publicados quanto ao tema, encontra perspectiva social e perfeita justificativa.

Isto implica em contemplar a integralidade da pessoa idosa em suas dimensões: física, moral, psicológica, cognitiva afetiva e espiritual, observando-se a necessidade de atendimento sócio – psíquico –pedagógico terapêutico e interdisciplinar.

Para esta reestruturação pressupõem-se sensibilizar e mobilizar as famílias, a sociedade e o poder público para que seja assegurada a proteção social efetiva, proteção física e psicológica, no seio de sua família e da sociedade, que possibilitem a redução das desigualdades sociais e a inclusão do idoso, sem que seus direitos sejam violados.

Dispor de meios que fomentem a reconstrução de vínculos sociais e familiares, mantendo um maior grau de independência individual e social.

Deve-se ainda, defender a dignidade e os direitos humanos, monitorando a ocorrência dos riscos e de agravamento, bem como, a viabilização de espaços de lazer e entretenimento saudáveis aos mesmos, afastando-os de ocorrências de vitimização e agressões; possibilitando ao idoso, o resgate de sua dignidade e cidadania, sua efetiva inclusão social, a partir da interrupção do sofrimento a que são submetidos com os vários tipos de violência que sofrem.

## 8 CONCLUSÕES

O QUESI não serve como instrumento diagnóstico, pois nem o CTQ (original) possui esse objetivo. Entretanto, nesse estudo, pôde ser uma ferramenta bastante útil na investigação de história de maus-tratos infantis em idosos, como instrumento de pesquisa. Foi possível, portanto, estudar a influência da ocorrência e das características de maus-tratos na infância e sua relação no desenvolvimento e manifestação clínica dos transtornos cognitivos no idoso: declínio cognitivo e demência do tipo Alzheimer. Além disso, estudar a prevalência de maus-tratos e analisar os tipos de maus-tratos mais frequentes na infância dos idosos avaliados. Da mesma forma, também foi possível medir a presença de sinais e sintomas comportamentais e psicológicos em pacientes com declínio cognitivo e demência. E estudar as prevalências de transtornos cognitivos e a sua relação com a ocorrência e o(s) tipo(s) de maus-tratos na infância.

Conclui-se, de acordo com os resultados observados na amostra analisada, que a ocorrência de maus tratos na infância está, de fato, associada a um decréscimo cognitivo ligeiramente acentuado na fase senil, comprovando essa relação. Mais estudos mostram-se necessários para que se possa, de fato, encontrar-se mais evidências desta relação e dos principais fatores envolvidos na promoção do declínio cognitivo desde a infância até a fase senil.

## 9 REFERÊNCIAS

ALLEGRI, R. F.; BUTMAN, J.; ARIZAGA, R. L.; MACHNICKI, G.; SERRANO, C.; TARAGANO, F. E. Economic impact of dementia in developing countries: an evaluation of costs of Alzheimer-type dementia in Argentina. **International Psychogeriatrics**, v. 19, p. 705-718, 2007.

ALLEN, B. An analysis of the impact of diverse forms of childhood psychological maltreatment on emotional adjustment in early adulthood. **Child Maltreatment**, v. 13, n. 3, p. 07-12, 2008.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 57, n. 2B, p. 421-6, 1999.

AL ODHAYANI, A.; WATSON, W.J.; WATSON, L. "Behavioural consequences of child abuse." **Canadian Family Physician**, p. 831-836, 2013.

ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. DE C.; FACCENDA, O. Depressive symptoms in the elderly: analysis of the items of the Geriatric Depression Scale. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 4, p. 497–503, 2012.

ALVES, T. C. DE T. F.; WAJNGARTEN, M.; BUSATTO FILHO, G. Cognitive decline, cardiovascular risk factors, and neuroimaging abnormalities. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 3, p. 160–9, 2005.

APA, American Psychiatric Association. **DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014, 5 ed.

APA CHILDREN, American Psychiatric Association's Children. **Youth and Families Office**. "Understanding and preventing child abuse and neglect.", 2013.

AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, p. 106-15, 2000.

ANDRADE, E. M.; NAKAMURA, E.; PAULA, C. S.; NASCIMENTO, R.; BORDIN, I. A. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra

crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. **Saude e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 147-55, 2015.

BARKER, G.; AGUAYO, F.; CORREA, P. Compreendendo a violência dos homens contra as mulheres: alguns resultados da pesquisa IMAGES no Brasil, Chile e México. **Promundo**, 2015.

BERNSTEIN, D. P.; STEIN, J. A.; NEWCOMB, M. D.; WALKER, E.; POGGE, D.; AHLUVALIA, T. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. **Child Abuse and Neglect**, v. 27, n. 2, p. 169-90, 2003.

BOTTINO, C. M. C. et al. Differential diagnosis between dementia and psychiatric disorders: Diagnostic criteria and supplementary exams. **Dementia e Neuropsychologia**, v. 5, n. 4, p. 288-296, 2011.

BOUR, A.; RASQUIN, S.; ABEN, I.; STRIK, J.; BOREAS, A.; CRIJNS, H. et al. The symptomatology of post-stroke depression: comparison of stroke and myocardial infarction patients. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 24, n. 10, p. 1134-42, 2009.

BROWN, J.; COHEN, P.; JOHNSON, J. G.; SMAILES, E. M. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. **Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 38, n; 12, p. 1490-6, 1999.

CAMOZZATO, A. L.; KOCHHANN, R.; SIMEONI, C.; KONRATH, C. A.; PEDRO FRANZ, A.; CARVALHO, A. et al. Reliability of the Brazilian Portuguese version of the Neuropsychiatric Inventory (NPI) for patients with Alzheimer's disease and their caregivers. **International Psychogeriatrics**, v. 20, n. 2, p. 383-93, 2008.

CAMOZZATO, A. L.; KOCHHANN, R.; GODINHO, C.; MASSOCHINI, G.; CHAVES, M. L. Validity of the Brazilian version of the Neuropsychiatric Inventory (NPI). **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 73, n. 1, 2015.

CARRABBA, L. H. G. **Características psicométricas do Questionário para o Informante do Declínio Cognitivo no Idoso (IQCODE) em uma população de baixa renda e escolaridade do sul do Brasil**. 2014;137. Dissertação (Mestrado), 2014.

CARVALHO, V. A.; CARAMELLI, P. Brazilian adaptation of the Addenbrooke's cognitive examination-revised (ACE-R). **Dementia e Neuropsychologia**, v. 1, n. 21, p. 2-6, 2007.

CARVALHO, V. A.; BARBOSA, M. T.; CARAMELLI, P. Brazilian version of the Addenbrooke Cognitive Examination-revised in the diagnosis of mild Alzheimer disease. **Cognitive and Behavioral Neurology**, v. 23, p. 8–13, 2010.

CARVALHO, V. A.; CARAMELLI, P. Normative Data for Healthy Middle-Aged and Elderly Performance on the Addenbrooke Cognitive Examination-Revised. **Cognitive and Behavioral Neurology**, v. 25, n. 7, p. 2–6, 2012.

CIULLA, L.; NOGUEIRA, E. L.; GOMES, I.; LEVI-TRES, G.; ENGROFF, P.; CIULLA, V.; CATALDO-NETO, A. Suicide risk in the elderly: Data from Brazilian public health care program. **Journal of Affective Disorders**, 2013.

CLARK, C. M.; XIE, S.; CHITTAMS, J.; EWBANK, D.; PESKIND, E.; GALASKO, D. et al. Cerebrospinal fluid tau and beta-amyloid: how well do these biomarkers reflect autopsy-confirmed dementia diagnoses? **Archives of Neurology**, v. 60, n. 12, p. 1696-702, 2003.

COHEN, P.; BROWN, J.; SMAILE, E. Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population. **Development and Psychopathology**, v. 13, n. 4, p. 981-99, 2001.

COLLISHAW, S.; PICKLES, A.; MESSER, J.; RUTTER, M.; SHEARER, C.; MAUGHAN, B. Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: evidence from a community sample. **Child Abuse and Neglect**, v. 31, n. 3, p. 211-29, 2007.

CONTE, L. B. D.; SOUZA, L. N. A. Perfil epidemiológico do envelhecer com depressão; Epidemiologic pattern of aging under depression. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 27, n. 3, 2013.

CURRIE, J.; WIDOM, C. S. "Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic well-being." **Child Maltreatment**, v. 15, n. 2, p. 111-120, 2010.

DAMASCENO, B. P. Envelhecimento cerebral: o problema dos limites entre o normal e o patológico. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 57, n. 1, p. 78-83, 1999.

DAY, V. P.; TELLES, L. E. B.; ZORATTO, P. H.; AZAMBUJA, M. R. F.; MACHADO, D. A.; SILVEIRA, M. B.; DEBIAGGI, M.; REIS, M. G.; CARDOSO, R. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, p. 9-21, 2003.

DIAS, A.; MOOREN, T.; KLEBER, R. J. Public health actions to mitigate long-term consequences of child maltreatment. **Journal of Public Health Policy**, v. 39, n. 3, p. 294-303, 2018.

DICK, P. C. **Considerações sobre os itens do Mini-Exame do Estado Mental para população de idosos assistida pelo Programa Saúde da Família**. 2015;45. Dissertação (Mestrado)- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, 2015.

DUKART, J.; SCHROETER, M. L.; MUELLER, K. Age correction in dementia-matching to a healthy brain. **PLoS One**, v. 6, n. 7, p. e22193, 2011.

DUNCAN, B. B.; CHOR, D.; AQUINO, E. M. L.; BENSENOR, I. M.; MILL, J. G.; SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 126-34, 2012.

DORSZEWSKA, J. Cell biology of normal brain aging: synaptic plasticity-cell death. **Aging Clinical and Experimental Research**, v. 25, n. 1, p. 25-34, 2013.

EGRY, E. Y. et al. Enfrentar a violência infantil na Atenção Básica: como os profissionais percebem? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 1, p. 119-125, 2017.

FANG, X.; BROWN, D. S.; FLORENCE, C.; MERCY, J. "The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention." **Child Abuse and Neglect**, v. 36, n. 2, p. 156-65, 2012.

FAUSTINO, A. M.; MOURA, L. B. A.; GANDOLFI, L. Relação entre violência e função cognitiva em idosos. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 5, p. 1717-1723, 2016.

FEENEY, J.; KAMIYA, Y.; ROBERTSON, I. H.; KENNY, R. A. Cognitive function is preserved in older adults with a reported history of childhood sexual abuse. **Journal of Traumatic Stress**, v. 26, n. 6, p. 735-43, 2013.

FERNANDES, M. DAS G. M.; NASCIMENTO, N. F. DE S.; COSTA, K. N. DE F. M. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. **Revista da Rede Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 1, 2013.

GALINSKY, D. Atención Progresiva. In: Anzola , Pérez E, et al. (Eds). La Atención de los ancianos: um desafio para los años noventa. Washington, Dc: **Organización Panamericana de la Salud**, p. 219-229, 1993.

GILBERT, R.; WIDOM, C. S.; BROWNE, K.; FERGUSON, D.; WEBB, E.; JANSON, S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. **The Lancet**, v. 373, n. 9657, p. 68-81, 2009.

GOTTLIEB, M. G. V.; CARVALHO, D.; SCHNEIDER, R. H.; DA CRUZ, I. B. M. Aspectos genéticos do envelhecimento e doenças associadas: uma complexa rede de interações entre genes e ambiente. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, n. 3, p. 273-283, 2007.

GRASSI-OLIVEIRA, R.; STEIN, L. M.; PEZZI, J. C. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 249-255, 2006.

GUNN, J. M.; AYTON, D. R.; DENSLEY, K.; PALLANT, J. F.; CHONDROS, P.; HERRMAN, H. E. et al. The association between chronic illness, multimorbidity and depressive symptoms in an Australian primary care cohort. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 1, n. 2, p. 175–84, 2012.

HEALY, M. "Child neglect accounts for 75% of reported abuse cases." **USA Today Sept**, 2013.

HEILIG, C. W.; KNOPMAN, D. S.; MASTRI, A. R.; FREI II, W. Dementia without Alzheimer pathology. **Neurology**, v. 35, p. 762-765, 1985.

HERRERA, J. R.; CARAMELLI, P.; SILVEIRA, A. S.; NITRINI, R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. **Alzheimer Disease and Associated Disorders**, v. 16, n. 2, p. 103-108, 2002.

HUSSEY, J. M.; CHANG, J. J.; KOTCH, J. B. "Child maltreatment in the United States: Prevalence, risk factors and adolescent health consequences." **Pediatrics**, v. 118, n. 3, p. 933-942, 2006.

HUTZ, C. S.; NUNES, C. H.; SILVEIRA, A. D.; SERRA, J.; ANTON, M.; WIECZOREK, L. S. O desenvolvimento de marcadores para a avaliação da personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 11, n. 2, p. 395-411, 1998.

IRIGARAY, T. Q.; PACHECO, J. B.; GRASSI-OLIVEIRA, R.; FONSECA, R. P.; LEITE, J. C. C.; KRISTENSEN, C. H. Child maltreatment and later cognitive functioning: a systematic review. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 2, p. 376-387, 2013.

KATZMAN, R.; TERRY, R.; DETERESA, R. et al. Clinical, pathological, and neurochemical changes in dementia: a subgroup with preserved mental status and numerous neocortical plaques. **Annals of Neurology**, v. 23, p. 138-144, 1988.

LIEN, C.; ROSEN, T.; BLOEMEN, E. M.; ABRAMS, R. C.; PAVLOU, M.; LACHS, M. S. Narratives of Self-Neglect: Patterns of Traumatic Personal Experiences and Maladaptive Behaviors in Cognitively Intact Older Adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 64, n. 11, p. 195-200, 2016.

LOUREIRO, F.; FINGER, G.; GOMES, I. Tradução e adaptação cultural para o português brasileiro do instrumento para rastreio cognitivo Vellore. **Pan American Journal of Aging Research**, v. 3, n. 2, p. 47-52, 2015.

MACHADO, J. C.; RIBEIRO, R. DE C. L.; COTTA, R. M. M.; LEAL, P. F. DA G. Cognitive decline of aged and its association with epidemiological factors in the city of Viçosa, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 1, p. 109-21, 2011.

MARQUES, J. M. A.; ZUARDI, A. W. Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil. **General Hospital Psychiatry**, v. 30, p. 303-310, 2008.

MARTSOLF, D. S.; DRAUCKER, C. B. The legacy of childhood sexual abuse and Family adversity. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 40, n. 4, p. 333-40, 2015.

MEDEIROS, M. E.; GUERRA, R. O. Tradução, adaptação cultural e análise das propriedades psicométricas do Activities of Daily Living Questionnaire (ADLQ) para avaliação funcional de pacientes com a doença de Alzheimer. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 13, n. 3, p. 257-66, 2009.

MENESES-GAYA, I. C.; ZUARDI, A. W.; LOUREIRO, S. R.; CRIPPA, J. A. S. As propriedades psicométricas do Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 35, n. 1, p. 73-82, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. -. Cadernos de Atenção Básica: Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2014.

MIRANDA, D. C.; BRUCKI, S. M. D.; YASSUDA, M. S. The Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination (M-ACE) as a brief cognitive screening instrument in Mild Cognitive Impairment and mild Alzheimer's disease. **Dementia e Neuropsychologia**, v. 12, n. 4, p. 368-373, 2018.

MORIGUCHI, Y. Aging, preventive geriatrics and the role of psychical exercise to improve health with longevity. **Pan American Journal of Aging Research**, v. 1, n. 1, p. 3-4, 2013.

NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BOTTINO, C. M. C.; DAMASCENO, B. P.; BRUCKI, S. M. D.; ANGHINAH, R. **Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil - Avaliação Cognitiva e Funcional**. Disponível em:

<[http://www.cadastro.abneuro.org/site/conteudo.asp?id\\_secao=15&id\\_conteudo=36&ds\\_secao=%DAltimos%20Resumos&ds\\_grupo=Neurologia%20Cognitiewe%20do%20Envelhecimento](http://www.cadastro.abneuro.org/site/conteudo.asp?id_secao=15&id_conteudo=36&ds_secao=%DAltimos%20Resumos&ds_grupo=Neurologia%20Cognitiewe%20do%20Envelhecimento)>.

NORDON, D. G.; GUIMARÃES, R. R.; KOZONOE, D. Y.; MANCILHA, V. S. Perda Cognitiva em Idosos. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas**, v. 11, n. 3, p. 5 -8, 2009.

NUNES, A. J.; SALES, M. C. V. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 871-880, 2016.

OGLE, C. M.; RUBIN, D. C.; SIEGLER, I. C. The impact of the developmental timing of trauma exposure on PTSD symptoms and psychosocial functioning among older adults. **Developmental Psychology Journal**, v. 49, n. 11, p. 2191-2200, 2013.

OLIVEIRA, A. S. **Hygeia – Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 31, p. 69-79, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. -. How can violence against children be prevented?». WHO. 2013. Consultado em 19/12/2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2011.

PETKUS, A. J.; LENZE, E. J.; BUTTERS, M. A.; TWAMLEY, E. W.; WETHERELL, J. L. Childhood Trauma Is Associated With Poorer Cognitive Performance in Older Adults. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 79, n. 1, 2018.

PRICE, L. H.; KAO, H. T.; BURGERS, D. E.; CARPENTER, L. L.; TYRKA, A. R. Telomeres and early-life stress: an overview. **Biological Psychiatry**, v. 73, p. 15–23, 2013.

PRINCE, M.; ACOSTA, D.; FERRI, C. P.; GUERRA, M.; HUANG, Y.; RODRIGUEZ, J. J. L. et al. Dementia incidence and mortality in middle-income countries, and associations with indicators of cognitive reserve: a 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study. **The Lancet**. V. 380, n. 9836, p. 50–8, 2012.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA (PNSPI). Portaria GM nº 2.528 de 19 outubro de 2006.

REDES ESTADUAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO. Guia Operacional e Portarias Relacionadas. Ministério da Saúde. Brasília-FA. 2002.

REICHERT, J.; ARAÚJO, A. J.; GONÇALVES, C. M. C.; GODOY, I.; CHATKIN, J. M.; SALES, M. P. U. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo: 2008. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 34, n. 10, p. 845-80, 2008.

ROSSI, P. G. **Influência da síndrome da fragilidade, nível de atividade física e cognição no desempenho do teste de dupla tarefa**. 2016;75. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de São Carlos, UFSCar, São Carlos, 2016.

SANCHES, M. A. S.; LOURENÇO, R. A. Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): adaptação transcultural para uso no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, 2009.

SANCHEZ, R. N.; MINAYO, M. C. S. Violência contra Crianças e Adolescentes: Questão Histórica, Social e de Saúde. **Ministério da Saúde**, p. 29-38, 2006.

SASS, A.; GRAVENA, A. A. F.; PILGER, C.; MATHIAS, T. A. DE F.; MARCON, S. S. Depressão em idosos inscritos no programa de controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus; Depression in elderly enrolled in a control program for hypertension and diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 80–5, 2012.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; HANADA, H.; KISS, L. Assistência a mulheres em situação de violência: da trama de serviços à rede intersetorial. **Athenea Digital**, v. 12, n. 3, p. 237-54, 2015.

STEFFENS, D. C.; FISHER, G. G.; LANGA, K. M.; POTTER, G. G.; PLASSMAN, B. L. Prevalence of depression among older Americans: the Aging, Demographics and Memory Study. **International Psychogeriatrics**, v. 21, n. 5, p. 879–88, 2009.

STEVENS, A.; SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B. Desigualdades de gênero na mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2627–34, 2012.

STANLEY, R.; KURUVILLA, A.; KUMAR, S.; GAYATHRI, K.; MATHEWS, P.; ABRAHAM, V. et al. The Vellore screening instruments and strategies for the

diagnosis of dementia in the community. **International Psychogeriatrics**, v. 21, n. 3, p. 539-47, 2009.

SANCHEZ, M. A. S.; LOURENÇO, R. A. Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): adaptação transcultural para uso no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1455-1465, 2009.

SOARES, L. M.; YASSUDA, M. S. Relação entre cognição, hipertensão e diabetes em homens e mulheres idosos recrutados na comunidade. **FIBRA**. 2010.

SANTOS, W. S.; GOUVEIA, V. V.; FERNANDES, D. P.; SOUZA, S. S. B.; GRANGEIRO, A. S. M. Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): explorando seus parâmetros psicométricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 3, p. 117-23, 2012.

TAKESIAN, A. E.; HENSCH, T. K. Balancing plasticity/ stability across brain development. **Progress in Brain Research**, v. 207, p. 3–34, 2013.

TEICHER, M. H.; SAMSON, J. A. Childhood maltreatment and psychopathology: a case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. **American Journal of Psychiatry**, v. 170, p. 1114–1133, 2013.

TELDESCHI, G.; PEREZ, M.; SANCHEZ, M. A.; LOURENÇO, R. A. O uso de testes de fluência verbal como ferramenta de rastreio cognitivo em idosos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 16, n. 1, p. 56-60, 2017.

TROEN, R. B. The biology of aging. **The Mount Sinai Journal of Medicine**, v. 70, n. 1, p. 3-22, 2003.

ULRICH, L. E. F.; NOGUEIRA, E. L.; TEIXEIRA, L. M.; ELY, L. S.; BORGES-FILHO, J. C.; CATALDO-NETO, A. Early versus late-onset major depression in the elderly: a comparative study. **Pan American Journal of Aging Research**, v. 1, n. 1, p. 8-15, 2013.

UROSEVICH, K. "It takes a Hui to raise a child: a case for peer-to-peer support for child abuse prevention." **Hawaii Journal of Medicine and Public Health**, v. 72, p. 365-368, 2013.

VEMURI, P.; WISTE, H. J.; WEIGAND, S. D.; SHAW, L. M.; TROJANOWSKI, J. Q. et al. MRI and CSF biomarkers in normal, MCI, and AD subjects: diagnostic discrimination and cognitive correlations. **Neurology**, v. 73, p. 287–93, 2009.

WORLD POPULATION PROSPECTS: THE 2019 REVISION – HIGHLIGHTS. New York: United Nations. 2003.

WIDOM, C. S.; WHITE, H. R.; CZAJA, S. J.; MARMORSTEIN, N. R. Long-term effects of child abuse and neglect on alcohol use and excessive drinking in middle adulthood. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**, v. 68, n. 3, p. 317-26, 2007.

WIDOM, C. S.; DUMONT, K.; CZAJA, S. J. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. **Archives of General Psychiatry**, v. 64, n. 1, p. 49-56, 2007.

WIELLARD, I.; SCHAAKXS, R.; COMIJS, H. C.; STEK, M. L.; RHEBERGEN, D. The influence of childhood abuse on cortisol levels and the cortisol awakening response in depressed and nondepressed older adults. **The World Journal of Biological Psychiatry**, v. 25, p. 1-10, 2017.

YESAVAGE, J. A. et al. Development and validation of a geriatric screening scale. **Journal of Psychiatry Research**, v. 17, p. 37-49, 1983.

**ANEXOS**

## ANEXO A – Questionário geral de avaliação do idoso do PENCE

  
 57120

ID:

5  
 .

**QUESTIONÁRIO GERAL**  
PENCE – PROGRAMA DE ENVELHECIMENTO CEREBRAL  
SMS – PUCRS

Nome

ESF  Data de nascimento  /  /

Endereço

Bairro  Telefone  Celular

Pessoa para contato (familiar, cuidador, outro)

Telefone  Celular  Data da entrevista  /  / 2 0

Nº do prontuário da família  ACS

**DADOS DEMOGRÁFICOS**

1. Sexo  masculino  feminino

2. Cor/raça  branca  preta  parda  oriental  índio  NR (não respondeu)

3. Estado civil: (no papel):  
 solteiro(a)  em união estável  viúvo(a)  
 casado(a)  divorciado(a)/desquitado(a)  NR (não respondeu)

4. Atualmente vive com companheiro(a)?:  
 sim Há quanto tempo (anos)?   não  NR (não respondeu)

**DADOS DE ESCOLARIDADE**

5. Sabe ler?  sim  não  NR (não respondeu)

6. Sabe escrever?  sim  somente assina o nome  não  NR (não respondeu)

7. Utiliza leitura ou escrita no dia a dia (lê jornal, revista; anota recados, faz palavras cruzadas, etc)?  
 sim  não  NR (não respondeu)

8. Qual mão ou lado que o senhor(a) teve mais força e habilidade ao longo da vida (ex: para escrever, trabalhar)?  
 direita (destro)  usa os dois lados sem preferência (ambidestro)  
 esquerda (canhoto)  NR (não respondeu)

9. Frequentou escola?  
 sim **COMPLETOU** até que série?  não  NR (não respondeu)

Primário	<input type="checkbox"/> 1ª série	Ginásio	<input type="checkbox"/> 5ª série	Científico	<input type="checkbox"/> 1º série	Supletivo	<input type="checkbox"/> 1º grau
	<input type="checkbox"/> 2ª série		<input type="checkbox"/> 6ª série		<input type="checkbox"/> 2º série		<input type="checkbox"/> 2º grau
	<input type="checkbox"/> 3ª série		<input type="checkbox"/> 7ª série		<input type="checkbox"/> 3º série		
	<input type="checkbox"/> 4ª série		<input type="checkbox"/> 8ª série				

10. Frequentou curso superior?  
 sim Incompleto?  Completo?  Qual curso?   
 não  NR (não respondeu)







57120

5

**DADOS DE SAÚDE: MOBILIDADE, FORÇA E EQUILÍBRIO**

29. Consegue ficar de pé?  
 sim  não  NR (não respondeu)
30. Tem dificuldade para andar?  
 sim  não  NR (não respondeu)
31. Tem fraqueza (falta de força) nas pernas?  
 sim  não  NR (não respondeu)
32. Tem falta de equilíbrio quando fica em pé ou caminha?  
 sim  não  NR (não respondeu)
33. Tem problema articular no quadril ou no joelho que dificulta o caminhar?  
 sim  não  NR (não respondeu)
34. Tem muita dor quando tenta ficar de pé ou caminhar?  
 sim  não  NR (não respondeu)

**DADOS DE SAÚDE: FUMO (TABAGISMO)**

35. Tem o hábito de fumar cigarro?  
 sim Há quantos anos?    
 Nº médio de cigarros por dia:    
 Pretende parar?  sim  não
- não atualmente, mas já fumou  
 Parou de fumar há:    dia  mês  ano  
 Motivo:  vontade  problema de saúde  pressão familiares/amigos  outros  
 Fumou durante quantos anos?    
 Nº médio de cigarros por dia:    
 não, nunca fumou  
 NR (não respondeu)

**DADOS DE SAÚDE: ÁLCOOL**

36. O senhor(a) consome algum tipo de bebida alcoólica?  
 sim  não (NUNCA)  NR (não respondeu)
37. Se SIM, quais os tipos de bebidas alcoólicas que o senhor(a) consome? E a dose ingerida? (marcar mais de uma opção, se for o caso)
- |                                             |                                                       |                                   |                                   |                                 |                              |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vinho tinto        | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> copos    | por: <input type="checkbox"/> dia | <input type="checkbox"/> semana | <input type="checkbox"/> mês |
|                                             |                                                       | <input type="checkbox"/> cálices  |                                   |                                 |                              |
|                                             |                                                       | <input type="checkbox"/> garrafas |                                   |                                 |                              |
| <input type="checkbox"/> vinho branco       | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> copos    | por: <input type="checkbox"/> dia | <input type="checkbox"/> semana | <input type="checkbox"/> mês |
|                                             |                                                       | <input type="checkbox"/> cálices  |                                   |                                 |                              |
|                                             |                                                       | <input type="checkbox"/> garrafas |                                   |                                 |                              |
| <input type="checkbox"/> cerveja com álcool | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> copos    | por: <input type="checkbox"/> dia | <input type="checkbox"/> semana | <input type="checkbox"/> mês |
|                                             |                                                       | <input type="checkbox"/> cálices  |                                   |                                 |                              |
|                                             |                                                       | <input type="checkbox"/> garrafas |                                   |                                 |                              |
| <input type="checkbox"/> cachaça            | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> copos    | por: <input type="checkbox"/> dia | <input type="checkbox"/> semana | <input type="checkbox"/> mês |
|                                             |                                                       | <input type="checkbox"/> cálices  |                                   |                                 |                              |
|                                             |                                                       | <input type="checkbox"/> garrafas |                                   |                                 |                              |
| <input type="checkbox"/> vodca              | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> copos    | por: <input type="checkbox"/> dia | <input type="checkbox"/> semana | <input type="checkbox"/> mês |
|                                             |                                                       | <input type="checkbox"/> cálices  |                                   |                                 |                              |
|                                             |                                                       | <input type="checkbox"/> garrafas |                                   |                                 |                              |
| <input type="checkbox"/> uísque             | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> copos    | por: <input type="checkbox"/> dia | <input type="checkbox"/> semana | <input type="checkbox"/> mês |
|                                             |                                                       | <input type="checkbox"/> cálices  |                                   |                                 |                              |
|                                             |                                                       | <input type="checkbox"/> garrafas |                                   |                                 |                              |
| <input type="checkbox"/> caipirinha         | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> copos    | por: <input type="checkbox"/> dia | <input type="checkbox"/> semana | <input type="checkbox"/> mês |
|                                             |                                                       | <input type="checkbox"/> cálices  |                                   |                                 |                              |
|                                             |                                                       | <input type="checkbox"/> garrafas |                                   |                                 |                              |
| <input type="checkbox"/> outro              | Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> copos    | por: <input type="checkbox"/> dia | <input type="checkbox"/> semana | <input type="checkbox"/> mês |
|                                             |                                                       | <input type="checkbox"/> cálices  |                                   |                                 |                              |
|                                             |                                                       | <input type="checkbox"/> garrafas |                                   |                                 |                              |
38. Alguma vez sua família, seus amigos, seu médico ou seu sacerdote comentou ou sugeriu que estava bebendo demais?  
 sim  não  NR (não respondeu)
39. Alguma vez o senhor(a) tentou deixar de beber, mas não conseguiu?  
 sim  não  NR (não respondeu)
40. O senhor(a) já teve dificuldades no trabalho por causa da bebida? (ex: faltar ao trabalho ou estudo)  
 sim  não  NR (não respondeu)
41. O senhor(a) tem se envolvido em brigas ou já foi preso por estar embriagado?  
 sim  não  NR (não respondeu)
42. O senhor(a) já pensou alguma vez que estava bebendo demais?  
 sim  não  NR (não respondeu)



57120

5

**DADOS DE SAÚDE: MEDICAMENTOS, SUPLEMENTOS, FITOTERÁPICOS**

43. O (A) senhor(a) utiliza **MEDICAMENTOS**? (revisar os medicamentos em uso atual junto com o idoso ou familiar)

sim (preencher na tabela abaixo os medicamentos em uso)

não

1. Medicamento:

Dose (mg):  Quantos por dia?  Usa sempre?  sim  não

Horário:  manhã  tarde  noite

Toma com líquido?  água  leite  café  chá  outro

Tempo de uso:   dia  
 mês  
 ano

Indicação (quem indicou?)  médico  balconista da farmácia  vizinho(a)  
 familiar  auto-indicação  outra

Pra que serve (motivo do uso)?

2. Medicamento:

Dose (mg):  Quantos por dia?  Usa sempre?  sim  não

Horário:  manhã  tarde  noite

Toma com líquido?  água  leite  café  chá  outro

Tempo de uso:   dia  
 mês  
 ano

Indicação (quem indicou?)  médico  balconista da farmácia  vizinho(a)  
 familiar  auto-indicação  outra

Pra que serve (motivo do uso)?

3. Medicamento:

Dose (mg):  Quantos por dia?  Usa sempre?  sim  não

Horário:  manhã  tarde  noite

Toma com líquido?  água  leite  café  chá  outro

Tempo de uso:   dia  
 mês  
 ano

Indicação (quem indicou?)  médico  balconista da farmácia  vizinho(a)  
 familiar  auto-indicação  outra

Pra que serve (motivo do uso)?

4. Medicamento:

Dose (mg):  Quantos por dia?  Usa sempre?  sim  não

Horário:  manhã  tarde  noite

Toma com líquido?  água  leite  café  chá  outro

Tempo de uso:   dia  
 mês  
 ano

Indicação (quem indicou?)  médico  balconista da farmácia  vizinho(a)  
 familiar  auto-indicação  outra

Pra que serve (motivo do uso)?

5. Medicamento:

Dose (mg):  Quantos por dia?  Usa sempre?  sim  não

Horário:  manhã  tarde  noite

Toma com líquido?  água  leite  café  chá  outro

Tempo de uso:   dia  
 mês  
 ano

Indicação (quem indicou?)  médico  balconista da farmácia  vizinho(a)  
 familiar  auto-indicação  outra

Pra que serve (motivo do uso)?



57120

5

6. Medicamento:

Dose (mg):  Quantos por dia?  Usa sempre?  sim  não

Horário:  manhã  tarde  noite

Toma com líquido?  água  leite  café  chá  outro

Indicação (quem indicou?)  médico  balconista da farmácia  vizinho(a)

familiar  auto-indicação  outra

Tempo de uso:   dia  mês  ano

Pra que serve (motivo do uso)?

7. Medicamento:

Dose (mg):  Quantos por dia?  Usa sempre?  sim  não

Horário:  manhã  tarde  noite

Toma com líquido?  água  leite  café  chá  outro

Indicação (quem indicou?)  médico  balconista da farmácia  vizinho(a)

familiar  auto-indicação  outra

Tempo de uso:   dia  mês  ano

Pra que serve (motivo do uso)?

8. Medicamento:

Dose (mg):  Quantos por dia?  Usa sempre?  sim  não

Horário:  manhã  tarde  noite

Toma com líquido?  água  leite  café  chá  outro

Indicação (quem indicou?)  médico  balconista da farmácia  vizinho(a)

familiar  auto-indicação  outra

Tempo de uso:   dia  mês  ano

Pra que serve (motivo do uso)?

9. Medicamento:

Dose (mg):  Quantos por dia?  Usa sempre?  sim  não

Horário:  manhã  tarde  noite

Toma com líquido?  água  leite  café  chá  outro

Indicação (quem indicou?)  médico  balconista da farmácia  vizinho(a)

familiar  auto-indicação  outra

Tempo de uso:   dia  mês  ano

Pra que serve (motivo do uso)?

10. Medicamento:

Dose (mg):  Quantos por dia?  Usa sempre?  sim  não

Horário:  manhã  tarde  noite

Toma com líquido?  água  leite  café  chá  outro

Indicação (quem indicou?)  médico  balconista da farmácia  vizinho(a)

familiar  auto-indicação  outra

Tempo de uso:   dia  mês  ano

Pra que serve (motivo do uso)?

11. Medicamento:

Dose (mg):  Quantos por dia?  Usa sempre?  sim  não

Horário:  manhã  tarde  noite

Toma com líquido?  água  leite  café  chá  outro

Indicação (quem indicou?)  médico  balconista da farmácia  vizinho(a)

familiar  auto-indicação  outra

Tempo de uso:   dia  mês  ano

Pra que serve (motivo do uso)?



57120

44. O(A) Sr(a) entende o que está escrito na sua receita?

- sim     não     NR (não respondeu)

45. Você costuma utilizar algum CHÁ como tratamento natural ou caseiro?

- sim Quais e para qual tratamento?

Chá 1:	<input type="text"/>	Para qual tratamento?	<input type="text"/>
Chá 2:	<input type="text"/>	Para qual tratamento?	<input type="text"/>
Chá 3:	<input type="text"/>	Para qual tratamento?	<input type="text"/>
Chá 4:	<input type="text"/>	Para qual tratamento?	<input type="text"/>

- não

**ADESÃO AO TRATAMENTO (MORISKY)**

46. O(A) senhor(a) alguma vez se esquece de tomar os seus remédios?

- sim     não    Qual(s) medicamento(s)?

47. O senhor(a) é descuidado com os horários de tomar os seus remédios?

- sim     não    Qual(s) medicamento(s)?

48. Quando o senhor(a) está se sentindo melhor, às vezes para de tomar os seus remédios?

- sim     não    Qual(s) medicamento(s)?

49. Em algum momento, se o senhor(a) se sentiu mal, parou de tomar os seus remédios? (sentiu dor de cabeça, ou tontura ou enjôo e então resolveu não tomar seu remédio)

- sim     não    Qual(s) medicamento(s)?

O que sentiu?

**REAÇÕES/EFEITOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS**

50. Sente algo quando toma os medicamentos:

- sim     não

Nome do Medicamento	Data da reação	Sintomas	Como foi tratada
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

51. OBSERVAÇÕES:

## ANEXO B – Instrumento de Rastreamento: Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens (EDG-15)



57120

ID: 

5

### **PENCE** – PROGRAMA DE ENVELHECIMENTO CEREBRAL

Secretaria Municipal de Saúde – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

#### ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA

Nome **GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS-15)**

Nº do cadastro ESF  Data da entrevista  /  / 20

Equipe ESF

1. Você se sente satisfeito(a) com sua vida?  Sim  Não
2. Você interrompeu muitas de suas atividades?  Sim  Não
3. Você sente sua vida vazia?  Sim  Não
4. Você se sente aborrecido com frequência?  Sim  Não
5. Você se sente bem com a vida na maior parte do tempo?  Sim  Não
6. Você teme que algo ruim lhe aconteça?  Sim  Não
7. Você se sente alegre a maior parte do tempo?  Sim  Não
8. Você se sente desamparado com frequência?  Sim  Não
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?  Sim  Não
10. Você acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?  Sim  Não
11. Você acha que é maravilhoso estar vivo(a)?  Sim  Não
12. Você se sente inútil?  Sim  Não
13. Você se sente cheio/a de energia?  Sim  Não
14. Você se sente sem esperança?  Sim  Não
15. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?  Sim  Não

ANEXO C – Instrumento de Triagem para Demência – *Vellore*

57120

ID: 

5

**PENCE** - PROGRAMA DE ENVELHECIMENTO CEREBRAL

Secretaria Municipal de Saúde – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

**INSTRUMENTO DE TRIAGEM PARA DEMÊNCIA - VELLORE**

Nome

Nº do cadastro ESF

Data da entrevista

 /  / 20

Equipe ESF

**QUESTÕES PARA O INFORMANTE**

O informante pode ser uma pessoa próxima que seja capaz de responder a questão 6. Pode ser: familiar, acompanhante ou profissional da saúde (ACS, enfermeiros, secretários social, etc.)

Especificar o informante (ex: esposo, filha, ACS, etc):

1) "Ele/ela esquece com frequência de coisas que aconteceram recentemente?"

 Sim  Não

2) "Ele/ela tem problemas para lembrar onde guarda as coisas?"

 Sim  Não

3) "Ele/ela tem dificuldade com frequência para encontrar as palavras certas ou ele/ela usa palavras erradas em uma conversa?"

 Sim  Não

4) "Ele/ela tem dificuldade com frequência para entender o que é dito para ele/ela?"

 Sim  Não

5) "Ele /ela tem dificuldade com frequência para se vestir adequadamente?"

 Sim  Não

6) "Ele/ela urina em local apropriado?"

 Sim  Não

7) "Ele/ela tem dificuldade em reconhecer rostos familiares?"

 Sim  Não

8) "Ele/ela tem dificuldade em reconhecer objetos familiares, como uma chave, um pente ou uma colher?"

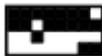
 Sim  Não

9) "Ele/ela consegue ir ao mercado para fazer compras como antigamente?"

 Sim  Não

10) "Ele/ela alguma vez já se perdeu na cidade?"

 Sim  Não



57120

### QUESTÕES PARA O PACIENTE

"Sr(a)\_\_\_\_\_. Agora vamos fazer uma avaliação importante para a memória e outras perguntas de tarefas que o Sr(a) faz no seu dia-a-dia. Eu vou fazer as perguntas lendo como elas estão escritas aqui e preciso que o Sr(a) tenha bastante atenção. Tudo bem? Podemos começar com a primeira pergunta?"

**1) "Fui ao mercado e trouxe uma banana, uma cadeira e uma moeda. O Sr(a) pode me dizer o que eu trouxe do mercado?"**

Número de acertos:  nenhuma palavra  1 palavra  2 palavras  3 palavras

"Eu quero que o (a) Sr(a) grave as três coisas que eu trouxe do mercado porque eu vou pedir para o Sr(a) se lembrar mais tarde."

**2) "Olhe para o meu rosto e faça exatamente o que eu fizer."  
(o instrutor fecha os olhos por dois segundos e depois os abre).**

Conseguiu fazer corretamente:  Sim  Não

**3) "O(A) sr(a) pode me dizer uma frase sobre a sua casa?"**

Disse corretamente (mínimo: sujeito, verbo e complemento verbal) :  Sim  Não

**4) "O(A) sr(a) pode me mostrar como o(a) Sr(a) acende a luz?"**

Conseguiu fazer corretamente:  Sim  Não

**5) "O(A) sr(a) pode me mostrar como o(a) Sr(a) penteia seu cabelo?"**

Conseguiu fazer corretamente:  Sim  Não

**6) Mostre ao entrevistado uma chave e pergunte: "O(a) Sr(a) pode me dizer o que é isto?"**

Disse corretamente:  Sim  Não

**7) "Feche os olhos. Eu vou colocar um objeto na sua mão. Pode me dizer o que o(a) Sr(a) tem na sua mão? (Entregar uma CANETA)"**

Disse corretamente:  Sim  Não

**8) "O(A) Sr(a) pode pegar este papel com sua mão direita, dobrar ele ao meio e colocar em cima da mesa, do lado esquerdo?"**

Número de acertos:  nenhum comando  1 comando  2 comandos  3 comandos

**9) "O(A) Sr(a) pode abrir este cadeado?"**

Fez corretamente:  Sim  Não

**10) "O(A) Sr(a) pode lembrar as três coisas que eu trouxe do mercado?"**

Número de acertos:  nenhuma palavra  1 palavra  2 palavras  3 palavras

**ANEXO D – Questionário *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (IQCODE)**



62303

IQCODE-BR

5

ID Nome do Idoso: Nome do Informante: 

Itens	Muito melhor	Um pouco melhor	Pouca mudança	Um pouco pior	Muito pior
1. Lembrar de rostos de parentes e amigos.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Lembrar dos nomes de parentes e amigos.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Lembrar de fatos relacionados a parentes e amigos como, por exemplo: suas profissões, aniversários e endereços.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Lembrar de acontecimentos recentes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Lembra-se de conversas depois de poucos dias.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. No meio de uma conversa, esquecer do que ele(a) queria dizer.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Lembrar do próprio endereço e telefone.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Saber o dia e o mês que estamos.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Lembrar onde as coisas são geralmente guardadas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Lembrar onde encontrar coisas que foram guardadas em lugares diferentes daqueles em que costuma guardar.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Adaptar-se a qualquer mudança no dia-a-dia.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Saber utilizar aparelhos domésticos.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Aprender a utilizar um novo aparelho existente em casa.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Aprender coisas novas em geral.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Lembrar das coisas que aconteceram na juventude.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Lembrar de coisas que ele(a) aprendeu na juventude.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Entender o significado de palavras pouco utilizadas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Entender o que é escrito em revistas e jornais.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. Acompanhar histórias em livros ou em programas de televisão.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



62303

5

Itens	Muito melhor	Um pouco melhor	Pouca mudança	Um pouco pior	Muito pior
20. Escrever uma carta para amigos ou com fins profissionais.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21. Conhecer importantes fatos históricos.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22. Tomar decisões no dia-a-dia.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23. Lidar com dinheiro para as compras.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24. Lidar com assuntos financeiros, por exemplo: aposentadoria e conta bancária.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25. Lidar com cálculos do dia-a-dia, por exemplo: quantidade de comida a comprar. Há quanto tempo não recebe visitas de parentes ou amigos.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26. Usar sua inteligência para compreender e pensar sobre o que está acontecendo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## ANEXO E – Questionário para Atividades da Vida Diária – *Activities of Daily Living Questionnaire (ADLQ)*

  
 20385

ID:

### ADLQ

PENCE – PROGRAMA DE ENVELHECIMENTO CEREBRAL

SMS – PUCRS

Nome

Nº do Prontuário

Informante

Data da entrevista  /  /  2 0

**1. ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO**

**Ao vestir-se**

0. Nenhum problema.

1. Independente, porém de forma lenta ou desajeitada.

2. Sequência errada, com o esquecimento de itens.

3. Precisa de ajuda para se vestir.

9. Não sei.

**No Banho**

0. Nenhum problema.

1. Toma banho sozinho, mas precisa ser lembrado.

2. Toma banho com ajuda.

3. O banho deve ser dado por outras pessoas.

9. Não sei.

**Necessidades Fisiológicas**

0. Vai ao banheiro sozinho.

1. Vai ao banheiro quando é lembrado; alguns acidentes.

2. Precisa de ajuda ao fazer suas necessidades fisiológicas.

3. Não possui nenhum controle sobre suas necessidades fisiológicas.

9. Não sei.

**Preocupação com aparência pessoal:**

0. A mesma de sempre.

1. Preocupa-se somente ao sair.

2. Deixa que outros lhe arrumem ou faz o mesmo se for solicitado.

3. Resiste aos esforços do responsável ao tentar limpá-lo e arrumá-lo.

9. Não sei.

**2. INTERAÇÃO**

**Ao se locomover pela vizinhança**

0. O mesmo de sempre.

1. Sai com menos frequência.

2. Já se perdeu perto de casa.

3. Não sai mais desacompanhado.

9. Esta atividade foi restrita no passado ou Não sei.

**Compreensão**

0. Entende tudo que é dito, como sempre.

1. Pede para repetir.

2. Ocasionalmente, apresenta dificuldades para entender conversações ou palavras específicas.

3. Não entende o que as pessoas estão dizendo, na maior parte do tempo.

9. Não sei.

**Ao conversar**

0. O mesmo de sempre.

1. Conversa menos; apresenta dificuldades para lembrar de palavras ou nomes.

2. Ocasionalmente, ao falar, comete erros.

3. Sua fala é quase incompreensível.

9. Não sei.

**3. ATIVIDADE INTELECTIVA**

**Ao ler**

0. O mesmo de sempre.

1. Lê menos frequentemente.

2. Apresenta dificuldades para entender ou lembrar o que leu.

3. Não lê mais.

9. Nunca leu OU Não sei.

**Ao escrever**

0. O mesmo de sempre.

1. Escreve com menos frequência; ou comete alguns erros.

2. Apenas assina seu nome.

3. Nunca escreve.

9. Nunca escreveu muito OU Não sei.





27342

5

EXAME COGNITIVO DE ADDENBROOKE - VERSÃO REVISADA

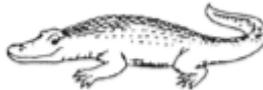
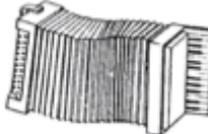
<b>FLUÊNCIA VERBAL – Letra "P" e Animais</b>								
<p>➤ <b>Letras</b></p> <p>Diga: " Eu vou lhe dizer uma letra do alfabeto e eu gostaria que você dissesse o maior número de palavras que puder começando com a letra, mas não diga nomes de pessoas ou lugares. Você está pronto(a) ? Você tem um minuto e a letra é "P".</p>				[Escore 0-7]	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>			F L U Ê N C I A
				>17	7			
				14-17	6			
				11-13	5			
				8-10	4			
				6-7	3			
				4-5	2			
				2-3	1			
				-2	0			
0-15 seg	16-30 seg	31-45 seg	46-60 seg					
<p>➤ <b>Animais</b></p> <p>Diga: "Agora você poderia dizer o maior número de animais que conseguir, começando com qualquer letra?"</p>				[Escore 0-7]	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>			F L U Ê N C I A
				>21	7			
				17-21	6			
				14-16	5			
				11-13	4			
				9-10	3			
				7-8	2			
				5-6	1			
				-5	0			
				total	acertos			
0-15 seg	16-30 seg	31-45 seg	46-60 seg					
<b>LINGUAGEM - Compreensão</b>								
<p>➤ Mostrar a instrução escrita e pedir ao indivíduo para fazer o que está sendo mandado (não auxilie se ele pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando):</p>				[Escore 0-1]	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>			E M
Feche os olhos								
<p>➤ Comando :</p> <p><b>" Pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque -o no chão."</b></p> <p>Dar um ponto para cada acerto. Se o indivíduo pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.</p>				[Escore 0-3]	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>			A G E M
<b>LINGUAGEM - Escrita</b>								
<p>➤ Peça ao indivíduo para escrever uma frase: Se não compreender o significado, ajude com: <i>alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer.</i> Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos. Dar um ponto.</p>				[Escore 0-1]	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>			L I N G U A G E M



27342

5

LINGUAGEM - Repetição		
<p>&gt; Peça ao indivíduo para repetir:                      "hipopótamo"; "excentricidade"; "ininteligível"; "estatístico".                      Diga uma palavra por vez e peça ao indivíduo para repetir imediatamente depois de você.                      Pontue 2, se todas forem corretas; 1, se 3 forem corretas; 0, se 2 ou menos forem corretas.</p>	[Escore 0-2] <input type="text"/>	
<p>&gt; Peça ao indivíduo que repita: "Acima, além e abaixo"</p>	[Escore 0-1] <input type="text"/>	
<p>&gt; Peça ao indivíduo que repita: "Nem aqui, nem ali, nem lá"</p>	[Escore 0-1] <input type="text"/>	

LINGUAGEM - Nomeação		
<p>&gt; Peça ao indivíduo para nomear as figuras a seguir:</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%; text-align: center;">   <input type="text"/> </div> <div style="width: 33%; text-align: center;">   <input type="text"/> </div> <div style="width: 33%; text-align: center;">   <input type="text"/> </div> <div style="width: 33%; text-align: center;">   <input type="text"/> </div> <div style="width: 33%; text-align: center;">   <input type="text"/> </div> <div style="width: 33%; text-align: center;">   <input type="text"/> </div> <div style="width: 33%; text-align: center;">   <input type="text"/> </div> <div style="width: 33%; text-align: center;">   <input type="text"/> </div> <div style="width: 33%; text-align: center;">   <input type="text"/> </div> <div style="width: 33%; text-align: center;">   <input type="text"/> </div> <div style="width: 33%; text-align: center;">   <input type="text"/> </div> <div style="width: 33%; text-align: center;">   <input type="text"/> </div> </div>	<p>[Escore 0-2] caneta + relógio <input type="text"/></p> <p>[Escore 0-10] <input type="text"/></p>	M E G A U G N I L

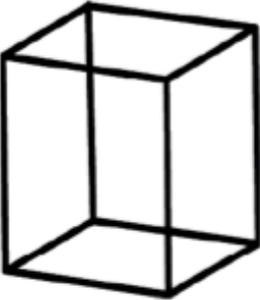
LINGUAGEM - Compreensão		
<p>&gt; Utilizando as figuras acima, peça ao indivíduo para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apontar para aquela que está associada com a monarquia _____</li> <li>• Apontar para aquela que é encontrada no Pantanal _____</li> <li>• Apontar para aquela que é encontrada na Antártica _____</li> <li>• Apontar para aquela que tem uma relação náutica _____</li> </ul>	[Escore 0-4] <input type="text"/>	



27342

EXAME COGNITIVO DE ADDENBROOKE - VERSÃO REVISADA

5

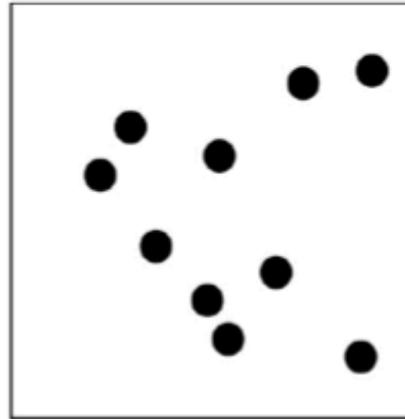
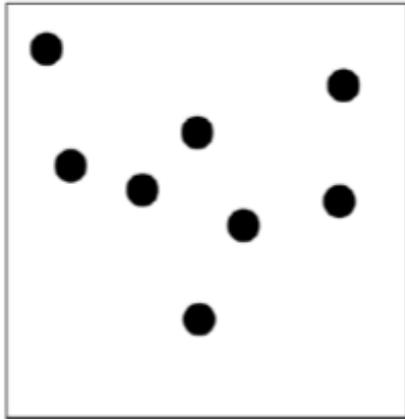
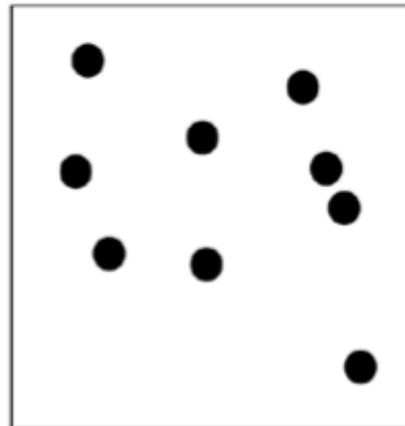
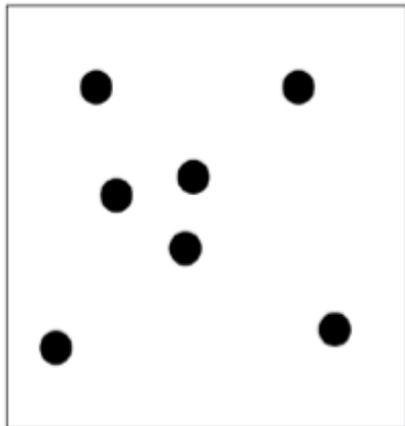
LINGUAGEM - Leitura		L I N G U A G E M
<p>➤ Peça ao indivíduo para ler as seguintes palavras: [Pontuar com 1, se todas estiverem corretas]</p> <p style="text-align: center;"><b>táxi</b> <b>testa</b> <b>saxofone</b> <b>fixar</b> <b>ballet</b></p>	[Escore 0-1] <input type="text"/>	
HABILIDADES VISUAIS-ESPACIAIS		V I S U A L - E S P A C I A L
<p>➤ <b>Pentágonos sobrepostos:</b> Peça ao indivíduo para copiar o desenho e para fazer o melhor possível.</p>	[Escore 0-1] <input type="text"/>	
		
<p>➤ <b>Cubo:</b> Peça ao indivíduo para copiar este desenho (para pontuar, veja guia de instruções)</p>	[Escore 0-2] <input type="text"/>	
		
<p>➤ <b>Relógio:</b> Peça ao indivíduo para desenhar o mostrador de um relógio com os números dentro e os ponteiros marcando 5:10 h.(para pontuar veja o manual de instruções: círculo = 1; números = 2; ponteiros = 2, se todos corretos)</p>	[Escore 0-5] <input type="text"/>	



**HABILIDADES PERCEPTIVAS**

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

[Escore 0-4]

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



HABILIDADES PERCEPTIVAS	
> Peça ao indivíduo para identificar as letras:	[Escore 0-4] <input type="text"/>
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> </div> <div style="text-align: center;"> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> </div> <div style="text-align: center;"> </div> </div>	V I S U A L - E S P A C I A L

RECORDAÇÃO & RECONHECIMENTO																															
> Peça " Agora você vai me dizer o que você se lembra daquele nome e endereço que nós repetimos no começo".	[Escore 0-7] <input type="text"/>																														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Renato Moreira</td> <td style="width: 10%;">.....</td> <td style="width: 10%;">.....</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>Rua Bela Vista 73</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Santarém</td> <td>.....</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pará</td> <td>.....</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Renato Moreira	.....	.....				Rua Bela Vista 73	.....	.....				Santarém	.....					Pará	.....					M E M Ó R I A						
Renato Moreira	.....	.....																													
Rua Bela Vista 73	.....	.....																													
Santarém	.....																														
Pará	.....																														
> Este teste deve ser realizado caso o indivíduo não consiga se recordar de um ou mais itens. Se todos os itens forem recordados, salte este teste e pontue 5. Se apenas parte for recordada, assinale os itens lembrados na coluna sombreada do lado direito. A seguir, teste os itens que não foram recordados dizendo "Bom, eu vou lhe dar algumas dicas: O nome / endereço era X, Y ou Z?" e assim por diante. Cada item reconhecido vale um ponto que é adicionado aos pontos obtidos pela recordação.	[Escore 0-5] <input type="text"/>																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;">Renato Moreira</th> <th style="width: 15%;">Renato Nogueira</th> <th style="width: 15%;">Recordação</th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bela Vida</td> <td>Boa Vista</td> <td>Bela Vista</td> <td>Recordação</td> <td style="background-color: #cccccc;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>37</td> <td>73</td> <td>76</td> <td>Recordação</td> <td style="background-color: #cccccc;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Santana</td> <td>Santarém</td> <td>Belém</td> <td>Recordação</td> <td style="background-color: #cccccc;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pará</td> <td>Ceará</td> <td>Paraíba</td> <td>Recordação</td> <td style="background-color: #cccccc;"></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Renato Moreira	Renato Nogueira	Recordação			Bela Vida	Boa Vista	Bela Vista	Recordação			37	73	76	Recordação			Santana	Santarém	Belém	Recordação			Pará	Ceará	Paraíba	Recordação			
	Renato Moreira	Renato Nogueira	Recordação																												
Bela Vida	Boa Vista	Bela Vista	Recordação																												
37	73	76	Recordação																												
Santana	Santarém	Belém	Recordação																												
Pará	Ceará	Paraíba	Recordação																												

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

E  
S  
C  
O  
R  
E  
S

**ANEXO G – Instrumento Diagnóstico: *Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0 plus Brazilian version (M.I.N.I. plus 5)***

Nome:

Data de nascimento:  /  /  Sexo:  Feminino  Masculino Data da entrevista:  /  / 20

Nome do avaliador:

**B. IDEIAÇÃO SUICIDA, ATOS AUTOLESIVOS E COMPORTAMENTO SUICIDA**

			Pontos
Durante o último mês, você:			
B1	Sofreu algum acidente? Isso inclui tomar muito remédio acidentalmente. SE RESPOSTA NÃO PARA B1, PASSAR A B2; SE RESPOSTA SIM, PERGUNTAR B1a: Descrever forma(s)?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	0
B1 a	Planejou ou teve a intenção de se machucar em algum acidente, que seja de propósito ou sem fazer nada para evitar o risco? Forma(s)? SE RESPOSTA NÃO PARA B1a, PASSAR A B2; SE RESPOSTA SIM, PERGUNTAR B1b:	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	0
B1 b	Pretendeu morrer como resultado de um acidente?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	0
B2	Sentiu-se desesperançoso(a)?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	1
B3	Pensou que seria melhor estar morto(a) ou desejou estar morto(a)? Quais são os pensamentos? 1º                    2º                    3º	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	1
B4	Pensou em se machucar ou teve imagens mentais de se machucar, com pelo menos alguma intenção ou consciência de que, como resultado, você poderia morrer? Quais são os pensamentos? 1º                    2º                    3º Quantas vezes? _____	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	4
B5	Pensou em se suicidar (se matar)? Forma(s)? 1º                    2º                    3º Quantas vezes? _____ SE B5 = "NÃO", PASSAR A B7. SENÃO PERGUNTAR:	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	6
		Frequência	Intensidade
		De vez em quando <input type="checkbox"/>	Leve <input type="checkbox"/>
		Frequentemente <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>
		Quase sempre <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>

- B6 Sentiu-se incapaz de controlar esses impulsos?  NÃO  SIM 8
- B7 Tinha um método ou um plano de suicídio em mente (por exemplo, como, quando ou onde)? **Como?**  NÃO  SIM 8  
**Quando?**  NÃO  SIM 8  
**Local?**  NÃO  SIM 8  
SE B7 = "NÃO", PASSAR A B9.
- B8 Pretendeu levar adiante um plano de suicídio?  NÃO  SIM 8  
**Forma(s)/Descrição Breve:**
- B9 Pretendeu morrer como resultado do ato de suicídio?  NÃO  SIM 8
- B10 Tomou alguma iniciativa para preparar um ato autolesivo ou uma tentativa de suicídio na qual esperava ou tinha a intenção de morrer?  NÃO  SIM 9  
Quantas vezes? \_\_\_\_\_  
**Forma(s)/Descrição Breve:**
- B11 Machucou-se de propósito sem intenção de se matar?  NÃO  SIM 4  
**Forma(s)/Descrição Breve:**
- B12 Tentou se suicidar (se matar)? **Forma(s)?**  NÃO  SIM 9  
Uma tentativa de suicídio significa que você fez alguma coisa que poderia causar lesão, com ao menos uma pequena intenção de morrer.  
SE RESPOSTA NÃO, PASSAR A B13.  
Quantas vezes? \_\_\_\_\_  
Esperou ser socorrido(a) / sobreviver   
Esperou / pretendeu morrer

**Ao longo da sua vida:**

- B13 Você já fez alguma tentativa de suicídio (tentou se matar)? **Forma(s)?**  NÃO  SIM 4  
"Uma tentativa de suicídio é um comportamento autolesivo, com ao menos alguma intenção (> 0) de morrer como resultado da ação ou se a intenção pode ser inferida, por exemplo, se é óbvio que não é um acidente ou se a pessoa pensa que o ato poderia ser letal, mesmo negando a intenção."  
(definição C-CASA). Posner K et al. Am J Psychiatry 164:7, July 2007.  
**Nº de Tentativas de Suicídio**   
**Forma tentativa 1:**  
**Forma tentativa 2:**
- TOTAL:**

M.I.N.I. 6.0.0 (January 1, 2010)

M.I.N.I. - Brasil Portuguese - Version of 27 Oct 10 - Mapi Research Institute.  
058217/MIN6\_0\_Alt03\_pos-BR.doc

PELO MENOS 1 DAS PERGUNTAS ACIMA (EXCETO B1) É COTADA SIM?

CASO SIM, SOMAR O TOTAL DE PONTOS PARA AS RESPOSTAS (B1-B13) COTADAS "SIM" E ESPECIFICAR O RESULTADO DA IDEACÃO SUICIDA, DOS ATOS AUTOLESIVOS E DO COMPORTAMENTO SUICIDA COMO INDICADO NO QUADRO DIAGNÓSTICO:

FAZER QUALQUER COMENTÁRIO ADICIONAL SOBRE SUA AVALIAÇÃO DA IDEACÃO SUICIDA, DOS ATOS AUTOLESIVOS E DO COMPORTAMENTO SUICIDA ATUAL E EM UM FUTURO PRÓXIMO NO ESPAÇO ABAIXO:

NÃO	SIM
<b>IDEACÃO SUICIDA, ATOS AUTOLESIVOS E COMPORTAMENTO SUICIDA ATUAL</b>	
1-8 pontos	<input type="checkbox"/> Leve
9-16 pontos	<input type="checkbox"/> Moderado
≥ 17 pontos	<input type="checkbox"/> Elevado

**ANEXO H – Questionário do Inventário Neuropsiquiátrico –  
Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q)**

**ANEXO 2. Inventário Neuropsiquiátrico (NPI).**

**FOLHA DE RESPOSTAS**

Data: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Cuidador: \_\_\_\_\_

<b>Distúrbios</b>	<b>Aus</b>	<b>Freq (F)</b>	<b>Int (I)</b>	<b>F X I</b>	<b>Desgaste</b>
Delírios	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Alucinações	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Agitação	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Depressão/Disforia	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Ansiedade	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Euforia/Elação	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Apatia/Indiferença	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Desinibição	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Irritabilidade/Labilidade	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Comportamento motor aberrante	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Comportamentos noturnos	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Apetite/Alterações alimentares	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5

**Escore Total:**

**Escore Total:**

CUMMINGS *et al.*, 1994

**a) DELÍRIOS**

O paciente acredita em coisas que você sabe não serem reais? Por exemplo, insiste que alguém está tentado fazer-lhe mal ou roubá-lo? Afirma que seus parentes não são quem dizem ser ou que a casa onde mora não é a sua? Não estou me referindo apenas à desconfiança: estou interessado em verificar se o paciente está convencido que essas coisas estão acontecendo com ele.

**NÃO** (passe á próxima pergunta de rastreamento)      **SIM** (passe às subquestões)

1. O paciente acredita estar em perigo - que outros estão planejando machucá-lo? \_\_\_\_\_
2. O paciente acredita que está sendo roubado? \_\_\_\_\_
3. O paciente acredita que está sendo traído pelo cônjuge? \_\_\_\_\_
4. O paciente acredita que hóspedes indesejados estão morando em sua casa? \_\_\_\_\_
5. O paciente acredita que seu cônjuge ou outras pessoas não são quem alegam ser? \_\_\_\_\_
6. O paciente acredita que sua casa não é a sua casa? \_\_\_\_\_
7. O paciente acredita que seus parentes planejam abandoná-lo? \_\_\_\_\_
8. O paciente acredita que personagens da televisão ou revistas estão presentes em sua casa? (tenta conversar ou interagir com eles?) \_\_\_\_\_
9. O paciente acredita em outras coisas estranhas sobre as quais não conversamos? \_\_\_\_\_

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a freqüência e a intensidade dos delírios.

**Freqüência:**

1. Ocasional (menos de uma vez por semana);
2. Comum (cerca de uma vez por semana);
3. Freqüente (várias vezes por semana, mas menos que todos os dias);
4. Muito freqüente (uma vez por dia ou mais).

**Intensidade:**

- |              |                                                                                                                                                                    |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Leve      | (delírios inofensivos, gerando pouca aflição no paciente);                                                                                                         |
| 2. Moderada  | (delírios aflitivos e perturbadores);                                                                                                                              |
| 3. Acentuada | (delírios muito perturbadores e fonte de grande alteração comportamental (a prescrição de medicamentos PRN). Indica que os delírios são de intensidade acentuada). |

**Desgaste:** qual o grau de desgaste emocional que lhe causa este comportamento?

- |            |                               |
|------------|-------------------------------|
| 0. Nenhum  | 3. Moderado                   |
| 1. Mínimo  | 4. Acentuado                  |
| 2. Pequeno | 5. Muito acentuado ou extremo |

**b) ALUCINAÇÃO**

O paciente acredita que vê coisas? Parece ver, ouvir ou sentir coisas que não estão presentes? Por esta pergunta não estamos nos referindo apenas a crenças falsas, como a de afirmar que alguém que morreu ainda vive. Ao contrário, queremos saber se ele realmente tem percepções anormais de sons ou visões.

**NÃO** (passe à próxima pergunta de rastreamento)      **SIM** (passe às subquestões)

1. O paciente relata ouvir vozes ou age como se ouvisse vozes? \_\_\_\_\_
2. O paciente conversa com pessoas que não estão presentes? \_\_\_\_\_
3. O paciente relata ver coisas que não são vistas pelos outros ou se comporta como se visse coisas que os outros não vêem (pessoas, animais, luzes, etc)? \_\_\_\_\_
4. O paciente afirma sentir cheiros não percebidos pelos outros? \_\_\_\_\_
5. O paciente afirma sentir coisas tocando ou se arrastando por sua pele? \_\_\_\_\_
6. O paciente diz sentir coisas gostos sem qualquer causa aparente? \_\_\_\_\_
7. O paciente descreve qualquer outra experiência sensorial incomum sobre a qual não tenhamos conversado? \_\_\_\_\_

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a freqüência e a intensidade das alucinações.

**Freqüência:**

1. Ocasional (menos de uma vez por semana);
2. Comum (cerca de uma vez por semana);
3. Freqüente (várias vezes por semana, mas menos que todos os dias);
4. Muito freqüente (uma vez por dia ou mais).

**Intensidade:**

- |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Leve</li> <li>2. Moderada</li> <li>3. Acentuada</li> </ol> | <p>(alucinações inofensivas, gerando pouca aflição no paciente);</p> <p>(alucinações aflitivas e perturbadoras);</p> <p>(alucinações muito perturbadoras e fonte de grande alteração comportamental - a prescrição de medicamentos PRN) Indica que as alucinações são consideravelmente intensas).</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Desgaste:** qual o grau de desgaste emocional que lhe causa este comportamento?

- |                                                                                                    |                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>0. Nenhum</li> <li>1. Mínimo</li> <li>2. Pequeno</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Moderado</li> <li>4. Acentuado</li> <li>5. Muito acentuado ou extremo</li> </ol> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**c) AGITAÇÃO/AGRESSÃO**

O paciente passa por períodos em que se recusa a cooperar ou não deixa que os outros o ajudem? É difícil de lidar com ele?

**NÃO** (passe à próxima pergunta de rastreamento)      **SIM** (passe às subquestões)

1. O paciente fica zangado com quem tenta cuidar dele ou resiste a atividades como banho ou troca de roupa? \_\_\_\_\_
2. O paciente é teimoso, só faz o que quer? \_\_\_\_\_
3. O paciente é pouco cooperativo, recusa ajuda dos outros? \_\_\_\_\_
4. O paciente apresenta algum outro comportamento que torna difícil de lidar com ele? \_\_\_\_\_
5. O paciente grita ou pragueja de raiva? \_\_\_\_\_
6. O paciente bate as portas, chuta a mobília, atira coisas longe? \_\_\_\_\_
7. O paciente faz menção de ferir ou bater nos outros? \_\_\_\_\_
8. O paciente apresenta algum outro tipo de comportamento agressivo ou agitado? \_\_\_\_\_

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade da agitação/agressão.

**Frequência:**

1. Ocasional (menos de uma vez por semana);
2. Comum (cerca de uma vez por semana);
3. Frequente (várias vezes por semana, mas menos que todos os dias);
4. Muito frequente (uma vez por dia ou mais).

**Intensidade:**

- |              |                                                                                                                                                  |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Leve      | (comportamento perturbador, mas pode ser administrado com redirecionamento ou conversa);                                                         |
| 2. Moderada  | (comportamentos perturbadores e difíceis de serem redirecionados ou controlados);                                                                |
| 3. Acentuada | (agitação muito perturbadora e fonte de grande dificuldade; pode existir ameaça de danos pessoais      medicamentos      comumente necessários). |

**Desgaste:** qual o grau de desgaste emocional que lhe causa este comportamento?

- |            |                               |
|------------|-------------------------------|
| 0. Nenhum  | 3. Moderado                   |
| 1. Mínimo  | 4. Acentuado                  |
| 2. Pequeno | 5. Muito acentuado ou extremo |

**d) DEPRESSÃO/DISFORIA**

O paciente parece triste ou deprimido? Diz sentir-se triste ou deprimido?

**NÃO** (passe à próxima pergunta de rastreamento)      **SIM** (passe às subquestões)

1. O paciente passa por períodos em que chora ou se lamenta? \_\_\_\_\_
2. O paciente diz ou age como se estivesse triste ou de baixo astral? \_\_\_\_\_
3. O paciente se menospreza ou diz que se sente um fracassado? \_\_\_\_\_
4. O paciente considera-se má pessoa, digno de punição? \_\_\_\_\_
5. O paciente parece desanimado ou diz não ter mais futuro? \_\_\_\_\_
6. O paciente considera-se um peso para a família, achando que viveriam melhores sem ele? \_\_\_\_\_
7. O paciente manifesta desejo de morrer ou fala em se matar? \_\_\_\_\_
8. O paciente exhibe algum outro sinal de depressão ou tristeza? \_\_\_\_\_

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade da depressão/disforia.

**Frequência:**

1. Ocasional (menos de uma vez por semana);
2. Comum (cerca de uma vez por semana);
3. Frequente (várias vezes por semana, mas menos que todos os dias);
4. Muito frequente (uma vez por dia ou mais).

**Intensidade:**

1. Leve (depressão incômoda, mas pode ser administrado com redirecionamento ou conversa);
2. Moderada (depressão incômoda, sintomas depressivos espontaneamente verbalizados e difíceis de aliviar);
3. Acentuada (depressão muito incômoda e fonte de sofrimento considerável para o paciente).

**Desgaste:** qual o grau de desgaste emocional que lhe causa este comportamento?

- |            |                               |
|------------|-------------------------------|
| 0. Nenhum  | 3. Moderado                   |
| 1. Mínimo  | 4. Acentuado                  |
| 2. Pequeno | 5. Muito acentuado ou extremo |

**e) ANSIEDADE**

O paciente é muito nervoso, preocupado ou assustado sem razão aparente? Parece muito tenso e inquieto? Tem medo de ficar longe de você?

**NÃO** (passe à próxima pergunta de rastreamento)    **SIM** (passe às subquestões)

1. O paciente diz que está preocupado sobre eventos planejados? \_\_\_\_\_
2. O paciente tem períodos em que se sente trêmulo, incapaz de relaxar ou relata se sentir excessivamente tenso? \_\_\_\_\_
3. O paciente tem períodos (ou queixa de) falta de ar, engasgos ou soluços sem razão aparente? \_\_\_\_\_
4. O paciente se queixa de "frio na barriga" ou de palpitações ou aceleração do coração associado a nervosismo? Não justificados por saúde (precária)? \_\_\_\_\_
5. O paciente evita certos lugares ou situações que o deixam mais nervoso, como andar de carro, encontrar amigos ou andar em multidões? \_\_\_\_\_
6. O paciente fica nervoso e zangado quando se separa de você (ou de seu acompanhante)? Pode se agarrar a você para não ser separado? \_\_\_\_\_
7. O paciente manifesta desejo de morrer ou fala em se matar? \_\_\_\_\_
8. O paciente exibe algum outro sinal de ansiedade? \_\_\_\_\_

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade da ansiedade.

**Frequência:**

1. Ocasional (menos de uma vez por semana);
2. Comum (cerca de uma vez por semana);
3. Freqüente (várias vezes por semana, mas menos que todos os dias);
4. Muito freqüente (uma vez por dia ou mais).

**Intensidade:**

- |              |                                                                                                 |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Leve      | (ansiedade incômoda, mas geralmente responde a redirecionamento ou conversa);                   |
| 2. Moderada  | (ansiedade incômoda, sintomas de ansiedade espontaneamente verbalizados e difíceis de aliviar); |
| 3. Acentuada | (ansiedade muito incômoda e fonte de sofrimento considerável para o paciente).                  |

**Desgaste:** qual o grau de desgaste emocional que lhe causa este comportamento?

- |            |                               |
|------------|-------------------------------|
| 0. Nenhum  | 3. Moderado                   |
| 1. Mínimo  | 4. Acentuado                  |
| 2. Pequeno | 5. Muito acentuado ou extremo |

**f) ELAÇÃO/EUFORIA**

O paciente parece muito animado ou feliz sem razão aparente? Não estou me referindo à alegria normal de ver amigos, ganhar presentes ou passar tempo com gente da família. Quero saber se o paciente apresenta um bom humor persistentemente anormal ou acha graça de coisas que os outros não acham.

**NÃO** (passe à próxima pergunta de rastreamento)     **SIM** (passe às subquestões)

1. O paciente parece se sentir bem demais ou excessivamente feliz em comparação ao seu normal? \_\_\_\_\_
2. O paciente acha graça e ri de coisas que os outros não acham engraçado? \_\_\_\_\_
3. O paciente parece ter um senso de humor pueril, com tendência a zombar ou rir de modo inapropriado (como quando alguma coisa infeliz acontece com alguém)? \_\_\_\_\_
4. O paciente conta piadas ou faz comentários pouco engraçados para os outros, mas parecem engraçados para ele? \_\_\_\_\_
5. O paciente faz artes, como beliscar os outros e brincar de se esconder só para se divertir? \_\_\_\_\_
6. O paciente se gaba ou proclama ter mais talentos ou bens do que é verdadeiro? \_\_\_\_\_
7. O paciente exhibe algum outro sinal de se sentir exageradamente bem ou feliz? \_\_\_\_\_

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a freqüência e a intensidade da elação/euforia.

**Freqüência:**

1. Ocasional (menos de uma vez por semana);
2. Comum (cerca de uma vez por semana);
3. Freqüente (várias vezes por semana, mas menos que todos os dias);
4. Muito freqüente (uma vez por dia ou mais).

**Intensidade:**

- |              |                                                                       |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 1. Leve      | (elação notada por amigos e parentes, mas não chega a incomodar);     |
| 2. Moderada  | (elação nitidamente anormal);                                         |
| 3. Acentuada | (elação muito pronunciada; paciente eufórico, achando graça de tudo). |

**Desgaste:** qual o grau de desgaste emocional que lhe causa este comportamento?

- |            |                               |
|------------|-------------------------------|
| 0. Nenhum  | 3. Moderado                   |
| 1. Pequeno | 4. Acentuado                  |
| 2. Mínimo  | 5. Muito acentuado ou extremo |

**g) APATIA/INDIFERENÇA**

O paciente perdeu o interesse pelo mundo à sua volta? Perdeu interesse em fazer coisas ou lhe falta motivação para dar início a novas atividades? Tem sido mais difícil engajá-lo em conversas ou afazeres cotidianos? Anda apático ou indiferente.

**NÃO** (passe à próxima pergunta de rastreamento)      **SIM** (passe às subquestões)

1. O paciente parece menos espontâneo e ativo do que o normal? \_\_\_\_\_
2. O paciente tem puxado menos conversa do que antes? \_\_\_\_\_
3. O paciente está menos carinhoso ou emotivo do que o normal? \_\_\_\_\_
4. O paciente tem contribuído menos com as atividades domésticas rotineiras? \_\_\_\_\_
5. O paciente parece menos interessado na vida e nos planos dos outros? \_\_\_\_\_
6. O paciente perdeu o interesse pelos amigos e parentes? \_\_\_\_\_
7. O paciente está menos entusiasmado em relação aos seus interesses habituais? \_\_\_\_\_
8. O paciente exibe algum outro sinal de que não liga para fazer coisas novas?

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade da apatia/indiferença.

**Frequência:**

1. Ocasional (menos de uma vez por semana);
2. Comum (cerca de uma vez por semana);
3. Frequente (várias vezes por semana, mas menos que todos os dias);
4. Muito frequente (uma vez por dia ou mais).

**Intensidade:**

1. Leve (apatia com pouca interferência na rotina; apenas ligeiramente diferente do seu jeito de ser habitual; o paciente corresponde a incentivos de engajamento em atividades novas);
2. Moderada (apatia muito evidente; pode ser vencida por persuasão e incentivo do acompanhante; responde espontaneamente apenas a acontecimentos intensos, como visitas de parentes chegados ou membros da família);
3. Acentuada (apatia muito evidente; deixa de responder a qualquer tipo de encorajamento ou a eventos externos).

**Desgaste:** qual o grau de desgaste emocional que lhe causa este comportamento?

- |            |                               |
|------------|-------------------------------|
| 0. Nenhum  | 3. Moderado                   |
| 1. Mínimo  | 4. Acentuado                  |
| 2. Pequeno | 5. Muito acentuado ou extremo |

### h) DESINIBIÇÃO

O paciente parece agir impulsivamente, sem pensar? Tem feito ou dito coisas que não são feitas ou ditas em público? Tem feito coisas constrangedoras para você ou para os outros?

**NÃO** (passe à próxima pergunta de rastreamento)     **SIM** (passe às subquestões)

1. O paciente age impulsivamente, sem considerar as conseqüências? \_\_\_\_\_
2. O paciente conversa com estranhos como se os conhecesse? \_\_\_\_\_
3. O paciente diz coisas duras para os outros ou que pode magoá-los? \_\_\_\_\_
4. O paciente diz coisas grosseiras ou faz comentários sexuais que normalmente não faria? \_\_\_\_\_
5. O paciente fala abertamente sobre assuntos muito pessoais ou particulares que normalmente não falaria em público? \_\_\_\_\_
6. O paciente toma liberdades, toca ou abraça ou outros de um jeito que foge ao caráter habitual? \_\_\_\_\_
7. O paciente exhibe algum outro sinal de perda de controle sobre os impulsos?

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a freqüência e a intensidade da desinibição.

#### Freqüência:

1. Ocasional (menos de uma vez por semana);
2. Comum (cerca de uma vez por semana);
3. Freqüente (várias vezes por semana, mas menos que todos os dias);
4. Muito freqüente (uma vez por dia ou mais).

#### Intensidade:

1. Leve (desinibição notada, mas costuma responder a redirecionamento);
2. Moderada (desinibição muito evidente e difícil de ser vencida pelo acompanhante);
3. Acentuada (desinibição geralmente insensível a qualquer tipo de intervenção por parte do acompanhante, constituindo fonte de embaraço ou constrangimento social).

**Desgaste:** qual o grau de desgaste emocional que lhe causa este comportamento?

- |            |                               |
|------------|-------------------------------|
| 0. Nenhum  | 3. Moderado                   |
| 1. Mínimo  | 4. Acentuado                  |
| 2. Pequeno | 5. Muito acentuado ou extremo |

**i) IRRITAÇÃO/LABILIDADE**

O paciente fica irritado e se perturba com facilidade? Seu humor varia muito? Está anormalmente impaciente? Não nos referimos à frustração pela perda de memória ou pela incapacidade de realizar tarefas rotineiras: desejamos saber se o paciente tem andado anormalmente irritado e impaciente ou apresenta oscilações emocionais súbitas, diferentes do seu habitual?

**NÃO** (passe à próxima pergunta de rastreamento)      **SIM** (passe às subquestões)

1. O paciente anda de mau humor, se descontrolando à toa por coisas menores? \_\_\_\_\_
2. O paciente muda de humor de repente, de educado a zangado? \_\_\_\_\_
3. O paciente apresenta lampejos imprevisíveis de raiva? \_\_\_\_\_
4. O paciente anda intolerante, reclamando de atrasos ou da demora de atividades programadas? \_\_\_\_\_
5. O paciente anda mal-humorado e irritado? \_\_\_\_\_
6. O paciente discute à toa, dificultando lidar com ele? \_\_\_\_\_
7. O paciente exhibe outros sinais de irritação? \_\_\_\_\_

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade da irritação/labilidade.

**Frequência:**

1. Ocasional (menos de uma vez por semana);
2. Comum (cerca de uma vez por semana);
3. Frequente (várias vezes por semana, mas menos que todos os dias);
4. Muito frequente (uma vez por dia ou mais).

**Intensidade:**

- |              |                                                                                                                                                        |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Leve      | (irritação ou labilidade notada, mas costuma responder a redirecionamento e orientação);                                                               |
| 2. Moderada  | (irritação ou labilidade muito evidente e difícil de ser controlada pelo acompanhante);                                                                |
| 3. Acentuada | (irritação ou labilidade muito evidente, deixa de responder a qualquer tipo de intervenção do acompanhante, constituindo fonte de desgaste acentuado). |

**Desgaste:** qual o grau de desgaste emocional que lhe causa este comportamento?

- |            |                               |
|------------|-------------------------------|
| 0. Nenhum  | 3. Moderado                   |
| 1. Mínimo  | 4. Acentuado                  |
| 2. Pequeno | 5. Muito acentuado ou extremo |

**j) COMPORTAMENTO MOTOR ABERRANTE**

O paciente perambula a esmo, faz coisas repetidas como abrir e fechar gavetas ou armários, remexe as coisas à sua volta repetidamente, ou fica dando nós em fios e barbantes?

**NÃO** (passe á próxima pergunta de rastreamento)    **SIM** (passe às subquestões)

1. O paciente perambula pela casa sem razão aparente? \_\_\_\_\_
2. O paciente vasculha gavetas ou armários? \_\_\_\_\_
3. O paciente se veste e despe-se repetidamente? \_\_\_\_\_
4. O paciente desempenha atividades ou "hábitos" repetitivos continuamente? \_\_\_\_\_
5. O paciente se engaja em atividades repetitivas, como manipular botões, mexer em coisas, dar nós em barbantes, etc.? \_\_\_\_\_
6. O paciente se mexe muito, não consegue ficar sentado, bate com os pés ou dedos o tempo todo? \_\_\_\_\_
7. O paciente desempenha alguma outra atividade de maneira repetitiva sobre a qual não conversarmos? \_\_\_\_\_

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a freqüência e a intensidade do comportamento motor aberrante.

**Freqüência:**

1. Ocasional (menos de uma vez por semana);
2. Comum (cerca de uma vez por semana);
3. Freqüente (várias vezes por semana, mas menos que todos os dias);
4. Muito freqüente (uma vez por dia ou mais).

**Intensidade:**

1. Leve (atividade motora anormal notada, com pouca interferência nas atividades cotidianas);
2. Moderada (atividade motora anormal muito evidente, mas pode ser controlada pelo acompanhante);
3. Acentuada (atividade motora anormal muito evidente, geralmente insensível às intervenções do acompanhante, constituindo fonte significativa de desgaste).

**Desgaste:** qual o grau de desgaste emocional que lhe causa este comportamento?

- |            |                               |
|------------|-------------------------------|
| 0. Nenhum  | 3. Moderado                   |
| 1. Mínimo  | 4. Acentuado                  |
| 2. Pequeno | 5. Muito acentuado ou extremo |

**k) SONO**

O paciente tem tido dificuldade de dormir (não considere se apenas levanta uma ou duas vezes à noite para ir ao banheiro e volta logo a dormir); fica de pé à noite, perambula, veste-se ou perturba seu sono?

**NÃO** (passe à próxima pergunta de rastreamento)    **SIM** (passe às subquestões)

1. O paciente tem dificuldade em pegar no sono? \_\_\_\_\_
2. O paciente levanta à noite (não considere se apenas se levanta para ir ao banheiro e volta logo a dormir)? \_\_\_\_\_
3. O paciente perambula, anda de um lado a outro ou se envolve em atividades inapropriadas à noite? \_\_\_\_\_
4. O paciente o acorda à noite? \_\_\_\_\_
5. O paciente acorda, veste-se e faz menção de sair, pensando que já amanheceu e está na hora de começar o dia? \_\_\_\_\_
6. O paciente acorda cedo demais, de manhã (antes da sua hora habitual)? \_\_\_\_\_
7. O paciente dorme demais durante o dia? \_\_\_\_\_
8. O paciente apresenta algum outro comportamento noturno que o incomoda e sobre o qual não conversamos? \_\_\_\_\_

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade do sono.

**Frequência:**

1. Ocasional (menos de uma vez por semana);
2. Comum (cerca de uma vez por semana);
3. Frequente (várias vezes por semana, mas menos que todos os dias);
4. Muito frequente (uma vez por dia ou mais).

**Intensidade:**

- |              |                                                                                                                                                                   |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Leve      | (comportamentos noturnos presentes, todavia não particularmente perturbadores);                                                                                   |
| 2. Moderada  | (comportamentos noturnos perturbam o paciente e o sono do acompanhante - mais de um tipo de comportamento pode estar presente);                                   |
| 3. Acentuada | (comportamentos noturnos de vários tipos podem ser presentes; o paciente se mostra extremamente perturbado à noite e o sono do acompanhante é muito prejudicado). |

**Desgaste:** qual o grau de desgaste emocional que lhe causa este comportamento?

- |            |                               |
|------------|-------------------------------|
| 0. Nenhum  | 3. Moderado                   |
| 1. Mínimo  | 4. Acentuado                  |
| 2. Pequeno | 5. Muito acentuado ou extremo |

### I) APETITE E DISTÚRBIOS ALIMENTARES

O paciente apresenta algum distúrbio de apetite, peso ou mudança alimentar (desconsidere se o paciente estiver machucado e precisa ser alimentado); houve alguma diferença em suas preferências alimentares?

**NÃO** (passe à próxima pergunta de rastreamento)      **SIM** (passe às subquestões)

1. O paciente tem tido menos apetite? \_\_\_\_\_
2. O paciente tem tido mais apetite? \_\_\_\_\_
3. O paciente perdeu peso? \_\_\_\_\_
4. O paciente ganhou peso? \_\_\_\_\_
5. O paciente apresentou alguma mudança no comportamento alimentar, como colocar muita comida na boca de uma só vez? \_\_\_\_\_
6. O paciente apresentou alguma mudança de preferências alimentares; quanto ao tipo de comida de que gosta (doces em excesso ou outros tipos específicos de alimentos)? \_\_\_\_\_
7. O paciente desenvolveu comportamentos alimentares novos, como comer exatamente os mesmos tipos de alimentos todos os dias ou ingerir os alimentos exatamente na mesma ordem? \_\_\_\_\_
8. O paciente apresenta alguma outra alteração de apetite ou alimentar sobre o qual não conversamos? \_\_\_\_\_

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade do apetite e distúrbios alimentares.

#### Frequência:

1. Ocasional (menos de uma vez por semana);
2. Comum (cerca de uma vez por semana);
3. Frequente (várias vezes por semana, mas menos que todos os dias);
4. Muito frequente (uma vez por dia ou mais).

#### Intensidade:

- |              |                                                                                                                                           |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Leve      | (alterações de apetite ou distúrbios alimentares que não ocasionam incômodos ou amento de peso);                                          |
| 2. Moderada  | (alterações de apetite ou distúrbios alimentares que ocasionam pequenas variações de peso);                                               |
| 3. Acentuada | (alterações de apetite ou distúrbios alimentares evidentes; ocasionando variações de peso, embaraço ou outros problemas para o paciente). |

**Desgaste:** qual o grau de desgaste emocional que lhe causa este comportamento?

- |            |                               |
|------------|-------------------------------|
| 0. Nenhum  | 3. Moderado                   |
| 1. Mínimo  | 4. Acentuado                  |
| 2. Pequeno | 5. Muito acentuado ou extremo |

## ANEXO I – Questionário Sobre Traumas na Infância – *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ)

### CTQ

Identificação: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

As afirmações abaixo se referem a algumas experiências de quando você era criança ou adolescente. Embora estas afirmações sejam de natureza pessoal, por favor, responda o mais sinceramente possível. Para cada afirmação, circule a resposta que melhor descreve o que você acha que ocorreu enquanto crescia. Se você desejar mudar sua resposta, coloque um **X** na antiga e circule a nova escolha.

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas Vezes	Às Vezes	Muitas Vezes	Sempre
1. Eu não tive o suficiente para comer.	1	2	3	4	5
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.	1	2	3	4	5
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”, “preguiçoso (a)” ou “feio (a)”.	1	2	3	4	5
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.	1	2	3	4	5
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.	1	2	3	4	5
6. Eu tive que usar roupas sujas.	1	2	3	4	5
7. Eu me senti amado (a).	1	2	3	4	5
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	1	2	3	4	5
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.	1	2	3	4	5
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.	1	2	3	4	5
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.	1	2	3	4	5
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.	1	2	3	4	5
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	1	2	3	4	5
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.	1	2	3	4	5
15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.	1	2	3	4	5
16. Eu tive uma ótima infância.	1	2	3	4	5
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.	1	2	3	4	5
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.	1	2	3	4	5
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.	1	2	3	4	5
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.	1	2	3	4	5
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.	1	2	3	4	5
22. Eu tive a melhor família do mundo.	1	2	3	4	5
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.	1	2	3	4	5
24. Alguém me molestou.	1	2	3	4	5
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.	1	2	3	4	5
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.	1	2	3	4	5
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.	1	2	3	4	5
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.	1	2	3	4	5

**ANEXO J – Aprovação da pesquisa pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS**



## SIPESQ

Sistema de Pesquisas da PUCRS

---

Código SIPESQ: 7704

Porto Alegre, 11 de dezembro de 2016.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA da PUCRS apreciou e aprovou o Subprojeto de Pesquisa "Associação de maus-tratos na infância e declínio cognitivo no idoso" vinculado ao Projeto Guarda-Chuva "4433 - ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS IDOSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE".

Este projeto necessita da apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Toda a documentação anexa deve ser idêntica à documentação enviada ao CEP, juntamente com o Documento Unificado gerado pelo SIPESQ.

Atenciosamente,

Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

---

## ANEXO K – Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUCRS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** PENCE - Programa de Envelhecimento Cerebral  
**Pesquisador:** ALFREDO CATALDO NETO  
**Área Temática:**  
**Versão:** 9  
**CAAE:** 30828914.5.0000.5336  
**Instituição Proponente:** UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA  
**Patrocinador Principal:** Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.177.265

#### Apresentação do Projeto:

O pesquisador principal do estudo "PENCE - Programa de Envelhecimento Cerebral" encaminhou ao CEP-PUCRS em 16/06/2017, a emenda com os seguintes documentos:

- Emenda\_3\_Francisco.PDF
- Anexo\_1\_emenda3.PDF
- Anexo\_2\_emenda3.PDF

#### Objetivo da Pesquisa:

O pesquisador principal do estudo "PENCE - Programa de Envelhecimento Cerebral" encaminhou ao CEP-PUCRS em 16/06/2017, a emenda com os seguintes documentos:

- Emenda\_3\_Francisco.PDF
- Anexo\_1\_emenda3.PDF
- Anexo\_2\_emenda3.PDF

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador principal do estudo "PENCE - Programa de Envelhecimento Cerebral" encaminhou ao CEP-PUCRS em 16/06/2017, a emenda com os seguintes documentos:

**Endereço:** Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703  
**Bairro:** Partenon **CEP:** 90.619-900  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 2177.265

- Emenda\_3\_Francisco.PDF
- Anexo\_1\_emenda3.PDF
- Anexo\_2\_emenda3.PDF

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O pesquisador principal do estudo "PENGE - Programa de Envelhecimento Cerebral" encaminhou ao CEP-PUCRS em 16/06/2017, a emenda com os seguintes documentos:

- Emenda\_3\_Francisco.PDF
- Anexo\_1\_emenda3.PDF
- Anexo\_2\_emenda3.PDF

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

Todos os termos foram apresentados.

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

Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução CNS nº 466/2012 e suas complementares e Norma Operacional nº 001/2013, manifesta-se pela aprovação da emenda.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_942915 E4.pdf	16/06/2017 11:23:40		Aceito
Outros	Anexo_2_emenda3.PDF	16/06/2017 11:18:50	Paula Engroff	Aceito
Outros	Anexo_1_emenda3.PDF	16/06/2017 11:17:21	Paula Engroff	Aceito
Outros	Emenda_3_Francisco.PDF	16/06/2017 11:16:27	Paula Engroff	Aceito
Outros	Anexo_2.PDF	09/05/2017 16:45:38	Paula Engroff	Aceito
Outros	Anexo_1.PDF	09/05/2017 16:45:22	Paula Engroff	Aceito
Outros	Emenda.PDF	09/05/2017 16:40:46	Paula Engroff	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	tcle.docx	06/10/2016 14:54:54	Paula Engroff	Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703  
 Bairro: Partenon CEP: 90.619-900  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51) 3320-3345 Fax: (51) 3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 2.177.265

Justificativa de Ausência	tcle.docx	06/10/2016 14:54:54	Paula Engroff	Aceito
Outros	Adendo_Eunice_Assis.PDF	06/10/2016 14:53:14	Paula Engroff	Aceito
Outros	Termo_compromisso_2.PDF	22/06/2016 15:01:39	Paula Engroff	Aceito
Outros	Resposta_CEP_adendo2.PDF	22/06/2016 14:59:18	Paula Engroff	Aceito
Outros	carta_justificativa_emenda.pdf	14/04/2016 09:53:08	Paula Engroff	Aceito
Outros	Adendo_PENCE_2015.pdf	08/12/2015 09:32:01	Paula Engroff	Aceito
Outros	Carta de apresentação cep.PDF	24/09/2014 13:24:32		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PENCE_24_09_14.pdf	24/09/2014 13:23:21		Aceito
Outros	Termo de Compromisso para utilização dos dados.PDF	30/07/2014 13:49:39		Aceito
Outros	Carta de reapresentação CEP_PUCRS.pdf	30/07/2014 13:49:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PENCE_REVISAO.pdf	30/07/2014 13:46:38		Aceito
Outros	Curriculo Armin von Gunten.doc	25/04/2014 15:30:59		Aceito
Outros	LINKS PARA ACESSO DO CURRÍCULO LATTES.docx	25/04/2014 15:29:06		Aceito
Outros	Aprovação PENCE Comissão Científica.pdf	03/04/2014 17:09:12		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto CONEP.pdf	02/04/2014 19:16:26		Aceito
Outros	Carta de apresentação do projeto - Dr. Irenio.pdf	02/04/2014 19:16:01		Aceito
Outros	Autorização Rosane.pdf	02/04/2014 17:30:22		Aceito
Outros	Autorização Dr Terra.pdf	02/04/2014 17:30:03		Aceito
Outros	Orçamento pence assinado.pdf	02/04/2014 16:47:28		Aceito
Outros	CRONOGRAMA.docx	02/04/2014 16:46:38		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO COORTE ENVELHECIMENTO CEREBRAL.pdf	02/04/2014 16:45:02		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE subprojeto 3.pdf	02/04/2014 16:25:30		Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

Bairro: Partenon

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51) 3320-3345

Fax: (51) 3320-3345

E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 2.177.265

Justificativa de Ausência	TCLE subprojeto 3.pdf	02/04/2014 16:25:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/04/2014 16:25:17		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 18 de Julho de 2017

Assinado por:

Paulo Vinicius Sportleder de Souza  
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703  
 Bairro: Partenon CEP: 90.619-900  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51) 3320-3345 Fax: (51) 3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Subprojeto 3)

O(A) senhor(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado “INFLUÊNCIA DAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE E APEGO NO DESENVOLVIMENTO, MANIFESTAÇÃO CLÍNICA E PROGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS COGNITIVOS”, que tem como objetivo estimar a presença de sinais e sintomas comportamentais e psicológicos e de declínio cognitivo e verificar a associação com as características de personalidade e de relacionamento e a quantidade de “cortisol” e “ocitocina” no sangue (substâncias que são liberadas com alterações emocionais).

A sua participação consiste em realizar uma avaliação médica com psiquiatra e neurologista e responder alguns questionários com duração total de aproximadamente duas horas. Os questionários aplicados serão para avaliar o funcionamento da memória e outras capacidades do cérebro, os problemas emocionais (psíquicos), as características de personalidade e relacionamentos com as outras pessoas, se sofreu maus tratos na infância e uso de bebidas alcoólicas e fumo. Também será necessário uma coleta de 10 ml de sangue (uma única vez, a menos que ocorra algum problema com o processamento da amostra que exija uma nova coleta) para a realização da dosagem de cortisol e ocitocina. Nos dois anos seguintes, serão realizadas novamente uma avaliação médica e a aplicação dos questionários. As amostras de sangue serão coletadas no Laboratório de Bioquímica, Genética Molecular e Parasitologia do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS. As amostras serão utilizadas para este estudo e armazenadas exclusivamente para análise deste projeto. No momento da coleta de sangue poderá haver algum desconforto ou dor decorrente da punção da pele. Complicações de coleta de sangue são raras e geralmente de pequeno porte. Se houver pequena perda de sangue da veia no local da punção geralmente há formação de um hematoma, podendo gerar um pequeno desconforto que desaparece em poucos dias. Também pode ocorrer um possível desconforto do participante relacionado ao cansaço de responder aos questionamentos na consulta médica.

**GARANTIAS.** Os dados de identificação dos participantes não serão revelados. Esta pesquisa não determina risco adicional ou dano à sua saúde e, para a sua participação, não tem nenhum pagamento nem gasto. Todos os resultados obtidos serão confidenciais e ficarão sob a total responsabilidade dos pesquisadores do projeto, podendo a qualquer momento ser consultados e/ou eliminados da pesquisa caso você desista da sua participação como voluntário(a). Você tem a liberdade de abandonar a pesquisa em qualquer fase dela, sem que isto leve a penalização alguma ou qualquer prejuízo posterior a você ou a sua família.

**BENEFÍCIOS.** Participando desta pesquisa, o(a) Sr(a). estará contribuindo para a melhoria da saúde das pessoas, pois, conhecendo melhor os problemas de esquecimento, raciocínio e das emoções é possível aperfeiçoar as intervenções de saúde pública que visam evitar sua ocorrência e melhorar a qualidade de vida das pessoas acometidas, que precisam do SUS.

## Consentimento

Após ter recebido todas as informações relacionadas a essa pesquisa, eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, voluntariamente, aceito participar dela, pois reconheço que:

- recebi uma via original deste termo de consentimento assinada e rubricada por mim, pelo pesquisador responsável do estudo e quando aplicável, pela testemunha e/ou representante legalmente aceito. Esse termo foi elaborado em duas vias, sendo a outra retida com o pesquisador responsável.
- fui informado (a) dos objetivos específicos e da justificativa desta pesquisa de forma clara e detalhada;
- recebi informações sobre qual é a minha participação na pesquisa e dos riscos e benefícios esperados;
- entendi que, como voluntário, posso me retirar do estudo a qualquer momento e isto não afetará meus cuidados médicos no presente ou no futuro;
- tenho conhecimento que todas as informações a meu respeito serão confidenciais;
- fui informado(a) que não há nenhum risco de dano à minha saúde, causado diretamente pela pesquisa, nem gastos ou recebimentos adicionais;
- receberei resposta a qualquer dúvida acerca da pesquisa. Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, poderei falar com o pesquisador responsável, Prof. Dr. Irênio Gomes da Silva Filho, pelo telefone (51) 3353-6031 ramal 6277. Se eu tiver alguma dúvida sobre os meus direitos ou questões éticas como participante da pesquisa, eu posso entrar em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS

Av. Ipiranga 6681

Prédio 40, sala 505

CEP: 90619-900 - Porto Alegre/RS

Telefone: (51) 3320-3345

Horário de atendimento: De segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h30min às 17h.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

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

**APÊNDICE B – ARTIGO PUBLICADO: “INFÂNCIA, VELHICE E MAUS-TRATOS: UMA REFLEXÃO DESSAS RELAÇÕES SOB O OLHAR DA BIOÉTICA” (QUALIS B3)**

**REVISTA DA SORBI**

**INFÂNCIA, VELHICE E MAUS-TRATOS: UMA REFLEXÃO DESSAS RELAÇÕES SOB O OLHAR DA BIOÉTICA**

**CHILDHOOD, OLD PEOPLE AND MALTREATMENT: A BIOETHICAL REFLECTION OF THESE RELATIONSHIPS**

**Francisco Pascoal Jr.<sup>1</sup>  
Hérica Juliana de  
Araújo Lucena<sup>2</sup>  
Bruno Luiz Guidolin<sup>3</sup>  
Alfredo Cataldo Neto<sup>4</sup>**

1

**Resumo:** Objetivos: apresentar uma visão geral e reflexiva das semelhanças e diferenças psicossociais, bioéticas e epidemiológicas entre maus-tratos na infância e maus-tratos na velhice, trazendo uma atualização ampla da literatura por meio da caracterização dos tipos de violência, do perfil do agressor, fatores epidemiológicos, entre outros, tendo como base a legislação vigente. Fonte de dados: SciELO, LILACS, PUBMED e PsycINFO. Resumo das conclusões: foi possível obter uma amostra de 637 artigos inicialmente. Levando em conta os critérios de inclusão e exclusão, verificou-se que a amostra compatível com os critérios adotados foi reduzida a 37 artigos. Após a realização da seleção, restaram 9 estudos, sendo que estes foram realmente utilizados para comporem a amostra final. De uma forma geral, tanto a violência contra o idoso quanto à criança apresentam semelhanças em relação ao agente agressor, sendo este especialmente o ente familiar, caracterizando-se assim como uma violência doméstica. Esta violência tem tomado proporções alarmantes, e deve ser encarada por todos como um problema de saúde pública, carente de políticas públicas e de uma atuação mais incisiva de toda a sociedade civil.

**Palavras-chave:** Maus-tratos. Violência contra o idoso. Violência contra a criança. Bioética.

**Abstract:** Objectives: to present an reflective overview of the similarities and psychosocial, ethical and epidemiological differences between child maltreatment and elder abuse, bringing a broad update of the literature through the characterization of the types of violence, the profile of the aggressor, epidemiological factors, among others. Databases: SciELO, LILACS, PUBMED and PsycINFO. Summary of conclusions: it was possible to obtain a sample of 637 articles initially. Taking into account the inclusion and exclusion criteria, it was verified that the sample compatible with the adopted criteria was reduced to 37 articles. After the selection, 9 studies remained, and these were actually used to compose the final sample. It was concluded that, in general, both the violence against the elderly and the child present

<sup>1</sup> Médico psiquiatra, mestre e doutorando em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). E-mail: <pascoaljunior@uol.com.br>.

<sup>2</sup> Médica e estudante de especialização em psiquiatria pelo Instituto Abuchaim (IA). E-mail: <herikalucena25@gmail.com>.

<sup>3</sup> Médico psiquiatra e mestre em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). E-mail: <brunoguidolin@yahoo.com.br>.

<sup>4</sup> Médico psiquiatra, mestre e doutor em Clínica Médica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Professor Titular da Escola de Medicina da PUCRS e Coordenador do Grupo de Pesquisa Envelhecimento e Saúde Mental (GPESM) da PUCRS. E-mail: <cataldo@pucrs.br>.

similarities to the aggressor agent, being this especially the family entity, thus characterizing itself as domestic violence. This violence has taken on alarming proportions, and must be seen by all as a public health problem, devoid of public policies and a more incisive action of the whole civil society.

**Descriptors:** Maltreatment. Violence against the elderly. Violence against the child. Bioethic.

## 1. INTRODUÇÃO

A discussão a respeito dos maus-tratos na infância e na velhice e seus aspectos insere-se, inevitavelmente, em duas importantes e distintas áreas: a saúde pública e a bioética. Como questão de saúde pública, a violência é debatida pela necessidade de se discutir o aumento do número de ocorrências das mais diversas formas de violência nas sociedades, como homicídios, agressões, suicídios, entre outras formas, as quais comprometem a saúde individual e coletiva. Envolve questões bioéticas, pois perpassa modos de conduta definidos e experienciados pelos homens, que se modificam em diferentes períodos da história.

A violência doméstica contra a criança e o idoso traz consigo uma série de consequências graves e negativas para este indivíduo, que poderão se refletir em toda a sua existência. Tornou-se uma das temáticas centrais da saúde pública em razão de sua magnitude e repercussões no comprometimento da saúde e qualidade de vida dessas pessoas.

Ao mesmo tempo em que a família pode exercer a função de proteção psicossocial e propiciar um ambiente favorecedor de bem-estar, pode também ser modelo para a violência. Situações de violência doméstica sofridas diretamente por crianças e idosos ou sua exposição a situações de violência conjugal ou entre filhos podem ser indutoras de comportamentos violentos perpetrados mais tarde por esses indivíduos.

Tanto em relação ao idoso como concernente à criança, a violência é uma comum e grave violação de direitos, por negar-lhes a liberdade, a dignidade, o respeito e a oportunidade de se desenvolver ou terminar seu ciclo vital em condições saudáveis e dignas.

Diante dessas considerações iniciais, quais seriam então as semelhanças e diferenças entre maus-tratos na infância e na idade senil? As características sócio epidemiológicas destes casos mostram-se semelhantes em que aspecto? Quais os impactos e repercussões que os maus-tratos na infância podem trazer para a vida adulta e senilidade?

O presente objetiva apresentar uma reflexão geral das semelhanças e diferenças sociais e epidemiológicas entre maus-tratos na infância e na velhice e sua relação com aspectos bioéticos, trazendo uma atualização da literatura por meio da caracterização dos tipos de violência, do perfil do agressor, fatores epidemiológicos, dentre outros.

## 2. MÉTODOS

Para esse artigo de reflexão, foi realizada uma revisão integrativa e a pesquisa bibliográfica deu-se nas seguintes bases de dados: SciELO, LILACS, PubMed e PsycINFO. Para a pesquisa nessas bases, foram utilizados os descritores: Idosos; Crianças; Maus-tratos; Abuso; Bioética.

Como critérios de inclusão, optou-se pela utilização somente de artigos publicados nas línguas portuguesa e inglesa. O período de seleção dos artigos compreendeu os últimos 7 anos (2012 a 2019). A opção por este período deveu-se, especialmente, por considerar ser um período que abrange preferencialmente estudos mais recentes que abordem esta temática.

Resumos e textos que se demonstraram completos foram incluídos em uma nova seleção composta por quatro critérios de inclusão/exclusão: (1) estudos onde não era possível a recuperação do texto completo; (2) revisões da literatura que não tratem sobre seres humanos; (3) estudos onde o objetivo principal fora a avaliação de outros vocábulos do que os não utilizados nas palavras chaves; (4) estudos que não apresentem relação entre maus-tratos em crianças e em idosos.

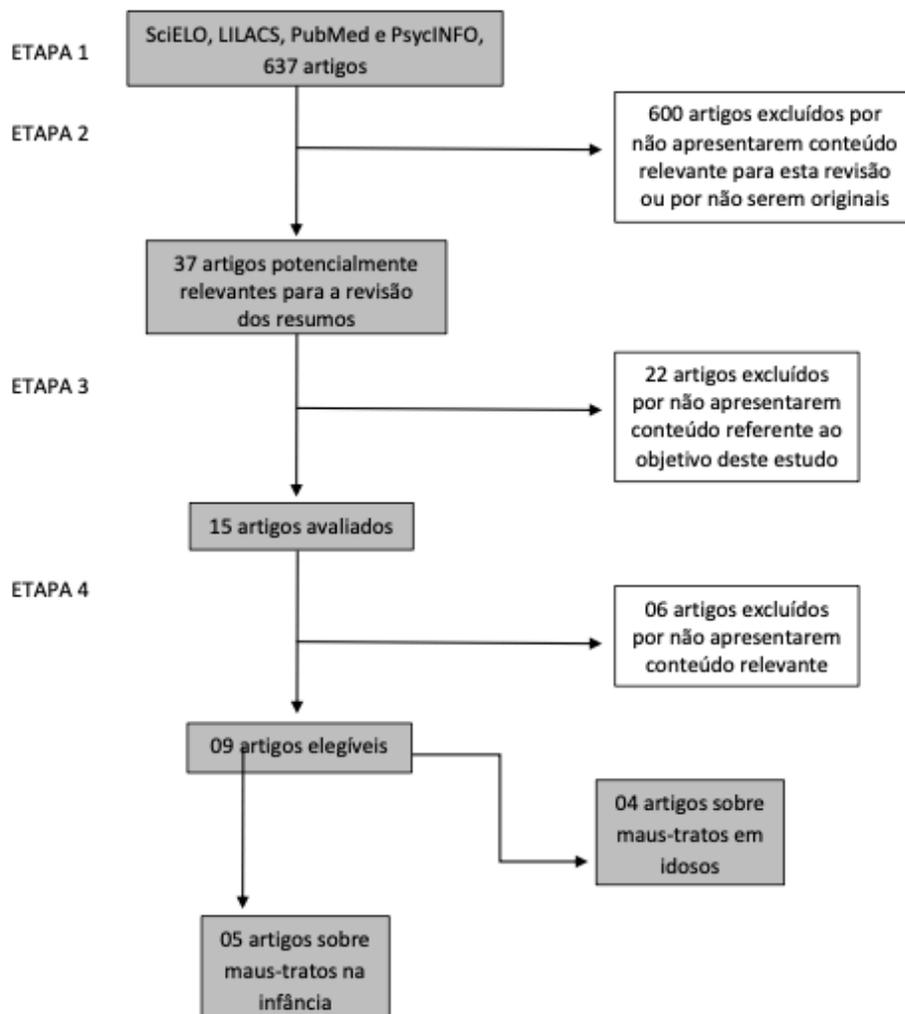
## 3. RESULTADOS

Através do cruzamento dos descritores foi possível obter uma amostra de 637 artigos inicialmente (Figura 1). Levando em conta os critérios de inclusão e exclusão, verificou-se que a amostra compatível com os critérios adotados foi reduzida a 37 artigos. Dentre estes, 15 foram selecionados para uma avaliação mais profunda, realizada por duas pessoas, utilizando-se os critérios de seleção mencionados anteriormente. Em seguida, realizou-se a exclusão de 6 estudos, que se observou não terem tanta relevância em relação à temática. Os resumos e textos destes estudos restantes foram analisados levando-se em consideração os critérios de inclusão/exclusão.

Após a realização da seleção, restaram 9 estudos, sendo que estes foram realmente utilizados para comporem a amostra final. Foram selecionados 5 artigos que abordaram as características e os impactos dos maus tratos na infância, assim também como 4 artigos que abordaram as características e impactos dos maus tratos na senilidade.

A figura abaixo apresenta uma representação esquemática dos artigos encontrados, incluídos e excluídos da amostra final.

Figura 1. Fluxograma com trajeto da pesquisa bibliográfica e critérios de inclusão e exclusão dos artigos encontrados.



A tabela a seguir mostra os estudos e respectivos resultados encontrados, relacionados à temática em relação aos impactos que os maus-tratos tem na infância.

Tabela 1. Estudos avaliando os impactos dos maus tratos na infância

Referência (ano)	Objetivo geral	Resultados
Hardt et al (2018) <sup>4</sup>	Destacar o papel do estresse infantil nos sintomas psíquicos na idade adulta.	Ameaça de violência física, punição física severa periódica e negligência mostraram uma associação de sintomas psíquicos entre as crianças estudadas.
Hyland et al (2018) <sup>17</sup>	Avaliação sobre se as psicopatologias e quais podem ser seus correlatos em uma amostra clínica de crianças que sofreram maus-tratos.	Houve correlação entre maus tratos na infância e a ocorrência de psicopatologias.
Sheikh (2018) <sup>2</sup>	Avaliar o papel mediador do isolamento social percebido na vida adulta na associação entre maus-tratos físicos na infância e internalização de sintomas na vida adulta.	Os maus-tratos físicos na infância foram associados a maiores níveis de sintomas internalizantes na vida adulta.
Peyre et al (2017) <sup>19</sup>	Investigar se os fatores de risco para tentativas de suicídio diferem em crianças e adolescentes e categorizar os desfechos de saúde mental na idade adulta de crianças e adolescentes que tentam suicídio.	Os maus-tratos durante a infância foram associadas a aumento do risco de múltiplas tentativas de suicídio (61,3%), bem como estes indivíduos também apresentaram vários transtornos psiquiátricos (mania, hipomania e transtorno do pânico) e pior funcionamento social na idade adulta.
Dias et al (2017) <sup>18</sup>	O objetivo foi avaliar a associação entre maus-tratos na infância e transtorno do estresse pós-traumático.	A exposição a maus tratos na infância aumentou mais do que o dobro do risco de ser revitimizada e triplicou o diagnóstico de transtorno de estresse pós traumático. Mais de 30% dos adultos com transtorno de estresse pós traumático foram expostos a abuso emocional.

A tabela a seguir mostra os estudos e respectivos resultados encontrados, relacionados à temática em relação aos impactos dos maus-tratos na velhice.

Tabela 2. Estudos avaliando os impactos dos maus tratos na senilidade

<b>Autores (ano)</b>	<b>Objetivo geral</b>	<b>Características e impactos dos maus tratos</b>
Oliveira et al (2013) <sup>8</sup>	Identificar as características dos maus-tratos contra idosos.	A violência física foi predominante entre idosos, sendo o domicílio o ambiente em que as agressões foram mais comuns, com os membros da própria família os principais agressores. As mulheres foram as principais vítimas.
Joaquim (2012) <sup>21</sup>	Descrever o perfil de agressores e vítimas e analisar as características envolvidas nas agressões a crianças, adolescentes e idosos.	Em relação as crianças e adolescentes, houve maior prevalência de maus-tratos físicos (22,6%), sendo a residência o local de maior frequência de agressões (59,8%). O agressor, na maioria casos, tratava-se da própria mãe das vítimas (11,9%) e em segundo o pai (10,61%), sendo o motivo mais frequente não relatado (49,6%), no entanto em 35,9% das ocorrências houve discussão ou desentendimento entre os envolvidos. No caso de agressões contra idosos, houve maior prevalência de violência psicológica (51,7%), sendo também a residência o local mais frequente de agressões (81,6%). O agressor, na maioria das vezes, tratava-se dos próprios filhos (21,4%), e o motivo foi relacionado à discussão (62,2%) na maior parte dos casos.
Duque et al (2012) <sup>16</sup>	Determinar a prevalência e os fatores associados à violência doméstica contra pessoas idosas.	Entre os entrevistados, 20,8% relataram ter sofrido pelo menos um dos tipos de violência em seu ambiente doméstico. Observou-se associação entre maus-tratos e os idosos que moravam com um número maior de indivíduos, entre as mulheres e aqueles dependentes para as atividades instrumentais da vida diária.
Wanderbroock et al (2012) <sup>7</sup>	Analisar os significados atribuídos à violência familiar contra o idoso.	O significado da violência familiar contra o idoso mostrou-se alicerçado bioeticamente na ideia do idoso frágil e dependente.

Lobato et al (2012) consideram que a violência contra crianças, adolescentes e idosos é reconhecida como um problema bioético e de saúde pública que afeta toda a sociedade, sem distinção de sexo, raça ou condição social. Ainda, constata-se que o problema é ainda maior quando atinge a infância e a velhice, visto que crianças e idosos são vítimas preferenciais da

violência ocorrida no âmbito doméstico.<sup>1</sup>

Conforme a visão de Sheikh (2018), uma série de estudos transversais mostrou uma correlação entre maus-tratos físicos na infância, isolamento social percebido e sintomas internalizantes.<sup>2</sup> O mesmo efeito verificado por Zanoti-Jeronymo et al (2009), que destacaram que o efeito a longo-prazo, mais relatado na literatura, da exposição à violência parental e abuso físico parental na infância é o risco elevado para perpetração da violência na idade adulta e na velhice, seja em seus relacionamentos íntimos, seja com a perpetração contra os próprios filhos.<sup>3</sup>

Hardt et al (2018) evidenciaram associação entre ameaça de violência física, punição física severa periódica e negligência e sintomas psíquicos na infância.<sup>4</sup> Bazon (2008) considera que o “abandono” parece ser uma problemática que se encontra na interface da *violência estrutural e familiar*. A exemplo dos casos de “não acesso à convivência familiar”, o abandono também reflete o drama de uma criança/adolescente que se vê desprovida do cuidado do adulto que tem responsabilidade legal sobre ela, porém tendo ele optado por essa condição, o que, em alguns casos, envolve a rejeição. Contudo, sabe-se que em boa parte das vezes, o abandono remete a situações de extrema pobreza da família que, sem o devido suporte, considera a “doação” da criança como um ato de proteção.<sup>5</sup>

Os maus-tratos contra idosos não é um fenômeno novo, porém, está em evidência apenas nas duas últimas décadas, e começou a despertar o interesse da comunidade científica. Na visão de Pesce (2009), é importante tecer uma reflexão ética sobre violência familiar. Ela se manifesta de diversas formas, mas sabe-se que, sobretudo no Brasil, as mais comuns são aquelas direcionadas à mulher, às crianças e aos idosos.<sup>6</sup> Nos artigos analisados, destacou-se a construção bioética e social dos atributos de masculinidade e feminilidade, com expectativas culturais demarcadas em relação a cada um dos gêneros. Wanderbroock et al (2012) encontrou o significado da violência familiar contra o idoso alicerçado bioeticamente na ideia do idoso frágil e dependente.<sup>7</sup> Um exemplo dessa construção bioética social pode ser encontrada no trabalho de Oliveira et al (2013), no qual a violência física foi predominante entre idosos, sendo o domicílio o ambiente em que as agressões foram mais comuns, com os membros da própria família os principais agressores e com as mulheres sendo as principais vítimas.<sup>8</sup>

Na visão de Durand et al (2011), as repercussões da exposição de crianças à violência por parceiro íntimo contra suas mães são consideradas situações de risco para o desenvolvimento de problemas emocionais, escolares e de comportamento dos filhos. Acredita-se que 15% das crianças estão expostas à violência física entre seus pais nos Estados Unidos. Conforme estes

autores, estudo realizado apontou que 21,4% das crianças entre 6 e 11 anos, estudantes de escolas públicas, estão expostas à violência física ou verbal entre seus pais.<sup>9</sup>

Segundo Pesce (2009), a violência familiar potencializa o desenvolvimento de problemas de comportamento, manifestações cada vez mais presentes na vida de milhares de crianças, encontradas nos ambulatórios de psicologia e de psiquiatria e nas salas de aula das escolas. Problemas de comportamento são considerados como comportamentos socialmente inadequados, representando déficits ou excedentes comportamentais que prejudicam a interação da criança com os pares e adultos de sua convivência.<sup>6</sup>

Lobato et al (2012) destacaram que no setor da saúde pública, ainda há muita dificuldade na abordagem do problema, já que este setor atua, na maior parte das vezes, apenas no tratamento de lesões e traumas que resultam das agressões. Seja por falta de conhecimentos, seja por temerem implicações legais e constrangimentos relacionais em seus territórios de trabalho, muitos profissionais abandonam os casos, responsabilizando-se apenas pelas medidas emergenciais.<sup>1</sup> Contudo, este tipo de abordagem tem se mostrado insuficiente e espera-se que os profissionais de saúde possam atuar também na prevenção de novos casos, mediante ações multiprofissionais e intersetoriais.

#### 4. DISCUSSÃO

Para Nietzsche, Freud e Hobbes, a violência é um constitutivo primordial do ser humano. Tendo em conta que apenas o ser humano é passível de construção de um código de ética para orientar seu comportamento, inclusive se violento, podemos sugerir uma relação intrínseca entre a ética e a violência. Principalmente se considerarmos que “a ética como ideologia é perversa porque toma o presente como fatalidade e anula a marca essencial do sujeito ético e da ação ética”.<sup>10</sup>

Leite et al (2008) consideram que a violência é um tema ético relevante na atualidade, dado o elevado número de ocorrências que atingem especialmente populações mais frágeis, como crianças, mulheres e idosos. Os autores analisaram qualitativamente o entendimento ético sobre maus-tratos a idosos no domicílio na ótica de familiares. Os autores constataram que familiares e idosos podem conviver harmoniosamente no ambiente domiciliar, mas também podem ocorrer momentos de conflitos e desentendimentos, o que favorece a ocorrência de maus-tratos.<sup>11</sup>

Gawryszewski et al (2012) classificaram bioeticamente os principais tipos de violência como<sup>12</sup>:

- **Violência física:** são atos violentos com uso da força física de forma intencional, não

acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo;

- **Violência psicológica:** é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem;

- **Violência sexual:** conduta que cause constrangimento a presenciar, manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça coação ou uso da força; comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade;

- **Violência por negligência/abandono:** é a omissão; deixar de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa. O abandono é considerado uma forma extrema de negligência.

Borges e Dell'Aglio (2008) definem bioeticamente trauma como um prejuízo, um estado psíquico ou comportamental, provocado por estresse emocional ou físico, relacionado a eventos que podem provocar medo agudo ou crônico.<sup>13</sup> Moromizato (2008) afirma que todo e qualquer evento vivenciado é interpretado pelo consciente como positivo ou negativo, sendo gravado em nosso inconsciente. O acúmulo de informações negativas e a sobrecarga dessas acarreta, ao longo do tempo, ansiedade, nervosismo e agressividade. Este acúmulo de informações negativas pode provocar situações distintas, como depressão e agressividade.<sup>14</sup>

Para Goldberg et al (2005), se pensarmos que a família (microsistema bioético) é um dos núcleos mais importantes para o desenvolvimento dos indivíduos, é de extrema importância atentar para as relações existentes entre as crianças e os adultos que as rodeiam nesse ambiente.<sup>15</sup> Nesse aspecto, Duque et al (2012) mostrou em seu estudo que, entre os idosos entrevistados, 20,8% relataram ter sofrido pelo menos um dos tipos de violência em seu ambiente doméstico. Observou-se também associação entre maus-tratos e idosos que moravam com um número maior de indivíduos, entre as mulheres e naqueles dependentes para as atividades instrumentais da vida diária.<sup>16</sup>

Hyland et al (2018) encontrou correlação entre maus tratos na infância e a ocorrência de psicopatologias<sup>17</sup>, corroborando com Borges e Dell'Aglio (2008)<sup>13</sup>, que destacaram o critério de reexperiência traumática envolver lembranças intrusivas e recorrentes, sendo carregadas de forte componente afetivo e associadas a angústia e sofrimento intenso, *flashbacks*, comportamento de esquiva, o entorpecimento emocional, hipervigilância, resposta de sobressalto e sintomas de taquicardia, respiração ofegante, formigamentos, sudorese, tonturas, dores abdominais e outros acompanham as lembranças traumáticas e a evitação cognitiva e emocional do trauma.

Em relação ao surgimento desse mesmo espectro de sintomas na idade adulta e na velhice, Dias et al (2017) verificou que a exposição a maus-tratos na infância aumentou mais do que o dobro do risco de a pessoa ser revitimizada e triplicou o diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático. Mais de 30% dos adultos com transtorno de estresse pós-traumático foram expostos a abuso emocional na infância.<sup>18</sup>

Peyre et al (2017) evidenciou associação entre maus-tratos durante a infância e aumento do risco de múltiplas tentativas de suicídio, bem como estes indivíduos também à presença de vários transtornos psiquiátricos e pior funcionamento social na idade adulta e na velhice.<sup>19</sup> Da mesma forma, Gawryszewski et al (2012) destacaram haver evidências de que a violência, vivida ou testemunhada, pode afetar a saúde física e mental dessas crianças não apenas no curto, mas também no médio e longo prazo, chegando à velhice.<sup>12</sup> Essas repercussões incluem dificuldade de aprendizado, transtornos comportamentais e de relacionamento, tabagismo, uso nocivo de álcool, depressão, entre outros, o que também foi evidenciado por Zavaski et al (2006), que encontraram pacientes maníacos demonstrarem maiores índices de exposição frequente à violência na comunidade e abuso físico durante a infância, além de índices significativamente mais altos de abuso sexual na vida adulta e na velhice, havendo associação positiva entre violência na infância e transtornos de humor na idade adulta e na velhice.<sup>20</sup>

Joaquim (2012)<sup>21</sup> evidenciou maior prevalência de maus-tratos físicos – corroborando com Zanoti-Jeronymo et al (2009)<sup>3</sup>, que avaliaram a prevalência de abuso físico e exposição à violência parental na infância, segundo características sócio demográficas – sendo a residência o local de maior frequência de agressões, o agressor, na maioria casos, sendo a própria mãe das vítimas e em segundo o pai, com o motivo mais prevalente o desentendimento entre casais. No caso de agressões contra idosos, houve maior prevalência de violência psicológica, sendo também a residência o local mais frequente de agressões. O agressor, na maioria das vezes, tratava-se dos próprios filhos e o motivo foi relacionado à discussão na maior parte dos casos.

Através deste levantamento bibliográfico, foi possível observar que em muitos dos casos, a violência vivenciada tanto por idosos, como por crianças, é bastante semelhante em determinados aspectos e variáveis. A violência doméstica é a principal semelhança entre estes dois tipos de violência, atingindo grande percentual entre ambos os grupos. Essa problemática pode ser potencializada quando fatores de risco externos estiverem presentes, especialmente, variáveis como pobreza, alcoolismo, baixo nível de escolaridade, vivência de violência na infância, insatisfação sexual e sentimentos ambíguos de amor e ódio

relacionados à maternidade/paternidade.<sup>22</sup> Convém destacar também que a estruturação da família é o componente bioético fundamental para o combate a este problema de saúde pública mundial, que é a violência contra a criança e o idoso no âmbito familiar.

A violência a idosos é um fenômeno evidente dentro do atual processo de envelhecimento populacional mundial, entretanto, nesse artigo, observou-se que, na literatura nacional, há uma grande carência de estudos que aborde essa temática em específico, observando-se uma lacuna neste sentido, e apontando para a necessidade da realização de mais estudos nesta área. Percebe-se que a questão da violência contra os idosos é pouco considerada pela sociedade em geral.

Há várias formas de violência praticadas ao idoso e à criança. Como romper o silêncio, denunciando tais abusos? Qual seria a atuação da sociedade e do Estado, junto a essa demanda? Um dos grandes desafios para os estudos sobre os maus-tratos, não apenas especificamente em relação aos idosos e às crianças, reside na definição das categorias e tipologias que designem as suas várias nuances.

Nesse aspecto, é importante ressaltar que a violência doméstica e os maus-tratos a idosos e crianças não devem ser entendidos fora do contexto bioético da violência social/estrutural em que os indivíduos e as comunidades estão inseridos. A forma como os maus-tratos e a violência contra esses grupos são percebidos varia eticamente entre culturas e sociedades. Esse papel da família pode ser legitimado e reforçado tanto por tradições filosóficas como por políticas públicas falhas ou ausentes, não se reconhecendo a existência de maus-tratos contra crianças e idosos e, muito menos, a sua denúncia.

É essencial que a sociedade e a família reflitam e se conscientizem da importância da infância e de que o envelhecimento é um fato inafastável, um período a ser vivido, quiçá, por todos. Porém, deve ser vivido com qualidade de vida – ambos os períodos –, longe de práticas de violência, que muito podem fazer ou fizeram por seus familiares, o que agora, pode não ser reconhecido.

Isto implica em contemplar a integralidade do ciclo vital (da infância à velhice) em todas as suas dimensões: física, moral, psicológica, cognitiva afetiva e espiritual, observando-se a necessidade de atendimento sócio-psíco-pedagógico terapêutico e interdisciplinar. Para esta reestruturação bioética social, pressupõem-se sensibilizar e mobilizar as famílias, a sociedade e o poder público para que seja assegurada a proteção social efetiva, proteção física e psicológica, no seio de sua família e da sociedade, que possibilitem a redução das desigualdades sociais e a inclusão da criança e do idoso, sem que seus direitos sejam violados.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tanto a violência contra o idoso quanto à criança apresentam semelhanças em relação ao agente agressor, sendo este especialmente o ente familiar, caracterizando-se assim como uma violência doméstica. Esta violência tem tomado proporções alarmantes e deve ser encarada por todos como um problema de saúde pública, necessitando de políticas e de uma atuação mais incisiva de toda a sociedade civil.

Em que pese as críticas à ética kantiana do dever pelo dever, da obrigação, da necessidade de regras, de leis para orientar a conduta humana, homens, mulheres, crianças e idosos na contemporaneidade sinalizam para a necessidade de repensar valores e conceitos, dado o estado de anomia e incivilidade em que se encontra a sociedade. Maltratar seres indefesos não é apenas eticamente incorreto, é uma covardia.

12

## 6. AGRADECIMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – Brasil (CAPES), além do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) e da Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PUCRS).

## 7. REFERÊNCIAS

1. Lobato GR, Moraes CL, Nascimento MC. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro; 28(9): 1749-1758, 2012.
2. Sheikh MA. Childhood physical maltreatment, perceived social isolation, and internalizing symptoms: a longitudinal, three-wave, population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 27(4): 481-491, 2018.
3. Zanoti-Jeronymo DV, Zaleski M, Pinsky I, Caetano R, Figlie NB, Laranjeira R. Prevalência de abuso físico na infância e exposição à violência parental em uma amostra brasileira. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro; 25(11): 2467-2479, 2009.
4. Hardt J, Kreutzberger C, Schier K, Laubach W. The role of childhood stress in symptoms of social phobia and agoraphobia in adulthood. *Z Psychosom Med Psychother*; 64(2): 144-157, 2018.
5. Bazon MR. Violência contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro; 24(2): 323-332, 2008.

6. Pesce R. Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*; 14(2): 507-518, 2009.
7. Wanderbroocke ACNS, Moré CLOO. Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde. *Cad Saude Publica*; 29(12): 2513-2522, 2013.
8. Oliveira MPF, Novaes MRCG. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*; 18(4): 1069-1078, 2013.
9. Durand JG, Schraiber LB, França-Junior I, Barros C. Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. *Rev Saúde Pública*; 45(2): 355-64, 2011.
10. Ferreira AL, Schramm FR. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. *Rev Saúde Publ*; 34(6), 2000.
11. Leite M, Hildebrandt L & Santos A. Maus tratos a idosos no domicílio: concepções de familiares. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*; 11(2): 209-221, 2008.
12. Gawryszewski VP, Valencich DMO, Carnevalle CV, Marcopito LF. Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009. *Rev Assoc Med Bras*; 58(6): 659-665, 2012.
13. Borges JL, Dell'Aglio DD. Relações entre abuso sexual na infância, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e prejuízos cognitivos. *Psicologia em Estudo, Maringá*; 13(2): 371-379, 2008.
14. Moromizato J. Doenças psicossomáticas são características da vida moderna. Publicado em: 2008. Disponível em: <<http://www.sosni.com.br/html/modules.php?name=News&file=article&sid=2218>> Acesso em: 04 mai, 2018.
15. Goldberg LG, Yunes MAM, Freitas JV. Desenho infantil na ótica da ecologia do desenvolvimento humano. *Psicologia em Estudo, Maringá*; 10(1): 97-106, 2005.
16. Duque AM, Leal MCC, Marques APO, Eeskinazi FMV & Duque AM. Violence against the elderly in the home environment: Prevalence and associated factors (Recife, State of Pernambuco). *Ciência & Saúde Coletiva*; 17(8): 2199-2208, 2012.
17. Hyland, P, Murphy J, Shevlin M, Carey S, Vallières F, Murphy D, Elkit A. Correlates of a general psychopathology factor in a clinical sample of childhood sexual abuse survivors. *J Affect Disord*; 232: 109-115, 2018.

18. Dias A, Sales L, Mooren T, Mota-Cardoso R, Kleber R. Child maltreatment, revictimization and Post-Traumatic Stress Disorder among adults in a community sample. *Int. j. clin. health psychol. (Internet)*; 17(2): 97-106, mayo-ago. 2017.
19. Peyre H, Hoertel N, Stordeur C, Lebeau G, Blanco C, McMahon K, Basmaci R, Lemogne C, Limosin F, Delorme R. Contributing factors and mental health outcomes of first suicide attempt during childhood and adolescence: results from a nationally representative study. <http://pesquisa.bvsalud.org/porta/?lang=pt&q=au:%22Delorme, Richard%22> *J Clin Psychiatry*; 78(6): e622-e630, 2017.
20. Zavaschi MLS, Graeff ME, Menegassi MT, Mardini V, Pires DWS, Carvalho RH, Rohde LA, Eizirik CL. Adult mood disorders and childhood psychological trauma. *Rev Bras Psiquiatr.*;28(3):184-90, 2006.
21. Joaquim RC. Estudo do perfil Epidemiológico da violência contra crianças, adolescentes e idosos em registros policiais. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, 96p., 2012.
22. Reichenheim ME, Dias AS, Moraes CL. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*; 40(4):595-603, 2006.

Recebido em: 07/05/2019

Revisado em: 10/07/2019

Aceito em: 08/08/2019

## QUALIS DA REVISTA SORBI – QUALIS B3

 ACESSO RESTRITO  
 (/sucupira/portais/menu\_portal.jsf)

INÍCIO (/SUCUPIRA/PUBLIC/INDEX.JSF) >> Qualis >> Qualis Periódicos

## Qualis Periódicos

\* Evento de Classificação:

CLASSIFICAÇÕES DE PERIÓDICOS QUADRIÊNIO 2013-2016

Área de Avaliação:

INTERDISCIPLINAR

ISSN:

Título:

Revista da SORBI

Classificação:

B3

Consultar

Cancelar

## Periódicos

ISSN	Título	Área de Avaliação	Classificação
2318-9983	REVISTA DA SORBI	INTERDISCIPLINAR	B3

Início

Anterior

1

Próxima

Fim

1 a 1 de 1 registro(s)

## APÊNDICE C – ARTIGO PUBLICADO: “ASSOCIAÇÃO ENTRE MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA E DECLÍNIO COGNITIVO NO IDOSO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA” (QUALIS A3)

Saúde e Pesquisa, Maringá (PR)  
DOI: 10.17765/2176-9206.2019v12n3p619-628

### ASSOCIAÇÃO ENTRE MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA E DECLÍNIO COGNITIVO NO IDOSO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

#### Francisco Pascoal Junior

Médico Psiquiatra, mestre e doutorando em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Brasil.

#### Guilherme Marcos Nogueira

Educador físico, mestre e doutorando em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Brasil.

#### Bruno Luiz Guidolin

Médico psiquiatra, mestre em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Brasil.

#### Alfredo Cataldo Neto

Médico psiquiatra, mestre doutor em Clínica Médica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Docente Titular da Escola de Medicina da PUCRS e Coordenador do Grupo de Pesquisa Envelhecimento e Saúde Mental (GPESM) da PUCRS, Brasil.

**RESUMO:** A violência contra a criança representa um importante problema de saúde pública, assim como o declínio cognitivo. A ligação entre essas variáveis vem sendo analisada cada vez mais, porque o estresse experimentado nos primeiros anos de vida pode estar relacionado a mudanças estruturais, funcionais e epigenéticas nas regiões cerebrais envolvidas na cognição. O objetivo deste estudo foi analisar essa associação, por meio de uma revisão integrativa da literatura, pelo meio da pesquisa bibliográfica das seguintes bases de dados: SciELO, LILACS, PUBMED e PsycINFO. O período de seleção dos artigos compreendeu os últimos cinco anos. No total, foram 33 artigos, dos quais dez eram artigos originais que focaram na relação entre maus-tratos na infância e declínio cognitivo em idosos. A presença de maus-tratos na infância possui associação com o declínio da função cognitiva no idoso, agravando-o sobremaneira e inclusive podendo colocar os indivíduos em risco de declínio cognitivo acentuado. Uma das limitações deste estudo foi a percepção de que a temática ainda carece de mais e melhores estudos que abordem esta relação na prática, por meio de estudos longitudinais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Declínio cognitivo; Idosos; Maus-tratos na infância.

### ASSOCIATION BETWEEN MALTREATMENT IN CHILDHOOD AND COGNITIVE DECLINE IN THE ELDERLY: AN INTEGRATIVE REVIEW

**ABSTRACT:** Violence against children and cognitive decline are highly relevant issues for health. The bond between the variables is increasingly being analyzed, since stress early in life may be related to structural, functional and epigenetic changes in brain regions involving cognition. Current study analyzes such association through an integrative review of the literature and by bibliographical research retrieved from SciELO, LILACS, PUBMED and PsycINFO during the last five years. Thirty-three original scientific articles were analyzed, with ten related to maltreatment in childhood and cognitive decline in the elderly. Maltreatment in childhood is associated with possible high cognitive decline in old age. A limit in current study was the perception that the theme required more investigation within longitudinal studies.

**KEY WORDS:** Cognitive decline; Elderly; Child Maltreatment.

#### INTRODUÇÃO

A violência contra a criança atualmente representa um importante problema de saúde pública, trazendo fortes impactos psicossociais, podendo ser considerada como uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa,

Autor correspondente:  
Francisco Pascoal Jr  
pascoaljunior@uol.com.br

ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Mais do que qualquer outro tipo de violência, a cometida contra a criança, altamente prevalente e uma das condições mais prejudiciais que ela pode experimentar, não se justifica, pois as condições peculiares de desenvolvimento desses cidadãos os colocam em extrema dependência de pais, familiares, cuidadores, do poder público e da sociedade.<sup>1,2</sup>

Os maus-tratos durante a infância – abuso físico e sexual, negligência emocional, perda parental, entre outros – estão associados a fatores responsáveis pelo desenvolvimento de uma série de distúrbios no idoso, como é o caso do declínio cognitivo. Apesar de sua importância, estimar a prevalência de maus-tratos na infância é um desafio pela ausência de um “padrão ouro” claro sobre o que constitui maus-tratos.<sup>3</sup>

No Brasil, as situações de maus-tratos infantis ganharam visibilidade no final da década de 1980, momento em que a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990 passaram a exigir a notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência infantil. A partir de então, as políticas de proteção à criança e ao adolescente começam a se firmar. Um dado importante é que, apesar de manter os altos índices de violência sexual infantil, o Brasil é tido, no âmbito internacional, como um dos países que mais luta contra essa problemática, graças à criação de uma legislação de caráter protetivo.<sup>4</sup>

Em nível mundial, o estudo de Woody et al (2018) apontou que o abuso sexual é a forma mais comumente estudada de maus-tratos, com prevalência de 20,4% (13,2% a 33,6%) e 28,8% (17,0% a 40,2%) em meninas norte-americanas e australianas, respectivamente; no entanto, com taxas mais baixas geralmente para meninos. As taxas de abuso físico foram mais semelhantes entre os sexos, exceto na Europa, que foram de 12,0% (6,9% a 23,0%) e 27,0% (7,0% a 43,0%) para meninas e meninos, respectivamente, e muitas vezes muito altas em alguns continentes como, por exemplo, 50,8% (36,0% a 73,8%) e 60,2% (43,0% a 84,9%) para meninas e meninos, respectivamente, na África. Já no Brasil, os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

apontaram que, somente no ano de 2011, o país registrou 39.281 atendimentos na faixa de 1 a 19 anos idade, que representam 40% do total de 98.115 atendimentos computados pelo sistema nesse ano.<sup>1,5</sup>

A prevalência de declínio cognitivo na população mundial representa um verdadeiro problema de saúde pública, com uma incidência crescente a cada ano. Um dos fatores que também está relacionado ao aumento dessa prevalência é a constatação do envelhecimento populacional crescente, não somente no Brasil, mas em todo o mundo. Basicamente, o declínio cognitivo é caracterizado pela presença de déficit progressivo nas funções cognitivas (linguagem, motricidade, habilidades visuo-espaciais, dentre outras), com maior ênfase na perda de memória e interferência nas atividades sociais e ocupacionais.<sup>5</sup>

A ligação entre maus-tratos na infância e declínio cognitivo vem sendo analisada, uma vez que o estresse experimentado nos primeiros anos de vida pode estar relacionado a mudanças estruturais, funcionais e epigenéticas nas regiões cerebrais envolvidas na cognição, conforme visto por Bianco e Canto-de-Souza (2018).<sup>6</sup> Em relação a vivências de estresse pós-traumático sofridas, sugere-se uma redução do volume do hipocampo e córtex pré-frontal, uma responsividade exagerada da amígdala, com deficiência da sua modulação pelo córtex pré-frontal ventro-medial e hipocampo, hiperfunção do eixo simpato-adrenal e a hipofunção do eixo hi-potálamo-pituitária-adrenal. Assim, é um transtorno relacionado à ansiedade e memória, que pode correlacionar-se com a velhice e o declínio cognitivo nessa fase.<sup>6</sup>

Este tipo de violência resulta em danos na capacidade funcional, tentativas de suicídio, violação de direitos humanos, diminuição da qualidade de vida e elevadas taxas de mortalidade.<sup>7</sup> Alterações, ao longo do ciclo vital, que podem ter um impacto sinérgico entre si, somado à condição de declínio cognitivo normal no idoso, podem aumentar esse processo e torná-lo patológico.

Os maus-tratos na infância estão associados a traumas para a vida toda de uma pessoa, resultando em mudanças de formas diversas, atingindo todo o ciclo vital, sendo, portanto, de grande relevância tornar conhecidos os impactos e consequências que estes podem trazer na vida do ser humano nas idades mais avançadas. Da mesma

forma, levanta-se a hipótese de que os maus-tratos na infância trazem consigo uma série de consequências negativas e declínio cognitivo no idoso.

Sabe-se que, via de regra, o comprometimento cognitivo tem o poder de afetar a capacidade funcional do indivíduo no seu dia a dia, implicando perda de independência e autonomia, a qual varia de acordo com o grau de gravidade, com consequente perda da qualidade de vida do idoso. A noção de autonomia, no que tange à interdependência desta com uma memória íntegra, reside na capacidade individual de cuidar de si mesmo, executar tarefas que lhe permitam a adaptação psicossocial e ser responsável pelos próprios atos.<sup>8</sup>

Mas de fato existe relação entre maus-tratos ocorridos na infância e declínio cognitivo no idoso? Estes maus-tratos têm relação direta ou indireta no declínio cognitivo no idoso?

Diante de tal contextualização, o objetivo do presente estudo volta-se para a análise da existência de uma relação entre os maus-tratos ocorridos na infância e o surgimento do declínio cognitivo no idoso.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa. A metodologia adotada para o desenvolvimento do tema será a revisão sistemática da literatura, por meio da adoção da pesquisa bibliográfica nas seguintes bases de dados: SciELO, LILACS, PubMed e PsycINFO. Para a pesquisa nas bases de dados acima relacionadas, foram utilizadas como descritores as seguintes palavras-chave: idosos; declínio cognitivo; cognição; envelhecimento; maus-tratos na infância.

Como critérios de inclusão, foram utilizados somente artigos publicados na língua portuguesa e língua inglesa. A linguagem dos artigos configurou-se, também, como um critério de seleção adotado. O período de seleção dos artigos compreendeu os últimos cinco anos, ou seja, a partir de 2013 até 2018. A opção por este período de cinco anos das publicações deveu-se à necessidade de se encontrar fontes e material recente, atualizado, envolvendo pesquisas que abordem esta temática.

Resumos e textos que se demonstraram

completos foram incluídos em uma nova seleção composta por quatro critérios de inclusão/exclusão. Na presente etapa excluiu-se: (1) estudos em que não era possível a recuperação do texto completo; (2) revisões da literatura que não tratem sobre seres humanos; (3) estudos em que o objetivo principal fora a avaliação de outros vocábulos do que os não utilizados nas palavras-chave; (4) estudos que não apresentem relação entre maus-tratos e declínio cognitivo.

## RESULTADO

No total, foram 33 artigos (Figura 1), dos quais exclusivamente dez eram artigos originais que focaram na relação entre maus-tratos na infância e declínio cognitivo em idosos. Os detalhes clínicos e experimentais desses dez artigos originais estão descritos no Quadro 1.

Pelo cruzamento dos descritores "idosos", "cognição" e "maus-tratos na infância", foi possível obter uma amostra de 31 artigos. Já no cruzamento dos descritores "envelhecimento", "declínio cognitivo" e "maus-tratos na infância", a amostra obtida foi de dois artigos. Para cruzamento dos descritores, não foram utilizados operadores booleanos.

Dentre os 33 estudos, 15 foram selecionados para uma avaliação mais profunda, utilizando-se os critérios de seleção mencionados anteriormente. Ressalta-se ainda que os 18 artigos que foram excluídos desta amostra não atenderam aos critérios de elegibilidade adotados, bem como não apresentavam sua temática principal compatível com os objetivos buscados para este levantamento, ou seja, não tinham relação direta com a temática da abordagem dos maus tratos na infância e seus impactos na vida senil.

Em seguida, realizou-se a exclusão de cinco estudos que se apresentaram duplicados entre as bases. Os resumos e textos destes estudos restantes foram analisados levando-se em consideração os critérios de inclusão/exclusão.

Após a realização da seleção, restaram dez estudos, sendo que estes foram realmente utilizados, por se enquadrarem dentro dos critérios de exclusão/inclusão.

Durante todo o processo, dois autores revisaram a busca e a análise dos artigos de forma independente.

A Figura 1, abaixo, apresenta uma representação esquemática dos artigos encontrados, incluídos e excluídos da amostra final.

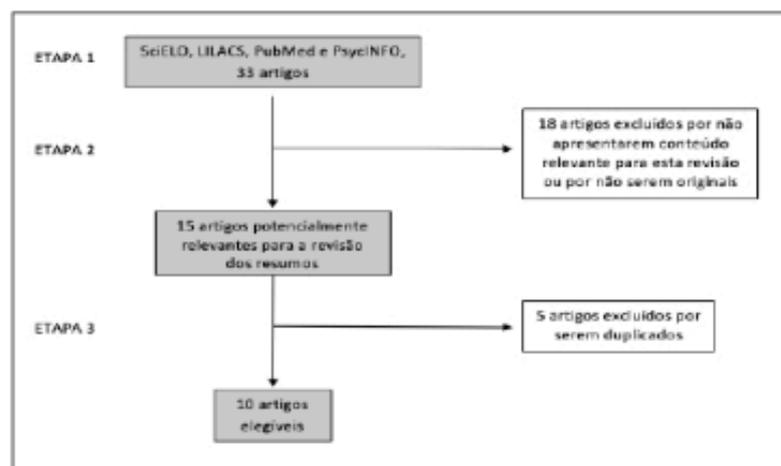


Figura 1. Fluxograma com trajeto da pesquisa bibliográfica e critérios de inclusão e exclusão dos artigos encontrados.

Apesar de poucos artigos que abordam o assunto sobre a presença de maus-tratos na infância e sua relação com o desenvolvimento do declínio cognitivo em idosos, foi possível observar, nos artigos encontrados e estudados, uma forte associação nesse sentido. Essa relação envolve não só o declínio cognitivo, mas também o desenvolvimento de outros transtornos psiquiátricos, como os depressivos e os associados ao estresse, que acabam por atuarem em sinergismo com o impacto deletério dos efeitos dos maus-tratos na infância ao longo de todo o ciclo vital.

Nesse aspecto, o Quadro 1, a seguir, mostra os estudos e respectivos resultados encontrados, relacionados à temática maus-tratos na infância e declínio cognitivo no idoso.

Quadro 1. Características dos artigos originais, selecionados na pesquisa bibliográfica, que abordam o tema maus-tratos na infância e sua associação com o declínio cognitivo em idosos, entre os anos de 2013 a 2018

(Continua)

Título	Referência (ano)	Objetivo geral	Resultados
Childhood Trauma is Associated With Poorer Cognitive Performance in Older Adults	Petkus AJ, Lenze EJ, Buthers MA, Twanley EW, Wetherell JL (2018) <sup>12</sup>	Investigar o trauma infantil em relação ao desempenho cognitivo em idosos.	Impacto deletério do trauma infantil na saúde cerebral na velhice
The influence of childhood abuse on cortisol levels and the cortisol awakening response in depressed and nondepressed older adults	Wieland I, Schaakos R, Comijs HC, Stek ML, Rhebergen D. (2017) <sup>16</sup>	Examinar o impacto do abuso infantil e sua interação com a depressão nos níveis de cortisol em idosos	Idosos com histórico de abuso na infância podem ser mais afetados negativamente por eventos estressantes, o que se reflete na desregulação do eixo HPA
Relação entre violência e função cognitiva em idosos	Faustino AM, Moura LBA, Gandolfi L. (2016) <sup>20</sup>	Determinar se existe relação entre cognição em idosos e exposição à violência	Houve associação significativa entre maus-tratos e mudança na função cognitiva de idosos
Narrative of self-neglect: patterns of traumatic personal experiences and maladaptive behaviors in cognitively intact older adults	Lien C, Rosen T, Bloemen EM, Abrams RC, Pavlou M, Lachs MS (2016) <sup>17</sup>	Identificar padrões de auto-negligência, através de narrativas de idosos	Foram identificados padrões de experiências pessoais traumáticas e comportamentos desadaptativos em idosos auto-negligentes
How do negative emotion relate to dysfunctional posttrauma cognitions? An examination of interpersonal trauma survivors	Beck JG, Reich CM, Woodward MJ, Olsen AS, Jones JM, Patton SC (2015) <sup>11</sup>	Examinar associações entre emoções negativas e cognições disfuncionais relacionadas ao trauma	Níveis mais altos de emoções negativas foram significativamente associados a disfunções cognitivas

(Conclusão)			
Título	Referência (ano)	Objetivo geral	Resultados
Childhood abuse in late-life depression	Comijsa HC, Exel E, Van der Mast RC, Paauw MA, Voshaar O, Stek ML (2013) <sup>14</sup>	Estudar a relação entre abuso na infância e depressão tardia	Houve forte relação entre depressão em idosos e abuso na infância, com associação a um aumento no número de doenças crônicas comórbidas
Effect of maltreatment on brain structure in adult patients with major depressive disorder and healthy participants	Chaney A, Carballedo A, Amico F, Fagan A, Skokauskas N, Meaney J, Frodl T (2014) <sup>17</sup>	Investigar a relação entre depressão e história de maus-tratos na infância e suas mudanças estruturais	Há alteração estrutural no cérebro em indivíduos que sofrem maus-tratos na infância em comparação com aqueles que não sofreram
The impact of the developmental timing of trauma exposure on PTSD symptoms and psychosocial functioning among older adults	Ogle CM, Rubin DC, Siegler IC (2013) <sup>15</sup>	Examinar a associação entre transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) e funcionamento psicossocial em idosos	Idosos que sofreram evento traumático mais angustiante durante a infância exibiram sintomas mais severos de transtornos de estresse pós-traumático
Cognitive function is preserved in older adults with a reported history of childhood sexual abuse	Feeney J, Kamiya Y, Robertson IH, Kenny RA (2013) <sup>12</sup>	Investigar a função cognitiva em idosos com história de abuso sexual na infância	A ocorrência de abuso sexual na infância foi associada com a pior saúde psicológica nos idosos
Maus-tratos na infância e funcionamento cognitivo tardio: uma revisão sistemática	Irigaray TQ, Pacheco JB, Grassi-Oliveira R, Fonseca RP, Leite JCC, Kristensen CH (2013) <sup>18</sup>	Investigar a relação entre maus-tratos e funcionamento cognitivo através de revisão sistemática da literatura	Idosos que sofreram maus-tratos na infância demonstraram um perfil cognitivo inferior

## DISCUSSÃO

A cognição acaba por envolver o funcionamento mental, como, por exemplo, as habilidades de pensar, lembrar, raciocinar, lembrar, perceber, e, responder a qualquer tipo de estímulos externos. Embora possa ocorrer mudanças no desempenho cognitivo em razão do envelhecimento, tal prejuízo não afeta realmente a vida cotidiana dos idosos e de seus familiares.<sup>6</sup>

Para a maioria dos idosos, as capacidades cognitivas não são afetadas, mesmo tendo maior dificuldade em armazenar e recuperar as informações. Existe uma grande variabilidade em relação ao funcionamento cognitivo na terceira idade, sendo que o declínio poderá ocorrer em diferentes áreas. Em estudo de Rosa et al (2016), verificou-se maior prevalência de transtornos mentais e de realização de tratamento psiquiátrico nos idosos com prejuízos cognitivos.<sup>9</sup>

Neste sentido, ao se levar em consideração a influência dos maus-tratos durante a infância e o declínio cognitivo durante a fase idosa, há uma relação entre esses domínios. A negligência emocional foi a forma de maus-tratos que mais influenciou a presença de traços de psicopatia e que mais se associou a prejuízos de habilidades sociais específicas. O volume de substância branca de regiões do hemisfério esquerdo (giro angular, precuneus e lobo parietal inferior) correlacionou-se negativamente com a afetividade, de acordo com estudo realizado por Scarparo(2016).<sup>10</sup>

Dentro deste contexto, o efeito em longo-prazo da exposição à violência parental e abuso físico parental na infância é o risco elevado para perpetração da violência na idade adulta, seja em seus relacionamentos íntimos, seja com a perpetração contra os próprios filhos.<sup>11</sup>

Pela amostra selecionada, foi possível observar que, embora escassos, há estudos que abalizam a tese de que os impactos dos maus-tratos na infância estão associados ao comprometimento não somente do fator cognitivo, mas também a uma série de impactos negativos que se perpetuam por toda a vida do indivíduo.

O envelhecimento natural acaba por trazer impactos nos mais variados órgãos e sistemas do corpo humano. No desempenho cognitivo não é diferente, já que o processo de envelhecimento irá também trazer uma série de

limitações para os idosos, de uma forma geral.

No entanto, o envelhecimento e seu decréscimo cognitivo não são capazes de afetar realmente a vida cotidiana dos idosos e de seus familiares. Para a maioria dos idosos, as capacidades cognitivas não são afetadas, mesmo tendo maior dificuldade em armazenar e recuperar as informações. Todavia, quando há um comprometimento cognitivo em decorrência de um ou mais fatores deletérios, observa-se um quadro diferente.

Estes fatores deletérios poderiam estar associados aos maus-tratos que os idosos podem ter passado durante sua infância, havendo maior propensão para apresentarem piores quadros de saúde psíquica em idosos que sofreram abuso sexual na infância, em comparação com aqueles que não relataram história de abuso sexual infantil.<sup>12</sup>

Há o consenso de que o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) desempenha um papel fundamental na resposta aos estímulos psíquicos externos e internos, podendo ter papel importante no desencadeamento de episódios psiquiátricos em indivíduos predispostos.<sup>13</sup>

Avivência em situações de estresse, especialmente nas fases mais precoces do desenvolvimento humano, pode também ter relação direta com a ocorrência de alterações no eixo HPA, que serão persistentes por toda a vida do indivíduo. Estas alterações podem causar diminuição da capacidade do indivíduo de participar de forma responsiva e positiva frente às situações de estresse durante todo o percurso de sua vida.<sup>14</sup>

Todas estas questões chamam a atenção para uma possível associação entre a ocorrência de traumas, agressões, estresse excessivo, enfim, maus-tratos vivenciados na infância e a possível relação destes fatores com uma possível alteração no eixo HPA e o desencadeamento consequente de demências já na vida adulta e senil.

Nesse aspecto, idosos que experimentaram seu evento traumático mais angustiante durante a infância exibiram sintomas mais severos de Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), que possui relação com a perda cognitiva hipocampal, pelo efeito inflamatório deletério e neurotóxico cortisol advindo do eixo HPA, e menor felicidade subjetiva em comparação com adultos mais velhos que sofreram o trauma mais angustiante após a transição para a vida adulta.<sup>15</sup>

Nesse aspecto, o abuso na infância estaria

associado a níveis basais de cortisol mais baixos ao despertar e adultos mais velhos, com histórico de abuso na infância, poderiam ser mais afetados negativamente pelo estresse ou por eventos estressantes, o que se refletiria na desregulação do eixo HPA.<sup>16</sup>

Da mesma forma, foi encontrado significativamente diminuído o volume de substância cinzenta no hipocampo e aumentado de forma importante no córtex pré-frontal dorsomedial (DMPFC) e no córtex orbitofrontal (OFC) em participantes que sofreram maus-tratos na infância em comparação com aqueles que não tiveram, o que sugere alterações estruturais no cérebro de idosos associadas a maus-tratos sofridos na infância.<sup>17</sup>

Foi observado ainda uma relação positiva entre o abuso na infância e a depressão de início tardio, muito associada à perda cognitiva importante, a sintomas de anedonia e apatia, além de comorbidades, o que poderia sugerir o bem-estar psicológico poder ser mantido por toda a meia-idade, mas também pode ser perturbado mais tarde na vida, mesmo tendo o evento traumático ocorrido na infância.<sup>18</sup> Ao se levar em consideração a influência dos maus-tratos durante a infância e o declínio cognitivo durante a fase idosa, há uma relação positiva, mas as pessoas podem permanecer estáveis ao longo da vida adulta.<sup>10</sup>

Em suma, o desgaste cognitivo, particularmente, pode levar o indivíduo a cometer erros básicos de processamento de informações, fruto de uma assimilação mais lenta dos aspectos relevantes da tarefa, ou até mesmo pela impossibilidade de detecção de detalhes imprescindíveis ao planejamento de uma determinada estratégia. Estes fatos, em conjunto, podem contribuir para que o indivíduo decida sem que tenha compreendido por completo a conjuntura em que problema está envolvido.

Foram identificados padrões de experiências pessoais traumáticas e comportamentos desadaptativos, relacionados à autonegligência.<sup>19</sup> Dessa forma, experiências, percepções e comportamentos desenvolvidos ao longo da vida podem contribuir para a autonegligência dos idosos. Nesse contexto, foi evidenciada a associação entre a violência sexual, negligência e autonegligência e mudanças na função cognitiva de idosos.<sup>20</sup> Da mesma forma, também foi visto que o estresse, em razão de maus tratos durante a infância, tende a acelerar os processos básicos do envelhecimento, principalmente em termos cognitivos, resultando na

vulnerabilidade do idoso.<sup>21</sup>

O trauma infantil foi significativamente associado a pior desempenho nas medidas de velocidade de processamento, atenção e funcionamento executivo em idosos. Eventos traumáticos relatados na infância estariam, portanto, associados a pior desempenho cognitivo em idosos. Esses resultados demonstram o impacto deletério do trauma infantil na saúde mental na velhice.<sup>22</sup>

Desta forma, o declínio cognitivo traz consigo o enfrentamento entre o envelhecimento saudável e patológico, abrangendo o surgimento de uma demência leve, como observam Ribeiro et al (2016), afirmando que os idosos vivenciam o envelhecimento e a finitude com estratégias de enfrentamento que podem gerar tanto resultados desfavoráveis quanto favoráveis à saúde, como perda financeira; redução da cognição; perda da sensação de domínio; perda da sensação de ser útil; redução do bem-estar subjetivo e da qualidade de vida.<sup>23</sup>

Na existência de maus-tratos durante a infância, o declínio cognitivo apresentaria maior incidência especialmente na parte da memória, que se associa ao declínio em outras funções cognitivas. Assim, o declínio cognitivo pode comprometer outras funções cognitivas, possibilitando o surgimento de outras alterações, sobretudo as psiquiátricas, que acabam por ser resultado de vivências negativas de maus-tratos durante a vida, conforme evidenciado por Marques (2017).<sup>24</sup>

Essas alterações psiquiátricas como fatores preditivos para o prejuízo cognitivo em idosos, contribuem para piorar as atividades funcionais e a independência destes pacientes, o que, conseqüentemente, levará à piora dos sintomas iniciais e a um ciclo vicioso que se estende por todo o mote vital.<sup>24</sup>

Os idosos sujeitos a maus-tratos durante a infância apresentam queixa de memória, principalmente comprometimento da memória em testes, em razão da função cognitiva global preservada. Em tais casos, a perda de memória episódica é considerada como maior que o esperado, mas não preenchendo critérios para o diagnóstico de demência. Da mesma forma, quando há maus-tratos na infância, observa-se decréscimo na capacidade de memória verbal episódica, memória de trabalho e atenção, conforme verificado por Irigaray et al (2013).<sup>25</sup>

As associações clínicas das queixas de problemas com a memória estão relacionadas com a questão dos

maus-tratos, atingindo principalmente as dificuldades subjetivas de memória, como afirmam Cunha et al (2015).<sup>26</sup>Essa dificuldade amnésica se relaciona a sintomas depressivos e ansiosos, que pioram o desempenho cognitivo em idosos. Além disso, ocorrem déficits em atividades de vida diárias (AVDs) avançadas e instrumentais, comprometendo a qualidade de vida e constituindo-se em risco de estágio pré-demencial. Dessa forma, o idoso que apresenta declínio cognitivo leve, tende, de forma gradativa, a perder a capacidade de realização de suas atividades cotidianas, apresentando seus relacionamentos sociais afetados e podendo se isolar socialmente, atividade que é fator de proteção para a incapacidade funcional e o prejuízo cognitivo em idosos, conforme afirmam Brito et al (2012).<sup>27</sup>A dependência constitui, portanto, fator de risco significativo para a piora do declínio cognitivo na população idosa e relações sociais satisfatórias acabam por promoverem melhores condições de saúde, na perspectiva de influenciarem diretamente na esfera cognitiva.<sup>27</sup>

O risco de desenvolvimento de declínio cognitivo encontra associação a fatores considerados intrínsecos e extrínsecos do ser humano, dentre os quais os maus-tratos na infância teriam papel significativo, além de baixa escolaridade e hipertensão arterial, dentre outras. Como visto por Nascimento et al (2015), a predominância maior ocorre em mulheres, estando associada com a incapacidade funcional, presença de comorbidades, falta de contato social, atividade intelectual pobre, entre outros.<sup>28</sup>

Alves et al (2016) evidenciaram a existência de relações entre o estilo de vida durante a infância e a capacidade cognitiva.<sup>29</sup>Crianças provenientes de famílias desfavorecidas têm menos acesso a uma variedade de materiais lúdicos e pedagógicos, desde a infância até a adolescência. Em ambientes familiares e a contextos sociais mais favorecidos, econômica e culturalmente, elas se beneficiam de mais oportunidades de interação com as ferramentas e os artefatos socioculturais, podendo, dessa forma, otimizar o seu desenvolvimento cognitivo. Assim, determinadas ocorrências negativas durante a infância possibilitariam maior possibilidade de surgimento, durante todo o ciclo vital, incluindo a fase idosa, de um prejuízo cognitivo, mais acentuado na velhice.<sup>29</sup>Dessa forma, quanto mais saudável for a vida durante a infância, sem maiores ocorrências negativas, melhor será o

desempenho dos idosos em habilidades cognitivas, como linguagem, memória e atenção.

Nesse mesmo contexto, a privação nutricional precoce na infância, decorrente de negligência, pode contribuir para o comprometimento cognitivo entre idosos. Considerando a nutrição como fator de influência ao desenvolvimento cognitivo infantil, aceita-se a ideia de que a desnutrição está associada à patologia estrutural e funcional do cérebro, resultando em dano tecidual, retardo do crescimento, diferenciação desordenada, redução de sinapses e neurotransmissores sinápticos, mielinização retardada e redução do desenvolvimento geral da arborização dendrítica do cérebro em desenvolvimento.<sup>29</sup> Desvios nutricionais, portanto, induzem alterações estruturais e funcionais cerebrais, que por sua vez podem prejudicar a memória e, conseqüentemente, afetar o aprendizado principalmente em fases de desenvolvimento cognitivo, perdurando até a fase idosa e podendo implicar num maior prejuízo cognitivo nessa etapa da vida.<sup>30</sup>

Ao se examinar a questão da influência de maus-tratos no decorrer da infância e o surgimento do declínio cognitivo na fase idosa, Ogle et al (2013) verificam que a probabilidade de existir essa associação aumenta consideravelmente, pois ocorre certo grau de comprometimento no aspecto psíquico do indivíduo. Neste contexto, torna-se compreensível entender que os eventos traumáticos e os maus-tratos na infância causam impactos sobre modo avassaladores em longo prazo.<sup>15</sup>

Essas conseqüências podem estar associadas, juntamente com o sentimento de culpa, a uma maior probabilidade para a perpetuação tanto da culpabilização como do quadro depressivo e do impacto no desempenho cognitivo, atuando todos esses fatores em uma sinergia negativa, como relaram Beck et al (2015).<sup>31</sup> Dessa forma, a avaliação dos riscos relacionados aos maus-tratos contra os idosos é imprescindível, pois por meio deles poderá ser prestada uma assistência adequada; essa percepção desde a infância se faz necessária com mais ênfase ainda, com base nas conseqüentes alterações cognitivas e psicológicas que podem ocorrer no ciclo vital.<sup>31</sup>

Se a saúde de um indivíduo resulta de condições biológicas, socioculturais e psíquicas, é possível, então, levantar a hipótese de que o convívio social e diferentes atividades de lazer, desde a infância, possam contribuir como mais um fator de proteção para o declínio

cognitivo no idoso. Principalmente, se considerados os fatores associados a esse declínio, que evidenciam menor escolaridade, menor suporte social, histórico de saúde negativo, menor engajamento social, estilo de vida negativo, pior saúde percebida, mais queixas subjetivas de memória, pior saúde mental e mais sintomas depressivos. Tais fatores, quando ausentes, podem, então, diminuir consideravelmente a possibilidade de surgimento e/ou a piora do declínio cognitivo na fase idosa.

## CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos, essa revisão contribuiu para o direcionamento que, de fato, os maus-tratos na infância possuem associação com o declínio da função cognitiva no idoso, agravando-a sobremaneira e inclusive podendo colocar os indivíduos em risco de autonegligência. Esses achados são consistentes com relatos anteriores de alterações neuroanatômicas em indivíduos idosos. Este risco elevado de maior declínio cognitivo parece ser particularmente relevante quando o trauma advém da infância, percorrendo a vida como um todo, até a fase idosa.

Os resultados desse estudo reforçam a ideia de que determinantes sociais da saúde devem ser considerados na análise da relação entre função cognitiva e maus-tratos na infância ao longo do ciclo da vida, sobretudo levando-se em conta a natureza duradoura de eventos traumáticos no início da vida. Nesse aspecto, estão compreendidos os familiares, a população abrangente e os profissionais de saúde envolvidos no cuidado, além disso, tanto os profissionais que atuam na atenção básica, como na situação de emergência necessitam de capacitação específica para atuar identificando, avaliando, prevenindo e diagnosticando as situações de violência e, assim, informar as autoridades para as possíveis medidas. Como afirmam Grilo et al (2015), é através da notificação que a violência ganha visibilidade e possibilita a criação de políticas públicas voltadas ao assunto.<sup>32</sup>

Portanto, a detecção precoce, pela ação das redes de saúde, é fundamental para prevenir tanto comportamentos de risco que possam sinalizar uma condição de maus-tratos na infância, como o declínio cognitivo no idoso, levando-se em conta essa associação à adversidade traumática precoce. Infelizmente, os maus-tratos percorrem toda a vida, o tempo não cura; apenas

esconde.

Como fator limitante deste estudo, destaca-se a percepção de que a temática ainda carece de mais estudos que abordem esta relação temporal, principalmente por meio de estudos longitudinais.

#### AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – Brasil (Capes).

Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG); Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PUCRS).

#### REFERÊNCIAS

- Nunes AJ, Sales MCV. Violência contra crianças no cenário brasileiro *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(3):871-880.
- Dias A, Mooren T, Kleber RJ. Public health actions to mitigate long-term consequences of child maltreatment. *J Public Health Policy*. 2018; 39(3): 294-303.
- Moody G, Cannings-John R, Hood K, Kemp A, Robling M. Establishing the international prevalence of self-reported child maltreatment: a systematic review by maltreatment type and gender. *BMC Public Health*. 2018; 18(1): 1164.
- Souza GW, Macedo S. Grupo interventivo com genitores (as) de crianças vítimas de violência sexual. *Rev. abordagem gestalt*. 2018; 24(3):265-274.
- Radanovic M, Stella F, Forlenza O. Comprometimento cognitivo leve. *Revista De Medicina*. 2015; 94(3): 162-168.
- Bianco MB, Canto-de-Souza ALM. Ansiedade, memória e o transtorno de estresse pós-traumático. *Revista CES Psicologia*. 2018; 11(2): 53-65.
- Castro, VC, Rissardo LK, Carreira L. Violência contra os idosos brasileiros: uma análise das internações hospitalares. *Rev. Bras. Enferm*. 2018; 71(2): 777-785.
- Machado JC, Ribeiro RCL, Cotta RM, Leal PFG. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Revi Bras. Geriatr. Gerontol*. 2011; 14(1): 109-121.
- Rosa TSM, dos Santos Filha VAV, de Moraes AB. Prevalence and factors associated with cognitive impairments in the elderly of charity asylums: a descriptive study. *Ciência & saúde coletiva*. 2018; 23(11).
- Scarparo MO. Comportamento social e volume de substância branca cerebral em adolescentes vítimas de maus tratos. São Paulo: University of São Paulo, Faculdade de Medicina. 2016.
- Waikamp V, Serralta FB. Repercussões do trauma na infância na psicopatologia da vida adulta. *Ciencias Psicológicas*. 2018; 12(1): 137-144.
- Feeney J, Kamiya Y, Robertson IH, Kenny RA. Cognitive function is preserved in older adults with a reported history of childhood sexual abuse. *J Trauma Stress*. 2013; 26(6): 735-43.
- Tofoli SMC. Depressão, Estresse Precoce, Eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal e a Resposta Terapêutica: avaliações psicométricas e psiconeuroendócrinas. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina. 2012; 180f.
- Baes CVW. Estresse precoce e alterações do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) na depressão. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina. 2012; 163f.
- Ogle CM, Rubin DC, Siegler IC. The impact of the developmental timing of trauma exposure on PTSD symptoms and psychosocial functioning among older adults. *Developmental Psychology*. 2013; 49(11): 2191-2200.
- Wiellard I, Schaakxs R, Comijs HC, Stek ML, Rhebergen D. The influence of childhood abuse on cortisol levels and the cortisol awakening response in depressed and nondepressed older adults. *The*

- World Journal of Biological Psychiatry : the Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry. 2017; 25: 1-10.
17. Chaney A, Carballedo A, Amico F, Fagan A, Skokauskas N, Meaney J, Frodl T. Effect of childhood maltreatment on brain structure in adult patients with major depressive disorder and healthy participants. *J Psychiatry Neurosci*. 2014; 39(1): 50-9.
  18. Comijsa HC, Exel E, Van der Mast RC, Paauw MA, Voshaar O, Stek ML. Childhood abuse in late-life depression. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 147(1-3):241-246.
  19. Lien C, Rosen T, Bloemen EM, Abrams RC, Pavlou M, Lachs MS. Narratives of Self-Neglect: Patterns of Traumatic Personal Experiences and Maladaptive Behaviors in Cognitively Intact Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2016; 64(11): 195-200.
  20. Faustino AM, Moura LBA, Gandolfi L. Relação entre violência e função cognitiva em idosos. *Rev. enferm. UFPE on line*. 2016; 10(5): 1717-1723.
  21. ML Levandowski. Maus-tratos na infância, estresse e envelhecimento celular. Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS. 2018.
  22. Petkus AJ, Lenze EJ, Butters MA, Twamley EW, Wetherell JL. Childhood Trauma Is Associated With Poorer Cognitive Performance in Older Adults. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2018; 79(1).
  23. Ribeiro, MS, Borges, MS, de Araújo TCCF, Souza MCS. Estratégias de enfrentamento de idosos frente ao envelhecimento e à morte: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro. 2017; 20(6).
  24. Marques RC. Repercussões na saúde de experiências traumáticas na infância. Tese (Doutorado) Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. 2017.
  25. Irigaray TQ, Pacheco JB, Grassi-Oliveira R, Fonseca RP, Leite JCC, Kristensen CH. Child maltreatment and later cognitive functioning: a systematic review. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2013; 26(2): 376-387.
  26. Cunha FCM, Cintra MTG, Dornelas JM, Assis MG, Cassiano JG, Nicolato R, Malloy-Diniz LF, Moraes EN, Bicalho MAC. Declínio funcional em idosos com comprometimento cognitivo leve. *Revista Med Minas Gerais*. 2015; 25(3).
  27. TRP de Brito, SCI Pavarini. Relação entre apoio social e capacidade funcional de idosos com alterações cognitivas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2012; 20(4).
  28. Nascimento RAS, Batista RTS, Rocha SV, Vasconcelos LRC. Prevalência e fatores associados ao declínio cognitivo em idosos com baixa condição econômica: estudo MONIDI. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2015.
  29. Alves AF, Lemos GC, Brito L, Martins AA, Almeida LS. Desempenho Cognitivo na Infância: A Mãe e o Meio Urbano fazem a Diferença. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2016; 32 (3).
  30. Ramos ICS. Interação entre o estado nutricional em crianças a partir da segunda infância e alterações de memória. Trabalho de Conclusão de Curso, Núcleo de Nutrição, Universidade Federal de Pernambuco. Vitória de Santo Antão, 2017.
  31. Beck JG, Reich CM, Woodward MJ, Olsen AS, Jones JM, Patton SC. How do negative emotions relate to dysfunctional posttrauma cognitions? An examination of interpersonal trauma survivors. *Psychol Trauma*. 2015; 7(1): 3-10.
  32. Grilo PM, Lombardi Filho I. Maus-tratos a idosos: perfil das vítimas, vínculo com o agressor e atuação dos profissionais. *Estudos interdisciplinares do envelhecimento*, Porto Alegre. 2015; 20(2): 611-624.

Recebido em: 21/02/2019

Aceito em: 26/06/2019

## QUALIS DA REVISTA SAÚDE E PESQUISA – QUALIS A3

ISSN	TITULO	ESTRATO
1982-6907	SÃO PAULO JOURNAL OF MATHEMATICAL SCIENCES	B3
1516-3180	SÃO PAULO MEDICAL JOURNAL (IMPRESSO)	A4
2177-6342	SAPERE AUDE: REVISTA DE FILOSOFIA	B2
2610-8968	SAPERE PEDAGOGICO E PRATICHE EDUCATIVE	B4
2183-5063	SAPIENTIAE	B2
1062-936X	SAR AND QSAR IN ENVIRONMENTAL RESEARCH (PRINT)	A2
1124-0490	SARCOIDOSIS, VASCULITIS, AND DIFFUSE LUNG DISEASES	B2
2224-5383	SARHAD JOURNAL OF AGRICULTURE	B4
2178-7085	SAÚDE & TRANSFORMAÇÃO SOCIAL / HEALTH & SOCIAL CHANGE	A3
2236-5834	SAÚDE (SANTA MARIA)	B1
1806-3365	SAÚDE COLETIVA (BARUERI)	B4
2317-8582	SAÚDE E DESENVOLVIMENTO HUMANO	A4
2316-347X	SAUDE E MEIO AMBIENTE - REVISTA INTERDISCIPLINAR	B2
<b>2176-9206</b>	<b>SAÚDE E PESQUISA (ONLINE)</b>	<b>A3</b>
1984-0470	SAÚDE E SOCIEDADE (ONLINE)	B3
2358-2898	SAÚDE EM DEBATE	B2
1319-562X	SAUDI JOURNAL OF BIOLOGICAL SCIENCES	A1
1319-4534	SAUDI JOURNAL OF OPHTHALMOLOGY	B3
1319-0164	SAUDI PHARMACEUTICAL JOURNAL	A2
2595-041X	SAVANNAH JOURNAL OF RESEARCH AND DEVELOPMENT (ONLINE)	B4
2236-3297	SBC JOURNAL ON 3D INTERACTIVE SYSTEMS	B4
2595-9107	SCANDIA	B4
0036-5513	SCANDINAVIAN JOURNAL OF CLINICAL & LABORATORY INVESTIGAT	B2
0036-5521	SCANDINAVIAN JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY (TRYKT UTG.)	A3
1365-3083	SCANDINAVIAN JOURNAL OF IMMUNOLOGY (ONLINE)	A4
0300-9475	SCANDINAVIAN JOURNAL OF IMMUNOLOGY (PRINT)	A4
0905-7188	SCANDINAVIAN JOURNAL OF MEDICINE & SCIENCE IN SPORTS	A1

Fonte: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/index.xhtml>

**APÊNDICE D – ARTIGO SUBMETIDO: “TRANSTORNOS ANSIOSOS EM IDOSOS: O EFEITO DOS MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA” (QUALIS B1)**

Page 1 of 29

Ciência &amp; Saúde Coletiva

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

**TRANSTORNOS ANSIOSOS EM IDOSOS:  
O EFEITO DOS MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA**

**ANXIOUS DISORDERS IN ELDERLY:  
THE EFFECT OF CHILDHOOD MALTREATMENT**

**RESUMO**

Objetivo: Os maus-tratos na infância são um fator importante associado a resultados adversos na saúde mental, incluindo transtornos ansiosos. O objetivo deste estudo foi avaliar a influência da ocorrência e características dos maus-tratos na infância e a manifestação clínica de transtornos de ansiedade em idosos.

Métodos: Neste estudo transversal, idosos de bairros socioeconômicos desfavorecidos de Porto Alegre, Brasil (n = 274), completaram o Questionário de Trauma na Infância (CTQ) e a Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional 5.0 (MINI plus).

Resultados: Os transtornos de ansiedade foram relacionados a maus-tratos na infância, outros transtornos psiquiátricos, condições financeiras desfavorecidas e poucos anos de escolaridade.

Conclusões: Esses achados sustentam a hipótese de que os maus-tratos na infância estão associados a transtornos ansiosos em idosos e a níveis específicos de condições financeiras e escolares. Esses resultados sugerem que a melhoria das condições sociais não adaptativas na infância pode prevenir transtornos de ansiedade em idosos.

**Palavras-chave:**

Maus-tratos na infância; Transtornos psiquiátricos e de ansiedade; Saúde pública; Idosos.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

### **ABSTRACT**

**Objective:** Childhood maltreatment is an important factor associated with adverse mental health outcomes including anxious disorders. The objective of this study was to evaluate the influence of the occurrence and characteristics of maltreatment in undeveloped childhood and clinical manifestation of anxiety disorders in elderly.

**Methods:** In this cross-sectional study, elderly subjects from socioeconomically disadvantaged neighborhoods of Porto Alegre, Brazil (n = 274) completed the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) and Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0 (MINI plus).

**Results:** Anxiety disorders were related to childhood maltreatment, other psychiatric disorders and underprivileged financial conditions and few years of schooler.

**Conclusions:** These findings support the hypothesis in which childhood maltreatment is associated with anxious disorders in elderly and specific levels of financial and schooler conditions. These results suggest that improving the social maladaptive conditions in childhood could prevent anxiety disorders in elderly.

### **Keywords:**

Childhood maltreatment; Psychiatric and anxiety disorders; Public Health; Elderly.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

## INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é um processo natural, na qual são observados uma série de eventos fisiológicos responsáveis por uma ampla cadeia de alterações e mudanças na capacidade física e mental do indivíduo. Estas alterações fisiológicas ocorrem de forma gradativa, natural, associada ou não à ocorrência de patologias que se manifestam com o envelhecimento.

Por outro lado, em muitos casos, determinados fatores de natureza exógena, ou seja, fatores ambientais, sociais, comportamentais, enfim, podem trazer importante contribuição no processo de envelhecimento, trazendo impactos para a sua saúde e qualidade de vida. Segundo destacado por Ponce <sup>1</sup>, além dos problemas biológicos e fisiológicos, o envelhecimento causa uma diminuição das funções do sistema nervoso central, relacionadas especialmente com o aumento dos transtornos psiquiátricos em adultos idosos. Entre essas doenças relacionadas à idade estão os distúrbios cognitivos – como é o caso do comprometimento cognitivo leve, demências e Alzheimer -, bem como distúrbios emocionais como ansiedade e depressão.

De igual forma, uma série de estudos realizados especialmente ao longo dos últimos anos, tem atribuído, como parte integrante deste grupo de fatores exógenos que interferem no processo natural de envelhecimento, a ocorrência de maus-tratos vividos na infância como um fator capaz de influenciar negativamente o aspecto psicológico do indivíduo e resultar no desencadeamento dos chamados transtornos psiquiátricos na idade senil.

Conforme destacado por Takahashi <sup>2</sup>, os transtornos psiquiátricos – também conhecidos por transtornos mentais ou doença mental – são caracterizados por condições de anormalidade psíquica que gera intenso sofrimento, resultado de disfunções cerebrais que, de acordo com o grau de comprometimento intelectual, requerem ou não internação hospitalar. Conforme a visão de Ponce <sup>1</sup>, essas patologias mentais têm impactos econômicos, sociais e de saúde pública nas comunidades.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

Estimativas apontam que ao menos 5,5 milhões de brasileiros apresentem transtornos psiquiátricos graves e persistentes e necessitam de cuidados intensivos e contínuos em saúde mental. Além disso, cerca de 22 milhões de pessoas que apresentam transtornos psiquiátricos leves ou moderados requerem algum tipo de tratamento ocasional ou contínuo em serviços especializados <sup>3</sup>.

A fobia é um transtorno psiquiátrico muito comum na atualidade, afetando todas as faixas etárias. Segundo De Vries <sup>4</sup>, este distúrbio é associado a altos níveis de comorbidade psiquiátrica. Devido ao seu início precoce, está poder ser um marcador precoce útil da psicopatologia internalizante, especialmente se generalizada para várias situações. De igual forma, os transtornos de ansiedade são muito comuns na atualidade, atingindo um grande número de pessoas nas mais variadas idades e classes sociais. Por certo, tendo em vista a incidência de casos na atualidade, pode-se configurar estes como verdadeiros problemas de saúde pública.

Na visão de De Oliveira <sup>5</sup>, os transtornos de ansiedade são responsáveis por importante custo social, tanto em função do sofrimento individual quanto em virtude dos custos sociais indiretos. Zuardi <sup>6</sup> cita que a síndrome do pânico é um dos transtornos de ansiedade mais conhecidos, que se caracteriza por ataques de pânico recorrentes acompanhados por uma persistente preocupação com ataques adicionais e alterações mal adaptativas do comportamento. Sua etiologia ainda não é conhecida, mas deve envolver uma interação de fatores genéticos, de desenvolvimento e ambientais que resultam em alterações no funcionamento de algumas áreas cerebrais.

Conforme Nogueira <sup>7</sup>, a prevalência nos últimos 12 meses é de 2,7% nos EUA e 1,8% na Europa, entretanto não foram encontrados estudos brasileiros com amostra representativa. Sabe-se também que os casos são mais comuns em mulheres do que homens, na proporção de 2:1, e também atingem a faixa adolescente até os 30 anos, em média.

1  
2  
3 Existiria então alguma relação entre os maus tratos na infância e a ocorrência de  
4 distúrbios ansiosos na idade senil? O que há de consenso sobre estas temáticas na literatura  
5 nacional e internacional? Supõe-se que os maus tratos na infância podem estar associados a  
6 traumas para a vida toda de uma pessoa, resultando em mudanças de formas diversas, atingindo  
7 todo o ciclo vital, sendo, portanto, de grande relevância tornar conhecidos os impactos e  
8 consequências que estes podem trazer na vida do ser humano nas idades mais avançadas.  
9

10  
11 Este trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da  
12 Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e ao Comitê de Ética em  
13 Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Porto Alegre-RS, Brasil,  
14 atendendo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras em Pesquisa, conforme a Resolução  
15 466/12 do CNS/MS.  
16  
17

## 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 **MÉTODOS**

### 31 32 **DELINEAMENTO DO ESTUDO**

33  
34 A metodologia adotada para o desenvolvimento deste estudo foi a descritiva,  
35 transversal, de base populacional, com coleta prospectiva de dados. A população alvo do estudo  
36 foi de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrados no Programa de  
37 Envelhecimento Cerebral (PENACE) da ESF do município de Porto Alegre. Este Programa  
38 abrange todos os indivíduos das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da Gerência  
39 Distrital (GD) Lomba do Pinheiro/Partenon e da região Leste da GD Leste/Nordeste, todos  
40 estes sob a área de abrangência do Hospital São Lucas da PUC/RS.  
41  
42

43  
44 A amostra foi composta por 274 indivíduos. Os critérios de inclusão adotados para os  
45 pacientes com comprometimento cognitivo foram: Indivíduos com mais de 60 anos; Grupo  
46 racialmente misto; Diagnóstico de comprometimento cognitivo leve ou início de demência pelo  
47 critério diagnóstico para demência com base no CID-10 e DSM-5, aferição da gravidade da  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 alteração cognitiva com o CDR; Exame do ACE-R abaixo do corte de acordo com as normas  
4 de escolaridade; Ter assinado termo de consentimento livre e esclarecido; e Ter um  
5  
6  
7  
8 acompanhante.  
9

10 Já os critérios de exclusão para pacientes com comprometimento cognitivo, seguiram  
11  
12 as seguintes diretrizes: Presença de distúrbio psiquiátrico maior (mas não distímia ou depressão  
13 leve concomitantes) ou distúrbio neurológico do Sistema Nervoso Central (SNC), como  
14 acidente vascular cerebral, epilepsia, tumor; Abuso de álcool ou drogas; Presença de outro tipo  
15 de demência (critérios do DSM-5); Presença de uma doença física grave, que impede a  
16 participação em qualquer fase do projeto; e Incapacidade funcional devido à doença somática  
17 não são critérios de exclusão.  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25

#### 26 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

27  
28 Para os participantes, foi aplicado um questionário geral, contendo informações sobre  
29 características sociodemográficas, como dados de escolaridade, econômicos, de  
30 espiritualidade/religião e de saúde, que fez parte da identificação do indivíduo no Prontuário  
31 do Programa; Escala Geriátrica de Depressão de 15 questões (Geriatric Depression Scale –  
32 GDS-15); Vellore; IQCODE (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly);  
33 Questionário para Atividades da Vida Diária (ADLQ – Activities of Daily Living  
34 Questionnaire); Exame Cognitivo de Addenbrook Revisado (ACE-R – Addenbrooke’s  
35 Cognitive Examination-Revised); MINI Plus; Neuropsychiatric Inventory (NPI); Questionário  
36 Sobre Traumas na Infância (CTQ).  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48

#### 49 ANÁLISE DOS DADOS

50  
51 Os dados obtidos no levantamento foram digitados em planilhas específicas do  
52 programa Excel e posteriormente exportados para o programa SPSS v. 20.0, onde foi possível  
53 a obtenção de bases estatísticas. Ainda, foram descritas as variáveis categóricas por frequências  
54 e percentuais e comparadas pelo teste de Qui-quadrado com correção de Yates. As variáveis  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 quantitativas foram avaliadas em relação a sua simetria pelo teste de Kolmogorov Smirnov. As  
4  
5 variáveis quantitativas com distribuição assimétrica foram descritas pela mediana e o intervalo  
6  
7 interquartil e comparadas entre duas categorias pelo teste de Mann Whitney e entre três  
8  
9 categorias pelo teste de Kruskal Wallis. Em caso de diferença apontada pelo teste de Kruskal  
10  
11 Wallis foi realizada a transformação por postos da variável e estes postos foram comparados  
12  
13 através do teste post hoc de Tukey. As variáveis quantitativas foram correlacionadas entre si  
14  
15 pelo coeficiente de correlação de Spearman ( $r_s$ ). Para ajustar a relação do CTQ com os  
16  
17 desfechos para potenciais fatores de confusão foi utilizada a Regressão de Poisson com  
18  
19 Variância Robusta. Foi considerado um nível de significância de 5% para as comparações  
20  
21 estabelecidas.  
22  
23  
24  
25  
26  
27

## 28 **RESULTADOS**

29  
30 Foram analisados os dados de 274 pacientes, 58 do sexo masculino (21,2%) e 216 do  
31  
32 sexo feminino (78,8%). Quando comparada a prevalência de transtornos psiquiátricos por sexo,  
33  
34 foi possível detectar uma diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres para  
35  
36 depressão ( $P=0,004$ ), transtorno de ansiedade generalizada ( $P=0,034$ ) e a presença de algum  
37  
38 transtorno ( $P<0,001$ ). As mulheres têm maior frequência destes transtornos citados quando  
39  
40 comparadas com os homens. Na Tabela 1, são apresentados estes resultados.  
41  
42  
43  
44  
45  
46

47 #Tabela 1#

48  
49  
50  
51 No Gráfico 1, é apresentada a relação do CTQ com ter atualmente, ou ter tido na vida  
52  
53 algum transtorno psiquiátrico.  
54  
55  
56  
57

58 #Gráfico 1#  
59  
60

1  
2  
3 Quando avaliada a correlação entre o número de transtornos psiquiátricos e o CTQ foi  
4 possível observar que houve uma correlação positiva, estatisticamente significativa e fraca entre  
5 o CTQ e o número de transtornos desenvolvidos atual ou no passado ( $r_s=0,28$ ;  $P<0,001$ ).  
6  
7

8 Foi encontrada também uma diferença estatisticamente significativa entre os pacientes com e  
9 sem TAG (transtorno de ansiedade generalizada). No subtipo PA, houve pontuações maiores  
10 nos pacientes com TAG comparados com os pacientes sem TAG. Para o subtipo AS também,  
11 a pesar disto não ser evidenciado nos valores das medianas apresentados na Tabela 2,  
12 pontuações maiores foram obtidas nestes pacientes com TAG para o subtipo AS (sexual abuse  
13 ou abuso sexual).  
14  
15

16 Finalmente, quando comparados pacientes com algum transtorno em relação aqueles  
17 que não tem transtorno, houve diferenças nos subtipos PN, EA e PA, sendo as pontuações dos  
18 pacientes com algum transtorno mais altas que aqueles sem transtornos, como evidenciado na  
19 Tabela 2.  
20  
21

22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35 #Tabela 2#  
36

37  
38  
39 No Gráfico 2, são apresentadas as pontuações para os subtipos de CTQ entre pacientes  
40 com e sem nenhum transtorno psiquiátrico.  
41  
42

43  
44  
45  
46 #Gráfico 2#  
47  
48  
49

50  
51 Quando comparado o CTQ entre pacientes com ou sem transtornos psiquiátricos  
52 estratificando por categorias de escolaridade, houve uma diferença estatisticamente  
53 significativa na categoria de 1 a 5 anos. Sujeitos com 1 a 5 anos de escolaridade, na presença  
54 de transtorno tiveram pontuações mais altas de maus-tratos medidos através do CTQ quando  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 comparados com aqueles sem transtornos ( $P=0,002$ ). Nas outras categorias de escolaridade,  
4  
5 apesar das pontuações de CTQ serem mais altas para aqueles com transtorno, esta diferença  
6  
7 não foi estatisticamente significativa, conforme evidencia a Tabela 3 abaixo.  
8  
9

10  
11  
12 #Tabela 3#  
13  
14  
15  
16

17 Os pacientes com companheiro tiveram mediana de 41 pontos no CTQ (intervalo  
18 interquartil de 38 a 47 pontos) e os pacientes sem companheiro tiveram uma mediana de 44  
19 pontos (intervalo interquartil de 40 a 54 pontos), sendo a pontuação dos pacientes com  
20 companheiro menor estatisticamente que daqueles sem companheiro ( $P=0,019$ ).  
21  
22  
23  
24  
25

26 Os pacientes com renda inferior a 2 salários mínimos tiveram uma mediana de 42 pontos  
27 (38 a 51), aqueles com renda entre 2 e 4 salários mínimos tiveram mediana de 44 pontos (40-  
28 55) e aqueles com renda acima de 4 salários mínimos, tiveram uma mediana de 38 (37-45  
29 pontos), encontrando uma diferença estatisticamente significativa de pontuação no CTQ  
30 conforme a renda ( $P=0,006$ ). Esta diferença foi detectada entre o grupo que ganha de 2 a 4  
31 salários mínimos e aqueles que ganham mais de 4, tendo estes últimos, pontuações menores de  
32 CTQ.  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41

42 Na Tabela 4, foram comparados os pacientes com e sem transtorno psiquiátrico em  
43 relação ao estado civil, renda e CTQ. Não houve diferença estatisticamente significativa para  
44 renda e estado civil entre pacientes com e sem transtorno, e houve uma pontuação mais alta de  
45 CTQ.  
46  
47  
48  
49  
50

51  
52  
53 #Tabela 4#  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

A mediana de NPI para pacientes com transtorno foi de 8 pontos (1 a 24) e a dos pacientes sem transtorno foi de 3 pontos (0 a 12,8), tendo estes uma pontuação menor estatisticamente que aqueles com transtorno ( $P=0,022$ ). Esta diferença está apresentada no Gráfico 3. Não houve correlação estatisticamente significativa entre o CTQ e o NPI ( $r_s=0,11$ ;  $P=0,155$ ).

#Gráfico 3#

Após ajuste de um modelo com as variáveis sexo, renda, estado civil e CTQ, é possível observar que o sexo está relacionado com a presença de algum transtorno psiquiátrico independentemente da renda, estado civil e CTQ, assim como o CTQ está relacionado com a presença de algum transtorno psiquiátrico independentemente do sexo, do estado civil e a renda. Sexo e CTQ foram as duas variáveis que ficaram significativas no modelo. Mulheres tem 1,8 vezes a prevalência de transtorno psiquiátrico quando comparadas com homens independentemente das outras variáveis incluídas (Razão de Prevalência 1,8; Intervalo de 95% de confiança: 1,2 a 2,8;  $P=0,007$ ) e para um ponto de aumento no CTQ aumenta 1% a prevalência de transtorno psiquiátrico (Razão de Prevalência 1,01; Intervalo de 95% de confiança: 1,00 a 1,02;  $P=0,005$ ). As outras variáveis incluídas não se relacionaram de forma estatisticamente significativas.

Na Tabela 5, são apresentadas as frequências de transtornos ansiosos na amostra.

#Tabela 5#

1  
2  
3 Como apresentado na Tabela 2, pacientes com transtornos ansiosos têm maior carga de  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

Como apresentado na Tabela 2, pacientes com transtornos ansiosos têm maior carga de maus-tratos na infância do que pacientes sem transtornos ansiosos atuais ou na vida ( $P=0,005$ ). Esta comparação é apresentada no Gráfico 4.

#Gráfico 4#

Ao compararmos o CTQ por transtorno, os transtornos mais associados à maior carga de maus-tratos foram a agorafobia e a fobia social. Os pacientes com agorafobia, têm uma mediana de CTQ de 51,5 pontos (42,5-64,0) e os pacientes sem agorafobia têm uma mediana de 41,5 pontos (38,0 a 48,8), tendo diferença estatisticamente significativa ( $P=0,008$ ). Os pacientes com fobia social, têm uma mediana de CTQ de 57,0 pontos (44,0-71,3) e os pacientes sem fobia social tem uma mediana de 42,0 pontos (38,0 a 49,0), tendo diferença estatisticamente significativa ( $P=0,015$ ).

Houve um aumento do número de transtornos ansiosos na velhice para sujeitos que tiveram maior carga de maus-tratos, esta correlação foi estatisticamente significativa, direta porem fraca ( $r_s=0,17$ ;  $P=0,004$ ).

Como apresentado acima na Tabela 3, pacientes com transtornos ansiosos tiveram maiores pontuações de PN e EA do que pacientes sem transtornos ansiosos.

Ao analisar de forma estratificada por escolaridade, na categoria de 1 a 5 anos de escolaridade, pacientes com transtorno tiveram pontuações maiores de CTQ quando comparados com pacientes sem transtornos ansiosos e esta diferença foi estatisticamente significativa ( $P=0,002$ ). Em outras categorias de escolaridade esta diferença não foi estatisticamente significativa. Estes resultados são apresentados na Tabela 6.

#Tabela 6#

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

Na categoria de 1 a 5 anos de escolaridade, houve diferença estatisticamente significativa da carga de maus-tratos entre aqueles pacientes com e sem agorafobia (mediana de 52 versus mediana de 42 pontos;  $P=0,007$ ). Também nesta categoria de escolaridade houve diferença estatisticamente significativa entre pacientes com e sem fobia social (mediana de 69 versus mediana de 42 pontos;  $P=0,002$ ).

A mediana de NPI para pacientes com transtornos ansiosos foi de 7,5 pontos (2,0 a 31,5) e a dos pacientes sem transtornos ansiosos foi de 6,0 pontos (0 a 22,0), não havendo diferenças estatisticamente significativas entre pacientes com e sem transtornos ansiosos ( $P=0,384$ ). Também não se relacionaram os diferentes tipos de transtornos ansiosos com o NPI. Como citado anteriormente, o NPI não se correlacionou com o CTQ.

Após ajuste de um modelo com as variáveis sexo, renda, estado civil e CTQ, é possível observar que só o CTQ está relacionado com a presença de transtornos ansiosos independente do sexo, do estado civil e a renda. Para um ponto de aumento no CTQ aumenta 3% a prevalência de transtornos ansiosos (Razão de Prevalência 1,03; Intervalo de 95% de confiança: 1,01 a 1,05;  $P=0,010$ ). As outras variáveis incluídas não se relacionaram de forma estatisticamente significativas.

## DISCUSSÃO

Um grande número de estudos tem exposto, de forma clara, o impacto que adversidades durante tais períodos podem exercer sobre o estabelecimento de vulnerabilidades específicas ao desenvolvimento de transtornos mentais, conforme destaca Costa <sup>8</sup>. De fato, esta é uma temática de grande relevância, que tem despertado cada vez mais o interesse não somente em medicina, mas em psiquiatria, psicossomática, entre outras especialidades.

Em relação ao nosso estudo, o questionário CTQ para obtenção dos dados foram semelhantes às utilizadas por Nunes <sup>9</sup>, que consideram que este é um questionário de grande valia para mensurar diversas formas de eventos traumáticos, como abuso emocional, abuso

1  
2  
3 físico, abuso sexual, negligência emocional e negligência física, sendo de grande eficiência para  
4 esta finalidade. Também, Liebschutz <sup>10</sup>, Innamorati <sup>11</sup> e Dovran <sup>12</sup> também concordam que o  
5 CTQ é uma medida retrospectiva de trauma na infância que foi psicometricamente avaliada em  
6 diversas populações. Assim sendo, não há dúvidas de que esta é uma das ferramentas mais  
7 usadas e mais fidedignas para aplicação em estudos que avaliam os impactos dos maus tratos  
8 na infância sobre saúde e qualidade de vida dos indivíduos, sejam estes ainda na infância, na  
9 adolescência, na vida adulta ou senilidade.

10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19 Especificamente analisando a questão dos maus tratos na infância, estudos tem  
20 demonstrado que estes estão associados a traumas para a vida toda de uma pessoa, resultando  
21 em mudanças de formas diversas, atingindo todo o ciclo vital, sendo, portanto, de grande  
22 relevância tornar conhecidos os impactos e consequências que estes podem trazer na vida do  
23 ser humano nas idades mais avançadas. Conforme a visão de Nunes <sup>9</sup>, os maus tratos na infância  
24 podem ser entendidos como qualquer atitude, geralmente proveniente de um cuidador, que  
25 cause danos físicos e/ou psicológicos a crianças e adolescentes menores de 18 anos. Os abusos  
26 podem ser físicos, sexuais ou psicológicos. De acordo com a visão de Costa <sup>8</sup>, os eventos  
27 estressores precoces, bem como os abusos físico, sexual, emocional e as negligências física e  
28 emocional tem sido amplamente investigados, tendo sido encontradas diversas evidências e  
29 comprovação científica da associação com transtornos mentais diversos como depressão,  
30 transtorno bipolar, transtornos de ansiedade, esquizofrenia, abuso de substâncias, transtornos  
31 de personalidade e risco de suicídio.

32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49 Esta afirmação foi corroborada por Mello <sup>13</sup>, que afirmaram a existência, atualmente, de  
50 um número significativo de achados científicos pré-clínicos e clínicos derivados de paradigmas  
51 experimentais, que demonstram que o estresse precoce está relacionado à função do eixo  
52 hipotálamo-pituitária-adrenal e a estados psicológicos no indivíduo adulto, e como esta relação  
53 pode ser modulada por outros fatores. No estudo realizado por Costa <sup>8</sup>, os dados obtidos  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 sugeriram que a presença do que chamaram de eventos estressores precoces tem sim o poder  
4 de influenciar o desenvolvimento de características de personalidade, que atuariam como  
5 fatores de vulnerabilidade importantes sobre o desenvolvimento de sintomas psiquiátricos.  
6  
7

8  
9  
10 O nosso estudo se centrou nas consequências e nos impactos que os maus tratos podem  
11 trazer ao idoso. A amostra utilizada para o desenvolvimento deste estudo foi composta por 274  
12 idosos, com idade acima de 60 anos, sendo 21,2% de homens e 78,8% de mulheres. Foi possível  
13 observar que a amostra utilizada neste estudo é semelhante à amostra utilizada por Paulo et al  
14 (2019) que também realizaram o estudo somente com idosos, num total de 364 entre homens e  
15 mulheres. Diferentemente, o estudo de Schilling <sup>14</sup>, realizado na Alemanha, utilizou uma  
16 amostra bem maior, com 2504 participantes de variadas idades, não somente da terceira idade,  
17 enquanto que o estudo de Tonmyr <sup>15</sup> apresentou uma amostra muito maior, com 14.063  
18 entrevistados com idades entre 18 e 76 anos, o que foge, de certa forma, da maioria dos estudos  
19 realizados na área envolvendo esta temática.  
20  
21

22  
23 Em relação à variável sexo, nosso estudo apresentou uma amostra composta por 21,2%  
24 de homens e 78,8% de mulheres, diferentemente do estudo realizado por Innamorati <sup>11</sup>, que  
25 dividiram bem sua amostra, com um total de 206 homens e 265 mulheres, embora a amostra  
26 deste estudo não seja apenas de idosos, mas sim com indivíduos entre 16 e 80 anos. Já o estudo  
27 de Steiner <sup>16</sup> utilizou uma amostra predominantemente feminina, com um total de 95,3% de  
28 mulheres participantes.  
29  
30

31  
32 Observou-se também que a maioria dos estudos encontrados na literatura traz uma  
33 abrangência grande no fator idade da amostra, sendo realizada a análise a partir da adolescência  
34 até a idade senil. Isto foi observado no estudo realizado por Hovens <sup>17</sup>, no qual o autor utilizou  
35 uma amostra com faixa etária bem variada, compreendendo indivíduos dos 18 aos 65 anos, e  
36 também no estudo realizado por Schilling <sup>14</sup>, que utilizaram uma amostra que compreendeu a  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 faixa etária entre os 14 e os 92 anos, ou seja, uma ampla faixa etária, enquanto que o estudo de  
4  
5 Innamorati <sup>11</sup> utilizou a amostra com idades entre os 16 e os 80 anos.

6  
7  
8 Analisando os resultados de nosso estudo, foi possível observar que as mulheres têm  
9  
10 maior frequência de transtornos, com diferença expressiva, em relação aos homens. Analisando  
11  
12 a predominância do fator sexo, observou-se que as mulheres têm 1,8 vezes a prevalência de  
13  
14 transtorno psiquiátrico quando comparadas com homens independentemente das outras  
15  
16 variáveis incluídas, conforme será destacado mais adiante.

17  
18  
19 Relevante mostra-se, em nosso estudo, que alguns transtornos, mais precisamente o  
20  
21 transtorno de estresse pós-traumático e o transtorno obsessivo compulsivo foram  
22  
23 diagnosticados em mulheres, enquanto nos homens, nenhum destes transtornos foi observado.  
24  
25 Esta constatação é especialmente importante, uma vez que, assim, observa-se a maior  
26  
27 frequência destes transtornos ansiosos em mulheres. Analisando mais a fundo esta constatação  
28  
29 e somando-se o número de idosas com pelo menos 1 destes 3 transtornos, obtêm-se um total de  
30  
31 16 mulheres para nenhum homem com pelo menos 1 destes transtornos.

32  
33  
34 Isto é particularmente importante ao observarmos que especialmente o transtorno de  
35  
36 estresse pós-traumático e também o transtorno obsessivo compulsivo são sobremodo  
37  
38 importantes, sendo dois dos mais comuns que atingem a população em geral. Borges <sup>18</sup> citou  
39  
40 um estudo de neuroimagem em adultos e crianças vítimas de abuso sexual com transtorno de  
41  
42 estresse pós-traumático revelam a presença de alterações no hipocampo, no giro cingulado, no  
43  
44 corpo caloso, na amígdala, no córtex pré-frontal e na simetria hemisférica, sendo que prejuízos  
45  
46 neuropsicológicos podem ainda permanecer na vida adulta. Particularmente, tais áreas parecem  
47  
48 estar envolvidas no processamento da memória traumática e nas respostas de medo.

49  
50  
51 Analisando especificamente a relação entre traumas vivenciados na infância e a  
52  
53 presença ou não de transtornos psiquiátricos, foi possível detectar que aqueles pacientes que  
54  
55 apresentaram-se com depressão, com risco de suicídio, com transtornos ansiosos, com  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 transtornos de ansiedade generalizada, ou com a presença de algum transtorno tiveram  
4 pontuações significativamente maiores do que aqueles pacientes sem os transtornos. Em nosso  
5 entendimento, esta é uma evidência significativa e importante da relação existente entre o  
6 episódio ou os eventos cotidianos de maus tratos vividos na infância e a maior probabilidade  
7 do desenvolvimento de algum tipo de transtorno psiquiátrico ou mesmo mais um transtorno  
8 psiquiátrico, seja na atualidade ou no passado.  
9

10  
11  
12 Observou-se também que o tipo e natureza do abuso/maus-tratos sofrido na infância  
13 apresenta uma relação comprovada no tipo de transtorno apresentado. Corroborando com  
14 Schilling <sup>14</sup> de fato, a partir do conhecimento específico dos maus tratos sofridos, pode-se ter e  
15 examinar as consequências psicológicas específicas que serão causadas a longo prazo. PN  
16 (negligência física) e EA (abuso emocional) esteve associado à ocorrência de transtornos  
17 ansiosos.  
18

19  
20  
21 O transtorno de ansiedade generalizada esteve também associado a maiores pontuações  
22 no subtipo PA (abuso físico) e também para o subtipo AS (abuso sexual). Observou-se também  
23 que o fator escolaridade, em nosso estudo, não teve influência importante sobre os impactos  
24 dos maus tratos na infância sobre a ocorrência de transtornos. Isto porque, em todas as  
25 escolaridades analisadas, observou-se pontuação mais alta de maus tratos em relação aos  
26 indivíduos com transtornos, em relação aos sem transtornos, o que não permite uma conclusão  
27 definitiva sobre esta variável.  
28

29  
30  
31 De igual forma, observou-se que o fato de ter recebido maus tratos na infância mostrou  
32 relação com o desencadeamento de algum transtorno psiquiátrico, mas nenhuma relação com  
33 os fatores sexo (embora seja maior a incidência em mulheres), renda mensal e estado civil do  
34 indivíduo. De igual forma, em relação à presença de transtornos ansiosos e a correlação com as  
35 variáveis sexo, renda, estado civil e maus tratos na infância, foi possível observar que somente  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 a ocorrência de maus tratos esteve relacionada com a presença de transtornos ansiosos, e não  
4  
5 teve nenhuma relação com o sexo, estado civil e renda.  
6

7  
8 Uma outra constatação importante e que pode ser motivo de novos estudos dentro desta  
9  
10 temática, foi a conclusão obtida no estudo realizado por Paul <sup>19</sup>, onde o autor encontrou a  
11  
12 possibilidade de transmissão dos impactos para gerações futuras, mais precisamente os pais que  
13  
14 sofreram abusos e maus tratos na infância, ao crescerem desenvolvem transtornos psiquiátricos  
15  
16 e ao gerarem filhos, transmitem características e possíveis associações homotípicas e  
17  
18 heterotípicas aos seus descendentes, em um processo de continuidade geracional. No entanto,  
19  
20 esta hipótese ainda requer mais estudos para sua comprovação, mas já abre novas perspectivas  
21  
22 para o entendimento do processo.  
23  
24

25  
26 Na visão de Mello <sup>13</sup>, o estresse precoce pode alterar a função do eixo hipotálamo-  
27  
28 pituitária-adrenal assim como o comportamento, porém, o padrão da disfunção do eixo  
29  
30 hipotálamo-pituitária-adrenal e a evolução psicológica na vida adulta refletem ambas as  
31  
32 características do estressor e outros fatores modificadores. Os autores identificaram múltiplos  
33  
34 determinantes da disfunção do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal encontrados em adultos com  
35  
36 história de maus-tratos na infância ou outros estressores precoces.  
37  
38

39  
40 Também, no estudo de Radcliff <sup>20</sup>, o autor analisou as experiências adversas (eventos  
41  
42 traumáticos, causadores de estresse, agressões, humilhações, entre outros) na infância tendo  
43  
44 estas como uma estrutura valiosa para a compreensão de associações entre maus-tratos na  
45  
46 infância e disfunção familiar e, posteriormente, maus resultados para a saúde. O autor analisou  
47  
48 a exposição à maus tratos na infância entre adultos que tiveram falta de moradia na infância,  
49  
50 outro tipo de adversidade infantil. Os dados de 7490 entrevistados foram ponderados para  
51  
52 análises. Entre os 215 entrevistados que relataram falta de moradia na infância, 68,1% relataram  
53  
54 ter quatro ou mais experiências adversas na infância. Por outro lado, apenas 16,3% dos  
55  
56 entrevistados que não relataram falta de moradia na infância relataram 4 ou mais experiências  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
adversas na infância. Concluiu-se que aqueles adultos que relataram falta de moradia na  
infância também relataram uma exposição significativamente maior a números e tipos de  
experiências traumáticas na infância do que os adultos que não relataram falta de moradia na  
infância. Para os autores, os resultados deste estudo podem ser importantes para informar  
indicadores adicionais na mensuração dos eventos adversos e traumáticos na infância e os  
impactos destes para a vida adulta.

17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
Kotiaho <sup>21</sup> afirmou que a depressão se mostrou frequentemente acompanhada de  
comorbidades. O autor analisou as características, diagnósticos psiquiátricos e comorbidade  
psiquiátrica de pacientes da atenção primária que foram rastreados para depressão e  
encaminhados para tratamento de depressão. Os sujeitos do estudo eram pacientes de cuidados  
primários com idade  $\geq 35$  anos com sintomas depressivos (BDI-21  $> 9$ ). Dos 705 sujeitos do  
estudo, 617 (87,5%) tiveram pelo menos um e 66,1% tiveram pelo menos dois diagnósticos  
psiquiátricos. O diagnóstico mais comum foi depressão (63,4%). Os próximos diagnósticos  
mais comuns foram transtorno de ansiedade generalizada (TAG) (48,1%) e transtorno do pânico  
(22,8%). Apenas 8,8% dos sujeitos do estudo apresentaram depressão sem outros transtornos  
psiquiátricos. Um total de 10% dos indivíduos tinha depressão e um transtorno de ansiedade  
generalizada (TAG). Também outras comorbidades psiquiátricas eram comuns. A idade foi  
inversamente associada ao diagnóstico psiquiátrico no M.I.N.I. Este estudo sugere que a  
maioria dos pacientes de cuidados primários com sintomas depressivos aumentados tem um  
distúrbio psiquiátrico.

49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
Apesar dos resultados aqui levantados, observou-se também que na literatura nacional  
há uma grande carência de estudos que abordem esta temática em específico, observando-se  
uma lacuna neste sentido, e apontando para a necessidade da realização de mais estudos nesta  
área.

1  
2  
3 Pontuamos as várias formas de violência praticadas, bem como a violência dentro da  
4 família e como romper com o silêncio denunciando tais abusos, além de compreender a atuação  
5 da sociedade e do Estado, junto a esta demanda. Um dos grandes desafios para os estudos sobre  
6 os maus tratos, não apenas especificamente em relação as crianças, reside na definição das  
7 categorias e tipologias que designem as suas várias nuances.  
8  
9

10  
11  
12 É importante ressaltar, no entanto, que a violência doméstica e os maus tratos na infância  
13 e suas consequências não devem ser entendidos fora do contexto da violência social/estrutural  
14 em que os indivíduos e as comunidades estão inseridos. Corroborando com a visão de Treichel  
15 <sup>3</sup>, a unidade familiar, em toda a sua complexidade, passa a ser entendida como um membro  
16 essencial no tratamento do paciente e um importante objeto de estudo no campo da atenção em  
17 saúde mental.  
18  
19

20  
21 Os transtornos ansiosos também possuem importante relevância no contexto da saúde  
22 pública na atualidade. Sabe-se que inúmeras são as pessoas, nas mais variadas idades, que  
23 sofrem destes transtornos. Especificamente na população idosa não é diferente. Analisando os  
24 transtornos de ansiedade, individualmente, sabe-se que no caso da Síndrome do Pânico, o  
25 indivíduo vivencia momentos de desespero, onde a fuga apresenta-se como a única solução,  
26 acompanhada de pensamentos de, conforme Moody <sup>22</sup>, de suposição, catastrofização,  
27 generalização e subestimação/ superestimação.  
28  
29

30  
31 Analisando os dados obtidos em nossa amostra, foi possível observar, também, uma  
32 prevalência maior de transtornos ansiosos na população feminina. Destaque especial para os  
33 transtornos ansiosos e o transtorno de ansiedade generalizada. E analisando a relação entre os  
34 transtornos de ansiedade e a ocorrência de maus tratos na infância, foi também possível  
35 observar uma escassez de estudos que abordem esta temática. Corroborando com Mello <sup>13</sup>, a  
36 elucidação desses fatores e a natureza dessas relações com desfechos na idade adulta é um  
37 grande desafio. Daí observa-se a importância da realização de estudos como este, do qual se  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 busca “juntar as peças de um quebra-cabeça” e encontrar as ligações e fatores envolvidos nestes  
4  
5 processos.

6  
7 Na visão de Costa <sup>8</sup>, as relações entre a presença de eventos estressores precoces ou  
8 traumas na infância e adolescência e o desenvolvimento de transtornos mentais na vida adulta  
9 têm se mostrado um campo de investigação esclarecedor nos últimos anos.  
10  
11

12  
13 Em relação à ocorrência de transtornos ansiosos, foi possível observar uma prevalência  
14 elevada entre aqueles indivíduos que sofreram maus tratos na infância. Destaque especial para  
15 a constatação de que os transtornos mais associados à maior carga de maus-tratos foram a  
16 agorafobia e a fobia social. Ainda, em nosso estudo, os pacientes que possuem transtornos  
17 ansiosos, apresentaram maiores pontuações de PN (negligência física) e EA (abuso emocional)  
18 do que pacientes sem transtornos ansiosos.  
19  
20

21  
22 Nosso levantamento não analisou a probabilidade de remissão do quadro de transtornos  
23 de ansiedade ou depressão, sendo esta uma variável que pode ser examinada em estudos futuros,  
24 assim como foi analisado no estudo de Hovens <sup>17</sup>, que observou que os maus tratos na infância  
25 foram preditores significativos de uma menor probabilidade de remissão de transtornos  
26 depressivos e/ou de ansiedade, ou seja, quem sofreu maus tratos na infância e sofre com  
27 transtornos de ansiedade ou depressivos tem uma tendência a perpetuação do problema, sendo  
28 mais difícil nestes a cura ou controle efetivo mesmo após abordagens terapêuticas variadas. De  
29 fato, este tema é de grande relevância, servindo de sugestão para estudos futuros na área.  
30  
31 Resultados semelhantes foram encontrados por Williams <sup>23</sup>, ao concluir que os maus-tratos  
32 quando realizados em crianças com menos de 7 anos, tendem a ter um tratamento mais  
33 complicado, demorado e com menor probabilidade de resultados satisfatórios.  
34  
35

36  
37 Assim, esta reflexão sobre a violência contra crianças e os impactos na vida adulta e  
38 senil, apoiada em artigos científicos publicados quanto ao tema, encontra perspectiva social ao  
39 contemplar a integralidade da pessoa idosa em suas dimensões: física, moral, psicológica,  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 cognitiva, afetiva e espiritual, observando-se a necessidade de atendimento social, psíquico,  
4 pedagógico terapêutico e interdisciplinar, entendendo e compreendendo o seu passado, suas  
5 experiências traumáticas, para assim, compreender o seu presente e até mesmo o seu futuro <sup>24</sup>.  
6  
7

8  
9  
10 Para esta reestruturação interna e social, pressupõem-se sensibilizar e mobilizar as  
11 famílias, a sociedade como um todo e o poder público para que seja assegurada a proteção  
12 social efetiva, proteção física e psicológica, no seio de sua família e da sociedade, que  
13 possibilitem a redução das desigualdades sociais e a inclusão da criança especialmente, sem  
14 que seus direitos sejam violados.  
15  
16  
17  
18  
19

## 20 21 22 23 **CONCLUSÃO**

24  
25 Com base nos resultados observados na amostra analisada, foi possível concluir que, de  
26 fato, os maus-tratos na infância tem evidente relação com o desencadeamento e perpetuação  
27 dos transtornos ansiosos. Os resultados observados no presente estudo são semelhantes aos  
28 resultados obtidos em estudos nacionais e internacionais, apontando a relação dos eventos  
29 traumáticos e estressores precoces como importante comorbidade para os transtornos ansiosos  
30 no transcorrer da vida, até a fase senil.  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39

## 40 41 42 **AGRADECIMENTOS**

43  
44 Os autores gostariam de agradecer à colaboração dos profissionais responsáveis pela  
45 Estratégia de Saúde da Família da cidade de Porto Alegre, Brasil – em especial aos Agentes  
46 Comunitários de Saúde (ACS), à equipe de enfermagem e às assistentes sociais – todos sempre  
47 solícitos e dispostos a ajudar em todas as etapas dessa pesquisa; da mesma forma, à  
48 Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – Brasil (CAPES), cujo apoio foi  
49 fundamental para a realização deste trabalho, além do Instituto de Geriatria e Gerontologia  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 (IGG) e da Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
4  
5 (PUCRS).  
6  
7

8  
9  
10 **REFERÊNCIAS**

11  
12 1. Ponce J, Latín C, Leiva V, Cortés G, Rodríguez F, Jimenez CE. Non-pharmacological motor-  
13  
14 cognitive treatment to improve the mental health of elderly adults. *Rev Assoc Med Bras*  
15  
16 (1992) ; 65(3): 394-403, 2019.  
17

18  
19  
20  
21 2. Takahashi K, Nunes AS, Santos EC, Santos LHP, Araújo HC, Prado RL. Eficácia do controle  
22  
23 de biofilme dental em pacientes portadores de transtorno psiquiátrico. *Arch Health Invest*  
24  
25 (2018) 7(4):147-152, 2018.  
26  
27

28  
29  
30  
31 3. Treichel CAS, Jardim VMR, Kantorski LP, Lima MG. Prevalence and factors associated  
32  
33 with suicidal ideation among family caregivers of people with mental disorders. *J Clin Nurs* ;  
34  
35 28(19-20): 3470-3477, 2019.  
36  
37

38  
39  
40 4. De Vries YA, Al-Hamzawi A, Alonso J, Borges G, Bruffaerts R, Bunting B, Caldas-De-  
41  
42 Almeida JM et al. Childhood generalized specific phobia as an early marker of internalizing  
43  
44 psychopathology across the lifespan: results from the World Mental Health Surveys. *BMC*  
45  
46 *Med* ; 17(1): 101, 2019.  
47  
48

49  
50  
51 5. De Oliveira LGM, Sguarezi JGD, Paulin LFRS. Crise de pânico: abordagem no pronto-  
52  
53 socorro. *Ensaio USF*, 1(1), 2017.  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

6. Zuardi AW. Características básicas do transtorno do pânico. *Medicina (Ribeirão Preto, Online.);50(Supl.1), jan-fev.:56-63, 2017.*

7. Nogueira JFO, Neves RT, Ferreira APC, Medeiros AA, Carbonari KFBSF. Transtorno do pânico: cardiologia e psicologia em ação. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo; 28(supl 3) jul.-set. 2018.*

8. Costa IF, Tomaz MPB, Araújo MG, Medeiros NSB, Galdino MKC. Relações entre Eventos Estressores Precoces, personalidade e sintomas psiquiátricos: um estudo exploratório em amostra não clínica. *Psico Porto Alegre;50(1):e29581, 2019.*

9. Nunes FL, Rezende HA, Silva RS, Alves MM. Eventos traumáticos na infância, impulsividade e transtorno da personalidade borderline. *Rev. bras.ter. cogn. [online], 11(2):68-76, 2015.*

10. Liebschutz J.M, Buchanan-Howland K, Chen CA, Frank DA, Richardson MA, Heeren TC, Cabral HJ, Rose-Jacobs R. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) Correlations with Prospective Violence Assessment in a Longitudinal Cohort. *Psychol Assess.; 30(6): 841–845, 2018.*

11. Innamorati M, Erbuto D, Venturini P, Fagioli F, Ricci F, Lester D, Amore M, Girardi P, Pompili M. Factorial validity of the Childhood Trauma Questionnaire in Italian psychiatric patients. *Psychiatry Res ; 245: 297-302, 2016.*

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

12. Dovran A, Winje D, Overland S, Arefjord K, Hansen A, Waage L. Childhood maltreatment and adult mental health. *Nord J Psychiatry* ; 70(2): 140-5, 2016.

13. Mello MF, Faria AA, Mello AF, Carpenter LL, Tyrka AR, Price LH. Maus-tratos na infância e psicopatologia no adulto: caminhos para a disfunção do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. *Rev Bras Psiquiatr.*;31(Supl II): S41-8, 2009.

14. Schilling C, Weidner K, Brahler E, Glaesmer H, Hauser W, Pohlmann K. Patterns of Childhood Abuse and Neglect in a Representative German Population Sample. *PLoS One* ; 11(7): e0159510, 2016.

15. Tonmyr L, Shields M. Childhood sexual abuse and substance abuse: A gender paradox *Child Abuse Negl* ; 63: 284-294, 2017.

16. Steiner IM, Winje D, Krystal JH, Bjorvatn B, Milde AM, Gronli J, Nordhus IH, Pallesen S. Cumulative childhood maltreatment and its dose-response relation with adult symptomatology: Findings in a sample of adult survivors of sexual abuse. *Child Abuse Negl* ; 65: 99-111, 2017.

17. Hovens JGFM, Giltay EJ, Van Hemert AM, Penninx BWJH. Childhood maltreatment and the course of depressive and anxiety disorders: the contribution of personality characteristics. *Depress Anxiety* ; 33(1): 27-34, 2016.

18. Borges JL, Dell'Aglio DD. Relações entre abuso sexual na infância, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e prejuízos cognitivos. *Psicologia em Estudo*, 13(2):371-379, 2008.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

19. Paul SE, Boudreaux MJ, Bondy E, Tackett JL, Oltmanns TF, Bogdan R. The intergenerational transmission of childhood maltreatment: Nonspecificity of maltreatment type and associations with borderline personality pathology. *Dev Psychopathol* ; 31(3): 1157-1171, 2019.
20. Radcliff E, Crouch E, Stropolis M, Srivastav A. Homelessness in Childhood and Adverse
21. Kotiaho S, Korniloff K, Vanhala M, Kautiainen H, Koponen H, Ahonen T, Mantyselka P. Psychiatric diagnosis in primary care patients with increased depressive symptoms. *Nord J Psychiatry* ; 73(3): 195-199, 2019.
22. Moody G, Cannings-John R, Hood K, Kemp A, Robling M. Establishing the international prevalence of self-reported child maltreatment: a systematic review by maltreatment type and gender. *BMC Public Health*; 18(1): 1164, 2018.
23. Williams LM, Debattista C, Duchemin AM, Schatzberg AF, Nemeroff CB. Childhood trauma predicts antidepressant response in adults with major depression: data from the randomized international study to predict optimized treatment for depression. *Transl Psychiatry* ; 6: e799, 2016.
24. Nunes AJ, Sales MCV. Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(3):871-880, 2016.

Tabela 1. Tabela comparativa dos transtornos entre os sexos.

	Masculino (n=58)	Feminino (n=216)	P
Depressão	19 (32,8)	119 (55,3)	0,004
Risco de suicídio	4 (7,4)	31 (14,9)	0,223
Mania	2 (3,6)	9 (4,4)	0,999
Hipomania	-	2 (0,9)	0,999
Transtornos ansiosos	5 (8,6)	31 (14,4)	0,347
Transtorno obsessivo compulsivo	-	2 (1,3)	0,999
Transtorno de estresse pós-traumático	-	12 (5,7)	0,075
Transtorno de ansiedade generalizada	6 (10,3)	52 (24,3)	0,034
Abuso de álcool	1 (1,7)	-	0,216
Algum dos transtornos	22 (37,9)	138 (64,2)	<0,001

Dados apresentados pelo n (%) e comparados pelo teste de Qui-quadrado com correção de Yates.

Não todos os pacientes têm dados portanto alguns percentuais podem diferir em relação a frequência total dos grupos.

P: valor-p (também chamado de nível descritivo ou probabilidade de significância) -> quanto menor, maior o valor estatístico confiável do resultado encontrado

Tabela 2. Tabela da comparação dos subtipos de maus tratos na infância entre sujeitos com e sem transtornos psiquiátricos

	PN	P	EA	P	EN	P	PA	P	AS	P
Com Transtornos ansiosos	9 (6-14)	<b>0,043</b>	8 (6-15)	<b>0,002</b>	17 (14-17)	0,368	6 (5-12)	0,660	5 (5-5)	0,410
Sem Transtornos ansiosos	8 (5-11)		6 (5-9)		16 (14-17)		6 (5-8)		5 (5-5)	
Com TAG	9 (6-11)	0,072	6 (5-11)	0,416	17 (14-17)	0,793	6 (5-11)	<b>0,006</b>	5 (5-5)	<b>0,013</b>
Sem TAG	8 (5-11)		6 (5-9)		16 (14-17)		5 (5-8)		5 (5-5)	
Com algum transtorno	9 (6-12)	<b>0,001</b>	6 (5-11)	<b>0,011</b>	16 (15-17)	0,612	6 (5-10)	<b>0,020</b>	5 (5-5)	0,280
Sem transtornos	7 (5-10)		6 (5-8)		17 (14-17)		5 (5-7)		5 (5-5)	

Dados apresentados pela mediana e intervalo interquartil (percentis 25 e 75) e comparados pelo teste de Mann Whitney.

TAG: Transtornos de ansiedade generalizada.

EA: emotional abuse (abuso emocional)

EN: emotional neglect (negligência emocional)

PA: physical abuse (abuso físico)

PN: physical neglect (negligência física)

AS: sexual abuse (abuso sexual)

P: valor-p (também chamado de nível descritivo ou probabilidade de significância) -> quanto menor, maior o valor estatístico confiável do resultado encontrado.

Tabela 3. Tabela da comparação do CTQ entre sujeitos com e sem transtorno psiquiátrico nas diferentes categorias de

Escolaridade (anos)	Com transtorno	Sem transtorno	P
0	46 (39-59)	41 (39-48)	0,101
1-5	44 (40-51)	41 (37-45)	<b>0,002</b>
6-11	42 (38-52)	40 (37-44)	0,136
>11	44 (38-52)	40 (37-48)	0,184

CTQ descrito pela mediana e intervalo interquartil (percentis 25 e 75) e comparados pelo teste de Mann Whitney.

Tabela 4. Tabela comparativa de pacientes com e sem transtorno psiquiátrico.

	Com transtorno	Sem transtorno	P
Estado civil com companheiro, n (%)	50 (40,3)	45 (50,6)	0,179*
Renda, n(%)			0,856*
<2 salários mínimos	60 (55,0)	42 (56,0)	
2-4 salários mínimos	34 (31,2)	21 (28,0)	
>4 salários mínimos	15 (13,8)	12 (16,0)	
CTQ, mediana (IIQ)	45 (39-54)	41 (37-45)	<0,001**

\* teste de Qui-quadrado com correção de Yates; \*\* teste de Mann Whitney; IIQ: intervalo interquartil

Tabela 5. Tabela de frequência de transtornos ansiosos

	n (%)
Pânico com agorafobia	11 (4,1)
Pânico sem agorafobia	4 (1,5)
Agorafobia	16 (6,1)
Fobia social	10 (3,7)
Fobia social generalizada	6 (60,0)*
Algum Transtorno ansioso	36 (13,2)

Os % nem sempre são calculados no mesmo denominador porque não sempre estão todos avaliados para todos eles

\*Fobia social generalizada só foi avaliada em 10 pacientes por isso o alto percentual.

Tabela 6. Tabela da comparação do CTQ entre sujeitos com e sem transtornos ansiosos diferentes categorias de escolaridade.

Escolaridade (anos)	Com transtornos ansiosos	Sem transtornos ansiosos	P
0	45 (37-61)	44 (39-55)	0,980
1-5	50 (43-67)	41 (38-46)	<b>0,002</b>
6-11	47 (40-63)	41 (37-48)	0,106
>11	41 (37-55)	42 (37-49)	0,900

CTQ descrito pela mediana e intervalo interquartil (percentis 25 e 75) e comparados pelo teste de Mann Whitney.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

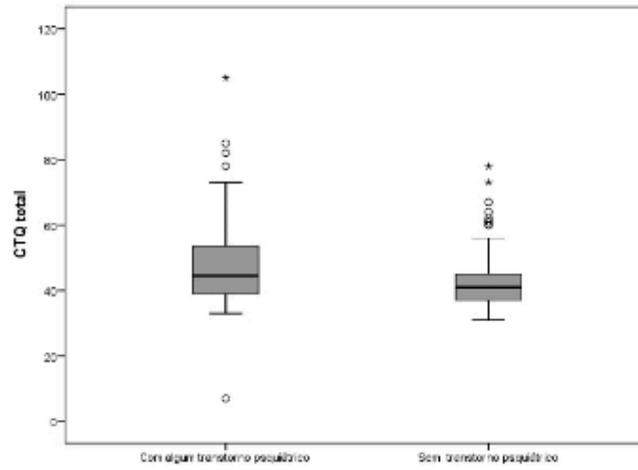


Gráfico 1. Gráfico da pontuação do CTQ para pacientes com e sem transtorno psiquiátrico.

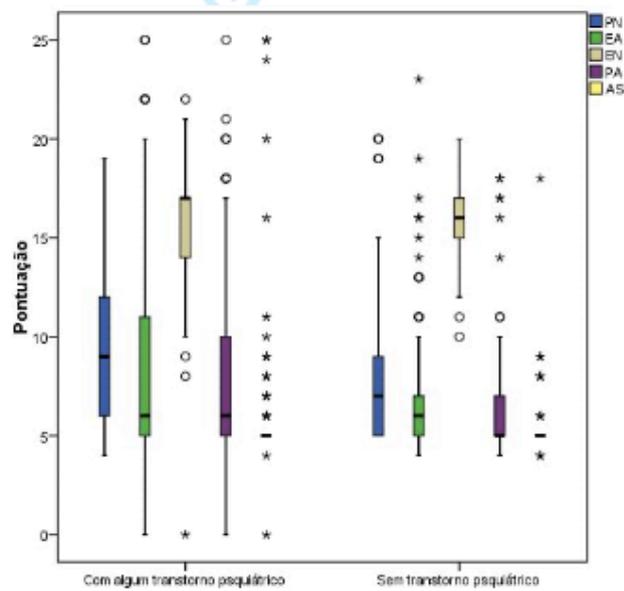


Gráfico 2. Gráfico das pontuações dos subtipos de CTQ entre pacientes com e sem nenhum transtorno psiquiátrico.

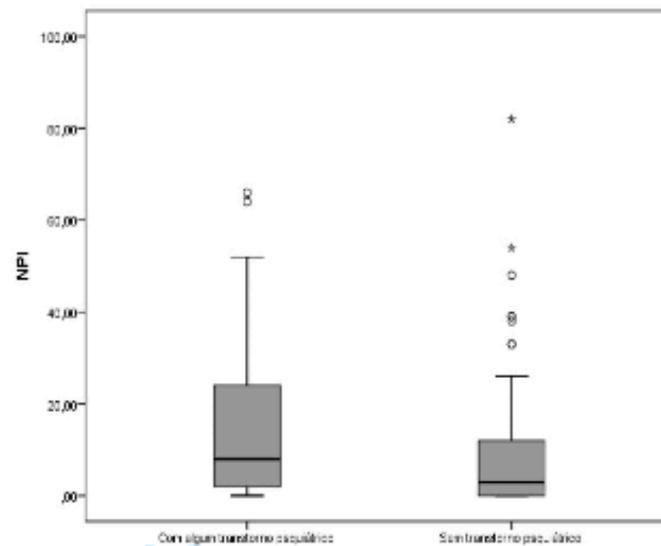


Gráfico 3. Gráfico da comparação do NPI entre pacientes com e sem transtorno psiquiátrico.

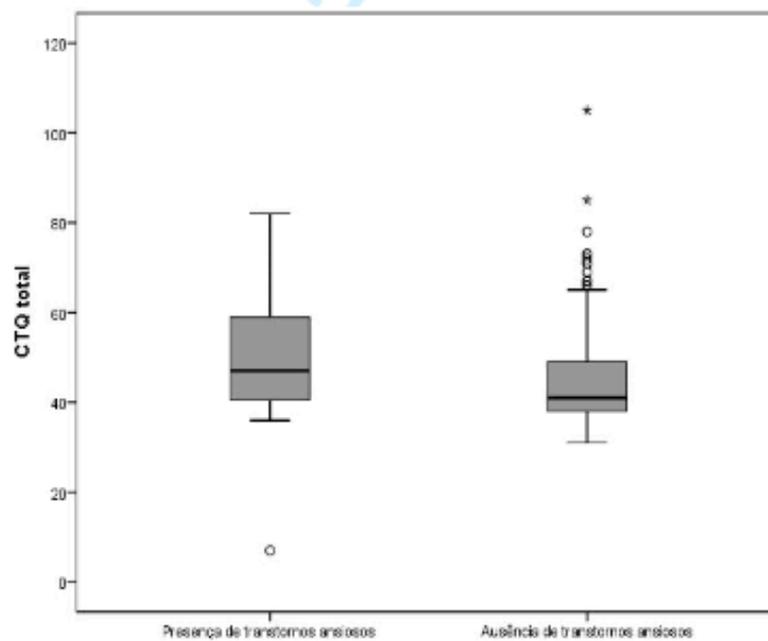


Gráfico 4. Gráfico da pontuação do CTQ para pacientes com e sem transtornos ansiosos.

# QUALIS DA REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA – QUALIS B1

ACESSO À INFORMAÇÃO (HTTP://WWW.ACESSOAINFORMACAO.GOV.BR)

PARTICIPE (HTTPS://WWW.GOV.BR/PT-BR/PARTICIPACAO-SOCIAL/)

LEGISLAÇÃO



 ACESSO RESTRITO  
(/sucupira/portais/menu\_portal.jsf)

INÍCIO (/SUCUPIRA/PUBLIC/INDEX.JSF) >> Qualis >> Qualis Periódicos

## Qualis Periódicos

\* Evento de Classificação:

CLASSIFICAÇÕES DE PERIÓDICOS QUADRIÊNIO 2013-2016

Área de Avaliação:

INTERDISCIPLINAR

ISSN:

Título:

ciência & Saúde coletiva

Classificação:

-- SELECIONE --

## Periódicos

ISSN	Título	Área de Avaliação	Classificação
1678-4561	CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA	INTERDISCIPLINAR	B1

1 a 2 de 2 registro(s)

(/sucupira/public/index.xhtml)

(http://www.capes.gov.br)

(http://www.ufrn.br)

(https://www.mp.br)

(http://www.mec.gov.br)

(http://www.brasil.gov.br)

Compatibilidade

 (http://www.google.com/intl/pt-BR/chrome/)

 (http://br.mozdev.org/firefox/download/)

 (http://www.apple.com/safari/download/)

Versão do sistema: 3.29.3

Copyright 2016 Capes. Todos os direitos reservados.



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
Pró-Reitoria de Graduação  
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar  
Porto Alegre - RS - Brasil  
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564  
E-mail: [prograd@pucrs.br](mailto:prograd@pucrs.br)  
Site: [www.pucrs.br](http://www.pucrs.br)