



IV JORNADA DE  
PESQUISA EM  
**PSICOLOGIA**  
DESAFIOS ATUAIS NAS  
PRÁTICAS DA PSICOLOGIA

25 e 26 de novembro de 2011  
UNISC - Santa Cruz do Sul

## **AVALIAÇÃO DAS FUNÇÕES EXECUTIVAS EM IDOSOS ACOMETIDOS POR DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS**

*Ivone Lúcia Brito  
Silvia Coutinho Areosa  
Regina Maria Fernandes Lopes*

### **Resumo**

O avanço das condições de saúde vem propiciando o aumento da longevidade e uma expectativa de vida maior. Para aprofundar os estudos do fenômeno foi elaborada uma pesquisa quantitativa e transversal, tendo como instrumentos: Ficha de Dados Sociodemográficos, Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST), Inventário de Depressão de Beck (BDI-I), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Escala de Depressão Geriátrica (GDS), a fim de verificar a existência de déficit no desempenho executivo dos idosos acometidos com doenças crônico-degenerativas, bem como, investigar patologias associadas (depressão e ansiedade) e suas implicações na vida dos idosos. Participaram do estudo 30 idosos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, diagnosticados com doenças crônico-degenerativas. Os resultados apontam que os idosos demonstraram dificuldades no desempenho das tarefas conforme descritores do WCST, mas não mostraram intensidade de sintomas depressivos e de ansiedade em relação às categorias do WCST.

**Palavras-chave:** Envelhecimento. Avaliação psicológica. Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST). Doenças crônico-degenerativas.

### **ASSESSING EXECUTIVE FUNCTIONS IN ELDERLY PATIENTS WITH CHRONIC-DEGENERATIVE DISEASES**

#### **Abstract**

The advancement of health conditions has facilitated the increase in longevity and therefore a longer life expectancy. To further study the phenomenon was elaborated a survey to verify the existence of deficits in executive performance of elderly patients with chronic diseases through the application of Test Wisconsin Card Sorting, as well as investigate comorbidities (depression and anxiety) and its implications on the lives of the elderly. We studied 30 elderly men and women, aged over 60 years, diagnosed with chronic degenerative diseases (Diabetes Mellitus and Hypertension). The design was a quantitative and transversal study, with the instruments: socio-demographic data sheet, Test Wisconsin Card Sorting (WCST), Beck Depression Inventory (BDI-I), Beck Anxiety Inventory (BAI) and Depression Scale geriatric (GDS). The results indicate that the elderly have shown difficulties in performing the

tasks as descriptors of the WCST, however, showed no intensity of depressive symptoms and anxiety in relation to the categories of the WCST.

**Keywords:** Aging. Psychological assessment. Test Wisconsin Card Sorting (WCST). Chronic degenerative diseases.

## **Introdução**

O aumento da longevidade e da expectativa de vida está associado ao desenvolvimento das condições de saúde e ao avanço da medicina nas últimas décadas. Diante destas mudanças populacionais, vem crescendo o interesse dos pesquisadores pelo tema do envelhecimento humano, ocasionando uma pluralidade de conceitos e avaliações objetivas e subjetivas sobre o envelhecimento (LOPES, 2008). Com o passar dos anos, as pessoas passam por um processo natural de envelhecimento, gerando modificações funcionais no organismo, diminuindo a vitalidade e favorecendo o aparecimento de doenças físicas relacionadas a esse período de vida (NASCIMENTO, 2007).

Observa-se no Brasil, que o número de idosos acima de 60 anos de idade teve um aumento de 500% em quarenta anos, e estima-se que em 2020 vai triplicar e alcançará 32 milhões. Em países como a Bélgica, por exemplo, foram necessários cem anos para que a população idosa dobrasse de tamanho (COSTA e VERAS, 2003)

Areosa e Bulla (2010) destacam que o envelhecimento é um processo que inicia com o nascimento e acaba com a morte, todos tememos e tentamos evitar a velhice. Cada um vai elaborar e se preparar para essa fase do desenvolvimento de acordo com suas crenças e experiências e, dentro do contexto social no qual está inserido.

Nesta etapa, após os 60 anos, torna-se comum o surgimento de dificuldades de memória associadas à doença física. Os idosos passam por um processo natural de envelhecimento e, percebe-se que, no decorrer dos anos, vão sendo geradas modificações funcionais em seu organismo, favorecendo o aparecimento de doenças físicas relacionadas a esse período de vida, surgindo mais problemas de saúde, como diabetes, hipertensão arterial, problemas visuais, entre outros (NASCIMENTO, 2007).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doença que vem muitas vezes associada a DM, considerada como doença crônico-degenerativa que acomete os idosos. Visando oferecer maior consistência aos clínicos na definição do conceito, foi adotada a classificação definida no III Consenso Brasileiro de HAS. Assim, o limite escolhido para definir HAS é o de igual ou

maior de 140/90 mmHg, quando encontrado em pelo menos duas aferições – realizadas no mesmo momento. Esta nova orientação da OMS chama a atenção para o fato de que não se deve apenas valorizar os níveis de pressão arterial, fazendo-se também necessária uma avaliação do risco cardiovascular global. A hipertensão arterial é, portanto, definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A Diabetes Mellitus (DM), uma das doenças citadas, vem crescendo em conseqüência do aumento de pessoas idosas, da ociosidade, da obesidade e do aumento de vida dos diabéticos (Freitas, Py, Cançado & Gorzoni, 2006). A DM refere-se a uma síndrome de distúrbio metabólico de carboidratos, que envolvem a hiperglicemia, tem origem genética é subdividida em Diabetes Mellitus Tipo 1 ( DM1), e a Diabetes Mellitus Tipo 2( DM2).

A DM1 distingue-se pela destruição auto-imune celular do pâncreas, ocasionando a deficiência da insulina. É o tipo diagnosticado, com freqüência na infância e adolescência devido à destruição auto-imune das células beta do tipo 1A. No diagnóstico, já mostra 85% das células beta destruídas, com tendência a desenvolver cetoacidose e coma, assim como um controle do metabolismo lábil. O tratamento demanda uma dose diária de insulina. A DM1 é mais comum na infância e na adolescência, ainda que possa surgir em todas as idades, firmando o diagnóstico anterior aos 30 anos de idade (FREITAS et al., 2006).

O Teste *Wisconsin* de Classificação de Cartas é um dos instrumentos mais usados para avaliação das funções executivas e, quando ocorrem muitos erros, indica dificuldades na flexibilidade cognitiva. O WCST é considerado uma significativa medida de flexibilidade cognitiva, atenção e impulsividade.

A flexibilidade mental, segundo Lopes (2008), faz parte das funções executivas e é aplicada à vida prática, possibilitando um monitoramento do comportamento para alternar o curso das ações de acordo com os resultados obtidos. Rocca e Lafer (2008) colocam que a flexibilidade mental é a capacidade para formar conceitos, que perseverações são compreendidas como reflexo do envolvimento, ainda que funcional, do córtex pré-frontal, porque mostra falhas na memória de trabalho e na mudança de estratégias para solução de problemas. Entende-se, a capacidade de modificar estratégias, o curso do pensamento ou dos atos de acordo com as exigências externas envolve a flexibilidade cognitiva.

Compreendendo a possibilidade de prejuízos funcionais no desempenho da tarefa no WCST em idosos com DM2, este estudo objetiva aprofundar estudos existentes sobre o fenômeno verificando possíveis implicações no desempenho cognitivo dos idosos acometidos com doenças crônico-degenerativas (diabetes e hipertensão) participantes do Grupo de promoção do envelhecimento saudável do Serviço Integrado de Saúde (SIS) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

## **Método**

O estudo teve como enfoque desvelar o fenômeno do desempenho cognitivo dos idosos acometidos com doenças crônico-degenerativas (Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial). Para tanto, utilizou-se a metodologia científica do tipo quantitativa e transversal, baseado em alguns pressupostos do próprio método que dão sentido científico nesta investigação para reconhecer melhor o fenômeno em questão.

A amostra foi constituída por 30 idosos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, idosos com diagnóstico de diabetes e/ou hipertensão, pertencentes ao projeto de extensão, intitulado: Promoção do Envelhecimento Saudável com ênfase em doenças crônico-degenerativas, este grupo acontece na UNISC desde 1998.

Foram utilizados os seguintes instrumentos para coleta de dados: Ficha de Dados sociodemográficos, Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Escala de Depressão Geriátrica – GDS, Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST). A Ficha de Dados sociodemográficos consistiu de itens em que constam informações referentes à: idade, escolaridade, estado civil, ocupação, nível socioeconômico, atividades de lazer, doenças, utilização de medicação.

O Inventário de Depressão de Beck (BDI-I), considerado um instrumento conhecido mundialmente para mensurar a intensidade dos sintomas de depressão, foi desenvolvido por Beck e Steer (1993). Esta escala foi adaptada e validada para o Brasil por Cunha (2000). É uma escala de auto-relato de 21 itens, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade da depressão com escore de 0 a 3. Conforme as normas da versão em português, os pontos de corte, desenvolvidos em 1999 por Cunha (2000), estão subdivididos em: zero(0) a onze (11)= mínimo, de doze(12) a 19 = leve, de 20 a 35 = moderado e de 36 a 63 = grave. O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) é destinado a medir

a gravidade dos sintomas de ansiedade através de uma escala de sintomas (CUNHA, 2000). Composto de 21 itens, em que o sujeito deve pontuar conforme os sintomas presentes nele, numa escala de quatro pontos. Os resultados são obtidos através da soma dos escores de cada item. Para a população psiquiátrica, os pontos de corte, de acordo com as normas da versão em português, desenvolvidos em 1999 por Cunha (2000), estão subdivididos em zero (0) a dez (10) = mínimo, onze (11) a 19 = leve, de 20 a 30 = moderado, e de 31 a 63 = grave.

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS) tem como objetivo identificar e quantificar sintomas depressivos na população idosa. O instrumento consiste em um questionário de 15 questões, com duas opções de respostas: sim e não. Os escores inferiores a cinco (5) são considerados normais; de cinco (5) a dez (10) indicam depressão leve à moderada; e, acima de dez (10) indicam depressão grave.

O Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST) será utilizado como instrumento principal deste estudo. Consiste em um teste de avaliação cognitiva que mensura a flexibilidade do pensamento e cognitivo do sujeito para gerar estratégias de solução de problemas, com base no feedback do examinador. Avalia a capacidade para estabelecer, manter e modificar categorias mentais (CUNHA et al., 2005). O material do WCST consta de quatro cartas-chave, utilizadas como estímulo, e de dois baralhos de cartas-resposta, com 64 cartas cada um. As cartas podem ser classificadas segundo as categorias de cor (amarelo, azul, verde, vermelho), forma (cruz, círculo, triângulo, estrela) e número (de um a quatro estímulos com a mesma forma). O teste WCST é um instrumento que avalia o raciocínio abstrato e a capacidade do indivíduo para gerar estratégias de solução de problemas, em resposta a condições de estimulação mutáveis. Sua criação foi em 1948, sendo posteriormente, ampliado e revisado. Direcionado para a população geral, passou a ser empregado, cada vez mais, como um instrumento de avaliação neuropsicológica de funções executivas que envolvem os lobos frontais. São determinados 16 indicadores interpretativos para o teste WCST; abaixo segue a descrição dos indicadores (CUNHA et al., 2005): 1) Números de Ensaio administrados: refere-se ao número de cartas utilizadas para completar as seis categorias do teste. O teste constitui-se de 128 cartas. Quando são completadas as seis categorias, a tarefa de classificação destas cartas é encerrada. 2) Número Total de Respostas Corretas: consiste no número de acertos no teste. 3) Número Total de Erros: é o número de erros no teste.

4) Percentual de Erros: é a proporção de erros em relação ao número de ensaios executados.

5) Respostas Perseverativas: são respostas que, por sua fixação na classificação das cartas num mesmo critério, indicam a não- experimentação de novas alternativas para a solução do problema. Incluem-se, nesse indicador, também alguns acertos aleatórios de classificação.

6) Percentual de Respostas Perseverativas: é a proporção de respostas perseverativas em relação ao número de ensaios administrativos.

7) Erros Perseverativos: são apenas os erros com característica de resposta perseverativa.

8) Percentual de Erros Perseverativos: é a proporção de erros perseverativos em relação ao número de ensaios administrados.

9) Erros Não- Perseverativos: são as respostas erradas que não preencheram os critérios de resposta perseverativa.

10) Percentual de Erros Não Perseverativos: é a proporção de erros não-perseverativos em relação ao número de ensaios administrados.

11) Respostas de Nível Conceitual: são respostas que indicam acertos intencionais, discriminando-os dos acertos aleatórios. Respostas de nível conceitual são aquelas ocorridas a partir de uma seqüência ininterrupta de três ou mais acertos.

12) Percentual de Respostas de Nível Conceitual: é a proporção, em relação ao número de ensaios administrados, de respostas que demonstram evidências de acertos conscientes, intencionais e não casuais.

13) Número de Categorias Completadas: é o total de categorias realizada pelo sujeito. Existem seis categorias de classificação das cartas (Cor, Forma, Número, Cor, Forma, Número). Cada categoria é concluída quando 10 cartas seguidas são classificadas corretamente.

14) Ensaios Para Completar a Primeira Categoria: refere-se ao número de ensaios adotados até a conclusão da primeira categoria de classificação das cartas (a partir do critério "Cor").

15) Fracasso em Manter o Contexto: são os erros inesperados cometidos no meio de uma seqüência de acertos. Contabiliza-se este fracasso quando o respondente já acumula cinco (ou mais) acertos seguidos, falhando após esta seqüência correta de classificação.

16) Aprendendo a aprender: é a aprendizagem da própria tarefa durante sua execução. É verificada através da diferença dos erros cometidos em cada categoria completada. Busca-se verificar a diminuição dos erros, de uma para outra, com o avanço do teste. Só é possível apurar este indicador quando o indivíduo completou, pelo menos, duas categorias e também tentou fazer a terceira.

Após a apresentação e autorização do conteúdo do projeto pelo coordenador do grupo, como também a aprovação da pesquisa pelo CEP/UNISC of. No 404/10 respeitando a

resolução nacional do CONEP 196/96, foi realizada uma visita ao local onde acontece às atividades de grupo semanalmente e os idosos receberam orientações e esclarecimento sobre o estudo. Aqueles que concordaram em participar de forma espontânea da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Os instrumentos foram aplicados individualmente, em salas da instituição. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora com o auxílio de colegas do grupo de pesquisa e alunos de graduação do curso de Psicologia, que foram treinados previamente pela pesquisadora. Para as análises dos resultados, foram utilizados procedimentos estatísticos a partir do programa SPSS 11.5 (Statistical Package for Social Sciences for Windows), que virão apresentados em tabelas para melhor visualização.

## **Resultados e Discussão**

### **Características sociodemográficos da amostra**

Fizeram parte da análise dos resultados quanto às características sociodemográficos 30 idosos do grupo de idosos acometidos com doenças crônico-degenerativas (Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial); a idade variou de 60 a 83 anos, tendo como média 68,73 anos (DP = 7,32) como podem ser visto na tabela1.

Tabela I – Dados sociodemográficos dos idosos (n=30):

<b>Sexo</b>	Masculino	8	26,7
	Feminino	22	73,3
<b>Estado Civil</b>	Casado/companheiro	15	50,0
	Solteiro	3	10,0
	Viúvo	11	36,7
	Separado	1	3,3
<b>Escolaridade</b>	Nenhuma	3	10,0
	Fundamental Incompleto	23	76,7
	Fundamental Completo	2	6,7
	Médio completo	2	6,7
<b>Ajuda econômica</b>	Sim	7	23,3
	Não	23	76,7
<b>Faz Exames de Rotina</b>	Sim	26	88,6
	Não	4	11,4
<b>Como está a saúde</b>	Boa	10	33,3
	Regular	17	56,7
	Ruim	3	10,0
<b>Mora com alguém</b>	Esposo	15	50,0
	Filho	7	23,3
	Sozinho	7	23,3
	Outro	1	3,3
<b>Tem deixado de realizar atividades por motivo de saúde</b>	Sim	7	23,4
	Não	23	76,6
<b>Doenças: Quantas</b>	Uma	1	3,3
	Até 3	22	73,3
	Mais de 3	7	23,3
<b>Hospitalização Prévia</b>	Sim	8	26,6
	Não	22	73,33

**Fonte: Coleta de dados 2011**

Prevaleceram na amostra os idosos do sexo feminino (73,3%). Quanto ao estado civil, 50% eram casados e 36,7% viúvos, solteiros 10% e 3,3% separados. O nível de escolaridade 76,7% tem Ensino Fundamental Incompleto, mesmo com pouco estudo a maioria 93,3% sabe ler e 86,7% sabe escrever. Com relação à fonte de renda, a maioria é aposentada (61,4%). No que se refere às atividades de lazer, 96,7% fazem alguma atividade. Quanto à percepção da própria saúde dos idosos, 33,3 % qualificam como boa; 56,6%, como regular; e

10 %, como ruim. Dos idosos pesquisados 50,0% moram com esposo (a) e 23,3% mora com filhos e 23,3% sozinhos. Entre os pesquisados, 76,6% não têm deixado de realizar atividades físicas por motivo de saúde, no entanto, todos os sujeitos da amostragem (100%) fazem uso de medicação devido a alguma doença, porém apenas 26,7% relatam que já foram hospitalizados.

Com a vivência escutamos muitas historias de vida e no discurso dos idosos, o significado de envelhecer é superar as adversidades da vida com fé, é ter a possibilidade de continuar ativo, poder trabalhar nos afazeres de casa, é ter a capacidade de participar ativamente da comunidade, estabelecendo vínculos afetivos e sociais com todos da comunidade e o que traz felicidade é poder estar em grupo, possibilitando trocas e buscando novos conhecimentos sobre o processo natural do envelhecimento.

### **Resultados Descritivos do WCST**

Os resultados apresentados no WCST pelos idosos com doenças crônico-degenerativas (n=30) mostram que, necessitam utilizar em média 126,9, quase todas as cartas do baralho na tentativa de completar as categorias solicitadas, embora, o número médio de respostas corretas é de 57,47%.

No indicador avaliativo (14) Ensaio para Completar a 1ª. Categoria está indicando neste grupo, elevado número de ensaios para conseguir completar a primeira categoria do teste a partir do critério Cor, 30% dos sujeitos utilizaram todas as cartas do baralho e fracassaram não conseguindo completar nenhuma categoria. Assim, pode-se perceber que muitas das tentativas foram malsucedidas para completar a primeira categoria.

A média de Número Total de Erros (69,43) apresentada entre Erros Perseverativos (17,53 %) indicador 7. Estes erros perseverativos podem refletir inflexibilidade e resistência à mudança na tarefa realizada. Enquanto os Erros Não-Perseverativos (indicador 9) foram mais significativos de 51,9%. Esses dados refletem uma baixa proporção de acertos no Teste Wisconsin Classificação de Cartas em idosos com doenças crônico-degenerativas.

Quanto ao critério de Fracasso em Manter o Contexto, houve para cada idoso, aproximadamente, uma falha em manter-se atento na tarefa do teste. Conforme o indicador (16) Aprendendo a Aprender, 53,3% dos sujeitos tiveram dificuldade de realizar a tarefa. Segundo consta no manual do teste WCST este indicador avaliativo, refere-se à

aprendizagem da própria tarefa durante a sua execução. Só é possível apurar este indicador quando o indivíduo completou pelo menos duas categorias e também tentou fazer a terceira. No indicador percentual de respostas de nível conceitual (indicador 12), retratando apenas os acertos intencionais e desprezando os acertos aleatórios, a média foi de 29.53 revelando que os idosos tiveram dificuldades nesta tarefa.

**Tabela II - Resultados descritivos nos indicadores avaliados do WCST:**

<b>Indicadores Avaliativos do WCST</b>	<b>Idosos com doenças (n=30)</b>			
	<b>Mínimo</b>	<b>Máxim o</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
<b>1. Número de Ensaio Administrativos</b>	95	128	126,9	6,02
<b>2. Número Total Corretos</b>	27	101	57,47	20,99
<b>3. Número Total de Erros</b>	20	101	69,43	22,73
<b>4. Respostas Perseverativas</b>	0	90	22,33	26,13
<b>5. Erros Perseverativos</b>	0	67	17,53	19,59
<b>6. Erros Não-Perseverativos</b>	10	99	51,9	24,9
<b>7. Número de Categorias Completadas</b>	0	6	1,7	1,66
<b>8. Ensaio para Completar a Primeira Categoria</b>	10	128	23	23,38

**Fonte: Coleta de dados, 2011**

Os resultados descritivos nos indicadores avaliados do WCST apontam um déficit no desempenho, que parece estar relacionado ao declínio cognitivo ocasionado pelas doenças crônico-degenerativas. Esses aspectos foram evidenciados no estudo realizado por LOPES (2009), com 254 idosos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, sendo 44 idosos com diagnóstico de DM2 e 210 idosos do grupo controle da população geral. O objetivo foi avaliar os prejuízos cognitivos em idosos com DM2. Os resultados mostraram que houve diferença significativa no desempenho de idosos com DM2, quando comparados com os idosos do grupo controle em quatro descritores do WCST, indicando prejuízos.

## Resultados BDI, BAI,GDS

Como ilustra a Tabela III, os resultados encontrados no Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), no Inventário de Depressão de Beck (BDI) e na Escala de Depressão Geriátrica (GDS) apontam que 40% dos sujeitos apresentam sintomas de depressão com intensidade mínima no BDI e na classificação do GDS, 20% dos idosos sentem depressão leve a moderada. Enquanto os sintomas de ansiedade aparecem 36,7% com intensidade leve na percepção dos idosos.

**Tabela III- Classificação escore BDI, BAI e GDS e a frequência e percentil do desempenho dos idosos**

<i>Classificação BDI</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentil</i>
0-11 – mínimo	12	40,0
12-19 – leve	9	30,0
20-35 – moderado	9	30,0
Total	30	100,0
<i>Classificação BAI</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentil</i>
0-10- mínima	10	33,3
11-19 – leve	11	36,7
20-30 – moderada	6	20,0
31-63 – grave	3	10,0
Total	30	100,0
<i>Classificação GDS</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentil</i>
inferior 5 pontos= normais	23	76,7
6-10 = depressão leve à moderada	6	20,0
acima 10 = depressão grave	1	3,3
Total	30	100,0

Fonte: Coleta de dados, 2011.

De acordo com a tabela IV, verifica-se correlações altamente significativas entre o total do escore do BAI com o GDS ( $r=0,667$ ,  $p<0,001$ ), o que significa que, na medida em que os sintomas de ansiedade aumentam, aumenta também os sintomas depressivos. Além disso, os sintomas depressivos se correlacionaram fortemente nos dois instrumentos utilizados BDI e GDS, ( $r=0,689$ ,  $p<0,001$ ).

Achados no estudo de Nascimento (2007), que teve como objetivo descrever o desempenho dos idosos da população geral no teste Wisconsin de classificação de cartas e comparar com o desempenho de idosos com depressão previamente diagnosticada. Na

escala de depressão geriátrica (GDS) e no Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), os idosos com Transtorno Depressivo Maior evidenciam sintomas depressivos e sintomas de ansiedade mais graves que os idosos saudáveis. Nesse sentido, verificou-se relação entre os sintomas de ansiedade e de depressão. Os idosos que apresentaram depressão também apresentaram ansiedade em alguma intensidade.

**Tabela IV – Médias, desvios-padrão nos instrumentos utilizados para triagem, BDI, BAI e GDS:**

<i>Instrumentos utilizados para triagem</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-Padrão</i>
<b>BAI</b>	2,07	±0,980
<b>GDS</b>	1,27	±0,521
<b>BDI</b>	1,90	±0,845

Fonte: Coleta de dados, 2011.

Com mostra a Tabela V, pode-se destacar uma correlação forte entre ansiedade e depressão ( $r=0,682$ ,  $p<0,001$ ), o que significa que quanto maior a sintomatologia depressiva, maior a de ansiedade.

De acordo com Grinberg (2006), a depressão no idoso se caracteriza por elevado grau de sofrimento psíquico. Apesar de hoje em dia se dispor de diversas abordagens psicoterapêuticas e de tratamentos medicamentosos, a depressão pode levar a incapacitação e ao prejuízo funcional. Diante desses fatos, não é possível considerar a depressão no idoso uma simples consequência "natural" do envelhecimento.

#### **Correlações entre idade, depressão e ansiedade:**

Nas correlações efetuadas entre a idade e os dados do WCST, não se verificam ligações significativas entre a idade e as dimensões do WCST. Isso pode ser devido ao tamanho amostral ( $N=30$ ). Porém, em relação às dimensões do WCST, verificou-se correlações positivas entre o número total correto e número de categorias completadas ( $r=0,811$ ,  $p<0,001$ ), sendo essa correlação extremamente forte.

Tabela V – Correlações entre idade, depressão e ansiedade:

		Idade	Total escore GDS	Total escore BDI	Fon
<b>Idade</b>	R	1	-,395*	-,093	te:
	P		,031	0,625	Col
<b>Total escore GDS</b>	R	-,395*	1	<b>,689**</b>	eta
	P	0,031		0,000	de
<b>Total escore BDI</b>	R	-,093	<b>,689**</b>	1	dad
	P	0,625	,000		os,
<b>Total escore BAI</b>	R	-,190	<b>,667**</b>	<b>,682**</b>	201
	P	0,315	0,000	0,000	1.

\*  $P < 0,05$  \*\* $P < 0,001$

Destaca-se correlação negativa e moderada entre erros perseverativos e erros não perseverativos ( $r = -0,499$ ,  $p < 0,005$ ). Além disso, verificou-se correlação positiva e extremamente forte entre erros perseverativos e respostas perseverativas ( $r = 0,998$ ,  $p < 0,001$ ). Verificou-se uma correlação negativa e moderada entre o número total correto e erros perseverativos ( $r = -0,651$ ,  $p < 0,001$ ), sendo que essa correlação indica que na medida em que aumentam os erros perseverativos, diminui o número total correto. Do mesmo modo, verificou-se correlação negativa e extremamente forte ( $r = -0,965$ ,  $p < 0,001$ ) entre o número total correto e o número total de erros. Por fim, ressalta-se correlação negativa e extremamente forte entre o número total de erros e o número de categorias completadas ( $r = -0,879$ ,  $p < 0,001$ ). Nas demais categorias não se encontraram correlações significativas.

Enquanto em estudo realizado por Lopes (2008), identificou déficits no desempenho dos idosos com DM2 quanto à flexibilidade cognitiva em quatro indicadores do WCST: Número Total Corretos, Número Total de Erros, Respostas Perseverativas e Erros Perseverativos.

Ressalta-se também que, não ocorreram correlações significativas entre sintomas de ansiedade, depressão e as categorias do WCST. Lembrando que nas Escalas BDI, BAI e GDS os resultados encontrados se referem a percepção do sujeito frente à sintomatologia.

No entanto, em estudo realizado por Nascimento (2007), a análise do desempenho no teste WCST, com idosos depressivos revelou que, os idosos com depressão mais grave mostrou um número total de erros maior cometidos ao realizar a tarefa e maior percentual de respostas de nível conceitual, indicando que cometem mais erros. Além disso, demonstram evidências de acertos casuais e não-intencionais. Quanto mais grave a depressão, maior os prejuízos cognitivos no desempenho das tarefas no WCST.

Giurgea (apud ARGIMON E CAMARGO, 2000) alerta para a importância de a avaliação psicológica acontecer em dois níveis: examinar se o idoso está mostrando rendimentos moderados porque apresenta uma deficiência cognitiva autêntica, examinando também, os fatores que não são cognitivos, como a motivação, que podem influenciar no rendimento. Os autores salientam que, isso ocorre quando a avaliação não se realiza por iniciativa própria, por familiares, como também, em situações institucionais. Outro fator que deve ser considerado é quando as perdas sensoriais dificultam a comunicação. Neste caso, o psicólogo precisa estimular o idoso ou seus familiares procurarem um especialista para amenizar suas dificuldades cognitivas decorrentes de perdas sensoriais.

### **Considerações Finais**

Durante o estudo, deparamo-nos com limitações e foram vários fatores que impossibilitaram contemplar o idealizado. Sendo que, o primeiro fator relevante, durante a aplicação dos instrumentos observou-se que alguns sujeitos não estavam prestando atenção na tarefa, não demonstrando interesse em executá-la, tendo que a pesquisadora em vários momentos estimular para dar continuidade na coleta dos dados. Há necessidade de se considerar que, o teste WCST utilizado para avaliar as funções executivas dos idosos é um instrumento complexo de difícil aplicação e correção.

Assinala-se a importância de realizar outros estudos envolvendo o WCST como instrumento de avaliação das funções cognitivas, envolvendo amostras maiores e ratifica-se a relevância do grupo de controle para o estudo. Sugerindo também, um estudo longitudinal para observar se o desempenho cognitivo altera conforme a evolução das doenças crônico-degenerativas.

## Referências

AREOSA, S.V.C.; BULLA, L.C. Contexto social e relações familiares: o idoso provedor. In: AREOSA, Silvia (Org.). *Terceira idade na UNISC: novos desafios de uma população que envelhece*. 1 ed. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2010. p.120-124.

ARGIMON & CAMARGO (2000). *Avaliação de sintomas demenciais em idosos: questões essenciais*. In: CUNHA, J. A.(org.). *Psicodiagnóstico-V*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

COSTA, M. F. L., Veras, R. Saúde e envelhecimento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.3, jun.2003.

CUNHA, J. A. (2000). A. Inventário de Depressão de Beck: Catálogo de técnicas úteis. In: CUNHA, J. A.(org.). *Psicodiagnóstico V*. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

\_\_\_\_\_. (2001). *Manual da Versão em Português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

CUNHA, J. A. (org.). *Teste Wisconsin de Classificação de Cartas – Adaptação e padronização Brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

FREITAS, E. Py, L. Cançado, F.A.X., Gorzoni, M. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Koogan, 2006.

GRINBERG, L. P. (2006). Depressão em idosos – desafios no diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Medicina*; 63(7): 317-330, jul.

LOPES, Regina M. F. *Desempenho cognitivo de idosos com Diabetes Mellitus tipo2 no Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST)*. 82 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Faculdade de Psicologia, PUCRS. Porto Alegre, 2008.

LOPES, Regina M. F., Irani de Lima Argimon. *Prejuízos cognitivos em idosos com Diabetes Mellitus tipo2*. *Cuadernos de Neuropsicología*, Vol 3, No 2, 2009. Disponível em: <http://neuropsicologia.cl/cnps/index.php/cnps/article/view/57>.

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS) e *Diabetes mellitus* (DM): protocolo /Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em: 29 out. 2010.

NASCIMENTO, Roberta F. L. *Depressão e o desempenho cognitivo em idosos através do teste Wisconsin classificação de cartas (WCST)*. [documento impresso e eletrônico]. Porto Alegre, 2007. 64 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – PUCRS. Disponível em: [revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2516/1601](http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2516/1601). Acesso em 13 out. 2010.

ROCCA, C.C.A., Lafer, B. (2008). *Neuropsicologia: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.

**Sobre os autores:**

Ivone Lúcia Brito é Psicóloga formada pela UNISC, Pós-Graduada em Especialização em Avaliação Psicológica.

Silvia Coutinho Areosa é Professora da UNISC, Coordenadora da Especialização em Avaliação Psicológica da UNISC, editora da Revista Barbarói, avaliadora do Inep/MEC, líder do grupo de pesquisa no CNPq “Realidade, exclusão e cidadania na Terceira Idade”, Dra. em Serviço Social (PUCRS).

Regina Maria Fernandes Lopes é Professora da Pós-Graduação em Avaliação Psicológica da UNISC, Coordenadora do Núcleo Médico Psicológico. Dda Psicologia (PUCRS), Mestre em Psicologia (PUCRS).