

PUCRS

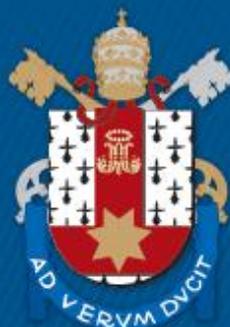
ESCOLA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA
DOUTORADO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

AMANDA DE OLIVEIRA FERREIRA LEITE

**IMPACTOS DA INTERVENÇÃO NEUROPSICOLÓGICA NA QUALIDADE DE VIDA EM
IDOSAS COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE**

Porto Alegre
2017

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



AMANDA DE OLIVEIRA FERREIRA LEITE

**IMPACTOS DA INTERVENÇÃO NEUROPSICOLÓGICA NA QUALIDADE
DE VIDA EM IDOSAS COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE**

Porto Alegre
2017

AMANDA DE OLIVEIRA FERREIRA LEITE

**IMPACTOS DA INTERVENÇÃO NEUROPSICOLÓGICA NA QUALIDADE
DE VIDA EM IDOSAS COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE**

Tese apresentada como requisito para a defesa de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS.

Orientadora: Dra. Mirna Wetters Portugal

Porto Alegre
2017

Ficha Catalográfica

L533 Leite, Amanda de Oliveira Ferreira

Impactos da intervenção neuropsicológica na qualidade de vida de idosas com Comprometimento Cognitivo Leve / Amanda de Oliveira Ferreira Leite . – 2017.

135 f.

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

Orientadora: Profa. Dra. Mirna Wetters Portugal.

1. Avaliação Neuropsicológica. 2. Envelhecimento. 3. Qualidade de vida. I. Portugal, Mirna Wetters. II. Título.

AMANDA DE OLIVEIRA FERREIRA LEITE

**IMPACTOS DA INTERVENÇÃO NEUROPSICOLÓGICA NA QUALIDADE
DE VIDA EM IDOSAS COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE**

Tese apresentada como requisito para a defesa de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS.

Aprovada em: 10 de novembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Mirna Wetters Portuguez
Orientadora

Prof. Dra. Irani Iracema de Lima Argimon
IGG - PUCRS

Prof. Dra. Danielle Irigoyen da Costa
Escola de Humanidades - PUCRS

Prof. Dra. Luciana Schermann Azambuja
ULBRA

Prof. Dr. Alfredo Cataldo (Suplente)
PUCRS

Porto Alegre
2017

Agradecimentos

Como agradecer a realização de sonho? Como comemorar quando se percebe que o que nos moldou foi a jornada e não a chegada? Essa conquista vai muito além de um título. É a coroação do esforço dos meus pais em me proporcionar as melhores oportunidades educacionais. É resultado do trabalho de todos os professores que passaram pela minha vida. É um presente para o meu marido, Diego Leite, por todas as ausências, imprevistos, altos e baixos. É a concretização de um entre tantos planos perfeitos e inconfundíveis que Deus traçou para mim. É a recompensa por todos os meus anos de estudo, abdicção e dedicação ao conhecimento.

Agradeço, em especial, a toda equipe do IGG e a minha orientadora por serem fundamentais à construção desta tese. Obrigada pela competência, generosidade e compreensão. Agradeço a CAPES por todo apoio sem o qual não teria sido possível chegar até aqui.

Se clamares por conhecimento e por inteligência alçares a tua voz; se como a prata a buscares e como a tesouros escondidos a procurares, então entenderás o temor do Senhor, e acharás o conhecimento de Deus. Porque o Senhor dá a sabedoria; da Sua boca é que vem o conhecimento e o entendimento. Provérbios 2:3-6.

RESUMO

Introdução. O funcionamento cognitivo dos idosos têm recebido bastante atenção dos psicólogos, geriatras e demais profissionais da área da saúde. *Objetivo.* Investigar os efeitos de 12 sessões de uma intervenção neuropsicológica em grupo na cognição, no estado psicológico e na qualidade de vida de idosas com Comprometimento Cognitivo Leve (CCL). *Método.* Ensaio clínico controlado, randomizado, com grupos cegos ao avaliador. A amostra foi composta por 78 sujeitos do sexo feminino com idade a partir de 60 anos. Após o diagnóstico de CCL, os participantes foram divididos em Grupo Neuropsicológico (GN, n=39) e Grupo Controle (GC, n=39). Os critérios de inclusão foram: participar do Centro do Idoso; possuir interesse e disponibilidade para participar da intervenção psicológica em grupo; apresentar diagnóstico de CCL; ter 60 anos ou mais; ter quatro anos ou mais de escolaridade. Os critérios de exclusão foram: quadros demenciais; doenças neurológicas ou degenerativas graves; e transtornos psiquiátricos severos. Foram utilizados os instrumentos: entrevista semiestruturada, Exame Cognitivo de Addenbrooke Revisado (ACER), Índice de Katz, Escala de Lawton e Brody, Escala de Depressão Geriátrica, Inventário de Ansiedade de Beck, Escala de Desenvolvimento Pessoal, WHOQOL-bref e WHOQOL-old. *Resultados.* A média de idade foi de 71 anos no GC e de 70 anos no GN. Tanto o GC quanto o GN foram compostos, principalmente, por indivíduos casados ou viúvos. A maioria das idosas tinha baixa escolaridade e praticava atividades físicas. A renda prevalente foi de 1 a 2 salários mínimos. Quando questionadas sobre o estado atual de saúde, foi frequente o relato de diversas condições clínicas. Quanto ao desempenho no ACER não houve diferença entre os grupos no período pré-intervenção; os resultados apontam que o Grupo Neuropsicológico melhorou o desempenho nos cinco subtestes e na pontuação total em relação ao período pré-intervenção. Quando comparamos GC e GN, após as sessões, o GN apresentou escores mais altos nos subtestes memória e linguagem e na pontuação total. Nos instrumentos psicológicos e de qualidade de vida notamos que o GN melhorou seu desempenho em relação ao período pré-intervenção, resultados não encontrados no GC. *Conclusão.* Há relação entre a intervenção neuropsicológica em grupo e melhora no desempenho cognitivo, no estado psicológico e na qualidade de vida de idosas com Comprometimento Cognitivo Leve.

Palavras-chave. Comprometimento Cognitivo Leve. Ansiedade. Depressão. Qualidade de Vida. Idoso.

ABSTRACT

Introduction. The cognitive functioning of the elderly has received a lot of attention from psychologists, geriatricians and other health professionals. *Objectives.* To investigate the effects of 12 sessions of a group neuropsychological intervention on cognition, psychological state and quality of life of elderly women with Mild Cognitive Impairment. *Method.* It is a randomized and controlled clinical trial with groups blinded to the evaluator. The sample consisted of 78 female subjects aged 60 years and over. After diagnosis of Mild Cognitive Impairment, the participants were divided into neuropsychological group (NG, n = 39) and control group (CG, n = 39). The inclusion criteria were: to participate in the Center for the Elderly; to have interest and willingness to participate in group psychological intervention; presenting a diagnosis of Mild Cognitive Impairment; 60 years of age or older; have four years or more of schooling. The exclusion criteria were: dementia; severe neurological or degenerative diseases; severe psychiatric disorders. The instruments used were: semi-structured interview, Addenbrooke's Cognitive Examination - Revised, Katz Index, Lawton and Brody Scale, Geriatric Depression Scale, Beck Anxiety Inventory, Personal Development Scale, WHOQOL-bref, and WHOQOL-old. *Results.* The mean age was 71 years in GC and 70 years in GN. Both GC and NG were mainly composed of married and widows. Most of the elderly people went to school and practiced physical activities. The prevailing income was 1 to 2 brazilian minimum wages. When questioned about the current state of health, it was frequent or reported several clinical conditions. Regarding the ACER performance, there were no differences between groups in pre-intervention period. The results indicate that the neuropsychological group improved the performance in the five subtests and in the total score in relation to the pre-intervention period. When we compared CG and NG, after the sessions NG presented higher scores in the memory and language subtests and in the total score. In psychological and quality of life instruments NG had better performance in relation to the pre-intervention period, results not found in the CG. It is also observed that NG presented less anxiety symptoms, higher psychological well-being and better quality of life when compared to the CG. *Conclusion.* There is a relation between group neuropsychological intervention and improvement in cognitive performance, psychological state and quality of life of elderly women with Mild Cognitive Impairment.

Key words. Mild Cognitive Impairment. Anxiety. Depression. Quality of life. Elderly.

SUMÁRIO

| | |
|------------------------------------------------|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 2. FUDAMENTAÇÃO TEÓRICA | |
| 2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL..... | 14 |
| 2.2 COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE..... | 15 |
| 2.3 AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA..... | 19 |
| 2.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA VELHICE..... | 20 |
| 2.4.1 INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS EM IDOSOS..... | 22 |
| 2.4.2 BEM-ESTAR PSICOLÓGICO..... | 23 |
| 2.5 AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL..... | 25 |
| 2.6 QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE..... | 26 |
| 3. OBJETIVOS..... | 28 |
| 4. HIPÓTESES..... | 29 |
| 5. MÉTODO | |
| 5.1 DELINEAMENTO..... | 30 |
| 5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA..... | 30 |
| 5.3 INSTRUMENTOS..... | 31 |
| 5.3.1 AVALIAÇÃO DO ESTADO COGNITIVO..... | 31 |
| 5.3.2 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA..... | 33 |
| 5.3.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA..... | 34 |
| 5.4 PROCEDIMENTOS..... | 34 |
| 5.4.1 COLETA DE DADOS..... | 34 |
| 5.4.2 INTERVENÇÃO NEUROPSICOLÓGICA..... | 36 |
| 5.5 MÉTODOS ESTATÍSTICOS..... | 39 |
| 5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS..... | 39 |
| 5.7 RECURSOS..... | 40 |
| 6. RESULTADOS..... | 41 |

| | |
|-------------------------------------------------------|----|
| 7. DISCUSSÃO | |
| 7.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS..... | 45 |
| 7.2 ASPECTOS COGNITIVOS..... | 47 |
| 7.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS E DE QUALIDADE DE VIDA..... | 49 |
| 7.4 IMPLICAÇÕES TERAPÊUTICAS..... | 52 |

| | |
|---------------------------|-----------|
| 8. CONCLUSÕES..... | 54 |
|---------------------------|-----------|

| | |
|-------------------------|-----------|
| REFERÊNCIAS..... | 55 |
|-------------------------|-----------|

APÊNDICES

| | |
|-------------------------------------------------------------|----|
| APÊNDICE A – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA..... | 64 |
| APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.... | 65 |
| APÊNDICE C – DESCRIÇÃO DAS SESSÕES PSICOLÓGICAS..... | 66 |
| APÊNDICE D - ARTIGO PUBLICADO..... | 71 |
| APÊNDICE E - ARTIGO SUBMETIDO 1..... | 84 |
| APÊNDICE F - ARTIGO SUBMETIDO 2..... | 97 |

ANEXOS

| | |
|--------------------------------------------------------------|-----|
| ANEXO A – EXAME COGNITIVO DE ADDENBROOKE..... | 113 |
| ANEXO B – ESCALA DE KATZ..... | 120 |
| ANEXO C – ESCALA DE LAWTON E BRODY..... | 121 |
| ANEXO D – ESCALA DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL..... | 122 |
| ANEXO E – WHOQOL-OLD..... | 123 |
| ANEXO F – WHOQOL-BREF..... | 126 |
| ANEXO G – APROVAÇÃO DO COMITÊ CIENTÍFICO DO IGG/PUCRS..... | 129 |
| ANEXO H – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP.... | 130 |
| ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DO CENTRO DO IDOSO..... | 132 |
| ANEXO J – COMPROVANTE DE ACEITE DO ARTIGO PUBLICADO..... | 133 |
| ANEXO K – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 1..... | 134 |
| ANEXO L – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 2 | 135 |

1 INTRODUÇÃO

Os idosos se encontram na última etapa do ciclo vital onde, natural e progressivamente, observa-se um declínio das funções psicológicas, biológicas, sociais e econômicas. Vale ressaltar que pesquisas com esta população são extremamente complexas, considerando-se o grande número de variáveis envolvidas, como: a idade; o estado geral de saúde; a escolaridade; a situação socioeconômica; os hábitos e, em alguns casos, a institucionalização.

O funcionamento cognitivo dos idosos suscita grande interesse em psicólogos, geriatras e demais profissionais da área da saúde. Tal interesse deve-se ao fato de que alterações neste funcionamento comprometem várias esferas da vida do idoso e o cotidiano dos familiares. Este é um campo com inúmeras possibilidades de atuação do psicólogo, seja em programas de prevenção, avaliação ou reabilitação (SOUZA; CHAVES, 2005).

Uma parcela significativa de idosos encontra-se em um estado cognitivo que não pode ser definida como normal nem como demência; termos como Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) e Transtorno Neurocognitivo Leve (TNL) tem sido utilizados para descrever essa condição. O CCL é reconhecido como uma entidade heterogênea já que, além da memória, pode causar alteração em outros domínios cognitivos e sua apresentação clínica, etiologia e evolução podem ser bastante distintas. Após consenso de vários pesquisadores em 2004, o conceito foi ampliado, com a divisão do CCL em quatro subtipos: CCL amnésico único domínio; CCL amnésico múltiplos domínios; CCL não amnésico único domínio; e CCL não amnésico múltiplos domínios (Petersen, 2004).

Apesar de não ocasionar prejuízo funcional o CCL muitas vezes precede o aparecimento de quadros demenciais (PETERSEN et al., 2014). A categoria amnésica apresenta uma taxa de conversão para a Doença de Alzheimer de 5 a 40% ao ano (ESHKOOR et al., 2015). Atualmente, não há tratamento não farmacológico recomendado para o CCL (PETERSEN et al., 2014).

Pesquisas sobre intervenções psicológicas em pacientes com CCL, apesar de potencialmente benéficas, são escassas, possuem resultados não duplicados e parte delas carece de qualidade metodológica (CHANDLER et al., 2016; ORGETA et al., 2015; VEGA; NEWHOUSE, 2014; COOPER, 2013). Apesar disso, acredita-se que tais intervenções sejam fundamentais para que os idosos se sintam preparados para lidar com as dificuldades e desafios cotidianos. No campo do CCL, são necessários ensaios controlados randomizados de boa qualidade que incluam intervenções psicológicas em grupo (COOPER, 2013).

Diante do exposto e da literatura revisada, consideramos importante estudar os efeitos de uma intervenção neuropsicológica em idosos com CCL pelos seguintes motivos:

- Tratamentos psicológicos são eficazes e benéficos para idosos saudáveis; assim, é plausível supormos que pacientes com CCL também possam se beneficiar desses tratamentos;
- Há poucos estudos que avaliem intervenções neuropsicológicas em idosos com CCL;
- É importante fomentar estratégias de enfrentamento e adaptação que possibilitem aos sujeitos um manejo mais eficaz das dificuldades e desafios do CCL;
- Contribuir para o melhor entendimento desta condição clínica e para o conseqüente desenvolvimento de intervenções terapêuticas mais eficazes.

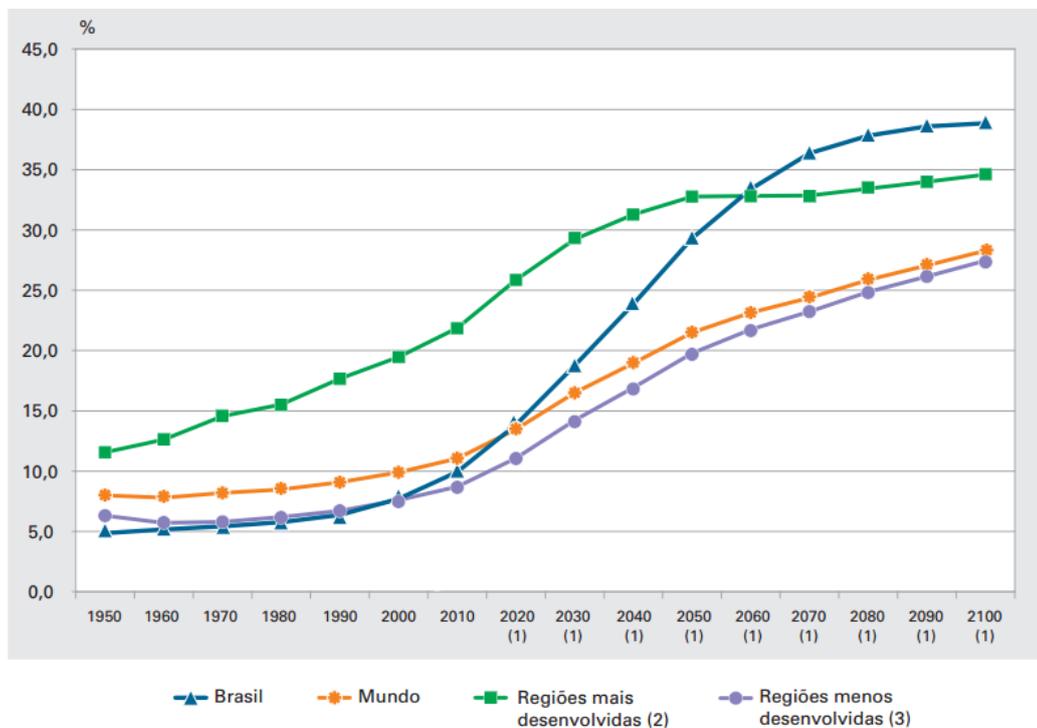
A presente pesquisa é singular ao investigar uma população com dificuldades socioeconômicas e características culturais específicas. Dessa forma, contribuímos com dados originais sobre a cognição, o estado psicológico e a qualidade de vida de idosos brasileiros com CCL que participaram de uma intervenção neuropsicológica em grupo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Considerando as projeções populacionais internacionais feitas pelas Nações Unidas (UNITED NATIONS, 2015), o IBGE (2016) aponta que a proporção de pessoas de 60 anos ou mais na população brasileira seria marcante nas próximas décadas (Figura 1). Entre 1950 e 2000 a proporção de idosos, que esteve abaixo de 10%, foi semelhante à encontrada nos países menos desenvolvidos. Entretanto, a partir de 2010, o indicador para o Brasil começa a se descolar destas regiões, aproximando-se do projetado em países desenvolvidos. Em 2070, a estimativa é que a proporção da população idosa brasileira (acima de 35%) seria, inclusive, superior ao indicador para o conjunto dos países desenvolvidos. Além do substancial aumento da proporção de idosos, o IBGE destaca também a velocidade com que esta mudança se dará no perfil etário da população brasileira.

FIGURA 1. PROPORÇÃO DE PESSOAS DE 60 ANOS OU MAIS DE IDADE NA POPULAÇÃO TOTAL - MUNDO - 1950/2100



Nota: (1) Dados projetados (variante média). (2) Compreende Europa, América do Norte, Austrália/Nova Zelândia e Japão. (3) Compreende todas as regiões da África, Ásia (exceto Japão), América Latina e Caribe mais Melanésia, Micronésia e Polinésia.

Fonte: IBGE (2016).

Em 2060, a esperança de vida do brasileiro ao nascer será de 81 anos. Estamos vivendo um dividendo demográfico: atualmente, a maioria da população é economicamente ativa; entretanto, a partir de 2023, isso mudará em virtude do aumento expressivo da população idosa (IBGE, 2016).

Proporcionalmente, a população idosa é a que mais cresce no Brasil. Tal fenômeno traz repercussões importantes, causando o aumento do interesse pela promoção do envelhecimento saudável e da preocupação com a prestação de serviços aos idosos nas áreas médica, social, educacional e psicológica (RABELO, 2009). No tocante às consequências do envelhecimento populacional, podemos citar a modificação do perfil de saúde, tornando-se mais frequentes as complicações associadas às doenças crônico-degenerativas.

O envelhecimento normal apresenta inúmeras transformações bioquímicas, morfológicas, fisiológicas e psicológicas. Dentre elas podemos citar a perda de funções biológicas, a diminuição da fertilidade, o aumento da mortalidade, e o aparecimento de dificuldades cognitivas. Tais modificações implicam em perda gradual da capacidade de adaptação ao meio ambiente e consequente diminuição da capacidade de sobrevivência. O envelhecimento é influenciado por fatores como educação, estilo de vida, estresse, alimentação e exercícios físicos (LEITE, 2009).

As alterações estruturais no Sistema Nervoso Central relacionadas à idade podem resultar em decréscimo em várias funções cognitivas. Modificações estruturais (menor peso e volume), vasculares e funcionais (neurotransmissão) são ocasionadas por processos oxidativos que conduzem à degeneração celular e molecular (MORILLO; BRUCKI; NITRINI, 2012). Estudos neuropsicológicos indicam que funções visuoespaciais, linguagem e praxias são pouco alteradas pelo envelhecimento normal, enquanto que habilidades como a memória, atenção e funções executivas declinam ao longo do envelhecimento (HAMDAN; PEREIRA, 2009; BANHATO et al., 2007). Apesar de observarmos uma queda no funcionamento cognitivo geral no idoso saudável, não é normal que as mesmas decresçam consideravelmente (SCULLIN; BLIWISE, 2015).

2.2 COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE

O diagnóstico precoce de demências e de quadros menos graves de declínio cognitivo em idosos é de grande importância, seja em estudos clínicos ou epidemiológicos. Uma parcela significativa de idosos encontra-se em um estado cognitivo que não pode ser definida como normal nem como demência (PETERSEN et al., 2014).

O conceito de Comprometimento Cognitivo Leve, do termo original *Mild Cognitive Impairment* foi oficializado em 2004 durante a *Key International Symposium on MCI* para compreender as fronteiras entre o envelhecimento saudável e o patológico (PETERSEN, 2004). O Comprometimento Cognitivo Leve é geralmente, mas não sempre, um estado intermediário entre a cognição normal e a demência (HUGO; GANGULI, 2014) em que as habilidades funcionais essenciais estão preservadas (PETERSEN et al., 2014).

Em sua última edição, o DSM-V renomeou a categoria “Demência, Delírio, Perturbações Mnésicas e Outras desordens Cognitivas” como “Transtornos Neurocognitivos”, e, por conseguinte, o CCL foi redefinido como Transtorno Neurocognitivo Leve (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al., 2014). A principal diferença entre os critérios diagnósticos do DSM-V e de Petersen (2004) é que o primeiro incluiu na amostra sujeitos de diversas idades, enquanto que o segundo incluiu prioritariamente idosos (STOKIN et al., 2015). Em virtude de a literatura internacional utilizar amplamente o termo original proposto por Petersen (2004), optamos por utilizá-lo neste trabalho também.

Os critérios diagnósticos do CCL são: (1) queixas de dificuldades cognitivas relatadas pelo paciente ou informante; (2) funcionamento cognitivo global essencialmente preservado; (3) ausência de déficits nas atividades de básicas e instrumentais de vida diária; (4) desempenho abaixo da média em um ou mais domínios cognitivos quando comparados com idosos normais da mesma idade e nível educacional (PETERSEN et al., 2014).

Os dados clínicos sugerem que são necessárias alterações nas habilidades cognitivas para realizar o diagnóstico de CCL (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al., 2014; PETERSEN, 2004). As queixas cognitivas subjetivas devem ser confirmadas por testes neuropsicológicos. Não existe um padrão de ouro para especificar qual bateria de teste deve-se usar, mas é importante que as principais áreas cognitivas sejam examinadas. Geralmente, as funções executivas, a atenção, a linguagem, a memória e as habilidades visuoespaciais são as mais investigadas (PETERSEN et al., 2014).

Quanto ao relato de queixas cognitivas e ao comprometimento cognitivo objetivo, o diagnóstico clínico de CCL se sobrepõe ao diagnóstico de demência (PETERSEN et al., 2014). As duas síndromes diferem pelo fato dos pacientes com CCL terem preservado a independência

em habilidades funcionais. Isso geralmente é investigado por meio de uma entrevista completa com a pessoa ou com os parentes mais próximos, durante a qual são registradas as atividades básicas e instrumentais da vida diária. Problemas muito leves nas atividades instrumentais geralmente estão relacionadas ao CCL, desde que as atividades básicas de vida diária estejam preservadas. Por fim, os indivíduos que ainda são funcionalmente independentes serão classificados como "sem demência", outro pré-requisito para a classificação do CCL; para que esta classificação seja adequada é importante que o diagnóstico de demência seja preciso e siga os critérios padronizados (PETERSEN et al., 2014). O CCL possui duas categorias e quatro subtipos diagnósticos quanto ao curso clínico: categoria amnésica (único domínio e múltiplos domínios) e não amnésica (único domínio e múltiplos domínios).

Por ser a categoria mais comum e a que mais evolui para a Doença de Alzheimer, o Comprometimento Cognitivo Leve Amnésico (CCL-A) é alvo de grande interesse entre os pesquisadores (PELLEGRINO, LYKETSOS, MARANO, 2013). O critério diagnóstico do CCL-A aponta: presença de queixa subjetiva de memória; déficit de memória (observado em testes neuropsicológicos, considerando-se a idade e os anos de escolaridade); preservação das demais esferas cognitivas e das atividades de vida diária; além de ausência de demência (PETERSEN et al., 2014). Estima-se que a taxa de conversão de declínio cognitivo de memória para a Doença de Alzheimer é de 5% a 40% ao ano, enquanto pessoas saudáveis apresentam taxa de 10 a 15% ao ano; esta estatística aponta a importância de intervenções direcionadas a esses indivíduos (ESHKOOR et al., 2015). Para os outros subtipos de CCL, essa taxa de conversão ainda não está bem estabelecida (CÉSAR, 2015).

É importante frisar que muitos idosos com CCL não evoluem para quadros demenciais; destes, a maioria apresenta depressão com sintomas cognitivos, algo mais comum em idosos que em adultos de meia idade. De fato, nem sempre é simples diferenciar o CCL de casos verdadeiramente pré-demenciais (PETERSEN et al., 2014). Observa-se, então, que o prognóstico do CCL é incerto, o que pode trazer mais dúvidas e sofrimento tanto para pacientes quanto para familiares (BANNINGH et al., 2008).

A prevalência do CCL varia muito conforme os critérios adotados, testes utilizados, valores de corte, idade e nível educacional da população em estudo, oscilando de 3% a 42% (WARD et al., 2012). A prevalência do CCL no Brasil foi descrita por Godinho et al (2012) em estudo realizado em Porto Alegre – RS, que encontrou de prevalência de 6,1%: destes, 24% permaneceram estáveis e 38% melhoraram ao longo do acompanhamento; a taxa de conversão anual de CCL para Doença de Alzheimer foi de 8.5%.

Os principais fatores de risco associados ao declínio cognitivo e à demência (idade avançada e baixo nível de escolaridade) também foram associados repetidamente ao CCL; entretanto, não existe consenso sobre a extensão dessa associação (LUCK et al., 2010). Provavelmente, isso deve-se ao fato de os resultados dos exames neuropsicológicos utilizados na classificação do CCL serem geralmente corrigidos quanto à idade e à educação. Além disso, o CCL é, por definição, frequentemente um estado transitório, o que torna mais desafiador traçar os perfis de risco.

Quanto ao perfil neuropatológico, o CCL é heterogêneo e muitas lesões parecem estar em um contínuo entre a demência e a normalidade (STEPHAN et al., 2012). Tem sido frequentemente observado que alterações neuropatológicas estão presentes mesmo em pessoas que não manifestam comprometimento cognitivo, particularmente em grupos mais velhos (STEPHAN et al., 2012). Isso pode explicar a inexistência de um perfil neuropatológico que caracterize o CCL.

Estudos estruturais de ressonância magnética identificaram as principais áreas de atrofia em pacientes com CCL que posteriormente desenvolveram Doença de Alzheimer: o lobo temporal medial (com perda de volume entorrinal e hipocampal) e o cíngulo posterior (FENNEMA-NOTESTINE et al., 2009). Além disso, estudos longitudinais mostraram que a aceleração da taxa anual de atrofia hipocampal, cortical e de expansão ventricular são bons preditores de progressão da Doença de Alzheimer em indivíduos com CCL (LEUNG et al., 2013; JACK et al., 2004).

Embora durante os últimos 15 anos tenha sido feito um grande esforço para individualizar compostos capazes de diminuir o declínio cognitivo em indivíduos com CCL, nenhum desses agentes provou ser eficaz (PETERSEN et al., 2014). Quanto aos tratamentos não farmacológicos há indícios que o treino cognitivo possa exercer um papel neuroprotetor ou compensatório.

O treino cognitivo resulta em melhor desempenho em testes de funcionamento cognitivo global e memória (SIMON; YOKOMIZO; BOTTINO; 2012; GATES et al., 2011). Jean et al. (2010) realizou um programa de reabilitação com práticas estratégicas que resultou em melhoras na velocidade do processamento, qualidade de vida e funcionamento diário de pacientes com CCL. Pesquisas que utilizaram estratégias para o aprendizado de novas informações e associações indicam que intervenções que envolvem metas pessoais trazem benefícios cognitivos e funcionais para estes pacientes (COOPER, 2013).

Os resultados de treino e reabilitação cognitivos no CCL devem ser analisados com cautela por, em geral, conterem baixo número de sujeitos e intervenção muito curtas (COOPER,

2013). Apesar destas limitações, os estudos já conseguem apontar um caminho a ser explorado em futuras pesquisas.

2.3 AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

A avaliação neuropsicológica pode ser considerada um exame funcional do cérebro cujo objetivo é evidenciar e detalhar as consequências de lesões ou disfunções cerebrais sobre o comportamento e a cognição do indivíduo (MALLOY-DINIZ et al., 2012). A utilização de avaliações neuropsicológicas tem se mostrado eficiente tanto no estabelecimento como na confirmação de diagnóstico. Testes neuropsicológicos podem indicar a ocorrência de distúrbios cognitivos quando outros exames clínicos (raios X da cabeça, imagens de ressonância magnética, etc.) nada acusam de anormal (STOKIN et al., 2015).

Por meio de avaliações cognitivas detalhadas, estágios iniciais de demência que não aparecem em um exame médico inicial podem ser identificados através de indícios de anormalidade no desempenho dos testes. Informações fornecidas tanto pelo paciente como por outras fontes não podem ser desprezadas, sendo úteis no estabelecimento de um perfil completo e fidedigno (PETERSEN et al., 2001).

Durante a avaliação, ao se observar o desempenho e a conduta do indivíduo diante dos testes, é possível identificar pontos fortes e fracos, possíveis limitações ou mesmo deficiências. Tais achados são importantes, uma vez que contribuem para o direcionamento de estimulações e estratégias de reabilitação (PETERSEN, 2004).

A avaliação neuropsicológica auxilia na diferenciação primária entre demências, distúrbios psiquiátricos (por ex. depressão) e outras síndromes neuropsicológicas focais, tais como amnésia, apraxia, agnosias, etc. É útil, ainda, no rastreamento de indivíduos com maior probabilidade de apresentar demência (CECATO et al., 2014).

Pacientes com CCL relatam perdas cognitivas subjetivas que podem ser objetivamente acessadas por meio de testes neuropsicológicos (COOPER et al., 2013). Dentre os instrumentos neuropsicológicos empregados para avaliar o funcionamento cognitivo no idoso encontra-se o Exame Cognitivo de Addenbrooke.

O *Addenbrooke's Cognitive Examination – Revised* ou ACE-R (MIOSHI et al., 2006) foi validado a partir de uma amostra com 241 sujeitos, sendo: 67 com Doença de Alzheimer; 55 com Demência Frontotemporal; 20 com Demência dos corpos de Lewy; 36 com CCL; e 63 controles). A ACE-R apresenta algumas modificações em relação à versão anterior (MATHURANATH et al, 2000): a aparência, a estrutura e a sequência das tarefas foram

completamente refeitas, a fim de facilitar sua aplicação. A versão brasileira foi adaptada por Carvalho e Caramelli (2007).

A pontuação dos seis domínios cognitivos avaliados apresenta a seguinte distribuição: orientação e atenção (18), memória (26), fluência verbal (14), linguagem (26) e habilidade visual-espacial (16). A avaliação da orientação e da atenção foi mantida como na versão original. O escore do item de memória anterógrada foi reduzido de 21 para 7 pontos, e os restantes foram redistribuídos ou atribuídos a novos itens da bateria. No subteste de memória retrógrada, as questões foram modificadas devido ao alto grau de dificuldade da versão anterior, mesmo para indivíduos normais. Também foi adicionado um item de reconhecimento com três opções para cada parte, a fim de oferecer ao examinando a possibilidade de reconhecer os itens da tarefa de recordação que devem ser evocados.

O ACE-R é uma bateria de testes rápida e de fácil aplicação capaz de identificar sinais iniciais de comprometimento cognitivo, diferenciando indivíduos normais daqueles com CCL e demência (MATIAS et al., 2017; CESAR, 2015). A comparação com outros instrumentos que possuem finalidade semelhante e são amplamente utilizados revelou que a ACE-R avaliou de maneira altamente eficiente as funções cognitivas a que se propõe (CARVALHO; CARAMELLI, 2012).

Na pontuação final do ACE-R estão incluídos os 30 pontos do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que é amplamente utilizado para o rastreamento de amostras e detecção de casos de demência (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH), 1975). A versão brasileira do MEEM (BRUCKI et al., 2003) mostrou-se adequada tanto para uso institucional (hospital, ambulatório) quanto para uso em estudo populacional (visita domiciliar) e foi aconselhada pelo Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia.

2.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS NA VELHICE

Segundo Paschoal (2006), apesar de a longevidade da população ser um ganho e uma vitória do ser humano em relação à adaptabilidade, algumas contradições são evidentes, visto que, ao mesmo tempo em que a população almeja viver mais, uma vida mais longa pode significar também dependência, incapacidade e sofrimento. O aparecimento de doenças e o estresse ambiental podem acelerar os processos básicos do envelhecimento, trazendo

sofrimento psicológico e aumentando a vulnerabilidade do sujeito idoso, inclusive em termos cognitivos (SPIRDUSO, 2005).

O declínio no desempenho cognitivo e as variações no estado de humor, como os sintomas depressivos, são mais prevalentes entre os idosos (NERI, 2005). Tanto o desempenho cognitivo quanto a sintomatologia depressiva do idoso afetam os subsistemas fisiológicos, prejudicam a qualidade de vida, interferindo negativamente na manutenção das atividades de vida diária em conjunto com idade, gênero, renda, doenças associadas e polifarmácia (PAULA; D'ELBOUX; GUARIENTO, 2013).

A literatura tem destacado o fato de que os transtornos de humor, entre os quais a depressão, contribuem para o aumento da morbidade do paciente com demência, acrescentando maior sofrimento mental e posterior comprometimento do estado funcional (PAULA; D'ELBOUX; GUARIENTO, 2013).

Neurofisiologicamente, a depressão caracteriza-se por alterações bioquímicas ocasionadas por déficit no metabolismo de serotonina, considerada o principal neurotransmissor envolvido no equilíbrio do humor e da sensação de bem-estar. Os sintomas esperados (devem surgir quase todos os dias e/ou na maior parte do dia) são: insônia ou hipersonia; fadiga ou perda de energia; agitação ou retardo psicomotor; diminuição ou aumento do apetite; perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se; indecisão; pensamentos de morte recorrentes (CARLOMANHO; CARVALHO, 2013).

Paralelamente, na população geriátrica os sintomas ansiosos são muito comuns e relacionam-se diretamente com a falta de esperança e de perspectivas positivas em relação à própria vida, assim como à progressão da incapacidade (GONÇALVES et al., 2011). Sentimento de solidão, preocupações com a saúde e suas limitações são comuns entre idosos. Tal sentimento pode ser causado pela redução das capacidades funcionais e sensoriais, levando ao pensamento frequente da morte (GONÇALVES et al., 2011).

Geralmente, as preocupações dos idosos focam-se na situação atual, no bem-estar da família e em problemas cotidianos, preocupando-se mais com o presente do que com o passado ou o futuro. As pessoas com níveis altos de sintomas ansiosos diferem de pessoas sem estes sintomas, na medida em que se preocupam mais com a sua própria saúde e com a manutenção da sua independência (ORGETA et al., 2015).

É frequente que os sintomas de ansiedade ocorram em idosos com sintomas depressivos, sabendo que quanto mais alto o nível dos sintomas depressivos, mais alto o nível dos sintomas

ansiosos. A comorbidades entre os dois transtornos é de aproximadamente 50% (ORGETA et al., 2015).

Acredita-se que os transtornos ansiosos estão essencialmente relacionados alterações no funcionamento de estruturas pré-frontais (MAIA; ESPÍRITO-SANTO, 2012). A ansiedade é também associada à perda de memória e sua presença pode ser um indicador precoce para declínio cognitivo futuro. De fato, os estudos mostram que os sintomas ansiosos se relacionam com o declínio cognitivo (BEAUDREAU, 2008; PIETRZAK et al., 2012).

2.4.1 INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS EM IDOSOS

Por um longo período acreditou-se que pessoas idosas não se beneficiariam de tratamentos psicológicos (KENNEDY; TANNENBAUM, 2000; ARÉAN, 2003). Sigmund Freud (1898/1976), por exemplo, argumentou que os mais velhos não estariam acessíveis aos métodos terapêuticos, pois a quantidade de material que o psicanalista teria que trabalhar tornaria o processo indefinido.

Podemos pensar em pelos três motivos para este suposto distanciamento entre psicólogos e idosos (REBELO, 2012). O primeiro refere-se à ideia de que estes indivíduos teriam estruturas mentais rígidas e, portanto, pouco se favoreceriam de uma psicoterapia. O segundo motivo envolve a resistência desta população aos procedimentos psicoterápicos, em virtude do contexto histórico-social em que cresceram. O terceiro diz respeito à postura dos profissionais de saúde mental - não obstante a comprovação da eficácia das intervenções psicológicas na 3ª idade, uma parcela significativa dos clínicos gerais e psiquiatras continua considerando a psicofarmacologia como o tratamento prioritário.

Entretanto, o envelhecimento populacional impulsionou a criação de serviços de saúde específicos que estão organizados em equipes multidisciplinares (OLIVEIRA et al., 2015). Nestes espaços, o psicólogo clínico realiza atividades como avaliação, psicodiagnóstico, psicoeducação e apoio psicoterapêutico individual e/ou de grupo.

Considerando as circunstâncias peculiares que envolvem a prática profissional neste setor populacional, a Associação Americana de Psicologia, publicou o documento *Guidelines for Psychological Practice with Older Adults* (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2014) que define as principais linhas de atuação do psicólogo e divulga a relevância do tratamento psicológico com adultos em idade avançada. O manual é

disponibilizado online e apresenta nove tópicos, entre eles: competência e atitudes para trabalhar com idosos; desenvolvimento no adulto e processo de envelhecimento; problemas clínicos; avaliação; intervenção e consultas.

O manual expõe que, atualmente, sabe-se que os idosos podem beneficiar-se de tratamento psicológico tanto quanto adultos mais jovens. Os problemas para os quais este tratamento mostra-se eficaz incluem depressão, ansiedade, distúrbios do sono e abuso de álcool, além de contribuir substancialmente para a adaptação às mudanças da vida, melhorando as relações interpessoais. O tratamento pode ser individual, grupal, com familiares e cuidadores, e com casais.

Surgem cada vez mais evidências que confirmam a importância das intervenções não-farmacológicas na diminuição do estresse e dos distúrbios de comportamento presentes no início de quadros demenciais. Tais intervenções podem incluir treino cognitivo, reabilitação neuropsicológica, terapia ocupacional e tratamentos psicológicos (SPIJKER et al., 2008; HAMPSTEAD et al., 2008; BANNINGH et al., 2011). A psicoeducação e a psicoterapia eram comumente ofertadas aos cuidadores, mas já se reconhece que estas intervenções também são eficazes para os pacientes, principalmente quando há envolvimento dos familiares (BANNINGH et al., 2008).

Intervenções psicológicas são fundamentais para pacientes em estágios iniciais de quadros demenciais, capacitando estes idosos a lidarem melhor com as dificuldades e desafios (BELLEVILLE, 2008; QUINN et al., 2015), trazendo efeitos positivos na qualidade de vida (SPECTOR et al., 2012) e na redução de sintomas de ansiedade (SPECTOR et al., 2012; STANLEY et al., 2012) e de depressão (WALDORF et al., 2012).

Quanto ao CCL, estudos apontam que intervenções psicológicas tem efeitos na cognição global (BUSCHERT et al., 2011); e auxiliam os pacientes a aceitarem suas dificuldades lidarem com o prognóstico incerto (BANNINGH et al., 2011). Estudos sobre intervenções psicológicas em pacientes com CCL são escassos e carecem de qualidade e randomização (COOPER, 2013; ORGETA et al., 2015).

2.4.2 BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

Define-se bem-estar psicológico como a capacidade do indivíduo de possuir uma visão positiva sobre si mesmo e sobre a vida; senso de domínio e de autonomia; relações de qualidade

com os outros; senso de propósito e de significado da vida; e ter um desenvolvimento continuado na velhice (IRIGARAY, 2009).

É a busca de crescimento pessoal, de autorrealização, de constante aperfeiçoamento para manter o crescimento e o desenvolvimento. A consciência dessa busca e do constante deslocamento de metas em relação a objetivos mais elevados favorece o ajustamento do indivíduo e a maturidade individual (RYFF, 1989; KEYES; SHMOTKIN; RYFF, 2002).

Carol Ryff (1989) formulou um modelo teórico que denominou “Bem-estar psicológico” composto por seis dimensões:

- a) autoaceitação: define uma atitude positiva do indivíduo em relação a si mesmo e ao seu passado, o reconhecimento e a aceitação de vários aspectos de si mesmo, tanto bons quanto ruins;
- b) relação positiva com os outros: ter uma relação de qualidade com os outros, preocupar-se com o bem-estar alheio e ser capaz de estabelecer relações empáticas e afetuosas;
- c) autonomia: ser autodeterminado e independente, ter habilidade para resistir às pressões sociais para pensar e agir de determinada forma, avaliar-se com base em seus próprios padrões;
- d) domínio sobre o ambiente: ter senso de domínio e competência para manejar o ambiente, aproveitar as oportunidades que surgem à sua volta, ser hábil para escolher ou criar contextos apropriados às suas necessidades e aos seus valores;
- e) propósito na vida: envolve ter metas na vida e um sentido de direção, perceber que há um sentido na vida tanto presente quanto passada, ter crenças que dão propósito à vida, acreditar que a vida tem um propósito e é significativa;
- f) crescimento pessoal: ter um senso de crescimento contínuo e de desenvolvimento como pessoa, estar aberto a novas experiências, ter um senso de realização do potencial, cujas mudanças refletem autoconhecimento e eficácia.

Annita Neri (2005) propôs uma adaptação ao modelo de Carol Ryff, acrescentando o domínio “geratividade” ao conceito de bem-estar psicológico. Geratividade refere-se ao envolvimento com a continuidade e o bem-estar de indivíduos particulares e da sociedade. O termo se origina da necessidade interna do indivíduo de garantir a própria imortalidade, de ser necessário e de deixar um legado para a geração seguinte (NERI, 2005).

A geratividade é um tema central ao desenvolvimento na vida adulta e na velhice, sendo um indicador de maturidade e ajustamento psicológico (NERI, 2005). A Escala de Desenvolvimento e Bem-estar Psicológico (EDEP) proposta por Neri em 1999, inclui sete subitens: as seis dimensões de Carol Ryff e a dimensão geratividade. Irigaray (2009) observou

que o treino de atenção, memória e funções executivas influenciou positivamente o desempenho na EDEP, melhorando o bem-estar psicológico de idosos saudáveis.

2.5 AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

O estado funcional pode ser medido em duas áreas: atividades básicas da vida diária (ABVDs) e atividades instrumentais da vida diária (AIVDs). A primeira se refere ao índice de independência em termos de cuidados pessoais básicos (capacidade de banhar-se, alimentar-se, vestir-se, levantar-se da cama etc.); enquanto que a segunda engloba atividades funcionais mais complexas (telefonar, manusear medicamentos, possuir controle das finanças etc.) que permitem ao indivíduo a sua participação em atividades de âmbito social, recreativo e de trabalho (SILVA, J. et al., 2015; SPIRDUSO, 2005).

Existem inúmeras escalas que servem para quantificação da capacidade de execução das ABVDs e AIVDs, muitas delas validadas no Brasil, porém com limitações principalmente no que se refere à sua especificidade (SILVA, J. et al., 2015). Elas devem ser breves, simples e de fácil aplicação para que atinjam o seu principal objetivo, que é servir como instrumento rápido de avaliação, triagem e estratificação de risco, para que possam ser aplicadas por pessoal de múltiplas formações profissionais e em qualquer unidade básica de saúde (SPIRDUSO, 2005). A escolha de uma ou de outra dependerá da familiaridade que o examinador tenha com sua interpretação.

O Índice de Katz, validada e adaptada ao contexto brasileiro há quase 10 anos (LINO et al., 2008), é bastante utilizado por ser de fácil aplicação. O Índice de Katz foi construído baseado na premissa de que o declínio funcional e a perda da capacidade para executar as atividades da vida diária nos pacientes idosos seguem um mesmo padrão de evolução, ou seja, perde-se primeiro a capacidade para banhar-se e, a seguir, para vestir-se, transferir-se da cadeira para a cama e vice-versa e alimentar-se (LOPES et al., 2015). A recuperação dá-se na ordem inversa.

Ao se aplicar essa escala deve-se ter em mente que se o paciente necessita de supervisão ou ajuda de outra pessoa ele não é independente. No entanto, se algum instrumento como bengalas ou andadores é utilizado, mas nenhuma ajuda ou supervisão são necessárias, o paciente é independente (LOPES et al., 2015).

Para avaliar a funcionalidade instrumental, uma das escalas mais utilizadas é a Escala de Lawton e Brody, a qual também já foi validada e adaptada ao contexto brasileiro (SANTOS; VIRTUOSO-JÚNIOR, 2008). Trata-se de uma medida genérica que avalia o nível de independência da pessoa idosa no que se refere à realização das atividades instrumentais mediante a atribuição de uma pontuação segundo a capacidade do sujeito avaliado para realizar essas atividades (SANTOS; VIRTUOSO JUNIOR, 2008).

As vantagens desta escala são: sua fácil aplicação e interpretação; baixo custo; não exigir pessoal especializado para a sua aplicação; consumir pouco tempo no seu preenchimento; e ser útil para o rastreamento precoce da incapacidade. Paralelamente, a literatura também chama a atenção de alguns pontos fracos associados ao instrumento como é o fato de algumas das atividades contempladas (limpeza da casa, lavagem da roupa, cozinhar) serem influenciadas pela cultura e pelo gênero, pois em algumas regiões do globo, nomeadamente nas sociedades ocidentais, são tradicionalmente realizadas pelas mulheres (BOTELHO, 2005).

É conveniente lembrar que, muitas vezes, o paciente é capaz de executar as atividades, mas não as executa por opção, fatores ambientais ou até por questões relacionadas aos papéis assumidos durante a vida, como é o caso de indivíduos do sexo masculino com as tarefas domésticas (BOTELHO, 2005). Quanto aos fatores culturais, ressalta-se que questões como a emancipação feminina e a realocação dos papéis trouxeram mudanças significativas no papel assumidos pelos homens tanto nas tarefas domésticas quanto nos cuidados com os filhos.

2.6 QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE

A expressão “qualidade de vida” tem várias vertentes, que compreendem desde um conceito popular, amplamente utilizado na atualidade – em relação a sentimentos e emoções, relações pessoais, eventos profissionais, propagandas da mídia, política, sistemas de saúde, atividades de apoio social, dentre outros – até a perspectiva científica, com vários significados na literatura médica (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2014).

O grupo de estudiosos em qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), The WHOQOL Group, propõe um conceito para qualidade de vida subjetivo e multidimensional (WHOQOL GROUP, 1994). É um conceito amplo e complexo, que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio ambiente (LI et al., 2014). Nesse sentido, a qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e

sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1994).

Muangpaisan et al. (2008) investigaram a qualidade de vida de adultos acima de 50 anos com declínio cognitivo leve em comparação com sujeitos normais na Tailândia. Encontraram que indivíduos com CCL têm pior qualidade de vida (especialmente no domínio psicológico) baixa escolaridade, baixo status financeiro, vivem sozinhos e apresentam sintomas depressivos, com efeitos sobre a percepção da própria qualidade de vida.

Ao examinar a influência da rede social e do engajamento social sobre o declínio cognitivo, em estudo longitudinal com uma coorte de idosos espanhóis, Zunzunegui et al. (2003) encontraram que poucas conexões sociais, pouca integração e desengajamento social, são fatores de risco para o declínio cognitivo em idosos da comunidade. A probabilidade de declínio foi menor entre aqueles com alta frequência de contato visual com parentes e integração social com a comunidade. O engajamento com amigos apareceu como fator protetor entre as mulheres.

Outro trabalho apontou ainda idosos que apresentavam este envolvimento em atividades de lazer, sociais, físicas ou intelectuais, tinham 38% menos risco de desenvolver demência (SCARMEAS et al., 2001).

Pacientes com CCL apresentam piora significativa da qualidade de vida em relação a sujeitos normais (CONRAD et al., 2015). Instrumentos que avaliam a qualidade de vida podem ser um indicador útil para a eficácia de tratamentos futuros (MUANGNAISAN et al., 2008).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar os efeitos da intervenção neuropsicológica em grupo na cognição, no estado psicológico e na qualidade de vida de idosas com Comprometimento Cognitivo Leve.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Considerando uma amostra de idosas com Comprometimento Cognitivo Leve, comparar o grupo submetido à intervenção neuropsicológica com o grupo controle, a fim de:

- Verificar se há melhora no desempenho cognitivo global avaliado pelo Exame de Addenbrooke – Revisado (ACE-R);
- Investigar os efeitos nos domínios cognitivos específicos que compõem o ACE-R (memória, atenção, concentração, fluência verbal, linguagem e habilidade visuoespacial);
- Averiguar se há efeito positivo no bem-estar psicológico avaliado pela Escala de Bem-Estar Psicológico (EDEP);
- Descrever os resultados apresentados na Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) e na Escala Beck de Ansiedade (BAI);
- Mensurar o desempenho em dois instrumentos de qualidade de vida: WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD.

4 HIPÓTESES

Há relação entre a intervenção neuropsicológica em grupo e a melhora no desempenho cognitivo, no estado psicológico e na qualidade de vida de pacientes com Comprometimento Cognitivo Leve?

H₀- Não há relação entre a intervenção neuropsicológica em grupo e a melhora no desempenho cognitivo, no estado psicológico e na qualidade de vida de idosas com Comprometimento Cognitivo Leve.

H₁- Há relação entre a intervenção neuropsicológica em grupo e melhora no desempenho cognitivo, no estado psicológico e na qualidade de vida de idosas com Comprometimento Cognitivo Leve.

5 MÉTODO

5.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um ensaio clínico controlado, randomizado, com grupos cegos ao avaliador.

5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram avaliados 230 idosos, dos quais 84 preencheram os critérios para o diagnóstico de CCL. Após o diagnóstico, os participantes foram divididos randomicamente em *grupo neuropsicológico* (GN, n=39) e *grupo controle* (GC, n=39). A amostra foi composta por 78 sujeitos do sexo feminino com idade a partir de 60 anos. Foi utilizada a técnica de amostragem por conveniência. Os sujeitos foram convidados a participar de uma pesquisa sobre avaliação neuropsicológica no Centro do Idoso, localizado em Bagé-RS, um espaço onde os idosos da cidade realizam atividades artísticas, físicas, oficinas e grupos diversos. Os frequentadores deste Centro caracterizam-se como idosos autônomos, socialmente ativos e residentes na comunidade (Figura 2).

FIGURA 2: CENTRO DO IDOSO EM BAGÉ-RS



Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Bagé (2017).

A determinação do n da amostra baseou-se no número de indivíduos avaliados no estudo de Carvalho e Caramelli (2007), sendo considerado um nível de significância de 5% e poder de 80%. O número de indivíduos necessários para constituir uma amostra significativa foi estimado em 68 idosos, sendo 34 em cada grupo.

Os critérios de inclusão foram: 1) participar do Centro do Idoso; 2) possuir interesse e disponibilidade para participar da intervenção neuropsicológica em grupo; 3) apresentar diagnóstico de Comprometimento Cognitivo Leve; 4) ter 60 anos ou mais; 5) ter 4 anos ou mais de escolaridade.

Paralelamente, os critérios de exclusão foram: 1) quadros demenciais; 2) doenças neurológicas ou degenerativas graves; 3) transtornos psiquiátricos severos.

5.3 INSTRUMENTOS

5.3.1 AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

Conforme a literatura sugere (AZAMBUJA, 2007; NITRINI et al., 2005), a avaliação neuropsicológica dos participantes foi realizada através de entrevista semiestruturada, testes neuropsicológicos e escalas de avaliação funcional. Sabe-se que os testes cognitivos sofrem influência de variáveis sociodemográficas (tais como idade, escolaridade e nível socioeconômico) o que dificulta a interpretação dos resultados em populações heterogêneas como a brasileira. Assim, a adição de escalas funcionais pode resultar em um instrumento de alta sensibilidade e especificidade no rastreamento de prejuízos cognitivos, mesmo em uma população heterogênea do ponto de vista socioeconômico e cultural (LI et al., 2014).

- Entrevista semiestruturada: foram coletadas informações sociodemográficas e relacionadas a atividades diárias e de lazer, estilo de vida; medicações de uso contínuo e eventos significativos vivenciados pelo sujeito (APÊNDICE A).

- Exame Cognitivo de Addenbrooke - Revisado (ACER): Consiste em uma bateria de testes breve capaz de detectar sinais iniciais de prejuízo cognitivo; é amplamente conhecido pela capacidade tanto para identificar demências quanto para diferenciar seus subtipos e estágios (MATIAS et al., 2017). Em uma amostra brasileira, o ACE-R mostrou-se útil para diferenciar

indivíduos saudáveis e com Comprometimento Cognitivo Leve (CESAR, 2015). O tempo médio de administração é de 20 minutos. O escore total é resultado da somatória dos 06 subtestes: orientação, atenção, memória, fluência verbal, linguagem e habilidade visuoespacial, variando de 0 a 100 pontos (Quadro 1). A memória é avaliada tanto em seu aspecto episódico (através da recordação de três palavras e do aprendizado e recordação de um nome e endereço) quanto semântico. A capacidade de fluência verbal é avaliada em seu aspecto fonêmico (palavras iniciadas com “P”) e semântico (geração do maior número possível de nomes de animais). Já a linguagem é avaliada através de tarefas de nomeação, compreensão, repetição, leitura e escrita. Para a avaliação visuoespacial o sujeito deve copiar retângulos sobrepostos, um cubo e fazer o desenho de um relógio. Os escores de cada domínio podem ser calculados separadamente e a soma deles equivale à pontuação total do indivíduo. Nesse escore final estão inseridos os 30 pontos do Mini Exame do Estado Mental, que também podem ser calculados à parte. Na avaliação da orientação e da atenção são utilizados os mesmos itens do MEEM. A versão brasileira (ANEXO A) foi adaptada por Carvalho e Caramelli (2007).

QUADRO 1. DOMÍNIOS COGNITIVOS AVALIADOS NO EXAME COGNITIVO DE ADDENBROOKE - REVISADO

| Pontuação | | |
|----------------------------|------------------------------------------------|--------------|
| Atenção e Orientação | Registro/Orientação/Atenção e Concentração | 0/18 |
| Memória | Anterógrada/Retrógrada | 0/26 |
| Fluência | Letras/ Animais | 0/14 |
| Linguagem | Nomeação/Compreensão/Escrita/Leitura/Repetição | 0/26 |
| Habilidade Visuoespacial | Pentágonos/ Cubo/ Relógio | 0/16 |
| Addenbrooke [ACE-R] | | 0/100 |
| Mini-Mental [MMSE] | | 0/30 |

Fonte: Carvalho e Caramelli (2007).

- Índice de Katz: O Índice de Katz (ANEXO B) investiga as atividades básicas da vida diária, analisando a independência do idoso no desempenho de seis funções (SANTANA; CALDAS, 2005): banhar-se; vestir-se; ir ao banheiro; transferência; continência; e alimentação. Seu resultado é apresentado numa escala de 0 a 6 que representa o número de atividades que o indivíduo é capaz de realizar sozinho: zero (independente nas seis funções) a seis (dependente nas seis atividades básicas de vida diária indicando dependência total). Será utilizada a versão brasileira adaptada (LINO et al., 2008).

- Escala de Lawton e Brody: A Escala de Lawton e Brody (ANEXO C) avalia o grau de capacidade de desempenho nas atividades instrumentais da vida diária. São avaliados sete itens: preparar as refeições; trabalho doméstico; lavar roupa; tomar medicação; utilizar o telefone; manuseio de dinheiro; compras. A escala foi validada e adaptada ao contexto brasileiro em 2008 (SANTOS; VIRTUOSO-JÚNIOR, 2008). O escore máximo é de 21 pontos e cada questão pode ser pontuada de 01 a 03. Será considerado independente o idoso que obtiver pontuação igual a 21 pontos; parcialmente dependente entre 5 e 20 pontos e totalmente dependente ≤ 5 pontos.

5.3.2 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

- Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale – GDS-15*): É uma das medidas mais utilizadas para o rastreamento de sintomas depressivos em idosos. A versão original (YESAVAGE et al., 1982/1983) com 30 itens rastreava transtornos do humor; após ser revisada destacou-se 15 itens direcionados ao diagnóstico de depressão; em conjunto, esses itens mostram boa acurácia diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas (JEREZ et al., 2016). O escore total da GDS-15 é feito a partir do somatório das respostas assinaladas nos 15 itens; o menor escore possível é zero, e o maior é 15. Foi utilizada a versão em português do instrumento (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

- Inventário de Ansiedade de Beck (*Beck Anxiety Inventory - BAI*): É uma escala autoaplicável que mede a intensidade dos sintomas de ansiedade. O BAI possui uma lista de 21 sintomas com quatro alternativas cada um, em ordem crescente do nível de ansiedade. O paciente opta por aquela que lhe parecer mais apropriada. O escore total é obtido pelo somatório dos escores de cada item. Os pontos de corte, conforme as normas da versão em português (CUNHA, 2000), subdividem-se em: 0 a 10 = mínimo; de 11 a 19 = leve; de 20 a 30 = moderado; e de 31 a 63 = grave.

- Escala de Desenvolvimento Pessoal (EDEP): Este instrumento foi elaborado por Neri (1999) a partir das seis subescalas de bem-estar psicológico construídas por Ryff (1989; 1995), totalizando 30 itens (ANEXO D). Dentre os 30 itens, 18 referem-se às dimensões “relações positiva com outros”, “autonomia”, “propósito de vida”, “crescimento pessoal”, “autoaceitação” e “domínio do ambiente”; os outros doze itens refletem o conceito de

geratividade: “criar”, “manter” e “oferecer”. Cada item é avaliado por uma escala, contendo cinco pontos (1- pouquíssimo; 2- pouco; 3- mais ou menos; 4-muito; 5- muitíssimo).

5.3.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

- WHOQOL-old: É um módulo específico de aferição de qualidade de vida em idosos da Organização Mundial de Saúde, que já foi validado para a língua portuguesa falada no Brasil (FLECK, CHACHAMOVICH, TRENTINI, 2006). O WHOQOL-old (ANEXO E) é uma adaptação do WHOQOL-100 e possui 24 itens divididos em seis domínios: 1) Funcionamento do Sensorio; 2) Autonomia; 3) Atividades Passadas, Presentes e Futuras; 4) Participação Social; 5) Morte e Morrer; e 6) Intimidade. Os autores sugerem que seja aplicado junto com o WHOQOL-bref.

- WHOQOL-bref: É constituído de 26 perguntas (sendo a pergunta número 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral), as respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). Fora essas duas questões (1 e 2), o instrumento tem 24 facetas as quais compõem 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (ANEXO F).

5.4 PROCEDIMENTOS

O projeto foi examinado e aprovado pelo Comitê Científico do Instituto de Geriatria e Gerontologia (ANEXO G) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (ANEXO H). Em seguida, foi realizado o convite aos idosos e foram definidos os participantes da pesquisa. Inicialmente, foram avaliados 230 idosos, dos quais 84 preencheram os critérios para o diagnóstico de CCL e, por fim, 78 compuseram os grupos experimentais. Os instrumentos foram aplicados pela pesquisadora e por quatro acadêmicos de Psicologia devidamente treinados e supervisionados. As sessões em grupo foram conduzidas exclusivamente pela doutoranda.

5.4.1 COLETA DE DADOS

O presente estudo foi dividido em: fase 1 (definição da amostra, avaliação cognitiva, psicológica e de qualidade de vida); fase 2 (formação dos grupos experimentais e intervenção neuropsicológica); e fase 3 (reaplicação dos instrumentos e análise estatística).

Na Fase 1 foi feita uma conversa individual com os participantes da pesquisa, durante a qual foi lido e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B); em seguida, realizou-se a entrevista semiestruturada.

Para o rastreio dos idosos com CCL foram utilizados os seguintes critérios diagnósticos: 1) queixas de dificuldades cognitivas; 2) funcionamento cognitivo global essencialmente preservado; 3) ausência de déficits nas atividades básicas e instrumentais de vida diária; 4) desempenho abaixo da média em um ou mais domínios cognitivos, utilizando-se testes neuropsicológicos apropriados à idade e devidamente ajustados à escolaridade dos sujeitos (PETERSEN et al., 2014).

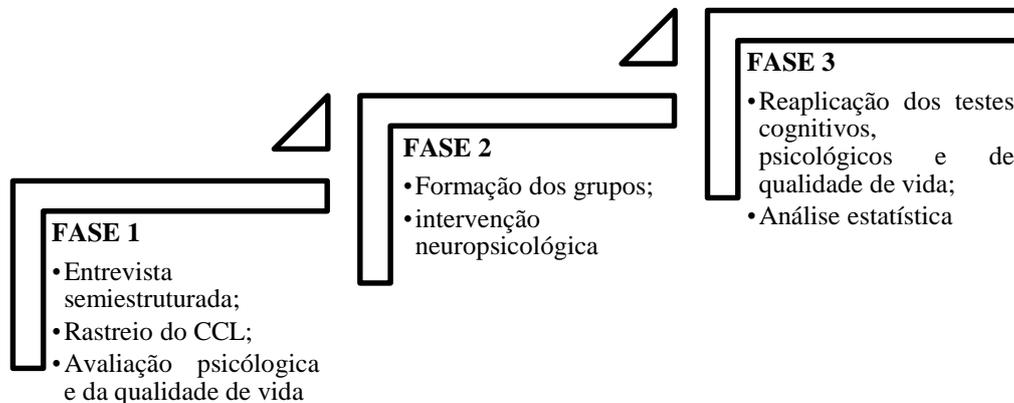
As atividades básicas e instrumentais de vida diárias foram acessadas a partir do Índice de Katz e da Escala de Lawton e Brody, respectivamente, sendo que apenas os idosos classificados como independentes nestas escalas compuseram a amostra. A cognição foi avaliada pelo Exame Cognitivo de Addenbrooke - Revisado, considerando-se como desempenho abaixo da média: pontuação inferior a 60 pontos (para sujeitos entre 4 e 7 anos de estudo), inferior a 70 pontos (entre 8 e 11 anos de estudo) e inferior a 80 pontos (para idosos com 12 anos ou mais de estudo) (CARVALHO; CARAMELLI, 2012). A seguir, os sujeitos diagnosticados com CCL foram convidados a participar da etapa seguinte de testes que incluiu os instrumentos WHOQOL-old e WHOQOL-bref (qualidade de vida), BAI (sintomas ansiosos), GDS-15 (sintomas depressivos) e EDEP (bem-estar psicológico).

Na fase 2 os sujeitos de pesquisa diagnosticados com CCL foram alocados aleatoriamente em dois grupos: grupo neuropsicológico (GN, n=39) e grupo controle (GC, n=39). Como descrito anteriormente, um dos critérios de inclusão do estudo foi a manifestação prévia de interesse e disponibilidade para participar das sessões em grupo, tendo em vista que a motivação pessoal e o engajamento são fundamentais para o sucesso de qualquer intervenção psicológica (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2014).

Para melhor condução do tratamento, os idosos do GN foram divididos em subgrupos compostos por 8 a 12 integrantes. Quanto a caracterização, os grupos eram: homogêneos (composto apenas por idosos com CCL); fechados (com prazo definido, não sendo permitida a entrada de novos membros); e comunitários (caráter preventivo, de tratamento ou reabilitação). O detalhamento das sessões está exposto no APÊNDICE C.

Por fim, na Fase 3, os instrumentos de pesquisa da Fase 1 (ACE-R, BAI, GDS-15, EDEP, WHOQOL-old e WHOQOL-bref) foram aplicados novamente a todos os participantes dos grupos psicológico e controle. As escalas de atividade de vida diária não foram reaplicadas, pois foram utilizadas apenas para o rastreio do Comprometimento Cognitivo Leve. Sob supervisão da pesquisadora, a aplicação dos instrumentos foi feita por acadêmicos de Psicologia devidamente treinados, os quais não sabiam a qual grupo os idosos pertenciam. O desenho do estudo está exposto na Figura 3.

FIGURA 3. DESENHO ESQUEMÁTICO DAS FASES DE COLETA DE DADOS



Fonte: A autora (2017).

5.4.2 INTERVENÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

Na literatura encontramos diferentes termos para descrever tratamentos cognitivos e psicológicos. De acordo com a literatura revisada, com as práticas psicológicas com idosos sugeridas pela APA (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2014) e com os objetivos da pesquisa, a intervenção neuropsicológica envolveu os seguintes aspectos: revisão de vida e trabalho das reminiscências; métodos para a promoção das competências cognitivas; psicoterapia focalizada nas tarefas de desenvolvimento e adaptação às mudanças na idade adulta avançada; programas psicoeducativos orientados para os idosos; relacionamento interpessoal. Essas práticas podem ser aplicadas combinada ou separadamente. Não existe uma intervenção psicológica mais adequada que outra na idade avançada, a escolha do tratamento mais

apropriado dependerá do problema em questão, dos objetivos clínicos, da situação imediata, das características pessoais (preferências, gênero, aspectos culturais), das particularidades institucionais, e de evidências cientificamente embasadas (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2014).

Os estudos divergem bastante quanto ao tempo das intervenções neuropsicológicas, variando de 6 a 20 sessões, com duração média entre 60 e 120 minutos (COOPER et al., 2013; ORGETA et al., 2015; VEGA; NEWHOUSE, 2014). No tocante a isso, sabe-se que o intervalo entre os testes basais e finais podem afetar a confiabilidade dos escores: em geral, intervalos curtos conduzem a escores mais confiáveis, enquanto que intervalos longos podem diminuir, ainda que não necessariamente possam eliminar, os efeitos observados (DUFF, 2012). Apesar da definição do tempo entre os testes iniciais e finais ser crucial, não há dados empíricos suficientes para desenvolver um guia com os intervalos mínimos e máximos para os testes neuropsicológicos (DUFF, 2012). Dessa forma, tal decisão deve basear-se na necessidade clínica, nas restrições institucionais ou na conveniência, cabendo aos autores utilizar seu conhecimento e a literatura disponível para interpretar as mudanças ocorridas durante o intervalo escolhido (HEILBRONNER et al., 2010; DUFF, 2012).

Considerando a literatura, a necessidade clínica, as restrições institucionais e a conveniência foi construído um protocolo de intervenção neuropsicológica com 12 sessões de intervenção em grupo, uma vez por semana, com duração de 90 minutos. As sessões foram divididas em quatro passos: objetivos principais, dinâmica de abertura, tema para discussão e sugestão de reflexão ou tarefa para o próximo encontro.

Os sujeitos do Grupo Neuropsicológico foram divididos em subgrupos de 8 a 10 integrantes, para melhor condução da intervenção e para favorecer maior adesão, conforme disponibilidade dos participantes e conforme os horários que eles já estavam habituados a frequentar o Centro do Idoso. Os grupos caracterizaram-se como homogêneos (composto apenas por idosos com CCL); fechados (com prazo definido, não sendo permitida a entrada de novos membros); e comunitários (caráter preventivo, de tratamento ou reabilitação). Durante o período de intervenção, os idosos do Grupo Controle continuaram realizando suas atividades habituais no Centro do Idoso.

O protocolo de intervenção neuropsicológica foi elaborado com o objetivo de auxiliar os idosos a lidarem melhor com as dificuldades emocionais, cognitivas e de vida diária relacionadas ao envelhecimento e ao CCL. A partir da definição das metas específicas de cada sessão, foram selecionadas e adaptadas 12 dinâmicas de grupo (YOZO, 2015) que facilitassem o alcance dos objetivos propostos. O trabalho nos grupos pode ser enriquecido com o uso de

jogos (dramáticos ou educativos), pois são instrumentos, por excelência, de comunicação, expressão e aprendizado; além disso, intensificam as diversas trocas de saberes, constituem a base do aprendizado e propiciam satisfação emocional imediata aos participantes (YOZO, 2015).

A intervenção envolveu os seguintes aspectos:

1. Revisão de vida e trabalho das reminiscências: fomentar a reflexão contínua e o autoconhecimento; relembrar fatos importantes com o máximo de detalhes possível;
2. Psicoterapia focalizada nas tarefas de desenvolvimento e adaptação às mudanças na idade adulta avançada: reconhecimento das alterações cognitivas; importância de atividades prazerosas; adaptação e enfrentamento de dificuldades cotidianas; diminuição dos sentimentos de estresse e abandono;
3. Métodos para a promoção das competências cognitivas: uso de estratégias internas e externas de para melhorar o desempenho cognitivo (como agendas e notas); aquisição de conhecimento e habilidades para lidar com os sintomas associados ao CCL e suas consequências;
4. Programas psicoeducativos orientados para os idosos: dúvidas sobre o diagnóstico de CCL; melhora da autoestima; percepção de pensamentos, sentimentos e atitudes em situações de dificuldades cognitivas ou estresse;
5. Relacionamento interpessoal: exploração da comunicação com familiares; conflitos e preocupações diversas.

A partir da definição das metas específicas de cada sessão, foram selecionadas 12 dinâmicas de grupo das 100 propostas por YOZO (2015) que facilitassem o alcance dos objetivos propostos. O trabalho nos grupos pode ser enriquecido com o uso de jogos (dramáticos ou educativos), pois são instrumentos, por excelência, de comunicação, expressão e aprendizado. Além disso, intensificam as diversas trocas de saberes, constituem a base do aprendizado e propiciam satisfação emocional imediata aos participantes (YOZO, 2015).

Algumas características básicas dos jogos são: encorajam a experimentar novos comportamentos; facilitam o processo ensino-aprendizagem; possibilitam a observação de diferentes formas de adaptação a novas situações; estimulam a busca de soluções criativas, adquirindo e desenvolvendo comportamentos mais funcionais que os utilizados até o momento; estimulam a saída da zona de conforto para a busca do aprender a aprender; desenvolvem a capacidade de observação, reflexão, participação, empatia e sensibilidade; desenvolvem tolerância consigo e com os outros (GUARANY, 2007).

5.5 MÉTODOS ESTATÍSTICOS

A determinação do n da amostra baseou-se no número de indivíduos avaliados no estudo de Carvalho e Caramelli (2007), sendo considerado um nível de significância de 5%, poder de 80%, desvio padrão de 10 pontos na escala ACER e efeito médio esperado de 07 pontos. O número de indivíduos necessários para constituir uma amostra significativa foi estimado em 68 idosos, sendo 34 em cada grupo.

A aplicação e correção dos instrumentos foram feitos por pesquisadores cegos ao grupo avaliado; a condução das sessões psicológicas foi feita pela doutoranda. Durante a fase de levantamento dos escores e de digitação dos dados, a pesquisadora não tinha conhecimento de quem eram os protocolos e a qual grupo os participantes pertenciam, uma vez que foram identificados apenas através de números.

A descrição das variáveis foi realizada por meio das frequências absolutas e relativas, bem como da média e do desvio padrão. Para comparação dos valores das variáveis foi utilizado o método das Equações de Estimações Generalizadas com teste de comparações múltiplas de Bonferroni.

Foram consideradas significativas as associações com valores de $p \leq 0,05$. A análise dos dados foi supervisionada pelo professor Sérgio Kakuta Kato da Assessoria Estatística da Faculdade de Matemática da PUCRS, sendo utilizado o programa SPSS para ambiente Windows, versão 13.0.

5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto, em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e foi submetido à apreciação do Comitê Científico do IGG (ANEXO I) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/PUCRS (ANEXO J). A coordenação do Centro do Idoso, de igual forma, consentiu a realização da presente pesquisa (ANEXO I).

Todos os sujeitos recrutados para o estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após receberem informações detalhadas sobre o mesmo. As informações

coletadas foram tratadas como confidenciais e a identidade dos participantes será protegida em futuras publicações originadas neste estudo. A pesquisa está identificada no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos sob o número RBR-7m7vs2.

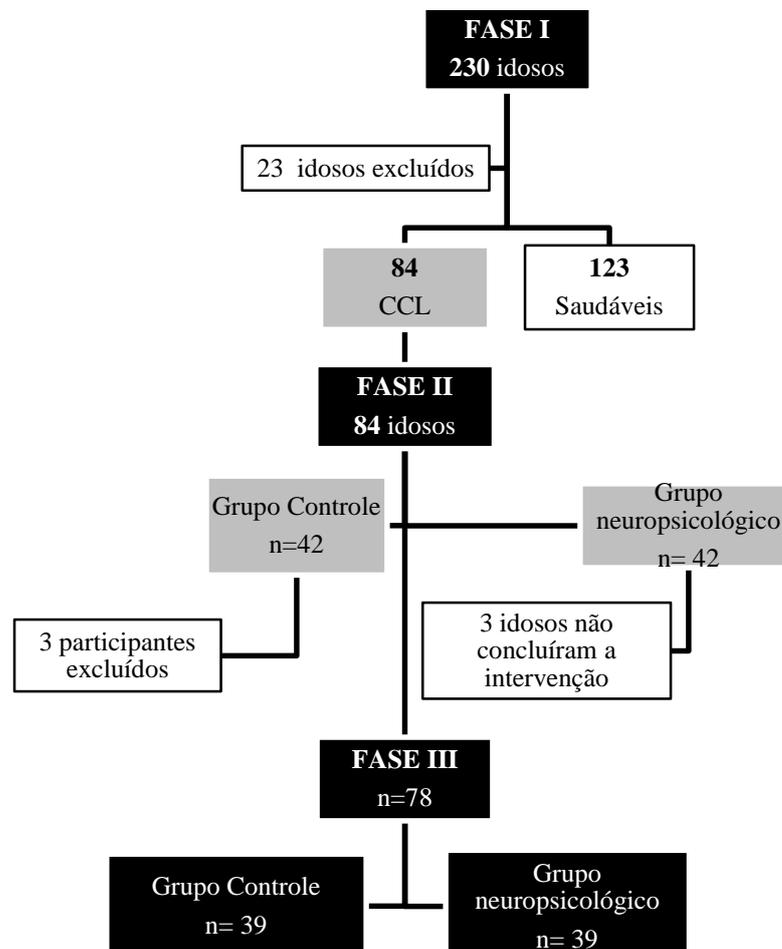
5.7 RECURSOS

Para a realização da pesquisa foram necessários: cópia impressa dos instrumentos de pesquisa; materiais de escritório (folhas A4, lápis, borrachas e canetas); notebook; e salas adequadas para a realização da avaliação e das sessões em grupo.

6 RESULTADOS

A Tabela 1 mostra o fluxograma da composição da amostra durante a pesquisa. Na Fase I, 230 idosos foram avaliados: 23 tinham menos de 4 anos de escolaridade; 123 eram saudáveis e 84 preencheram os critérios diagnósticos para CCL. Estes 84 idosos compuseram a Fase II e foram divididos igualmente nos grupos GC (n=42) e GN (n=42). Durante a Fase III, 2 idosos foram excluídos do GC por serem os únicos da amostra do sexo masculino e 1 participante desistiu por problemas de saúde; 03 participantes do GN foram excluídos por não terem concluído as sessões em grupo. Assim, um total de 78 idosos concluiu a Fase III, sendo: GC (n=39) e GN (n= 39). Para favorecer a adesão e frequência dos participantes na Fase III, o GN foi dividido em subgrupos de 8-10 integrantes e foram disponibilizados diferentes horários para a realização da intervenção, conforme a conveniência dos idosos e os horários das atividades que já realizavam no Centro do Idoso.

TABELA 1. FLUXOGRAMA DA COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA



A Tabela 2 mostra os dados sociodemográficos da amostra em estudo, distribuída por grupo. Não houve diferença estatística entre os grupos. A média de idade foi de 71 anos no GC e de 70 anos no GN. Tanto o GC quanto o GN foram compostos, principalmente, por indivíduos casados ou viúvos. A maioria das idosas tinha baixa escolaridade e praticava atividades físicas. A renda prevalente foi de 1 a 2 salários mínimos. Quando questionadas sobre o estado atual de saúde, foi frequente o relato de diversas condições clínicas.

TABELA 2.VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS CONFORME OS GRUPOS

| | | Grupo Controle | Grupo neuropsicológico |
|--------------------------------|------------|-----------------------|-------------------------------|
| Idade (m ± dp) | | 71.10 (6.52) | 70.56 (7.19) |
| Anos de estudo (m ± dp) | 4-7 | 19 (48.71) | 21 (53.85) |
| | 8-11 | 11 (28.20) | 12 (30.77) |
| | 12 ou mais | 9 (23.07) | 6 (15.39) |
| Estado civil n (%) | Solteiro | 3 (7.69) | 7 (17.94) |
| | Casado | 13 (33.33) | 10 (25.64) |
| | Separado | 4 (10.26) | 9 (23.08) |
| | Viúvo | 19 (48.72) | 13 (33.33) |
| Renda mensal | 1-2 | 35 (89.74) | 36 (92.31) |
| | 3-4 | 3 (7.69) | 1 (2.56) |
| | >=5 | 1 (2.56) | 2 (5.13) |
| Problemas de saúde | Sim | 29 (74.36) | 26 (66.66) |
| | Não | 10 (25.64) | 13 (33.33) |
| Atividade física | Sim | 28 (71.79) | 30 (76.92) |
| | Não | 11 (28.20) | 9 (23.08) |

Nota: *Test t; ** qui-quadrado; *** Fischer.

Fonte: a autora (2017).

Na Tabela 3 observamos os escores do GC e do GN no Exame Cognitivo de Addenbrooke - Revisado, antes e após o período de intervenção. Não havia diferença entre os grupos no período pré-intervenção. Os resultados apontam que o Grupo neuropsicológico melhorou o desempenho nos cinco subtestes e na pontuação total em relação ao período pré-intervenção. Quando comparamos GC e GN, após as sessões o GN apresentou escores mais altos nos subtestes memória e linguagem e na pontuação total.

TABELA 3: DESEMPENHO DOS GRUPOS NO ACE-R ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO

| | Pré-teste (m ± dp) | Pós-teste (m ± dp) | p* |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------|-------|
| Atenção e Orientação | | | |
| Grupo controle | 13.26 ± 6.09 | 13.28 ± 2.41 | -- |
| Grupo neuropsicológico | 12.71 ± 4.89 | 13.67 ± 3.92 | <0.05 |
| p** | -- | -- | |
| Memória | | | |
| Grupo controle | 12.90 ± 4.08 | 12.92 ± 2.77 | -- |
| Grupo neuropsicológico | 13.61 ± 3.99 | 14.41 ± 3.47 | <0.05 |
| p** | -- | <0.05 | |
| Fluência verbal | | | |
| Grupo controle | 6.90 ± 2.79 | 6.80 ± 1.65 | -- |
| Grupo neuropsicológico | 6.23 ± 1.59 | 7.41 ± 2.77 | <0.05 |
| p** | -- | -- | |
| Linguagem | | | |
| Grupo controle | 17.57 ± 13.59 | 17.43 ± 1.82 | -- |
| Grupo psicológico | 16.72 ± 4.38 | 19.23 ± 3.60 | <0.05 |
| p** | -- | <0.05 | |
| Habilidades visuoespaciais | | | |
| Grupo controle | 11.95 ± 2.01 | 11.92 ± 1.65 | -- |
| Grupo neuropsicológico | 11.77 ± 1.64 | 12.41 ± 3.84 | <0.05 |
| p** | -- | -- | |
| Pontuação total | | | |
| Grupo controle | 62.57 ± 9.81 | 62.43 ± 1.43 | -- |
| Grupo neuropsicológico | 61.05 ± 9.11 | 67.12 ± 7.63 | <0.05 |
| p** | -- | <0.05 | |

Nota: *p (desempenho intragrupo antes e após a intervenção); **p (desempenho intergrupos); -- sem significância estatística.

A tabela 4 apresenta as médias, desvio-padrão e a diferença entre o GC e o GN antes e após a intervenção neuropsicológica nos instrumentos GDS-15, BAI, EDEP, WHOQOL-old e WHOQOL-bref. Não havia diferença entre os grupos no período pré-intervenção.

Nos cinco instrumentos avaliados notamos que o GN melhorou seu desempenho em relação ao período pré-intervenção, resultados não encontrados no GC. Observa-se, ainda, que após a intervenção o GN apresentou menos sintomas de ansiedade (BAI), maior bem-estar psicológico (EDEP) e qualidade de vida (WHOQOL-old) quando comparado ao GC.

TABELA 4. ASPECTOS PSICOLÓGICOS E QUALIDADE DE VIDA

| | Pré-teste (m ± dp) | Pós-teste (m ± dp) | p* |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| GDS-15 | | | |
| Grupo controle | 3,97 ± 3.69 | 4,10 ± 3.30 | -- |
| Grupo neuropsicológico | 3,72 ± 3.44 | 3,31 ± 2.72 | <0.05 |
| p** | -- | -- | |
| BAI | | | |
| Grupo controle | 10,64 ± 8.99 | 10,49 ± 8.58 | -- |
| Grupo neuropsicológico | 8,31 ± 6.98 | 5,7 ± 4.07 | <0.05 |
| p** | -- | <0.05 | |
| EDEP | | | |
| Grupo controle | 119,77 | 119,49 | -- |
| Grupo neuropsicológico | 119,95 | 124,08 | <0.05 |
| p** | -- | <0.05 | |
| WHOQOL BREF | | | |
| Grupo controle | 4,00 ± 0.60 | 4,12 ± 1.51 | -- |
| Grupo neuropsicológico | 3,96 ± 0.51 | 4,70 ± 1.95 | <0.05 |
| p** | -- | -- | |
| WHOQOL OLD | | | |
| Grupo controle | 90,95 ± 11.56 | 90,72 ± 12.19 | -- |
| Grupo neuropsicológico | 90,23 ± 8.73 | 95,69 ± 11.97 | <0.05 |
| p** | -- | <0.05 | |

Nota: *p (desempenho intragrupo antes e após a intervenção); **p (desempenho intergrupos); -- sem significância estatística.

7 DISCUSSÃO

7.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nossa amostra foi composta exclusivamente por mulheres idosas. Mesmo se considerarmos o total de idosos avaliados desde a Fase 1 da pesquisa (n=230), apenas 5 participantes eram do sexo masculino, os quais não permaneceram até o final do experimento. O gênero não exerce influência significativa nos escores do ACE-R (CARVALHO; CARAMELLI, 2012).

A incidência de declínio cognitivo tem sido associada a fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, entre eles: predominância em mulheres, idade avançada, baixa escolaridade, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral (MAGALHÃES et al., 2008), associação com incapacidade funcional (MACHADO et al., 2007), comorbidades, pouco contato social, atividade intelectual pobre, tabagismo, viver sozinho, sedentarismo e saúde percebida negativamente (OLIVEIRA et al., 2007). A depressão também se constitui em fator de risco (CARTHERY-GOULART et al., 2007).

A expressiva participação de mulheres é um fenômeno recorrente em estudos que envolvem grupos de convivência de idosos (KRUG; LOPES; MAZO, 2015). Algumas hipóteses para explicar essa diferença são: maior prevalência em idosas de condições incapacitantes não fatais (como osteoporose e depressão); maior habilidade em reportar problemas de saúde quando comparadas a homens da mesma idade; e maior consciência sobre a importância da atividade física para a qualidade de vida. Essas hipóteses foram observadas durante a pesquisa, pois as participantes relatavam com facilidade problemas de saúde e emocionais, além de apresentarem ótima adesão às atividades propostas pelo Centro do Idoso, afirmando que consideravam importante sair da rotina, conhecer pessoas e zelar pelo bem-estar pessoal.

Mais de 50% das participantes tinha entre 4 e 7 anos de escolaridade. É importante frisar que a amostra foi predominantemente originária da zona rural do município de Bagé, apesar de atualmente residir na zona urbana. Segundo estudos, os mais velhos e com menor escolaridade tendem a apresentar menor desempenho nos subtestes cognitivos do ACE-R (CARVALHO; CARAMELLI, 2012). Nossos achados estão de acordo com o esperado pois, em ambos os grupos, os idosos acima de 80 anos e com escolaridade entre 4 e 7 anos apresentaram pontuação

significativamente menor no ACE-R. Como os grupos foram devidamente equiparados conforme escolaridade e idade, tais aspectos não interferiram na análise de comparação entre eles.

O nível de escolaridade representa um dos indicadores mais importantes das condições de saúde e está altamente relacionado à idade no Brasil, posto que muitos idosos deste século não tiveram oportunidades de estudo quando jovens (BARROS et al., 2011). Sabe-se, por exemplo, que quanto menor o tempo de educação formal, maior a prevalência de hipertensão, o que evidencia a desigualdade em saúde, considerando-se que idosos com pouca escolaridade têm acesso precário ao sistema de saúde, recebem menos informações e muitas vezes não compreendem a importância do problema e da adesão ao tratamento, demonstrando a importância de ações voltadas para a prevenção (ZAVATINI; OBRELI NETO; CUMAN, 2010).

Quanto ao estado civil, observamos que a maioria das idosas era viúva, seguido pelas idosas casadas. A maior parte das idosas viúvas morava sozinha, as quais relataram sentirem-se mais alegres e bem-dispostas depois que passaram a frequentar o centro de convivência. As mulheres casadas, por sua vez, afirmaram que os maridos não demonstram interesse em participar das atividades do Centro, apesar delas ressaltarem os benefícios envolvidos. As mulheres tendem a continuar sozinhas, enquanto os homens, em geral, casam-se novamente; são comuns queixas de solidão, entretanto também há idosas que consideram a viuvez como uma possibilidade de ter mais liberdade e autonomia (SMAGULA et al., 2016).

A renda da maioria das participantes ficou na faixa de 1 a 2 salários mínimos. Os estudos sobre a influência da renda na capacidade funcional divergem, pois alguns apontam forte associação entre boa condição financeira e melhor capacidade funcional, enquanto outros destacam que 30% dos idosos com baixa renda apresentam altos níveis funcionais em comparação aos que possuem uma renda alta (REIS; REIS; TORRES, 2015). As idosas com menor poder aquisitivo necessitam executar as tarefas domésticas e familiares sozinhas, pois não podem contratar ajudantes; isso as manteria ativas e funcionais por mais tempo (REIS; REIS; TORRES, 2015). Entre as participantes, foi comum o relato de permanecer executando as tarefas domésticas sozinhas ou com pouco auxílio de terceiros, devido à situação financeira.

Uma parcela significativa das participantes não se descreveu como saudável, destacando-se doenças como hipertensão e cardiopatias. Em todo o mundo, observa-se alta prevalência da hipertensão arterial, sendo esse o distúrbio cardiovascular de maior prevalência no Brasil: mais de 55% da população acima de 60 anos tem a doença (MENDES; MORAES; GOMES, 2014).

Como nossa amostra caracteriza-se por morar em uma região de forte tradição rural, infere-se que eles desenvolveram trabalhos físicos desgastantes e não tiveram acesso frequente a serviços de saúde e, conseqüentemente, relatam mais doenças. Quanto menor o nível socioeconômico, pior a saúde: a pobreza, a baixa escolaridade e o baixo nível ocupacional expõem os idosos ao estresse crônico devido à maior exposição a fatores de risco (IRIGARAY, 2009).

Para finalizar a análise sociodemográfica, foi verificada uma alta prevalência da prática de exercícios. Há uma gama de evidências que associam a atividade física a melhorias significativas na habilidade funcional e na condição de saúde, prevenindo certas doenças ou diminuindo sua gravidade, porém é importante salientar que muitos desses benefícios requerem participação regular e contínua (MENDES; MORAES; GOMES, 2014). A sociedade e a população idosa já veem a atividade física como forma importante de prevenção e reabilitação da saúde.

7.2 ASPECTOS COGNITIVOS

O Exame Cognitivo de Addenbrooke avalia de maneira altamente eficiente as funções cognitivas, além de ser útil no diagnóstico diferencial de demências e declínio cognitivo (CÉSAR, 2015; CARVALHO; CARAMELLI, 2012). O instrumento mostrou uma alta correlação com testes neuropsicológicos específicos para atenção, linguagem, memória e habilidades visuoespaciais, sendo capaz de discriminar pacientes com CCL e nos estágios iniciais da Doença de Alzheimer (MATIAS et al., 2017).

Em nosso trabalho, o ACE-R apontou que houve melhora no desempenho cognitivo global dos idosos integrantes do Grupo neuropsicológico. Observamos também que estes idosos obtiveram maior pontuação, após a intervenção, nos cinco subtestes avaliados. Ademais, quando comparado ao Grupo Controle no período pós-intervenção, os participantes do GN obtiveram pontuação significativamente mais alta nos subtestes memória e linguagem. Apesar de haver poucos estudos sobre o tema, nossos resultados indicam que pacientes com CCL podem beneficiar-se grandemente de intervenções psicológicas.

Pesquisas sobre intervenções psicológicas em pacientes com CCL são escassas e parte delas apresenta limitações metodológicas. Foram identificados seis estudos: quatro têm baixa qualidade metodológica por não incluírem grupo controle e/ou instrumentos validados

(UNVERZAGT et al., 2007; RAPP; BRENES; MARSH, 2002; KINSELLA et al., 2009; JEAN et al., 2010); ou outros dois são Buschert et al. (2011) e Troyer et al. (2008).

Em um estudo com 54 participantes, Troyer et al. (2008) conduziu uma equipe multidisciplinar que objetivava melhorar o conhecimento dos idosos sobre o uso de estratégias de memória. Os pesquisadores realizaram treino de memória, atividades de relaxamento e psicoeducação durante seis meses. Apesar de não ter sido observada melhora nos testes objetivos, os participantes relataram aumento do conhecimento e do uso de estratégias de memória, o que foi associado à participação no programa.

Buschert et al. (2011) observou melhora na cognição global de pacientes com CCL após 20 semanas de treino de memória, estimulação cognitiva, reminiscências, atividades psicomotoras, estimulação multissensorial e interação social; foram utilizados o MEEM e a Avaliação da Doença de Alzheimer (ADAS-Cog). Em nosso estudo observamos que um tempo menor de intervenção (12 semanas) foi suficiente para influenciar positivamente o desempenho cognitivo da amostra.

Enquanto Buschert et al. (2011) tinham como foco a melhora cognitiva, a intervenção proposta neste trabalho também almejava influenciar positivamente o estado psicológico e a qualidade de vida das participantes. Considerando que saúde é o estado de completo bem-estar físico, emocional e social e não apenas a ausência de doença (BIBLIOTECA VIRTUAL DE DIREITOS HUMANOS, 2017), foram oferecidas atividades diversificadas, reflexivas e estimulantes cujos benefícios pudessem ser extrapolados para a vida diária.

Um programa com 10 sessões de reabilitação neuropsicológica (treino cognitivo, terapia orientada para a realidade e reminiscências) aplicado em idosos com CCL institucionalizados resultou em melhoras no escore total do MEEM, no funcionamento executivo (Bateria de Avaliação Frontal – FAB) e no sentimento de solidão (Escala de Solidão – UCLA) (SILVA, G. et al., 2015). Em nossa pesquisa verificamos melhora cognitiva não só na pontuação total do instrumento escolhido (ACE-R) como também nas suas subescalas, em função de ser um teste que avalia mais esferas cognitivas que a FAB. Diferente de Silva, G. (2015) nossa amostra era socialmente ativa e funcionalmente independente, fato que justificaria uma possível melhora em mais domínios cognitivos.

Primeiramente, os idosos do GN tiveram uma experiência grupal que proporcionou que o surgimento de laços afetivos e troca de experiências. Ainda que eles já fossem frequentadores do Centro do Idoso, a convivência contínua em um grupo pequeno favoreceu a proximidade entre os participantes. Sabe-se que há relações entre o estilo de vida e a capacidade cognitiva; os elementos mais estudados incluem o engajamento social, as redes sociais e o envolvimento

em atividades intelectuais, de lazer e físicas. O engajamento nessas atividades constitui um fator de proteção contra os declínios cognitivos na velhice (RIBEIRO; YASSUDA, 2007).

Em segundo lugar, a melhora cognitiva do GN pode estar relacionada à exposição a um ambiente complexo. A complexidade do ambiente de um indivíduo é definida pelos estímulos e pelas demandas características. Assim, ambientes complexos seriam caracterizados por diversos estímulos, pela requisição de múltiplas e complexas decisões e contingências (SCHOOLER, 1990). Tais padrões de exigência dentro do ambiente auxiliariam esforços cognitivos, ou seja, os idosos seriam motivados pelo ambiente complexo dos grupos de convivência a desenvolver suas capacidades intelectuais e generalizar os resultados para outras situações.

Nesse sentido, a intervenção neuropsicológica requereu das participantes habilidades como: convivência em grupo; realização de atividades que estimulavam diferentes competências cognitivas; temas de reflexão e tarefas para realizar em casa; trabalhos manuais que estimulavam a psicomotricidade; discussão sobre mudanças relacionadas ao envelhecimento; reflexão sobre o modo de agir e como resolver problemas cotidianos; definição de metas a partir das dificuldades cognitivas; e autoanálise.

Em terceiro lugar, sabe-se que as funções cognitivas são sensíveis a estratégias de estimulação. De acordo com a teoria de seleção, otimização e compensação os idosos apresentam recursos residuais para manter suas habilidades cognitivas e aumentar o conhecimento e o uso de estratégias cognitivas (BALTES; BALTES, 1990). A intervenção neuropsicológica proposta aqui promoveu o envolvimento em diversas atividades intelectuais, as quais podem minimizar os prejuízos cognitivos em idosos (RIBEIRO; YASSUDA, 2007).

É importante ressaltar que a melhora significativa observada no GN não foi devido a um efeito de aprendizagem dos testes, o que é confirmado pelo fato do Grupo Controle não ter apresentado alteração no desempenho.

Tendo em vista os efeitos positivos da intervenção neuropsicológica, podemos afirmar que todos esses aspectos contribuíram para melhorar o desempenho cognitivo, psicológico e de qualidade de vida dos idosos.

7.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS E DE QUALIDADE DE VIDA

Apesar de os sujeitos com CCL continuarem independentes na vida diária, eles encontram inúmeras dificuldades decorrentes das mudanças cognitivas, vivenciando grande estresse, o que pode acarretar mais prejuízo social, psicológico e na rotina. Sabe-se também que há

uma alta incidência de distúrbios do humor, como disforia, ansiedade, inquietude e irritabilidade (BANNINGH et al., 2008).

Os benefícios de tratamentos psicológicos em transtornos mentais e comportamentais, sintomas emocionais, no cotidiano e na qualidade de vida são amplamente reconhecidos e, em geral, constituem os principais objetivos deste tipo de intervenção (BANNINGH et al., 2011; ORGETA et al., 2015; QUINN et al., 2015). Entretanto, ainda há poucos estudos com qualidade metodológica sobre fatores psicológicos em idosos com CCL (ORGETA et al., 2015).

Nossos resultados indicam que os idosos do Grupo Neuropsicológico obtiveram melhor pontuação nos instrumentos psicológicos após a intervenção. Ainda que, em ambos os grupos, os escores nos testes GDS-15 e BAI não preencham os critérios para o diagnóstico de depressão e ansiedade, observamos a redução significativa ($p < 0.05$) dos sintomas relacionados a essas psicopatologias no GN.

Esses achados estão em concordância com o descrito por Orgeta et al. (2015) em revisão sistemática sobre tratamento psicológico de ansiedade e depressão na demência e no CCL. Considerando os critérios de randomização e controle, foram achados apenas 6 estudos sobre depressão e 2 sobre ansiedade. Houve redução dos sintomas tanto em pacientes com demência quanto com CCL. Concluiu-se que este tipo de intervenção traz benefícios comportamentais e emocionais para pacientes e familiares, podendo auxiliá-los a lidar melhor com as dificuldades presentes no CCL e com seus relacionamentos interpessoais, trazendo uma melhor qualidade de vida.

Mesmo um declínio cognitivo leve está diretamente relacionado a queixas subjetivas de problemas psicológicos, os quais comumente estão associados à preocupação com a memória, sintomas de ansiedade e de depressão (GATES et al., 2011).

A intervenção neuropsicológica envolveu aspectos como: reflexão contínua; autoconhecimento; tarefas de desenvolvimento e adaptação às mudanças na idade adulta avançada; importância de atividades prazerosas; adaptação e enfrentamento de dificuldades cotidianas; diminuição dos sentimentos de estresse e abandono e relacionamento interpessoal. Refletir sobre estas questões e sobre possíveis formas de enfrentamento de situações estressoras podem ter sido extremamente benéfico para a redução de sintomas associados à depressão e à ansiedade.

Em nossa amostra, a diminuição nos sintomas pode estar relacionada também à participação nas sessões grupais com pessoas da mesma geração, que proporcionaram aos idosos espaços para se sentirem valorizados e estimulados a conquistar um novo sentido de vida, a adquirir novas informações e a ampliar conhecimentos. As informações e as

aprendizagens obtidas por idosos aumentam os seus recursos pessoais, como a autoeficácia, habilidades sociais e solução de problemas (IRIGARAY, 2009).

Os sintomas de ansiedade são um preditor da conversão do CCL amnésico para a Doença de Alzheimer, além de estarem relacionados com a atrofia do córtex entorrinal, uma das primeiras áreas cerebrais atingidas pelo Alzheimer. A ansiedade não é um fenômeno prodromático não cognitivo, mas é capaz de acelerar o declínio que conduz ao Alzheimer por meio de seus efeitos diretos e indiretos no córtex entorrinal (MAH et al., 2015). Sendo assim, intervenções que diminuam a incidência desses sintomas podem ser muito benéficas para idosos com CCL.

Os idosos do Grupo neuropsicológico melhoram significativamente a pontuação na EDEP após a intervenção, o que não foi observado no Grupo Controle. A pontuação máxima da Escala de Desenvolvimento Pessoal é de 150 pontos e considera-se que quanto menor a pontuação do indivíduo, pior é a condição psicológica (NERI, 2007). Não foram encontrados estudos que avaliaram o desempenho de idosos com CCL nesta escala. O conceito de bem-estar psicológico envolve a busca de crescimento pessoal, de autorrealização, de constante aperfeiçoamento para manter o crescimento e o desenvolvimento (KEYES; SHMOTKIN; RYFF, 2002), aspectos estes que foram trabalhados durante a intervenção neuropsicológica proposta neste trabalho.

Por fim, o Grupo Controle teve desempenho inferior comparado ao Grupo neuropsicológico nos instrumentos WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old após a o período de intervenção. Um estudo com quase 1.000 sujeitos concluiu que pacientes com CCL apresentam piora significativa da qualidade de vida em relação a sujeitos normais (CONRAD et al., 2015). Pacientes com CCL têm sido alvo de estudos que propõem tratamentos precoces e preventivos. Instrumentos que avaliam bem-estar e qualidade de vida podem ser um indicador útil para a eficácia de tratamentos futuros (GATES et al., 2011), contexto no qual se insere a presente pesquisa.

Nosso trabalho corrobora com estes achados, pois o Grupo Controle não apresentou melhora nos indicadores de qualidade de vida. Considerando-se que qualidade de vida é um conceito amplo e complexo, que engloba fatores como o estado psicológico, o nível de independência e as relações sociais (LI et al., 2014), é plausível que os idosos do GN apresentem melhores escores na medida em que, como já discutido anteriormente, a intervenção neuropsicológica objetivou desenvolver e aprimorar estes aspectos.

O estado psicológico e a qualidade de vida de idosos com CCL sofre prejuízos significativos. Apesar das intervenções psicológicas serem vistas como potencialmente

benéficas e fundamentais para que esses idosos enfrentem as dificuldades e desafios cotidianos, eles têm oportunidades muito limitadas de acessarem serviços psicológicos focados em melhorar seu bem-estar (ORGETA et al., 2015).

É importante destacar que não foram encontrados na literatura estudos com idosos com CCL que incluíssem a bateria de instrumentos utilizada nessa pesquisa. Como ainda não há padrão-ouro para a avaliação neuropsicológica deste declínio cognitivo, a metodologia proposta neste trabalho pode ser um caminho.

Por fim, esses idosos têm que conviver com prejuízo cognitivo, piora do bem-estar psicológico e da qualidade de vida. Ao demonstrar, de forma conjunta, os efeitos de uma intervenção neuropsicológica no CCL, a presente pesquisa contribui para a reflexão de possíveis estratégias de intervenção que busquem melhorar a condição geral desses pacientes ou mesmo reabilitar as áreas prejudicadas pela patologia. Uma limitação do estudo foi não ter ofertado atividades alternativas (placebo) ao Grupo Controle durante a realização da intervenção com o Grupo Neuropsicológico. Além disso, outras pesquisas na área são necessárias, com a inclusão, por exemplo, do público masculino e daqueles que não participam de programas para idosos.

Considerando a realidade brasileira da importância de intervenções breves, condições de saúde precárias, baixa renda e escolaridade observamos que uma intervenção de 12 semanas foi suficiente para trazer benefícios significativos. Tais benefícios podem ser adaptados e reproduzidos por familiares e cuidadores, através de jogos, histórias, músicas, conversas sobre filmes e notícias, exercícios, passeios, entre outros.

7.4 IMPLICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Os cuidados terapêuticos destinados aos idosos com declínio cognitivo podem incluir uma série de estratégias não medicamentosas. A Psicologia pode contribuir na otimização dos processos de modificação de comportamentos, mudança de hábitos e adesão ao tratamento, aspectos imprescindíveis à promoção da saúde e qualidade de vida (SOUZA; CHAVES, 2005).

Uma possibilidade de intervenção é o trabalho com idosos na comunidade, com objetivo de estimular a adesão de comportamentos saudáveis e o envolvimento em atividades cognitivas, sociais, educacionais e de lazer.

É importante, ainda, facilitar e ampliar o acesso da população idosa a serviços psicológicos diversos, como psicoterapia, grupos terapêuticos, psicoeducação, orientação e suporte a familiares e cuidadores, e reabilitação neuropsicológica. Da mesma forma, é importante a implantação de projetos e atividades para grupos de idosos, objetivando a prevenção de dificuldades associadas ao declínio cognitivo, bem como de reabilitação.

Por fim, é importante preparar profissionais de diversas áreas para atuarem no campo do envelhecimento e, mais especificamente, na prevenção, identificação e reabilitação neuropsicológica.

8 CONCLUSÕES

Essa pesquisa estudou uma amostra de idosas com CCL e comparou participantes de uma intervenção neuropsicológica com um grupo controle, a fim de investigar alterações na cognição, no estado psicológico e na qualidade de vida. Nossos achados nos levaram às seguintes conclusões, até então não descritas na literatura:

- As idosas que participaram da intervenção neuropsicológica apresentaram melhora nos cinco subtestes e no escore total do Exame Cognitivo de Addenbrooke;
- Nos subtestes linguagem e memória, as integrantes do GN obtiveram pontuação superior ao grupo controle;
- Houve redução na frequência de sintomas associados à ansiedade e à depressão após as sessões em grupo;
- A intervenção teve efeito positivo no bem-estar psicológico, com aumento significativo dos escores da Escala de Desenvolvimento Pessoal;
- Observou-se mudança significativa na qualidade de vida das participantes do GN em comparação ao período pré-intervenção;
- Há relação entre a intervenção neuropsicológica em grupo e melhora no desempenho cognitivo, no estado psicológico e na qualidade de vida de idosas com Comprometimento Cognitivo Leve.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Osvaldo; ALMEIDA, Shirley. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq Neuro Psiquiatr**, São Paulo, v. 57, n. 2B, p. 421-426, 1999.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. Artmed Editora, 2014.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION et al. Guidelines for psychological practice with older adults. **The American psychologist**, v. 69, n. 1, p. 34, 2014.
- AREÁN, Patrícia. Advances in psychotherapy for mental illness in late life. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 11, n. 1, p. 4-6, 2003.
- AZAMBUJA, Luciana. Avaliação neuropsicológica do idoso. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 2, n.4, p. 40-45, jul/dez 2007.
- BALTES, Paul; BALTES, Margret. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. **Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences**, v. 1, n. 1, p. 1-34, 1990.
- BANHATO, Eliane Ferreira Carvalho et al. Inclusão digital: ferramenta de promoção para envelhecimento cognitivo, social e emocional saudável? **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 2-20, 2007.
- BANNINGH, Liesbeth et al. Long-term effects of group therapy for patients with mild cognitive impairment and their significant others: A 6- to 8-month follow-up study. **Dementia**, v. 12, n. 1, p. 81-91, 2011.
- BANNINGH, Liesbeth. et al. Mild cognitive impairment: coping with an uncertain label. **International journal of geriatric psychiatry**, v. 23, n. 2, p. 148-154, 2008.
- BARROS, Marilisa et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011.
- BEAUDREAU, Sherry; O'HARA, Ruth. Late-life anxiety and cognitive impairment: a review. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 16, n. 10, p. 790-803, 2008.
- BELLEVILLE, Sylvie. Cognitive training for persons with mild cognitive impairment. **Int Psychogeriatr**, v. 20, n. 1, p. 57-66, 2008.
- BIBLIOTECA VIRTUAL DE DIREITOS HUMANOS (Universidade de São Paulo). Constituição da Organização Mundial da Saúde em 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3oMundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-daorganizacao-mundial-da-saudeomsworld.html>>. Acesso em: 17. Jan.2014.
- BOTELHO, Antônio. A funcionalidade dos idosos. In: Paúl, Maria Constança; Fonseca, Antonio. **Envelhecer em Portugal**. Lisboa: Climepsi Editores, p. 110-135, 2005.

BRUCKI, Sonia et al. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 61, n. 3B, p. 777-81, 2003.

BUSCHERT, Verena et al. Effects of a newly developed cognitive intervention in amnesic mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease: a pilot study. **Journal of Alzheimer's disease**, v. 25, n. 4, p. 679-694, 2011.

CAMPOS, Maryane Oliveira; RODRIGUES NETO, João Felício. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de saúde pública**, v. 32, n. 2, p. 232, 2014.

CARLOMANHO, Aline Murari Ferraz; SOARES, Edvaldo. Declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados e não institucionalizados: possibilidades de correlação. **Revista de Iniciação Científica da FFC**, p. 01-23, 2013.

CARTHERY-GOULART, Maria Teresa et al. Brazilian version of the Cornell depression scale in dementia. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 65, n. 3B, p. 912-915, 2007.

CARVALHO, Viviane Amaral; CARAMELLI, Paulo. Brazilian adaptation of the Addenbrooke's cognitive examination-revised (ACE-R). **Dement Neuropsychol**, v. 1, n. 2, p. 212-16, 2007.

CARVALHO, Viviane Amaral; CARAMELLI, Paulo. Normative data for healthy middle-aged and elderly performance on the Addenbrooke Cognitive Examination-Revised. **Cognitive and Behavioral Neurology**, v. 25, n. 2, p. 72-76, 2012.

CECATO, Juliana Francisca et al. Poder preditivo do MoCa na avaliação neuropsicológica de pacientes com diagnóstico de demência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 4, p. 707-719, 2014.

CÉSAR, Karolina Gouveia. **Estudo da prevalência de comprometimento cognitivo leve e demência na cidade de Tremembé, estado de São Paulo**. 2014. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

CHANDLER, M. J. et al. Everyday impact of cognitive interventions in mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. **Neuropsychology review**, v. 26, n. 3, p. 225-251, 2016.

CONRAD, Ines et al. Quality of life of individuals with mild cognitive impairment. **Psychiatrische Praxis**, v. 42, n. 3, p. 152-157, 2015.

COOPER, Claudia. Treatment for mild cognitive impairment: systematic review. **The British Journal of Psychiatry**, v. 203, n. 4, p. 255-264, 2013.

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

DUFF, Kevin. Evidence-based indicators of neuropsychological change in the individual patient: relevant concepts and methods. **Archives of Clinical Neuropsychology**, v. 27, n. 3, p. 248-261, 2012.

ESHKOOR, Sima Ataollahi et al. Mild cognitive impairment and its management in older people. **Clinical interventions in aging**, v. 10, p. 687, 2015.

HEILBRONNER, Robert L. et al. Official position of the American Academy of Clinical Neuropsychology on serial neuropsychological assessments: the utility and challenges of repeat test administrations in clinical and forensic contexts. **The Clinical Neuropsychologist**, v. 24, n. 8, p. 1267-1278, 2010.

FENNEMA-NOTESTINE, CHRISTINE et al. Structural Neuroimaging in the Detection and Prognosis of Pre-Clinical and Early AD. **Behavioural Neurology**, v. 21, n. 1-2, p. 3-12, 2009.

FLECK, Marcelo P.; CHACHAMOVICH, Eduardo; TRENTINI, Clarissa. Desenvolvimento e validação da versão em Português do módulo WHOQOL-OLD. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 5, p. 785-791, 2006.

FOLSTEIN, Marshal; FOLSTEIN, Susan; MCHUGH, Paul. "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res**, v. 12, n. 3, p. 189-198, nov. 1975.

FREUD, Sigmund. **A sexualidade na etiologia da neurose**. Obras completas, ESB, v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1898/1976.

GATES, Nicola J. et al. Cognitive and memory training in adults at risk of dementia: a systematic review. **BMC geriatrics**, v. 11, n. 1, p. 55, 2011.

GONÇALVES, Ana Rita et al. Declínio Cognitivo, Sintomas Ansiosos e Depressivos: estudo em idosos sob resposta social no Concelho de Coimbra. 2011.

GUARANY, Gláucia. **Jogos, dinâmicas de grupo e técnicas vivenciais**. Universidade Candido Mendes, Rio de Janeiro, 2007.

GODINHO, Cláudia; et al. Estimation of the risk of conversion of mild cognitive impairment of Alzheimer type to Alzheimer's disease in a south Brazilian population-based elderly cohort: the PALA study. **International Psychogeriatric Association**, v. 24, n. 4, p. 674-681, 2012.

HAMDAN, Amer; PEREIRA, Ana. Avaliação Neuropsicológica das Funções Executivas: Considerações Metodológicas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, p. 386-393, 2009.

HAMPSTEAD, Benjamin et al. Explicit memory training leads to improved memory for face-name pairs in patients with mild cognitive impairment: Results of a pilot investigation. **Journal of International Neuropsychological Society**, v. 14, n. 5, p. 883-89, 2008.

HEILBRONNER, Robert L. et al. Official position of the American Academy of Clinical Neuropsychology on serial neuropsychological assessments: the utility and challenges of repeat test administrations in clinical and forensic contexts. **The Clinical Neuropsychologist**, v. 24, n. 8, p. 1267-1278, 2010.

HUGO, Julie; GANGULI, Mary. Dementia and cognitive impairment: epidemiology, diagnosis, and treatment. **Clinical Geriatric Medicine**, v. 30, n. 3, p. 421-442, 2014.

IBGE. Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2016. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>. Acesso: 02 jul. 2017.

IRIGARAY, Tatiana. Efeitos de um treino de atenção, memória e funções executivas na cognição, na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos saudáveis. 2009. (Tese), PUCRS.

JACK, Clifford et al. Comparison of different MRI brain atrophy rate measures with clinical disease progression in AD. **Neurology**, v. 62, p. 591–600, 2004.

JEAN, Léonie et al. Cognitive intervention programs for individuals with mild cognitive impairment: systematic review of the literature. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 18, n. 4, p. 281-296, 2010.

JEREZ-ROIG, Javier et al. Depressive Symptoms and Associated Factors in Institutionalized Elderly. **Experimental Aging Research**, v. 42, n. 5, p. 479-491, 2016.

KENNEDY, Gary; TANNENBAUM, Stacey. Psychotherapy with older adults. **American Journal of Psychotherapy**, v. 54, n. 3, p. 386, 2000.

KEYES, Corey; SHMOTKIN, Dov; RYFF, Carol. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. **Journal of personality and social psychology**, v. 82, n. 6, p. 1007, 2002.

KRUG, Rodrigo; MAZO, Giovana; LOPES, Marize. Barreiras e facilitadores para a prática da atividade física de longevos inativas fisicamente. **Rev. bras. med. esporte**, v. 21, n. 1, p. 57-64, 2015.

LEITE, Amanda. **Impacto do isolamento social no curso temporal da Doença Prion**. 2009. 116f. Dissertação (Mestrado em Neurociências) – Programa de Pós-graduação em Neurociências e Biologia Celular, Universidade Federal do Pará, Belém, 2009.

LEUNG, Kevin et al. Cerebral atrophy in mild cognitive impairment and Alzheimer disease. Rates and acceleration. **Neurology**, v. 80, n. 7, p. 648-654, 2013.

LI, Chia-Ing et al. Successful aging defined by health-related quality of life and its determinants in community-dwelling elders. **BMC Public Health**, v. 14, p. 1013, 2014.

LINO, Valéria Teresa et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 103-112, 2008.

LOPES, Maria Carolina. et al. Factors associated with functional impairment of elderly patients in the emergency departments. **Einstein** (Sao Paulo), v. 13, n. 2, p. 209-214, 2015.

LUCK, Tobias et al. Incidence of mild cognitive impairment: a systematic review. **Dement Geriatr Cogn Disord**, v. 2, 164–75, 2010.

- MACHADO, Juliana Costa et al. Evaluation of cognitive decline and its relationship with socioeconomic characteristics of the elderly in Viçosa, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 4, p. 592-605, 2007.
- MAGALHÃES, Manuela Oliveira de Cerqueira et al. Risk factors for dementia in a rural area of Northeastern Brazil. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 66, n. 2A, p. 157-162, 2008.
- MAH, Linda et al. Anxiety symptoms in amnesic mild cognitive impairment are associated with medial temporal atrophy and predict conversion to Alzheimer disease. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 23, n. 5, p. 466-476, 2015.
- MAIA, Susana Maria Santos; ESPIRITO-SANTO, Helena. **Funções executivas e sintomas de ansiedade: estudo em idosos sob resposta social**. 2012. 48 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Escola Superior de Altos Estudos, Instituto superior Miguel Torga, Coimbra, 2012.
- MALLOY-DINIZ, Leandro et al. **Neuropsicologia: Aplicações clínicas**. Artmed Editora, 2015.
- MATIAS, Jordi Guiu et al. Addenbrooke's cognitive examination III: diagnostic utility for mild cognitive impairment and dementia and correlation with standardized neuropsychological tests. **International Psychogeriatrics**, v. 29, n. 1, p. 105-113, 2017.
- MATHURANATH, Pavagada et al. A brief cognitive test battery to differentiate Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. **Neurology**, v. 55, n. 11, p. 1613-1620, 2000.
- MENDES, Gisele Soares; MORAES, Clayton Franco; GOMES, Lucy. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 32, p. 273-278, 2014.
- MIOSHI, Eneida et al. The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. **Int J Geriatr Psychiatry**, v. 21, p. 1078–1085, 2006.
- MORILLO, Lilian; BRUCKI, Sônia; NITRINI, Ricardo. Modificações neurobiológicas e cognição no envelhecimento. In: MIOTTO, Eliane; LUCIA, Mara; SCAFF, Milberto. (Org.). **Neuropsicologia Clínica**. 1ª ed. São Paulo: Editora Rocca, 2012. Capítulo 12, p. 227-242.
- MUANGPAISAN, Weerasak et al. Quality of life of the community-based patients with mild cognitive impairment. **Geriatrics & gerontology international**, v. 8, n. 2, p. 80-85, 2008.
- NERI, Anita, organizadora. **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas: Alínea; 2007. p. 189-204.
- NERI, Anita. **Fundamentos para uma escala de geratividade**. Campinas, SP: UNICAMP/FAPESP. Relatório de pesquisa não publicado, 1999.
- NERI, Anita. **Palavras-chave em Gerontologia**. Campinas: Alínea, 2005.
- NITRINI, Ricardo et al. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. **Arq neuropsiquiatr**, v. 63, n. 3-A, p. 720-727, 2005.

OLIVEIRA, Maíra Caroline et al. A percepção do cuidador familiar de idosos dependentes sobre o papel do profissional da saúde em sua atividade. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 35, n. 2, p. 81-90, 2015.

OLIVEIRA, Simone de Freitas Duarte et al. Demanda referida e auxílio recebido por idosos com declínio cognitivo no município de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 81-89, 2007.

ORGETA, Vasiliki et al. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment: systematic review and meta-analysis. **The British Journal of Psychiatry**, v. 207, n. 4, p. 293-298, 2015.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Qualidade de vida na velhice. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 79-84, 2002.

PAULA, Ana Flávia et al. Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de Geriatria. **Rev Bras Clin Med**, v. 11, n. 3, p. 212-8, 2013.

PELLEGRINO, Laurel et al. Depression in cognitive impairment. **Current psychiatry reports**, v. 15, n. 9, p. 1-8, 2013.

PETERSEN, Ronald et al. Current concepts in mild cognitive impairment. **Archives of neurology**, v. 58, n. 12, p. 1985-1992, 2001.

PETERSEN, Ronald. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. **Journal of internal medicine**, v. 256, n. 3, p. 183-194, 2004.

PETERSEN, Ronald et al. Mild cognitive impairment: a concept in evolution. **Journal of internal medicine**, v. 275, n. 3, p. 214-228, 2014.

PIETRZAK, Robert et al. Mild worry symptoms predict decline in learning and memory in healthy older adults: a 2-year prospective cohort study. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 20, n. 3, p. 266-275, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAGÉ. Centro do Idoso, 2017. Disponível em: <http://cidadebage.blogspot.com.br/2011/03/centro-do-idoso.html>. Acesso em: 25 set 2017.

QUINN, Catherine et al. A review of self-management interventions for people with dementia and mild cognitive impairment. **Journal of Applied Gerontology**, v. 35, n. 11, p. 1154-1188, 2016.

RABELO, Doris Firmino. Comprometimento Cognitivo Leve em Idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. **Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**. ISSN 2176-901X, v. 12, n. 2, 2009.

REBELO, Helder. Psicoterapia na idade adulta avançada. **Análise Psicológica**, v. 25, n. 4, p. 543-557, 2012.

REIS, Luciana Araújo; DOS REIS, Luana Araújo; DE VASCONCELOS TORRES, Gilson. Impacto das variáveis sociodemográficas e de saúde na capacidade funcional de idosos de baixa renda. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 1, p. 847-854, 2015.

- RIBEIRO, Pricila Cristina; YASSUDA, Monica. Cognição, estilo de vida e qualidade de vida na velhice. In: Anita Liberalesso Neri (Org). **Qualidade de vida na velhice: Enfoque multidisciplinar**. Campinas, SP: Atheneu, p. 189-204, 2007.
- RYFF, Carol. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. **Journal of personality and social psychology**, v. 57, n. 6, p. 1069, 1989.
- RYFF, Carol; KEYES, Corey. The structure of psychological well-being revisited. **Journal of personality and social psychology**, v. 69, n. 4, p. 719, 1995.
- SANTANA, Rosimeire Ferreira; SANTOS, Iraci; CALDAS, Célia Pereira. Cuidando de idosos com demência: um estudo a partir da prática ambulatorial de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 58, n. 1, p. 44-48, 2005.
- SANTOS, Roberto Lopes; VIRTUOSO JÚNIOR, Jair Sindra. Confiabilidade da versão brasileira da Escala De Atividades Instrumentais da Vida Diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 4, 2008.
- SCARMEAS, Nikolaos et al. Influence of leisure activity on the incidence of Alzheimer's disease. **Neurology**, v. 57, n. 12, p. 2236-2242, 2001.
- SCULLIN, Michael; BLIWISE, Donald. Sleep, cognition, and normal aging: integrating a half century of multidisciplinary research. **Perspectives on Psychological Science**, v. 10, n. 1, p. 97-137, 2015.
- STEPHAN, Blossom et al. The neuropathological profile of Mild Cognitive Impairment (MCI): a systematic review. **Mol Psychiatry**, v. 17, p. 1056-76, 2012.
- SILVA, Joyce et al. Los síntomas depresivos y la capacidad funcional en ancianos institucionalizados. **Cultura de los Cuidados**, v. 19, n. 41, p. 157-167, 2015.
- SILVA, Giseli Fabiana et al. Reabilitação neuropsicológica grupal de idosos institucionalizados com Déficit Cognitivo sem Demência. **Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social**, vol. n. 2, 15-30, 2015.
- SIMON, Sharon; YOKOMIZO, Juliana; BOTTINO, Cássio. Cognitive intervention in amnesic Mild Cognitive Impairment: a systematic review. **Neurosci Biobehav Rev**, v. 36, p. 1163-78, 2012.
- SMAGULA, Stephen et al. Risk factors for sleep disturbances in older adults: evidence from prospective studies. **Sleep medicine reviews**, v. 25, p. 21-30, 2016.
- SOUZA, Juliana Nery; CHAVES, Eliane Corrêa. O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 1, p. 13-19, 2005.
- SPECTOR, Aimee et al. Cognitive behavioural therapy (CBT) for anxiety in people with dementia: study protocol for a randomised controlled trial. **Trials**, v. 13, n. 1, p. 197, 2012.
- SPIJKER, Anouk et al. Effectiveness of Nonpharmacological Interventions in Delaying the Institutionalization of Patients with Dementia: A Meta-Analysis. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 56, n. 6, p. 1116-1128, 2008.

SPIRDUSO, Waneen. *Dimensões Físicas do Envelhecimento*. São Paulo (SP): Manole, 2005.

STANLEY, Melinda et al. The Peaceful Mind program: A pilot test of a cognitive-behavioral therapy-based intervention for anxious patients with Dementia. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 21, n. 7, p. 696-708, 2013.

STOKIN, Gorazd B. et al. Mild neurocognitive disorder: an old wine in a new bottle. **Harvard review of psychiatry**, v. 23, n. 5, p. 368, 2015.

UNITED NATIONS. World population prospects: the 2015 revision. **New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division**, 2015. Disponível em: <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/> Acesso em: 02 jul. 2017.

VEGA, Jennifer; NEWHOUSE, Paul. Mild cognitive impairment: diagnosis, longitudinal course, and emerging treatments. **Current psychiatry reports**, v. 16, n. 10, p. 490, 2014.

WALDORFF, Frans et al. Efficacy of psychosocial intervention in patients with mild Alzheimer's disease: the multicentre, rater blinded, randomised Danish Alzheimer Intervention Study (DAISY). **BMJ**, v. 345, p. 4693, 2012.

WARD, Alex et al. Mild cognitive impairment: disparity of incidence and prevalence estimates. **Alzheimer's & Dementia**, v. 8, n. 1, p. 14-21, 2012.

WHOQOL GROUP et al. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: **Quality of life assessment: International perspectives**. Springer Berlin Heidelberg, 1994. p. 41-57.

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

YOZO, Ronaldo Yudi. **100 jogos para grupos: uma abordagem psicodramática para empresas, escolas e clínicas**. 18ª edição. Editora Agora, 2015.

ZAVATINI, Márcia Adriana; OBRELI-NETO, Paulo Roque; CUMAN, Roberto Kenji Nakamura. Estratégia saúde da família no tratamento de doenças crônico-degenerativas: avanços e desafios. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 31, n. 4, p. 647-54, 2010.

ZUNZUNEGUI, Maria-Victoria et al. Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults. **The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 58, n. 2, p. S93-S100, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Nº _____

1. Nome: _____ **Telefone:** _____

2. Sexo: 1. Feminino 2. Masculino **3. Religião:** _____

4. Idade: _____ **5. Local de nascimento:** _____

6. Estado civil atual:

1. Solteiro (nunca casou) 2. Casado/companheiro(a) 3. Separado/Divorciado (sem companheiro atual)
4. Viúvo 5. Outro. Qual? _____

7. Nível de escolaridade:

1. Analfabeto 2. Ensino Fundamental incompleto
3. Ensino Fundamental completo 4. Ensino Médio incompleto
5. Ensino Médio completo 6. Curso superior incompleto
7. Curso superior completo 8. Pós-Graduação
9. Outra. Qual? _____

8. Quantos anos de escolaridade? _____

9. Renda familiar mensal

1. De 1 a 2 salários mínimos 2. De 3 a 4 salários mínimos 3. De 5 a 6 salários mínimos
4. De 7 a 8 salários mínimos 5. De 9 a 10 salários mínimos 6. Mais de 10 salários mínimos

10. Mora com alguém:

1. Esposo(a) 2. Filho(a) 3. Parente 4. Amigo(a) 5. Instituição
6. Sozinho 7. Pais 8. Outro: _____

11. Sua residência é:

1. Própria 2. Alugada 3. Instituição 4. De familiares

12. Qual era a sua profissão anterior? _____

13. Qual a sua ocupação atual:

1. Aposentado/ Aposentada 2. Pensionista 3. Nunca trabalhou
4. Dona de casa 5. Trabalha 6. Outro: _____

14. Realiza atividades de lazer?

1. Não 2. Sim **Qual (is)?** _____

15. Tem algum problema de saúde?

1. Sim. Qual? _____
2. Não

16. Atualmente, usa alguma medicação/remédio? 1. Sim 2. Não Qual (is)? E para que serve(m)?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

17. Quais foram os momentos mais importantes (marcantes) da sua vida?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: Intervenção Psicológica em Idosos com Comprometimento Cognitivo Leve – Estudo de intervenção para avaliar benefícios

Solicitamos sua autorização para participar da presente pesquisa, que tem como principal objetivo estudar os benefícios da psicoterapia em grupo na cognição e no estado psicológico de idosos. Tal estudo prevê a participação de idosos com idade a partir dos 60 anos de idade, de ambos os sexos. Para tanto é necessário que você responda a um questionário de informações sociodemográficas; questões relacionadas à orientação, atenção, percepção, memória, linguagem, habilidades visuoespaciais e fluência verbal; qualidade de vida; sentimentos de tristeza e ansiedade; e bem-estar psicológico. Além disso, é possível que você seja convidado a participar de doze sessões de psicoterapia em grupo que serão realizadas uma vez por semana com a duração de 1h 30min cada, num período de 03 meses.

Os dados obtidos através desses instrumentos serão mantidos em sigilo e colocados anonimamente à disposição do pesquisador responsável pelo estudo. O maior desconforto para você será o tempo que deverá dispor para responder aos instrumentos e participar das sessões de psicoterapia. O benefício será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico. De qualquer forma, apesar das informações acima, caso venham a existir quaisquer danos à sua saúde emocional, causados diretamente pela pesquisa, você terá direito a acompanhamento especializado e à indenização, conforme prevê a lei.

A participação nesse estudo é voluntária, e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo.

Eu, _____ fui informado dos objetivos especificados acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual estarei envolvido, do desconforto previsto, tanto quanto do benefício esperado. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento através dos telefones: 53 9936-5451 (Psicóloga Amanda Leite); 51 3320-3485 (Prof.^a Mirna Portugal/PUCRS); ou 51 3320-3345 (Comitê de Ética em Pesquisa PUCRS). Sei que novas informações obtidas durante o estudo me serão fornecidas e que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa em face dessas informações. Fui certificado de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome do Participante: _____

Assinatura do Participante

Amanda de Oliveira Ferreira Leite
[Pesquisadora]

Mirna Wetters Portugal
Orientadora

Data: ____/____/____

APÊNDICE C – DESCRIÇÃO DAS SESSÕES NEUROPSICOLÓGICAS EM GRUPO

SESSÃO 1

- **Objetivos principais:** apresentação geral dos integrantes; utilizar uma dinâmica que estimule a memória, a comunicação e a interação; esclarecimento de dúvidas acerca das sessões.

- **Dinâmica de abertura:** Apresentação em duplas

1 - solicita-se ao grupo para formas duplas aleatoriamente;

2 - cada dupla conversa por aproximadamente 10 min; cada um fala um pouco de si, apresentando-se;

3 - após o tempo estipulado, o grupo reúne-se novamente;

4 - o participante A apresenta o participante B e vice-versa;

5 - repete-se o processo com todos os integrantes;

6 - Discussão em grupo sobre o exercício realizado.

- **Tema exposto com posterior abertura de discussão:** Apresentação inicial dos integrantes do grupo e do terapeuta; exposição de expectativas e interesses; conversa sobre os objetivos do grupo e esclarecimento de possíveis dúvidas acerca das sessões e da pesquisa.

- **Sugestão de reflexão para o próximo encontro:** Pensando bem sobre os últimos 10 anos, nota em si alguma dificuldades cognitivas? Quais?

SESSÃO 2

- **Objetivos principais:** autorreflexão; esclarecimentos sobre o diagnóstico de Transtorno Cognitivo Leve; requerer capacidade de contextualização e raciocínio crítico.

- **Dinâmica proposta:** As cinco imagens

1- São entregues revistas, folhas em branco e canetas coloridas aos participantes;

2 – Através de desenhos, símbolos ou imagens eles devem responder a cinco perguntas: como eu me vejo? Como eu acho que os outros me veem? Como eu gostaria de ser? Como eu tenho medo de ser? Como eu posso ser no futuro?

3 – Discutir em grupo.

- **Tema exposto com posterior abertura de discussão:** Diagnóstico de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL): conversa sobre o diagnóstico e suas implicações; dúvidas quanto a este diagnóstico; reconhecimento de dificuldades cognitivas atuais.

- **Sugestão de reflexão para o próximo encontro:** pensar sobre suas qualidades e defeitos e como tem lidado com eles.

SESSÃO 3

- **Objetivos principais:** trabalhar a autopercepção e a autoestima; estimular a habilidade visual e motora.

- **Dinâmica proposta:** Qualidades e defeitos

1 – em uma folha de papel o participante deve, como uma caneta, contornar a mão direita e, no verso da folha, a mão esquerda.

2 – na mão direita deve escrever cinco qualidades que possua (uma em cada dedo) e, na mão esquerda, cinco defeitos (um em cada dedo)

3 - Discussão em grupo sobre o exercício realizado.

- **Tema exposto com posterior abertura de discussão:** O autoconhecimento: importância da autoestima; lidando com situações que abalam a autoestima; autopercepção de pensamentos e sentimentos.

- **Sugestão de reflexão para o próximo encontro:** dificuldades cognitivas atuais (escrevê-las em um papel e trazer na sessão seguinte); há formas de compensar estas dificuldades?

SESSÃO 4

- **Objetivos principais:** requerer orientação temporal e espacial; lembrar momentos marcantes, requerendo uso da memória de longo-prazo; aquisição de conhecimento e habilidades para lidar com os sintomas associados ao CCL e suas consequências.

- **Dinâmica proposta:** Fatos e datas

1- *Solicitar aos participantes que recordem acontecimentos importantes ao longo da sua vida;*

2 – *Anotar estes fatos, indicando a idade que tinha ou o ano em que o fato ocorreu*

3- *Discussão em grupo sobre a dinâmica.*

- **Tema exposto com posterior abertura de discussão:** Dificuldades cognitivas no TCL; alterações de memória; usos de estratégias e compensações; como lidar com estas dificuldades.

- **Sugestão de reflexão para o próximo encontro:** mudanças que ocorrem com o envelhecimento; cada um deve levar para a sessão seguinte revistas ou jornais que possam ser recortados.

SESSÃO 5

- **Objetivos principais:** trabalhar a atenção e a percepção de detalhes; discutir sobre como veem o próprio envelhecimento e como lidam com as mudanças consequentes da idade.

- **Dinâmica proposta:** Descrevendo pessoas

1 – *Cada um deve escolher e recortar da sua revista três pessoas diferentes, sendo que uma delas deve ser idosa;*

2 – *Devem ser observadas as características de cada pessoa escolhida (roupa, aparência, possível idade, expressão facial, etc.);*

3 – *Apontar diferenças ocasionadas pela idade na figura que representa uma pessoa idosa;*

4 - *Discussão em grupo sobre a dinâmica.*

- **Tema exposto com posterior abertura de discussão:** Mudanças ocasionadas pelo envelhecimento (físicas, sociais, econômicas, psicológicas); preocupações diversas.

- **Sugestão de reflexão para o próximo encontro:** como é o convívio com os familiares e/ou cuidadores? É prazeroso? Caso não, quais as dificuldades que tem enfrentado nesta área?

SESSÃO 6

- **Objetivos principais:** explorar a comunicação com os familiares e/ou cuidadores.

- **Dinâmica proposta:** Família real *versus* família ideal

1 - *Distribuir a cada participante uma folha de papel e lápis. Solicitar que façam um traço no meio da folha, escrevendo de um lado “A família que tenho” e, do outro, “A família que gostaria de ter”.*

2 - *Pedir que descrevam, individualmente, sua família real e a desejada, nos locais correspondentes.*

3 - *Discutir sobre: Que pontos em comum eu encontro entre a família que tenho e a que gostaria de ter? O que há de semelhante entre a família que tenho e as dos demais componentes do grupo? O que há de semelhante entre a família que eu e meus companheiros gostaríamos de ter? O que é possível fazer para aproximar a família real da família ideal?*

- **Tema exposto com posterior abertura de discussão:** Dificuldades no convívio com familiares e/ou cuidadores; situações de dependência; manejo de situações conflituosas.

- **Sugestão de reflexão para o próximo encontro:** quais tem sido suas maiores preocupações?

SESSÃO 7

- **Objetivos principais:** reflexão sobre sentimentos e atitudes em situações de dificuldades cognitivas ou estresse; requerer pensamento crítico e planejamento.

- **Dinâmica proposta:** O preço do estresse

1 - Identificar tanto os grandes como os pequenos problemas que enfrentam diariamente;

2 – Dar aos participantes recortes de papel que simulem notas de R\$ 1,00;

3 - Cada um deve destinar parcelas de dinheiro para os problemas que identificaram. As quantidades alocadas devem representar a quantidade de tempo que empregam todos os dias para resolver especificamente esses problemas;

4 - Quando todos tiverem completado essa etapa, pede-se que registrem os valores que alocaram para cada um dos problemas;

5 - A próxima etapa é pedir que refaçam o exercício, porém, de acordo com o que acham que seria um investimento mais lógico do tempo e dos recursos de que dispõem para cada problema;

6 - Eles devem registrar as novas quantias e comparar com as quantias originais. A realocação desses recursos deve ser discutida e os participantes devem anotar que mudanças vão fazer após o término do treinamento.

7 - Discussão em grupo: Qual é a diferença entre as quantias utilizadas nas duas etapas? O que isto significa para cada um?

- **Tema exposto com posterior abertura de discussão:** Lidando com situações estressantes do dia-a-dia

- **Sugestão de reflexão para o próximo encontro:** Situações que causam irritação e que geram conflitos com outros.

SESSÃO 8

- **Objetivos principais:** discutir sobre conflitos sociais e preocupações diversas; pensar sobre possibilidades de manejo de estresse.

- **Dinâmica de grupo:** Criação x destruição

1 – Disponibilizar almofadas ou material semelhante; dividir o grupo em dois;

2 – Ao subgrupo A dizer: O objetivo de vocês é construir uma pirâmide, utilizando as almofadas que estão na sala. Vocês não poderão falar nem serem agressivos;

3 – Ao subgrupo B dizer: O objetivo de vocês é destruir o que o outro grupo fizer. Não podem falar nada durante o jogo nem usar de violência;

4 – Depois de um tempo, inverter as instruções;

5 – Um grupo não deve ouvir a instrução dada ao outro;

6 – Discussão.

- **Tema exposto com posterior abertura de discussão:** Conflitos sociais: como lidam com as diferenças? Sentem-se incomodados quando contrariados? Como lidar com as mudanças e demandas do dia-a-dia?

- **Sugestão de reflexão para o próximo encontro:** tem conseguido se comunicar bem (entender e ser entendido)?

SESSÃO 9

- **Objetivos principais:** discutir sobre como comunicar-se melhor; requerer concentração, atenção, percepção do próprio corpo e habilidade de comunicação (linguagem).

- **Dinâmica de grupo:** Aponte o que viu!

1 – *Um participante deve apontar para uma parte do corpo, afirmando ser outra (ex: aponta para a cabeça e diz que é o umbigo);*

2 – *A pessoa à direita deve apontar para a parte que ouviu (umbigo) e dizer outra parte do corpo (ex: braço);*

3 – *Segue-se assim até que todos tenham participado;*

4 – *Após uma jogada completa, o participante que errou sai do jogo e coopera como juiz.*

- **Tema exposto com posterior abertura de discussão:** A importância da comunicação: consegue comunicar-se bem? Entende o que os outros dizem (querem dizer)? Caso não, quais as consequências disto?

- **Sugestão de reflexão para o próximo encontro:** como superar as dificuldades cognitivas presentes? Levar três fotos suas em momentos (idades) diferentes.

SESSÃO 10

- **Objetivos principais:** refletir sobre dificuldades cognitivas; repensar metas a partir das dificuldades cognitivas.

- **Dinâmica de grupo:** Memórias

1 – *Cada participante deve trazer três fotos de momentos distintos da sua vida;*

2 – *Pede-se que cada um tente recordar do momento em que cada foto foi tirada, o que estavam vivendo;*

3 – *Cada um anota o que se lembrou de cada fotografia;*

4 – *Discussão em grupo.*

- **Tema exposto com posterior abertura de discussão:** Conhecendo e lidando com dificuldades cognitivas: aceitando e convivendo com estas limitações; sentimentos negativos presentes; avanços e dificuldades.

- **Sugestão de reflexão para o próximo encontro:** você tem tido momentos de lazer? Quais? Acha que tem realizado atividades prazerosas?

SESSÃO 11

- **Objetivos principais:** discutir sobre a importância de atividades prazerosas e de lazer.

- **Dinâmica de grupo:** Aplausos e vaias

1 – *Um voluntário ficará do lado de fora da sala onde o grupo está reunido e, depois de um tempo, terá que entrar na sala e encontrar um determinado objeto que será escondido;*

2 – *O terapeuta explica ao grupo que ficou na sala que devem ter duas atitudes distintas em relação ao voluntário: quando ele se aproximar do objeto, devem bater palmas; quando ele se afastar do objeto escondido devem vaiá-lo. O voluntário desconhece este acordo;*

3 – *O voluntário entra e procura o objeto;*

4 – *Discussão em grupo.*

- **Tema exposto com posterior abertura de discussão:** A importância das atividades prazerosas: está reservando tempo para o lazer? Quais as consequências de “não sair da rotina” ou de “viver sob pressão”? Quais atividades prazerosas almeja realizar?

- **Sugestão de reflexão para o próximo encontro:** como se sentiu durante as sessões de psicoterapia? Acha que houve alguma mudança em si mesmo? Quais?

SESSÃO 12

- **Objetivos principais:** reflexão sobre os temas trabalhados durante as sessões anteriores;

- **Dinâmica de grupo:** Jogo da vida

1 - O terapeuta distribui folhas de papel e lápis e convida os participantes a imaginarem que têm na sua mão o livro da sua própria vida escrito por um anônimo.

2 - Convida-se os participantes a fecharem os olhos e a visualizarem a última página do livro, permitindo que os participantes possam escolher qualquer final em qualquer idade, não tendo necessariamente que terminar com a morte do protagonista.

3 - Em seguida cada participante deverá escrever como gostariam que terminasse a narração da sua vida (ou pode apenas imaginar).

4 – Discussão em grupo.

- **Tema exposto com posterior abertura de discussão:** Reflexão sobre a própria vida: expectativas, sonhos e metas; relato das experiências vividas durante as 11 sessões de psicoterapia em grupo (avanços pessoais, dificuldades, críticas, sugestões); como viver de forma mais prazerosa e ativa.

APÊNDICE D – ARTIGO PUBLICADO

COGNIÇÃO, ASPECTOS PSICOLÓGICOS E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE

Cognition, psychological aspects and quality of life in ancients with Mild Cognitive Impairment

Amanda de Oliveira Ferreira Leite¹; Ana Luiza Ferreira²; Bruna Seling³; Janaíne Mello⁴; Marla Manquevich⁵; Mirna Portugal⁶

Resumo. O Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) é geralmente um estado intermediário entre a cognição normal e a demência em que as habilidades funcionais essenciais estão preservadas. Objetivos: caracterizar uma amostra de idosos com CCL residentes no sul do Brasil quanto ao desempenho em instrumentos que avaliam cognição, aspectos psicológicos e qualidade de vida. Método: 96 idosas, entre 60 e 84 anos, foram avaliadas com os seguintes instrumentos: Exame Cognitivo de Addenbrooke - Revisado, Índice de Katz, Escala de Lawton & Brody, Escala de Depressão Geriátrica, Inventário de Ansiedade de Beck, Escala de Desenvolvimento Pessoal, WHOQOL - Bref e WHOQOL - Old. O diagnóstico de CCL foi feito a partir de entrevista semiestruturada, avaliação cognitiva e funcional. O desempenho cognitivo foi ajustado conforme a idade e a escolaridade dos sujeitos. Resultados: O grupo com CCL mostrou déficit nos cinco domínios cognitivos avaliados, apresentou sintomas de ansiedade, prejuízos no bem-estar psicológico e na qualidade de vida. Conclusões: A combinação dos instrumentos utilizados neste estudo não foi feita anteriormente e explicitou os danos diversos causados pelo CCL em relação a controles saudáveis. Em geral, as pesquisas da área avaliam idosos com histórico urbano e com escolaridade e renda mais altas. Esta amostra, entretanto, caracteriza-se por escolaridade e renda familiar predominantemente baixas, além de forte tradição rural, trazendo contribuições importantes se considerarmos a heterogeneidade característica da população brasileira. Considerando que a avaliação neuropsicológica é uma ferramenta essencial para mensurar prejuízo e declínio das funções cognitivas e que não há padrão-ouro para o CCL, a metodologia proposta neste trabalho pode ser um caminho.

Palavras-chave: Comprometimento Cognitivo Leve. Ansiedade. Depressão. Qualidade de Vida. Idoso.

Abstract. Mild Cognitive Impairment (MCI) is an intermediate state between normal cognition and dementia in which functional abilities are preserved. Objectives: To characterize a sample of CCL elderly living in southern Brazil in relation to the performance of instruments that evaluate cognition, psychological aspects and quality of life. Method: 96 elderly women aged 60 to 84 years were evaluated with the following instruments: Addenbrooke-Revised Cognitive Examination, Katz Index, Lawton & Brody Scale, Geriatric Depression Scale, Beck Anxiety Inventory, Personal Development Scale, WHOQOL -Bref and WHOQOL- Old. The diagnosis of MCI was made from a semi-structured interview, cognitive and functional evaluation. Cognitive performance was adjusted according to the subjects' age and schooling. Results: The MCI group presented deficits in the five cognitive domains evaluated, anxiety symptoms, worse psychological well-being and quality of life. Conclusions: The combination of the instruments used in this study was not adopted and explicitly adopted for the various damages caused by MCI. In general, as a research area evaluates elderly with urban history, and higher education and income. This sample, however, is characterized by predominantly low schooling and family income, as well as a strong rural tradition, bringing important contributions that consider a characteristic heterogeneity of the Brazilian population. Considering that a neuropsychological evaluation is an essential tool to measure the impairment and decline of cognitive functions and that it is not the gold standard for MCI, the methodology proposed in this work may be a path.

Keywords: Mild Cognitive Impairment. Anxiety. Depression. Quality of Life. Aged.

¹ Doutora em Gerontologia Biomédica (PUCRS); Psicóloga hospitalar (HE-UFPEL); amandaofleite@gmail.com

² Aluna do curso de Psicologia (URCAMP - Bagé). E-mail: analuizadelpino@gmail.com

³ Aluna do curso de Psicologia da URCAMP - Bagé. E-mail: nanagarcezcorrea@gmail.com

⁴ Aluna do curso de Psicologia da URCAMP - Bagé. E-mail: janainercc3@gmail.com

⁵ Aluna do curso de Psicologia da URCAMP - Bagé. E-mail: marla.manquevich@gmail.com

⁶ Professora e pesquisadora do InsCer/ PUCRS; doutora em Neurociências; mirna@pucrs.com

1 INTRODUÇÃO

Proporcionalmente, a população idosa é a que mais cresce no Brasil (IBGE, 2013). A maior parte dela desenvolve uma trajetória evolutiva estável e benigna, não apresentando declínio cognitivo que afete a vida cotidiana (CARLOMANHO; SOARES, 2013).

O conceito de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) foi criado para compreender as fronteiras entre o envelhecimento saudável e o patológico (STOKIN et al., 2015). O CCL é geralmente um estado intermediário entre a cognição normal e a demência em que as habilidades funcionais essenciais estão preservadas (PETERSEN et al., 2014).

A presente pesquisa é singular ao investigar uma população com dificuldades socioeconômicas e características culturais específicas. Ainda são escassos os estudos sobre o desempenho de idosos com CCL no Exame Cognitivo de Addenbrooke e no WHOQOL - Old, em especial no Brasil, e não foram encontradas pesquisas que avaliassem o bem-estar psicológico desses pacientes por meio da Escala de Desenvolvimento Pessoal. Desta forma, o objetivo desta pesquisa foi caracterizar uma amostra de idosos com Comprometimento Cognitivo Leve residente no Sul do Brasil quanto ao desempenho em instrumentos que avaliam cognição, aspectos psicológicos e qualidade de vida.

2 METODOLOGIA

2.1 Sujeitos

O estudo foi um ensaio clínico controlado, prospectivo, composto por 96 mulheres idosas, com idade entre 60 e 84 anos, participantes de um centro de convivência para idosos. Utilizou-se a técnica de amostragem por conveniência. Os critérios de inclusão na pesquisa foram: voluntários participantes do Centro do Idoso; 60 anos ou mais; 4 anos ou mais de estudo. Os critérios de exclusão foram: quadros demenciais; doenças neurológicas ou degenerativas graves; transtornos psiquiátricos severos; não ter disponibilidade para participar das etapas do estudo. Foram realizados testes de rastreio para diagnosticar os sujeitos com Comprometimento Cognitivo Leve.

2.2 Instrumentos

Estud. interdiscipl. envelhec., Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 211-226, 2016. ISSN: 2316-2171

Entrevista semiestruturada = Foram coletadas as seguintes informações: sexo, idade, escolaridade, estado civil, renda, problemas de saúde, prática de atividades físicas e queixas de dificuldades cognitivas.

Exame Cognitivo de Addenbrooke = Bateria de testes breve capaz de detectar sinais iniciais de prejuízo cognitivo, além de ser útil para diagnóstico diferencial de demências (GOLD, 2012). Possui 6 subtestes (orientação, atenção, memória, fluência verbal, linguagem e habilidade visuoespacial), variando de 0 a 100 pontos. Foi utilizada a versão brasileira do instrumento (CARVALHO; CARAMELLI, 2007).

Escala de avaliação funcional = Foi utilizado o Índice de Katz (LINO et al., 2008) para investigar as atividades básicas de vida diária e a Escala de Lawton & Brody (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008) para avaliar as atividades instrumentais da vida diária.

Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) = Uma das medidas mais utilizadas para o rastreamento de sintomas depressivos em idosos (DENNIS; KADRI; COFFEY, 2012). O escore total é feito a partir do somatório das respostas assinaladas nos 15 itens que compõem o instrumento (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) = É uma escala autoaplicável que mede a intensidade dos sintomas de ansiedade. Possui uma lista de 21 sintomas com quatro alternativas cada um, em ordem crescente do nível de ansiedade (CUNHA et al., 2000).

Escala de Desenvolvimento Pessoal (EDEP) = Possui 30 itens que avaliam 6 dimensões: relações positivas com outros; autonomia; propósito de vida; crescimento pessoal; autoaceitação; domínio do ambiente; e geratividade (NERI, 2001). Cada item é avaliado por uma escala contendo cinco pontos (1- pouquíssimo; 2- pouco; 3- mais ou menos; 4- muito; 5- muitíssimo).

WHOQOL-Old = É um módulo específico de aferição de qualidade de vida em idosos da Organização Mundial de Saúde. Possui 24 itens divididos em seis domínios: 1) Funcionamento do Sensório; 2) Autonomia; 3) Atividades Passadas, Presentes e Futuras; 4) Participação Social; 5) Morte e Morrer; e 6) Intimidade. De acordo com os autores, deve ser aplicado conjuntamente com o WHOQOL-Bref (POWER; QUINN; SCHMIDT, 2000).

2.3 Procedimentos de coleta e considerações éticas

Para o rastreio do CCL, foram utilizados os seguintes critérios diagnósticos: queixas de dificuldades cognitivas; funcionamento cognitivo global intacto; ausência de déficits nas atividades de

Estud. interdiscipl. envelhec., Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 211-226, 2016. ISSN: 2316-2171

básicas e instrumentais de vida diária; desempenho abaixo da média em um ou mais domínios cognitivos, devidamente ajustados conforme a idade e a escolaridade (PETERSEN et al., 2014).

O relato das queixas cognitivas foi coletado durante a entrevista semiestruturada. As atividades básicas e instrumentais de vida diárias foram acessadas a partir do Índice de Katz e da Escala de Lawton e Brody, respectivamente. A cognição foi avaliada pelo Exame Cognitivo de Addenbrooke, considerando-se como desempenho abaixo da média os idosos que obtiveram pontuação inferior a 60 pontos (para sujeitos entre 4 e 7 anos de estudo), inferior a 70 pontos (entre 8 e 11 anos de estudo) e inferior a 80 pontos (para idosos com 12 anos ou mais de estudo) (CARVALHO; CARAMELLI, 2012).

Os sujeitos com desempenho cognitivo abaixo da média e que preencheram os demais critérios descritos acima compuseram o grupo com CCL, totalizando 48 idosas. Para compor o grupo controle, foram selecionados 48 participantes saudáveis; os grupos foram pareados conforme os anos de escolaridade. Os instrumentos foram aplicados com o auxílio de quatro acadêmicos de Psicologia devidamente treinados e supervisionados.

A descrição das variáveis foi realizada por meio das frequências absolutas e relativas, bem como da média e do desvio padrão. Para comparação dos grupos foram utilizados os seguintes testes: Fisher; χ^2 (qui-quadrado); e teste t para as amostras independentes. A análise dos dados foi supervisionada pela Assessoria Estatística da Faculdade de Matemática da PUCRS. Foi utilizado o programa SPSS para ambiente Windows, versão 13.0.

O projeto foi examinado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS sob o n.º 987.566 e cumpriu os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, além do atendimento à legislação pertinente. Após a aprovação, a pesquisa foi realizada no Centro do Idoso, um espaço de convivência localizado em Bagé, RS. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após receberem informações detalhadas sobre o estudo. As informações coletadas foram tratadas como confidenciais e a identidade dos participantes foi preservada. A pesquisa foi registrada no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos sob o número de identificação RBR-7m7vs2.

3 RESULTADOS

Na tabela 1, observamos que todos os voluntários que participaram da pesquisa eram do sexo feminino. As idosas com CCL apresentaram média de idade maior que as saudáveis. Em ambos os grupos, a maioria das idosas tinha baixa escolaridade, praticava atividades físicas e relatou ser casada

ou viúva. A renda prevalente foi de 1 a 4 salários mínimos. Quando questionadas sobre o estado atual de saúde, foi frequente o relato de diversas condições clínicas.

Tabela 1. Características sociodemográficas em idosas saudáveis e com CCL

| | | CCL n (%) | Controles n (%) | p |
|-------------------------------|----------|--------------|-----------------|---------|
| Idade - média ± DP | | 70,27 ± 6,98 | 68,19 ± 5,15 | <0.05* |
| Escolaridade (anos) | | 24 (50,00) | 25 (52,08) | 0.49** |
| | | 13 (27,08) | 14 (29,17) | |
| | | 11 (22,92) | 9 (19,75) | |
| Estado civil | Solteiro | 7 (14,58) | 7 (14,58) | 1.51** |
| | Casado | 14 (29,16) | 17 (35,42) | |
| | Separado | 7 (14,58) | 10 (20,93) | |
| | Viúvo | 20 (41,68) | 14 (29,17) | |
| Renda (salário mínimo) | | 38 (79,17) | 32 (66,67) | 2.62** |
| | | 9 (18,75) | 13 (27,08) | |
| Problemas de saúde | | 1 (2,08) | 3 (6,25) | 0.50*** |
| | | 35 (72,92) | 36 (75,00) | |
| | | 13 (27,08) | 12 (25,00) | |
| Atividade física | | 45 (93,75) | 44 (91,64) | 0.51*** |
| | | 3 (6,25) | 4 (8,33) | |

: *Teste t; **Teste qui-quadrado; ***Teste de Fisher.

Na tabela 2, estão expostas as médias e desvio padrão obtidos pelos controles e pelos sujeitos com CCL no ACE-R. Tanto nas cinco subescalas quanto na pontuação geral, as idosas com CCL mostraram desempenho significativamente inferior ($p < 0.0001$).

Tabela 2. Desempenho da amostra no Exame Cognitivo de Addenbrooke

| Subtestes - média ± DP | CCL | Controles |
|-----------------------------------|---------------|--------------|
| Atenção e Orientação | 13.17 ± 2.38 | 15.73 ± 1.83 |
| Memória | 13.77 ± 3.56 | 17.79 ± 2.80 |
| Fluência verbal | 6.15 ± 2.82 | 9.35 ± 2.25 |
| Linguagem | 16.90 ± 4.06 | 21.77 ± 2.99 |
| Habilidades visuoespaciais | 11.67 ± 2.46 | 13.73 ± 1.40 |
| Pontuação total | 61.65 ± 10.61 | 78.3 ± 6.03 |

: Teste t para amostras independentes ($p < 0.0001$).

Na tabela 3, verifica-se que as idosas com CCL tiveram pior desempenho em quatro das cinco escalas avaliadas: Inventário de Ansiedade de Beck, Escala de Desenvolvimento Psicológico,

WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old. Na Escala de Depressão Geriátrica, os dois grupos apresentaram sintomatologia leve de depressão.

Tabela 3. Instrumentos de avaliação psicológica e de qualidade de vida

| Teste - média (DP) | CCL | Controles | p* |
|-----------------------------------|----------------|---------------|------|
| Escala de Depressão Geriátrica | 3,69 (3,33) | 3,04 (2,23) | 0,13 |
| Inventário de Ansiedade de Beck | 9,04 (1,06) | 5,44 (0,47) | 0,02 |
| Escala de Desenvolvimento Pessoal | 121,47 (11,37) | 125,00 (8,73) | 0,05 |
| WHOQOL - Bref | 3,52 (0,54) | 3,75 (0,72) | 0,04 |
| WHOQOL - Old | 92,95 (9,66) | 95,29 (8,50) | 0,05 |

*Teste t para amostras independentes.

4 DISCUSSÃO

Em nossa amostra, todos os voluntários foram do sexo feminino. A expressiva participação de mulheres é um fenômeno recorrente em estudos que envolvem grupos de convivência de idosos (KRUG; LOPES; MAZO, 2014). Algumas hipóteses para explicar essa diferença são: maior prevalência em idosas de condições incapacitantes não fatais (como osteoporose e depressão); maior habilidade em reportar problemas de saúde quando comparadas a homens da mesma idade; e maior consciência sobre a importância da atividade física para a qualidade de vida.

Além disso, muitos homens veem a aposentadoria como oportunidade ideal para passar mais tempo em casa, ver os amigos ou se distrair (BATISTA; VIEIRA; SILVA, 2012). Na idade avançada, inúmeros homens necessitam de tratamento médico para quadros irreversíveis de adoecimento, em virtude da ausência de medidas preventivas e de tratamento precoce das enfermidades. Dessa forma, ações destinadas aos idosos também devem considerar alternativas que atraiam o público masculino, fomentando a interação social, a informação, o lazer e a qualidade de vida (BATISTA; VIEIRA; SILVA, 2012).

Neste estudo, as idosas com declínio cognitivo apresentaram maior média de idade. Pacientes mais velhos e com menor escolaridade tendem a apresentar menor desempenho nos subtestes cognitivos do ACE-R (CARVALHO; CARAMELLI, 2012); são necessários estudos que avaliem o desempenho de sujeitos com menos de 4 anos de educação formal (CARVALHO; CARAMELLI, 2012).

Estud. interdiscipl. envelhec., Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 211-226, 2016. ISSN: 2316-2171

Mais de 50% da amostra tinha apenas entre 4 e 7 anos de escolaridade. É importante frisar que a amostra foi predominantemente originária da zona rural do município de Bagé, apesar de atualmente residir na zona urbana. O nível de escolaridade representa um dos indicadores mais importantes das condições de saúde e está altamente relacionado à idade no Brasil, posto que muitos idosos deste século não tiveram oportunidades de estudo quando jovens (BARROS et al., 2011). Sabe-se, por exemplo, que quanto menor o tempo de educação formal, maior a prevalência de hipertensão, o que evidencia a desigualdade em saúde, considerando-se que idosos com pouca escolaridade têm acesso precário ao sistema de saúde, recebem menos informações e muitas vezes não compreendem a importância do problema e da adesão ao tratamento, demonstrando a importância de ações voltadas para a prevenção (ZAVATINI; OBRELI NETO; CUMAN, 2010).

Quanto ao estado civil, observamos que a maioria das idosas era viúva, seguido pelas idosas casadas. A maior parte das idosas viúvas morava sozinha, as quais relataram sentirem-se mais alegres e bem-dispostas depois que passaram a frequentar o centro de convivência. As mulheres casadas, por sua vez, afirmaram que os maridos não demonstram interesse em participar das atividades do Centro, apesar delas ressaltarem os benefícios envolvidos. As mulheres tendem a continuar sozinhas, enquanto os homens, em geral, casam-se novamente; são comuns queixas de solidão, entretanto também há idosas que consideram a viuvez como uma possibilidade de ter mais liberdade e autonomia (SMAGULA et al., 2016).

A renda da maioria das participantes ficou na faixa de 1 a 2 salários mínimos. Os estudos sobre a influência da renda na capacidade funcional divergem, pois alguns apontam forte associação entre boa condição financeira e melhor capacidade funcional, enquanto outros destacam que 30% dos idosos com baixa renda apresentam altos níveis funcionais em comparação aos que possuem uma renda alta (REIS; REIS; TORRES, 2015). De fato, as idosas com menor poder aquisitivo necessitam executar as tarefas domésticas e familiares sozinhas, pois não podem contratar ajudantes; isso as manteria ativas e funcionais por mais tempo (REIS; REIS; TORRES, 2015).

Uma parcela significativa das participantes não se descreveu como saudável, destacando-se doenças como hipertensão e cardiopatias. Em todo o mundo, observa-se alta prevalência da hipertensão arterial, sendo esse o distúrbio cardiovascular de maior prevalência no Brasil: mais de 55% da população acima de 60 anos tem a doença (MENDES; MORAES; GOMES, 2014).

Como nossa amostra caracteriza-se por morar em uma região de forte tradição rural, infere-se que eles desenvolveram trabalhos físicos desgastantes e não tiveram acesso frequente a serviços de saúde e, conseqüentemente, relatam mais doenças. Quanto menor o nível socioeconômico, pior a saúde: a

pobreza, a baixa escolaridade e o baixo nível ocupacional expõem os idosos ao estresse crônico devido à maior exposição a fatores de risco (IRIGARAY, 2009).

Para finalizar a análise sociodemográfica, foi verificada uma alta prevalência da prática de exercícios. Há uma gama de evidências que associam a atividade física a melhorias significativas na habilidade funcional e na condição de saúde, prevenindo certas doenças ou diminuindo sua gravidade, porém é importante salientar que muitos desses benefícios requerem participação regular e contínua (MENDES; MORAES; GOMES, 2014). A sociedade e a população idosa já veem a atividade física como forma importante de prevenção e reabilitação da saúde.

Apesar de os sujeitos com CCL continuarem independentes na vida diária, eles encontram inúmeras dificuldades decorrentes das mudanças cognitivas, vivenciando grande estresse e isso pode acarretar mais prejuízo social, psicológico e na rotina (BANNINGH et al., 2008). Sabe-se também que há uma alta incidência de distúrbios do humor, como disforia, ansiedade, inquietude e irritabilidade.

Pacientes com CCL relatam perdas cognitivas subjetivas que podem ser objetivamente acessadas por meio de testes neuropsicológicos (COOPER et al., 2013). Não há um padrão-ouro que especifique qual bateria neuropsicológica deve ser usada, mas é importante que os principais domínios cognitivos sejam investigados; tipicamente, linguagem, memória e habilidades visuoespaciais (PETERSEN et al., 2014).

Existem poucos trabalhos que avaliem o desempenho no Addenbrooke de idosos com CCL; além disso, é comum que estes estudos associem o CCL a outras patologias, como a Doença de Parkinson, ou que se referiram a versões orientais do instrumento.

Sabe-se que os testes cognitivos sofrem influência de variáveis sociodemográficas, o que dificulta a interpretação dos resultados em populações heterogêneas como a brasileira. Assim, a adição de escalas funcionais pode resultar em um instrumento de alta sensibilidade e especificidade no rastreamento de prejuízos cognitivos, mesmo em uma população distinta do ponto de vista socioeconômico e cultural (PEREIRA et al., 2006).

Atualmente, não há tratamento farmacológico ou não farmacológico recomendado para o CCL. Não foram observados, por exemplo, efeitos dos inibidores de colinesterase em testes cognitivos ou na progressão da demência durante três anos; por outro lado, exercícios físicos e treino cognitivo podem ter efeito neuroprotetor ou compensatório, melhorando o funcionamento cognitivo global e a memória (RUSS; MORLING, 2012). Como as monoterapias não têm demonstrado resultados satisfatórios, uma possibilidade é combinar diferentes tipos de tratamentos, avaliando se tal combinação é mais benéfica terapêuticamente do que uma intervenção isolada.

Estud. interdiscipl. envelhec., Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 211-226, 2016. ISSN: 2316-2171

Nesse sentido, uma proposta de intervenção promissora é descrita por Bredesen (2014) e Bredesen et al. (2016). Consiste em um programa terapêutico personalizado que promove enriquecimento metabólico em quadros de neurodegeneração investigou pacientes com Doença de Alzheimer, CCL e Comprometimento Cognitivo Subjetivo (CCS). Os pesquisadores encontraram aumento no volume hipocampal e melhora nos testes neuropsicológicos. Tanto os pacientes quanto seus cônjuges e cuidadores identificaram melhoras significativas. Pacientes que haviam parado de trabalhar em razão das dificuldades cognitivas voltaram à ativa. Os pesquisadores apontaram que pacientes em estágios iniciais do Alzheimer ou com os seus precursores (CCL e CCS) podem se beneficiar substancialmente de terapias combinadas e personalizadas.

No tocante ao estado psicológico, sintomas de ansiedade e depressão são comuns em pacientes com CCL (ORGETA et al., 2007). Na presente amostra, as idosas com CCL apresentaram mais sintomas de ansiedade que as saudáveis. As participantes relataram preocupações diversas, especialmente em relação a problemas familiares e de saúde. Muitas também questionaram sobre a Doença de Alzheimer e tiveram dúvidas se as dificuldades cognitivas apresentadas no ACE-R têm alguma relação com a doença.

Os sintomas de ansiedade são um preditor da conversão do CCL amnésico⁷ para a Doença de Alzheimer, além de estarem relacionados com a atrofia do córtex entorrinal, uma das primeiras áreas cerebrais atingidas pelo Alzheimer. Esse achado corrobora com a hipótese de que a ansiedade não seja um fenômeno prodromático não cognitivo, mas capaz de acelerar o declínio que conduz ao Alzheimer por meio de seus efeitos diretos e indiretos no córtex entorrinal (MAH et al., 2015).

A pontuação máxima da Escala de Desenvolvimento Pessoal é de 150 pontos e considera-se que quanto menor a pontuação do indivíduo, pior é a condição psicológica (NERI, 2001). Os sujeitos com CCL mostraram pontuação inferior na EDEP, uma escala que não foi aplicada em estudos anteriores em pacientes com CCL. A literatura aponta que mesmo um declínio cognitivo leve está diretamente relacionado a queixas subjetivas de problemas psicológicos, os quais comumente estão associados à preocupação com a memória, sintomas de ansiedade e de depressão (GATES et al., 2011).

Por fim, o grupo com CCL obteve desempenho inferior aos controles nos instrumentos WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old. Um estudo com quase 1.000 sujeitos (CONRAD et al., 2014) concluiu que pacientes com CCL apresentam piora significativa da qualidade de vida em relação a sujeitos normais. Pacientes com CCL têm sido alvo de estudos que propõem tratamentos precoces e

⁷ É o subtipo mais comum de CCL e o que apresenta maior taxa de conversão para a Doença de Alzheimer (PELLEGRINO et al., 2013).

preventivos. Instrumentos que avaliam bem-estar e qualidade de vida podem ser um indicador útil para a eficácia de tratamentos futuros (GATES et al., 2011), contexto no qual se insere a presente pesquisa.

Considerando o exposto, observamos que é frequente a queda da qualidade de vida e a piora no estado psicológico dos pacientes com CCL. Apesar das intervenções psicológicas serem vistas como potencialmente benéficas e fundamentais para que esses idosos enfrentem as dificuldades e desafios cotidianos, eles têm oportunidades muito limitadas de acessarem serviços psicoterapêuticos focados em melhorar seu bem-estar (ORGETA et al., 2007). Ademais, são necessários ensaios controlados, randomizados e de qualidade que incluam intervenções psicológicas em grupo como estratégia de intervenção para estes pacientes (COOPER et al., 2013).

É importante destacar que não foram encontrados na literatura estudos com idosos com CCL que incluíssem a bateria de instrumentos utilizada nessa pesquisa. Como ainda não há padrão-ouro para a avaliação neuropsicológica deste declínio cognitivo, a metodologia proposta neste trabalho pode ser um caminho.

Mais do que prejuízo cognitivo, esses idosos têm que conviver com piora do bem-estar psicológico, das relações sociais e da qualidade de vida. Ao demonstrar, de forma conjunta, como o CCL atingiu esses aspectos nos sujeitos estudados, a presente pesquisa contribui para a reflexão de possíveis estratégias de intervenção que busquem melhorar a condição geral desses pacientes ou mesmo reabilitar as áreas prejudicadas pela patologia.

5 CONCLUSÃO

A principal contribuição desta pesquisa foi avaliar dados sobre a cognição, o estado psicológico e a qualidade de vida de idosos com Comprometimento Cognitivo Leve residente no Sul do Brasil. Não foi encontrada na literatura investigação desses idosos com os instrumentos utilizados neste estudo. Desta forma, a bateria de testes escolhida objetivou explicitar os danos diversos causados pelo CCL, com piora significativa nos cinco domínios cognitivos investigados, nos sintomas de ansiedade, no bem-estar psicológico e na qualidade de vida em relação a controles saudáveis. Em pesquisas posteriores, será possível utilizar esses instrumentos para mensurar a eficácia de diferentes modalidades terapêuticas em casos de declínio cognitivo.

Considerando-se que a avaliação neuropsicológica é uma ferramenta essencial para mensurar prejuízo e declínio das funções cognitivas e que não há padrão-ouro para o CCL, a metodologia proposta neste trabalho pode ser um caminho.

Estud. interdiscipl. envelhec., Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 211-226, 2016. ISSN: 2316-2171

Em geral, as pesquisas da área avaliam idosos com histórico urbano e com escolaridade e renda mais altas. Esta amostra, entretanto, caracteriza-se por escolaridade e renda familiar predominantemente baixas, além de forte tradição rural, trazendo contribuições importantes se for considerada a heterogeneidade característica da população brasileira. São necessários mais estudos que investiguem as relações entre aspectos psicológicos, cognitivos e de qualidade de vida em sujeitos com CCL, incluindo-se o público masculino e aqueles que não participam de programas para idosos.

Referências

- ALMEIDA, OSVALDO P.; ALMEIDA, SHIRLEY A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 57, n. 2B, p. 421-426, jun. 1999.
- BANNINGH, Liesbeth Joosten-Weyn et al. Mild cognitive impairment: coping with an uncertain label. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Chichester, v. 23, n. 2, p. 148-154, Feb. 2008.
- BARROS, Marilisa Berti de Azevedo et al. Social inequalities in health among the elderly. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, supl. 2, p. s198-s208, 2011.
- BATISTA, Nancy Nay Leite de Araújo Loiola; VIEIRA, Débora Josefina Neiva; SILVA, Gislene Mariana Pereira da. Caracterização de idosos participantes de atividade física em um centro de convivência de Teresina-PI. *Enfermagem em Foco*, Salvador, v. 3, n. 1, p. 7-11, 2012.
- BREDESEN, Dale E. Reversal of cognitive decline: A novel therapeutic program. *Aging*, Albany, NY, v. 6, n. 9, p. 707-717, Sept. 2014
- BREDESEN, Dale E. et al. Reversal of cognitive decline in Alzheimer's disease. *Aging*, Albany, NY, v. 8, n. 6, p. 1250-1258, June 2016.
- CARLOMANHO, Aline Murari Ferraz; SOARES, Edvaldo. Declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados e não institucionalizados: possibilidades de correlação. *Revista de Iniciação Científica da FFC*, p. 01-23, 2013.
- CARVALHO, Viviane Amaral; CARAMELLI, Paulo. Normative Data for Healthy Middle-Aged and Elderly Performance on the Addenbrooke Cognitive Examination-Revised. *Cognitive and Behavioral Neurology*, Hagerstown, MD, v. 25, n. 2, p. 72-76, June 2012.
- _____. Brazilian adaptation of the Addenbrooke's cognitive examination-revised (ACE-R). *Dementia & Neuropsychologia*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 212-216, Apr./May/June 2007.
- CONRAD, Ines et al. Quality of Life of Individuals with Mild Cognitive Impairment. *Psychiatrische Praxis*, Stuttgart, v. 42, n. 3, p. 152-157, Feb. 2014.
- COOPER, Claudia et al. Treatment for Mild Cognitive Impairment: Systematic Review. *British Journal of Psychiatry*, London, v. 203, n. 3, p. 255-264, Sept. 2013.
- CUNHA, Jurema Alcides et al. *Psicodiagnóstico V*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- DENNIS, Michael; KADRI, Adil; COFFEY, John. Depression in older people in the general hospital: a systematic review of screening instruments. *Age and Ageing*, Oxford, v. 41, n. 2, p. 148-154, Mar. 2012.
- FLECK, Marcelo P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000.
- GATES, Nicola J. et al. Cognitive and memory training in adults at risk of dementia: a systematic review. *BMC geriatrics*, v. 11, n. 1, p. 55, set. 2011.

Estud. interdiscipl. envelhec., Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 211-226, 2016. ISSN: 2316-2171

GOLD, David A. An examination of instrumental activities of daily living assessment in older adults and mild cognitive impairment. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, Lisse, v. 34, n. 1, p. 11-34, July 2012.

GOLD, David A. An examination of instrumental activities of daily living assessment in older adults and mild cognitive impairment. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, Lisse, v. 34, n. 1, p. 11-34, July 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Projeção da população do Brasil e das unidades da Federação*. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao>>. Acesso em: 10 maio 2015.

IRIGARAY, Tatiana Quarti. *Efeitos de um treino de atenção, memória e funções executivas na cognição, na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos saudáveis*. 2009. 129 f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

KRUG, Rodrigo de Rosso; LOPES, Marize Amorim; MAZO, Giovana Zarpellon. Características sociodemográficas e condições de saúde de idosas longevas inativas fisicamente participantes de grupos de convivência para idosos. *Revista Kinesis*, Santa Maria, v. 32, n. 1, p. 6-22, jan./jun. 2014.

LINO, Valéria Teresa Saraiva et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103-112, jan. 2008.

MAH, Linda et al. Anxiety symptoms in amnesic mild cognitive impairment are associated with medial temporal atrophy and predict conversion to Alzheimer disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, London, v. 23, n. 5, p. 466-476, May 2015.

MENDES, Gisele Soares; MORAES, Clayton Franco; GOMES, Lucy. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 32, p. 273-278, jul./set. 2014.

NERI, Anita Liberalesso (Org.). *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas: Alínea, 2001.

ORGETA, Vasiliki et al. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, London, v. 207, n. 5, p. 293-298, Oct. 2007.

PELLEGRINO, Laurel D. et al. Depression in Cognitive Impairment. *Current Psychiatry Reports*, Philadelphia, PA, v. 15, n. 9, p. 384, Sept. 2013.

PEREIRA, Renata Junqueira et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 27-38, jan./abr. 2006.

PETERSEN, Ronald C. et al. Mild cognitive impairment: a concept in evolution. *Journal of Internal Medicine*, Oxford, v. 275, n. 3, p. 214-228, Mar. 2014.

POWER, Mick; QUINN, Kathryn; SCHMIDT, Silke. Development of the WHOQOL - Old module. *Quality of Life Research*, v. 14, n. 10, p. 2197-2214, Maio 2005.

REIS, Luciana Araújo dos; REIS, Luana Araújo dos; TORRES, Gilson de Vasconcelos. Impacto das variáveis sociodemográficas e de saúde na capacidade funcional de idosos de baixa renda. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 14, n. 1, p. 847-854, jan./mar. 2015.

RUSS, Tom C.; MORLING, Joanne. Cholinesterase inhibitors for mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Chichester, v. 9, n. 10, p. CD009132, Sept. 2012.

SANTOS, Roberto Lopes dos; VIRTUOSO JÚNIOR, Jair Sindra. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 21, n. 4, p. 290-296, jan. 2008.

SMAGULA, Stephen F. et al. Risk factors for sleep disturbances in older adults: evidence from prospective studies. *Sleep Medicine Reviews*, London, v. 25, p. 21-30, Feb. 2016.

Estud. interdiscipl. envelhec., Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 211-226, 2016. ISSN: 2316-2171

STOKIN, Gorazd B. et al. Mild Neurocognitive Disorder: An Old Wine in a New Bottle. *Harvard Review of Psychiatry*, Philadelphia, PA, v. 23, n. 5, p. 368-376, Sept./Oct. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The Heidelberg guidelines for promoting physical activity among older persons*. Geneva, 1996. p. 1-12. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108545/1/E75205.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2015.

ZAVATINI, Márcia Adriana; OBRELI NETO, Paulo Roque; CUMAN Roberto Kenji Nakamura. Estratégia saúde da família no tratamento de doenças crônico-degenerativas: avanços e desafios. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 647-654, dez. 2010.

APÊNDICE E – ARTIGO SUBMETIDO 1

CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO NEUROPSICOLÓGICA NO COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE

Resumo. Idosos com declínio cognitivo possuem poucas oportunidades de acessar tratamentos não farmacológicos focados em seu bem-estar. **Objetivo:** Elaborar um protocolo de intervenção neuropsicológica que promova melhoras na cognição, no estado psicológico e na qualidade de vida de idosos com Comprometimento Cognitivo Leve. **Método:** ensaio clínico controlado, randomizado, com grupos cegos ao avaliador. A amostra foi composta por 81 idosos entre 60 e 84 anos. Os participantes foram divididos em Grupo Neuropsicológico (GN, n=39) e Grupo Controle (GC, n=42). Os instrumentos utilizados foram: entrevista semiestruturada, Exame Cognitivo de Addenbrooke, escalas de avaliação funcional, Escala de Depressão Geriátrica, Inventário de Ansiedade de Beck, Escala de Desenvolvimento Pessoal, WHOQOL-bref e WHOQOL-old. **Resultados:** Os idosos do GN apresentaram melhora significativa na cognição, nos sintomas psicológicos e na qualidade de vida. **Discussão:** Estudos sobre intervenções psicológicas e cognitivas em pacientes com CCL, apesar de escassos, apontam os benefícios de sua aplicação. Um protocolo de intervenção psicológica se torna mais eficaz e benéfico quando aplicado de forma estruturada, sequencial e com adesão dos participantes. **Conclusão:** A construção de um protocolo focado em melhorar simultaneamente a cognição, o estado psicológico e a qualidade de vida de idosos com CCL demonstrou resultados promissores.

Palavras-chave: Neuropsicologia. Comprometimento Cognitivo Leve. Qualidade de vida. Envelhecimento.

Neuropsychological intervention protocol in Mild Cognitive Impairment

Abstract. Elderly people with cognitive decline have few opportunities to access non-pharmacological treatments focused on their well-being. **Objective:** To develop a neuropsychological intervention protocol that promotes improvements in cognition, psychological status and quality of life of elderly people with Mild Cognitive Impairment. **Method:** Controlled, randomized clinical trial with groups blinded to the evaluator. The sample consisted of 81 elderly individuals aged between 60 and 84 years. Participants were divided into Neuropsychological Group (NG, n = 39) and Control Group (CG, n = 42). The instruments used were: semi-structured interview, Addenbrooke’s Cognitive Examination, functional assessment scales, Geriatric Depression Scale, Beck Anxiety Inventory, Personal Development Scale, WHOQOL-bref and WHOQOL-old. **Results:** NG elderly presented significant improvement in cognition, psychological symptoms and quality of life. **Discussion:** Studies on psychological and cognitive interventions in CCL patients, although scarce, point to the benefits of its application. A protocol of psychological intervention becomes more effective and beneficial when applied in a structured, sequential and adherent way of the participants. **Conclusion:** The construction of a protocol focused on simultaneously improving the cognition, psychological state and quality of life of the elderly with CCL has shown promising results.

Key words: Neuropsychology. Mild Cognitive Impairment. Quality of life. Aging.

1. INTRODUÇÃO

O Comprometimento Cognitivo Leve situa-se em uma “zona de transição” entre o envelhecimento saudável e a demência que, apesar de não ocasionar prejuízo funcional, muitas vezes precede o aparecimento de quadros demenciais (PETERSEN et al., 2014). Pesquisas sobre intervenções psicológicas em pacientes com CCL são escassas, possuem resultados não duplicados e parte delas carece de qualidade metodológica (CHANDLER et al., 2016; VEGA & NEWHOUSE, 2015). Por possuírem cognição global e reserva cognitiva essencialmente

preservadas, indivíduos com CCL têm recursos para se beneficiarem amplamente destas intervenções, demonstrando bom aprendizado de novas informações (COOPER, 2013).

Apesar dessas intervenções serem benéficas, idosos com CCL tem poucas oportunidades de acessá-las. A presente pesquisa é original ao elaborar um protocolo de intervenção neuropsicológica focado em melhorar simultaneamente a cognição, o estado psicológico e a qualidade de vida de idosos com CCL.

2. MÉTODO

1. Amostra

Foram avaliados 230 idosos, dos quais 81 compuseram a amostra; a idade variou entre 60 e 84 anos. Realizou-se um ensaio clínico controlado, randomizado, com grupos cegos ao avaliador. Foi utilizada a técnica de amostragem por conveniência. Após o diagnóstico de CCL, os participantes foram divididos randomicamente em Grupo Neuropsicológico (GN, n=39) e Grupo Controle (GC, n=42). Inicialmente, o GP também era composto por 42 participantes, porém três deles não concluíram o estudo por problemas pessoais e de saúde.

A pesquisa foi realizada no Centro do Idoso, localizado em Bagé-RS; os frequentadores deste Centro caracterizam-se como autônomos, socialmente ativos e residentes na comunidade. Os critérios de inclusão foram: participar do Centro do Idoso; possuir interesse e disponibilidade para participar da intervenção neuropsicológica em grupo; apresentar diagnóstico de Comprometimento Cognitivo Leve; ter 60 anos ou mais; ter 4 anos ou mais de escolaridade. Os critérios de exclusão foram: quadros demenciais; doenças neurológicas ou degenerativas graves; transtornos psiquiátricos severos.

2. Instrumentos

- Protocolo de intervenção neuropsicológica: Foram elaboradas 12 sessões de intervenção em grupo, realizadas 1 vez por semana, com duração de 90 minutos cada. As sessões foram divididas

em 4 passos: objetivos principais; dinâmica de abertura; tema exposto com posterior discussão; sugestão de reflexão para o próximo encontro.

De acordo com a literatura revisada, com as práticas psicológicas com idosos sugeridas pela APA (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2014) e com os objetivos da pesquisa, a intervenção neuropsicológica envolveu os seguintes aspectos: revisão de vida e trabalho das reminiscências; métodos para a promoção das competências cognitivas; psicoterapia focalizada nas tarefas de desenvolvimento e adaptação às mudanças na idade adulta avançada; programas psicoeducativos orientados para os idosos; relacionamento interpessoal.

- Entrevista semiestruturada: informações sociodemográficas; atividades diárias e de lazer; medicações de uso contínuo; eventos significativos.

- Escalas de avaliação funcional: Índice de Katz (atividades básicas da vida diária) e Escala de Lawton e Brody (atividades instrumentais da vida diária).

- Exame Cognitivo de Addenbrooke Revisado (ACER): Consiste em uma bateria de testes breve capaz de detectar sinais iniciais de prejuízo cognitivo (MATIAS et al., 2017). O escore total é resultado da somatória dos 06 subtestes: orientação, atenção, memória, fluência verbal, linguagem e habilidade visuoespacial. Considerou-se como desempenho abaixo da média (Carvalho & Caramelli, 2012): < 60 pontos (4-7 anos de estudo), < 70 pontos (8-11 anos) e < 80 pontos (≥ 12 anos ou mais de estudo).

- Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale – GDS-15): É uma das medidas mais utilizadas para o rastreamento de sintomas depressivos em idosos. O escore total é feito a partir do somatório das respostas assinaladas nos 15 itens.

- Inventário de Ansiedade de Beck (Beck Anxiety Inventory - BAI): escala autoaplicável que mede a intensidade dos sintomas de ansiedade; possui uma lista de 21 sintomas com quatro alternativas cada, em ordem crescente do nível de ansiedade.

- Escala de Desenvolvimento Pessoal (EDEP): avalia o bem-estar psicológico. São 30 itens avaliados por uma escala contendo cinco pontos (1- pouquíssimo; 2- pouco; 3- mais ou menos; 4-muito; 5- muitíssimo).
- WHOQOL-old: É um módulo específico de aferição de qualidade de vida em idosos da Organização Mundial de Saúde. Os autores sugerem que seja aplicado junto com o WHOQOL-bref.

3. Procedimentos

O projeto foi examinado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS sob o nº 987.566, cumpriu os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, e respeitou às Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n. 196, de 10/10/96 e n. 251, de 07/08/97. Após a aprovação, a pesquisa foi realizada no Centro do Idoso, um espaço de convivência localizado em Bagé/RS/Brasil. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após receberem informações detalhadas sobre o estudo. As informações coletadas foram tratadas como confidenciais e a identidade dos participantes foi preservada. A pesquisa foi cadastrada no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos sob o número de identificação RBR-7m7vs2.

Para o rastreio dos idosos com CCL foram utilizados os seguintes critérios diagnósticos:

- 1) queixas de dificuldades cognitivas;
- 2) funcionamento cognitivo global essencialmente preservado;
- 3) ausência de déficits nas atividades básicas e instrumentais de vida diária;
- 4) desempenho abaixo da média em um ou mais domínios cognitivos, utilizando-se testes neuropsicológicos apropriados à idade e devidamente ajustados à escolaridade dos sujeitos (Petersen et al., 2014).

Os estudos divergem bastante quanto ao número de sessões de intervenções psicológicas e cognitivas em pacientes com CCL, variando de 6 a 20 sessões, com duração média entre 60 e 120 minutos (Orgeta et al., 2015; Vega & Newhouse, 2014; Cooper, 2013). Considerando a

literatura, a necessidade clínica, as restrições institucionais e a conveniência foi construído um protocolo de intervenção neuropsicológica com 12 sessões de intervenção em grupo, uma vez por semana, com duração de 90 minutos.

Os sujeitos do Grupo Neuropsicológico foram divididos em subgrupos de 8 a 10 integrantes. Para favorecer maior adesão dos participantes, foram disponibilizados diferentes turnos e horários, considerando-se a rotina de atividades que os idosos já possuíam no Centro do Idoso. Foi acordado um número máximo de 03 faltas. Devido a heterogeneidade da amostra (idade, escolaridade e renda) evitou-se atividades de alta complexidade e que exigissem muita leitura ou escrita.

Os grupos caracterizaram-se como homogêneos (composto apenas por idosos com CCL); fechados (com prazo definido, não sendo permitida a entrada de novos membros); e comunitários (caráter preventivo, de tratamento ou reabilitação). Durante o período de intervenção, os idosos do Grupo Controle continuaram realizando suas atividades habituais no Centro do Idoso.

O protocolo de intervenção neuropsicológica foi elaborado com o objetivo de auxiliar os idosos a lidarem melhor com as dificuldades emocionais, cognitivas e de vida diária relacionadas ao envelhecimento e ao CCL. A partir da definição das metas específicas de cada sessão, foram selecionadas e adaptadas 12 dinâmicas de grupo (YOZO, 2015) que facilitassem o alcance dos objetivos propostos. O trabalho nos grupos pode ser enriquecido com o uso de jogos (dramáticos ou educativos), pois são instrumentos, por excelência, de comunicação, expressão e aprendizado; além disso, intensificam as diversas trocas de saberes, constituem a base do aprendizado e propiciam satisfação emocional imediata aos participantes (YOZO, 2015).

A intervenção envolveu os seguintes aspectos:

- 1) revisão de vida e trabalho das reminiscências: fomentar a reflexão contínua e o autoconhecimento; relembrar fatos importantes com o máximo de detalhes possível;

- 2) Métodos para a promoção das competências cognitivas: uso de estratégias internas e externas de para melhorar o desempenho cognitivo (como agendas e notas); aquisição de conhecimento e habilidades para lidar com os sintomas associados ao CCL e suas consequências;
- 3) psicoterapia focalizada nas tarefas de desenvolvimento e adaptação às mudanças na idade adulta avançada: reconhecimento das alterações cognitivas; importância de atividades prazerosas; adaptação e enfrentamento de dificuldades cotidianas; diminuição dos sentimentos de estresse e abandono;
- 4) Programas psicoeducativos orientados para os idosos: dúvidas sobre o diagnóstico de CCL; melhora da autoestima; percepção de pensamentos, sentimentos e atitudes em situações de dificuldades cognitivas ou estresse;
- 5) Relacionamento interpessoal: exploração da comunicação com familiares; conflitos e preocupações diversas.

3. RESULTADOS

O Quadro 1 apresenta as etapas do protocolo de intervenção neuropsicológica, especificando os objetivos gerais e específicos de cada etapa. O protocolo apresentou três períodos: pré-intervenção (construção do protocolo e diagnóstico dos idosos com CCL); intervenção (construção do vínculo terapêutico e grupal e realização de atividades para estimular melhoras no desempenho cognitivo, no estado psicoemocional e na qualidade de vida); e pós-intervenção (reaplicação dos instrumentos e devolução dos resultados).

Quadro 1 – Etapas e objetivos do protocolo de intervenção neuropsicológica

| | Objetivo geral | Objetivos específicos |
|--|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Construção do protocolo | - Definir as metas cognitivas, psicológicas e de qualidade de vida a serem trabalhadas com os idosos; - Selecionar 12 dinâmicas de grupo e adaptá-las aos objetivos da pesquisa. |

| | | |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pré-intervenção | Diagnóstico dos idosos com CCL | - entrevista semiestruturada; ACE-R; e escalas funcionais |
| Intervenção | Construção do vínculo terapêutico e grupal | - empatia, disponibilidade e manejo do terapeuta; - favorecer o convívio social, a comunicação e a interação; - esclarecimentos sobre a pesquisa; |
| | Estimular melhoras no desempenho cognitivo, no estado psicoemocional e na qualidade de vida | - Requerer esforços cognitivos; - Estimular o autoconhecimento e a autorreflexão; - Favorecimento do convívio social; - Propor tarefas para desenvolver em casa; - Manejar situações de conflito; - Trabalhar a comunicação familiar e com a rede de apoio social; - Modificar ou construir novas percepções e significados |
| | Manejar diferenças pessoais, de escolaridade e de idade | - evitar tarefas de alta complexidade; - ajudar idosos com dificuldades de escrita |
| Pós-intervenção | Reaplicação dos instrumentos | - ACE-R; GDS-15; BAI; EDEP; WHOQOL-bref e WHOQOL-old |
| | Devolução dos resultados | - conversa com os idosos do GN sobre os resultados encontrados; - realização da intervenção com os idosos do GC. |

No Quadro 2 observamos as atividades desenvolvidas e as habilidades requeridas durante a intervenção neuropsicológica. Nesse sentido, a intervenção objetivou trabalhar quatro áreas: aspectos cognitivos, aspectos psicológicos, relacionamento interpessoal e qualidade de vida.

Quadro 2: Atividades desenvolvidas e habilidades requeridas durante a intervenção neuropsicológica.

| | |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aspectos cognitivos | Requerer e estimular esforços cognitivos (memória, atenção, habilidades visuais e motoras, linguagem, orientação temporal e espacial); conhecer e manejar dificuldades cognitivas; pensamento crítico e planejamento; adquirir conhecimento e habilidades para lidar com os sintomas associados ao CCL; trabalhar a atenção e a percepção de detalhes; lembrar momentos marcantes, requerendo uso da memória de longo-prazo; estimular a capacidade de contextualização e raciocínio crítico; Comunicação; interação. |
| Aspectos psicológicos | Reflexão sobre a própria vida (expectativas, sonhos e metas); discussão sobre diversos temas que envolvem o envelhecimento; estratégias para lidar com as mudanças decorrentes da idade; estimular a capacidade de contextualização e raciocínio crítico; melhorar o autoconhecimento, a autoestima e a autopercepção. |
| Relacionamento interpessoal | Comunicação; Conflitos; Estresse; situações de dependência; manejo de situações conflituosas; Convívio social; Discussão sobre diversos assuntos; como viver de forma mais prazerosa e ativa. |

Na Tabela 1 observamos os escores do GC e do GN no Exame Cognitivo de Addenbrooke - Revisado, antes e após o período de intervenção. Houve melhora no desempenho cognitivo global dos idosos integrantes do Grupo Neuropsicológico. Observamos também que estes idosos obtiveram maior pontuação no ACE-R, após a intervenção, nos cinco subtestes avaliados. Ademais, quando comparado ao Grupo Controle no período pós-intervenção, os participantes do GN obtiveram pontuação significativamente mais alta nos subtestes memória e linguagem.

Tabela 1: Desempenho dos grupos no ACER antes e após a intervenção

| | Pré-teste (m ± dp) | Pós-teste (m ± dp) | p* |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------|-------|
| Atenção e Orientação | | | |
| Grupo controle | 13.26 ± 6.09 | 13.28 ± 2.41 | -- |
| Grupo psicológico | 12.71 ± 4.89 | 13.67 ± 3.92 | <0.05 |
| p** | -- | -- | |
| Memória | | | |
| Grupo controle | 12.90 ± 4.08 | 12.92 ± 2.77 | -- |
| Grupo psicológico | 13.61 ± 3.99 | 14.41 ± 3.47 | <0.05 |
| p** | -- | <0.05 | |
| Fluência verbal | | | |
| Grupo controle | 6.90 ± 2.79 | 6.80 ± 1.65 | -- |
| Grupo psicológico | 6.23 ± 1.59 | 7.41 ± 2.77 | <0.05 |
| p** | -- | -- | |
| Linguagem | | | |
| Grupo controle | 17.57 ± 13.59 | 17.43 ± 1.82 | -- |
| Grupo psicológico | 16.72 ± 4.38 | 19.23 ± 3.60 | <0.05 |
| p** | -- | <0.05 | |
| Habilidades visuoespaciais | | | |
| Grupo controle | 11.95 ± 2.01 | 11.92 ± 1.65 | -- |
| Grupo psicológico | 11.77 ± 1.64 | 12.41 ± 3.84 | <0.05 |
| p** | -- | -- | |
| Pontuação total | | | |
| Grupo controle | 62.57 ± 9.81 | 62.43 ± 1.43 | -- |
| Grupo psicológico | 61.05 ± 9.11 | 67.12 ± 7.63 | <0.05 |
| p** | -- | <0.05 | |

Nota: *p (desempenho intragrupo antes e após a intervenção); **p (desempenho intergrupos); -- sem significância estatística.

Nota 2: Equações de Estimáveis Generalizadas - Bonferroni (p ≤ 0,05).

A tabela 2 apresenta as médias, desvio-padrão e a diferença entre o GC e o GN antes e após a intervenção neuropsicológica nos instrumentos GDS-15, BAI, EDEP, WHOQOL-Old e WHOQOL-Bref. Não havia diferença entre os grupos no período pré-intervenção. Nos cinco

instrumentos avaliados notamos que o GN melhorou seu desempenho em relação ao período pré-intervenção, resultados não encontrados no GC. Observa-se, ainda, que após a intervenção o GN apresentou menos sintomas de ansiedade (BAI), maior bem-estar psicológico (EDEP) e qualidade de vida (WHOQOL-Old) quando comparado ao GC.

Tabela 2: Aspectos psicológicos e qualidade de vida

| | Pré-teste (m ± dp) | Pós-teste (m ± dp) | p* |
|--------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------|
| GDS-15 | | | |
| Grupo controle | 3,97 ± 3.69 | 4,10 ± 3.30 | -- |
| Grupo psicológico | 3,72 ± 3.44 | 3,31 ± 2.72 | <0.05 |
| p** | -- | -- | |
| BAI | | | |
| Grupo controle | 10,64 ± 8.99 | 10,49 ± 8.58 | -- |
| Grupo psicológico | 8,31 ± 6.98 | 5,7 ± 4.07 | <0.05 |
| p** | -- | <0.05 | |
| EDEP | | | |
| Grupo controle | 119,77 | 119,49 | -- |
| Grupo psicológico | 119,95 | 124,08 | <0.05 |
| p** | -- | <0.05 | |
| WHOQOL BREF | | | |
| Grupo controle | 4,00 ± 0.60 | 4,12 ± 1.51 | -- |
| Grupo psicológico | 3,96 ± 0.51 | 4,70 ± 1.95 | <0.05 |
| p** | -- | -- | |
| WHOQOL OLD | | | |
| Grupo controle | 90,95 ± 11.56 | 90,72 ± 12.19 | -- |
| Grupo psicológico | 90,23 ± 8.73 | 95,69 ± 11.97 | <0.05 |
| p** | -- | <0.05 | |

Nota: *p (desempenho intragrupo antes e após a intervenção); **p (desempenho intergrupos); -- sem significância estatística.

Nota 2: Equações de Estimáveis Generalizadas - Bonferroni ($p \leq 0,05$).

4. DISCUSSÃO

Os idosos do Grupo Neuropsicológico apresentaram melhora nos instrumentos avaliados após a realização do protocolo de intervenção neuropsicológica. Quanto a melhora cognitiva, apontamos três hipóteses.

Primeiramente, os idosos do GN tiveram uma experiência grupal que proporcionou que o surgimento de laços afetivos e troca de experiências. O engajamento em atividades intelectuais, de lazer e físicas constitui um fator de proteção contra os declínios cognitivos na velhice (RIBEIRO; YASSUDA, 2007).

Em segundo lugar, a melhora cognitiva do GN pode estar relacionada à exposição a um ambiente complexo, caracterizado por diversos estímulos, requisição de múltiplas e complexas decisões e contingências que desenvolvem suas capacidades intelectuais e generalizam os resultados para outras situações (SCHOOLER, 1990).

Em terceiro lugar, sabe-se que as funções cognitivas são sensíveis a estratégias de estimulação. Por possuírem cognição global e reserva cognitiva essencialmente preservadas, idosos com CCL têm recursos para se beneficiarem amplamente destas intervenções, mostrando um bom aprendizado de novas informações (Kurz et al., 2009).

Mesmo um declínio cognitivo leve está diretamente relacionado a queixas subjetivas de problemas psicológicos, os quais comumente estão associados à preocupação com a memória, sintomas de ansiedade e de depressão (GATES et al., 2011). Tratamentos psicológicos proporcionam benefícios comportamentais e emocionais para pacientes e familiares, podendo auxiliá-los a lidar melhor com as dificuldades presentes no CCL e com seus relacionamentos interpessoais, trazendo uma melhor qualidade de vida (Orgeta et al., 2015).

A reflexão contínua, inclusive sobre possíveis formas de enfrentamento de situações estressoras, pode ter sido extremamente benéfica para a redução de sintomas associados à depressão e à ansiedade no GN. Tal redução pode estar relacionada também à participação nas sessões grupais com pessoas da mesma geração, que proporcionaram aos idosos espaços para se sentirem valorizados e estimulados a conquistar um novo sentido de vida, a adquirir novas informações e a ampliar conhecimentos. As informações e as aprendizagens obtidas por idosos aumentam os seus recursos pessoais, como a autoeficácia, habilidades sociais e solução de problemas (IRIGARAY, 2009).

Não foram encontrados estudos que avaliaram o desempenho de idosos com CCL na EDEP. O conceito de bem-estar psicológico envolve a busca de crescimento pessoal, de autorrealização, de constante aperfeiçoamento para manter o crescimento e o desenvolvimento

(KEYES; SHMOTKIN; RYFF, 2002), aspectos estes que foram trabalhados durante a intervenção neuropsicológica proposta neste trabalho.

Concluindo a análise dos instrumentos aplicados, o Grupo Controle teve desempenho inferior comparado ao Grupo Neuropsicológico nos instrumentos WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old após a o período de intervenção. Considerando-se que qualidade de vida é um conceito amplo e complexo, que engloba fatores como o estado psicológico, o nível de independência e as relações sociais (LI et al., 2014), é plausível que os idosos do GN apresentem melhores escores na medida em que, como já discutido anteriormente, a intervenção neuropsicológica objetivou desenvolver e aprimorar estes aspectos.

Existe uma lacuna quanto à investigação sobre a eficácia da intervenção neuropsicológica em situações de declínio cognitivo. Um dos motivos para isso é que, sob a designação de atividades cognitivas e psicológicas, são apresentadas intervenções com diferentes enfoques e metodologias.

Apesar dessas intervenções serem benéficas, idosos com CCL tem poucas oportunidades de acessá-las. Além disso, até o presente trabalho, não foi descrito um protocolo de intervenção neuropsicológica que objetivasse estimular, simultaneamente, melhoras cognitivas, psicológicas e de qualidade de vida.

Um protocolo de intervenção psicológica se torna mais eficaz e benéfico quando aplicado de forma estruturada, sequencial e com adesão dos participantes (Fonseca, Pedrosa e Canavarro, 2010). A alta adesão dos participantes na presente pesquisa foi fundamental para os resultados positivos observados, considerando-se que as sessões eram inter-relacionadas: ao final de uma sessão era deixada uma tarefa para casa relacionada ao tema da semana seguinte. Tal adesão também indica grande motivação dos participantes, sugerindo a necessidade de assistência e informação para pessoas com CCL.

O efeito cumulativo das 12 sessões – ao trabalhar simultaneamente cognição, aspectos psicoemocionais e de qualidade de vida – pode ter influenciado significativamente a melhora do Grupo Neuropsicológico.

Em acordo com Nomura et al (2000), a intervenção neuropsicológica proposta aqui capacitou os pacientes a conviver, contornar e reduzir dificuldades cognitivas, emocionais e sociais, proporcionando melhora significativa na qualidade de vida. Ao compartilhar seus pensamentos e impressões, os idosos aprenderam que há outros em uma situação similar e que as pessoas lidam de maneiras diferentes com dificuldades semelhantes.

Intervenções que envolvam aspectos emocionais e comportamentais são essenciais no CCL, pois frequentemente os pacientes são confrontados com seus limites e capacidades, precisando de mais atenção e auxílio dos familiares, o que pode gerar estresse para ambos. Tais intervenções podem prover apoio emocional e auxiliar na melhor aceitação das dificuldades, trazendo melhoras no relacionamento familiar e contribuindo para a qualidade de vida (Simon & Ribeiro, 2011).

É fundamental que estudos nesta área tenham a preocupação em trazer melhorias para os indivíduos que possam impactar em seu cotidiano e, de fato, trazer independência e mais qualidade de vida. A combinação de diferentes tipos de intervenção (como treino cognitivo, ensino de estratégias, psicoeducação, entre outros) propiciam ganhos funcionais e aumento de independência, fundamentais para uma melhor qualidade de vida (Simon & Ribeiro, 2011).

5. CONCLUSÃO

Os estudos sobre intervenções psicológicas e cognitivas em pacientes com CCL, apesar de escassos, apontam os benefícios de sua aplicação. A construção de um protocolo que objetivou somar esses efeitos demonstrou resultados promissores na cognição, estado psicológico e qualidade de vida.

Uma das limitações do estudo foi não ter inserido os familiares no protocolo de intervenção, a fim de facilitar o uso de estratégias aprendidas em casa. Também seria interessante a realização de follow-up para verificar se as mudanças observadas se mantêm com o passar do tempo.

Referências

- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION et al. Guidelines for psychological practice with older adults. **The American psychologist**, v. 69, n. 1, p. 34, 2014.
- CHANDLER, M. J. et al. Everyday impact of cognitive interventions in mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. **Neuropsychology review**, v. 26, n. 3, p. 225-251, 2016.
- COOPER, Claudia. Treatment for mild cognitive impairment: systematic review. **The British Journal of Psychiatry**, v. 203, n. 4, p. 255-264, 2013.
- FONSECA, Ana Dias da; PEDROSA, Anabela Araújo; CANAVARRO, Maria Cristina. Eficácia de um protocolo de intervenção psicológica em situações de perda perinatal: A percepção das utentes. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIII, n. 2, p. 55-64, dez. 2010.
- GATES, Nicola J. et al. Cognitive and memory training in adults at risk of dementia: a systematic review. **BMC geriatrics**, v. 11, n. 1, p. 55, 2011.
- KEYES, Corey; SHMOTKIN, Dov; RYFF, Carol. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. **Journal of personality and social psychology**, v. 82, n. 6, p. 1007, 2002.
- KURZ, Alexander; POHL, Corina; Ramsenthaler, Michaela; SORG, Christian. Cognitive rehabilitation in patients with mild cognitive impairment. **Alzheimer Disease & Associated Disorders**, v. 26, n. 3, p. 246-253, 2012.
- LI, Chia-Ing et al. Successful aging defined by health-related quality of life and its determinants in community-dwelling elders. **BMC Public Health**, v. 14, p. 1013, 2014.
- MATIAS, Jordi Guiu et al. Addenbrooke's cognitive examination III: diagnostic utility for mild cognitive impairment and dementia and correlation with standardized neuropsychological tests. **International Psychogeriatrics**, v. 29, n. 1, p. 105-113, 2017.
- NOMURA, S; GARCIA, J.L.; FABRÍCIO, A.M.; BOLOGNANI, S.A.P.; CAMARGO, C.H.P. Reabilitação neuropsicológica. Em: FORLENZA, O.V.; Caramelli, P. (org). *Neuropsiquiatria geriátrica* (pp. 539-543). Rio de Janeiro: Editora Atheneu.
- PETERSEN, Ronald et al. Mild cognitive impairment: a concept in evolution. **Journal of internal medicine**, v. 275, n. 3, p. 214-228, 2014.
- RIBEIRO, Pricila Cristina; YASSUDA, Monica. Cognition, estilo de vida e qualidade de vida na velhice. In: Anita Liberalesso Neri (Org). **Qualidade de vida na velhice: Enfoque multidisciplinar**. Campinas, SP: Atheneu, p. 189-204, 2007.
- SCHOOLER, C., MULATU, M. S., & OATES, G. The continuing effects of substantively complex work on the intellectual functioning of older workers. **Psychology and Aging**, v. 14, n. 3, p. 483-506, 1999.
- SIMON, Sharon; YOKOMIZO, Juliana; BOTTINO, Cássio. Cognitive intervention in amnesic Mild Cognitive Impairment: a systematic review. **Neurosci Biobehav Rev**, v. 36, p. 1163-78, 2012.
- VEGA, Jennifer; NEWHOUSE, Paul. Mild cognitive impairment: diagnosis, longitudinal course, and emerging treatments. **Current psychiatry reports**, v. 16, n. 10, p. 490, 2014.
- YOZO, Ronaldo Yudi. **100 jogos para grupos: uma abordagem psicodramática para empresas, escolas e clínicas**. 18ª edição. Editora Agora, 2015.

APÊNDICE E – ARTIGO SUBMETIDO 2

Efeitos da intervenção neuropsicológica em idosos com Comprometimento Cognitivo Leve

Effects of neuropsychological intervention in elderly with Mild Cognitive Impairment

Efectos de la intervención neuropsicologica en ancianos con Deterioro Cognitivo Leve

Artigo original

Resumo

Objetivo: Investigar os efeitos da intervenção neuropsicológica em grupo na cognição, estado psicológico e na qualidade de vida de idosos com Comprometimento Cognitivo Leve (CCL). **Método:** Estudo controlado, randomizado, cego ao avaliador. Foram avaliadas 78 mulheres idosas com idade entre 60-84 anos. As participantes foram divididas em Grupo Neuropsicológico (GN, n = 39) e Grupo Controle (CG, n = 39). Realizou-se doze sessões com 90 minutos. **Resultados:** Comparando-se os grupos antes e após a intervenção, o GN apresentou melhora nos cinco subtestes e no escore total do ACE-R; redução na frequência de sintomas associados à ansiedade e à depressão; e melhor desempenho na EDEP, WHOQOL-Bref e WHOQOL-old. **Discussão:** Estudos sobre intervenções neuropsicológicas em pacientes com CCL ainda são escassos. Concluímos que existe relação entre a intervenção neuropsicológica em grupo e a melhoria no desempenho cognitivo, estado psicológico e qualidade de vida em idosos com Comprometimento Cognitivo Leve.

Palavras-chave: Comprometimento Cognitivo Leve; intervenção neuropsicológica; estado psicológico; qualidade de vida; envelhecimento.

Abstract

Objectives: To investigate the effects of group neuropsychological intervention on cognition, psychological state and quality of life of elderly people with Mild Cognitive Impairment (MCI). **Method:** Controlled, randomized, blinded to evaluator. 78 elderly women aged between 60-84 years were evaluated. Participants were divided into neuropsychological group (NG, n = 39) and control group (CG, n = 39). GN participated of twelve sessions with 90 minute. **Results:** Comparing the groups after the intervention, the GN showed improvement in the five subtests

and in the total ACE-R score; a reduction in the frequency of symptoms associated with anxiety and depression; and better performance in EDEP, WHOQOL-Bref and WHOQOL-old. Discussion: Studies on neuropsychological interventions in MCI patients are still scarce. We conclude that there is a relation between group neuropsychological intervention and improvement in cognitive performance, psychological state and quality of life of elderly women with Mild Cognitive Impairment.

Keywords: mild cognitive impairment; neuropsychological intervention; psychological state; quality of life; aging

Resumen

Objetivos: Para investigar los efectos del intermedio neuropsicológico en grupo en la cognición, estado psicologico y calidad de la vida de las personas con Deterioro Cognitivo Leve (DCL). Método: Controlado, randomizado, blindado ao avaliador. De las mujeres de edad mediana entre 60-84 años fueron evaluadas. Los participantes se dividieron en Grupo Neuropsicologico (GN, n = 39) y Grupo de Control (CG, n = 39). GN de las sesiones de sesiones con 90 minutos. Resultados: Comparando los grupos después de la intervención, las mejoras mejoradas de GN en las cinco subtítulos y el total ACE-R puntuación; a reducir en la frecuencia de los síntomas asociados con la ansiedad y la depresión; y mejor desempeño en EDEP, WHOQOL-Bref y WHOQOL-old. Discusión: Los estudios sobre las intervenciones neuropsicologicas de las personas en los DCL de los pacientes se mantienen firmes. Se trata de una relación entre el grupo de intervención neuropsicológica y las mejoras en el comportamiento cognoscitivo, estado y calidad de la vida de las mujeres con Deterioro Cognitivo Leve.

Palabras clave: Deterioro Cognitivo Leve; intervenciones neuropsicológicas; estado psicológico; calidad de vida; envejecimiento.

INTRODUÇÃO

O funcionamento cognitivo dos idosos têm recebido bastante atenção dos psicólogos, geriatras e demais profissionais da área da saúde. O Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), apesar de não preencher os critérios diagnósticos para um quadro de demência, apresenta uma taxa de conversão para a Doença de Alzheimer de 10 a 15% ao ano (Eshkoo et al., 2015).

Uma parcela significativa de idosos encontra-se em um estado cognitivo que não pode ser definida como normal nem como demência; termos como Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) e Transtorno Neurocognitivo Leve tem sido utilizados para descrever essa

condição. O CCL é reconhecido como uma entidade heterogênea, pois pode causar alteração em diferentes domínios cognitivos e sua apresentação clínica, etiologia e evolução podem ser bastante distintas (Cooper, 2013).

Pesquisas sobre intervenções psicológicas em pacientes com CCL, apesar de potencialmente benéficas, são escassas, possuem resultados não duplicados e parte delas carece de qualidade metodológica (Chandler et al., 2016; Orgeta et al., 2015; Vega & Newhouse, 2014; Cooper, 2013). Apesar disso, acredita-se que tais intervenções sejam fundamentais para que os idosos se sintam preparados para lidar com as dificuldades e desafios cotidianos. No campo do CCL, são necessários ensaios controlados randomizados de boa qualidade que incluam intervenções psicológicas em grupo (Cooper, 2013).

A presente pesquisa é original ao propor um protocolo de intervenção neuropsicológica para pacientes com CCL e ao investigar uma população com dificuldades socioeconômicas e características culturais específicas. Nesse sentido, apresenta-se neste trabalho dados originais sobre a cognição, o estado psicológico e a qualidade de vida de idosos brasileiros com CCL que participaram de uma intervenção neuropsicológica em grupo.

MÉTODOS

Participantes

Trata-se de um ensaio clínico controlado, randomizado, com grupos cegos ao avaliador. A amostra foi composta por 78 idosas diagnosticadas com CCL com idade a partir de 60 anos. Foi utilizada a técnica de amostragem por conveniência. Após o diagnóstico de CCL, os participantes foram divididos randomicamente em Grupo Neuropsicológico (GN, n=39) e Grupo Controle (GC, n=39). A pesquisa foi realizada no Centro do Idoso, localizado em Bagé-RS; os frequentadores deste Centro caracterizam-se como idosos autônomos, socialmente ativos e residentes na comunidade.

Os critérios de inclusão foram: participar do Centro do Idoso; possuir interesse e disponibilidade para participar da intervenção neuropsicológica em grupo; apresentar diagnóstico de Comprometimento Cognitivo Leve; ter 60 anos ou mais; ter 4 anos ou mais de escolaridade. Os critérios de exclusão foram: quadros demenciais; doenças neurológicas ou degenerativas graves; transtornos psiquiátricos severos.

Instrumentos

A avaliação neuropsicológica dos participantes foi realizada através de entrevista semiestruturada, do Exame Cognitivo de Addenbrooke – Revisado (ACE-R) e de escalas de avaliação funcional. A entrevista semiestruturada coletou informações sociodemográficas e relacionadas a atividades diárias e de lazer, estilo de vida, medicações de uso contínuo, e eventos significativos vivenciados pelo sujeito. As atividades de vida diária foram acessadas a partir do Índice de Katz e da Escala de Lawton & Brody. No ACE-R, considerou-se como desempenho abaixo da média (Carvalho & Caramelli, 2012): < 60 pontos (4-7 anos de estudo), < 70 pontos (8-11 anos) e < 80 pontos (≥ 12 anos ou mais de estudo). A avaliação psicológica foi composta pelos instrumentos Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15); Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e pela Escala de Desenvolvimento Pessoal (EDEP). Por fim, a qualidade de vida foi acessada através do WHOQOL-old e do WHOQOL-bref.

Procedimentos

O projeto foi examinado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS sob o nº 987.566, cumpriu os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, e respeitou às Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n. 196, de 10/10/96 e n. 251, de 07/08/97. Após a aprovação, a pesquisa foi realizada no Centro do Idoso, um espaço de convivência localizado em Bagé/RS/Brasil. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após receberem informações detalhadas sobre o estudo. As informações coletadas foram tratadas como confidenciais e a identidade dos participantes foi preservada. A pesquisa foi cadastrada no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos sob o número de identificação RBR-7m7vs2.

Para o rastreamento dos idosos com CCL foram utilizados os seguintes critérios diagnósticos: 1) queixas de dificuldades cognitivas; 2) funcionamento cognitivo global essencialmente preservado; 3) ausência de déficits nas atividades básicas e instrumentais de vida diária; 4) desempenho abaixo da média em um ou mais domínios cognitivos, utilizando-se testes neuropsicológicos apropriados à idade e devidamente ajustados à escolaridade dos sujeitos (Petersen et al., 2014).

Os estudos divergem bastante quanto ao número de sessões de intervenções neuropsicológicas em pacientes com CCL, variando de 6 a 20 sessões, com duração média entre 60 e 120 minutos (Chandler et al., 2016; Orgeta et al., 2015; Vega & Newhouse, 2014; Cooper, 2013). Considerando a literatura, a necessidade clínica, as restrições institucionais e a

conveniência foi construído um protocolo de intervenção neuropsicológica com 12 sessões de intervenção em grupo, uma vez por semana, com duração de 90 minutos. Os sujeitos do Grupo Neuropsicológico foram divididos em subgrupos de 8 a 10 integrantes, para melhor condução da intervenção e para favorecer maior adesão, conforme disponibilidade de horário dos participantes. Os grupos caracterizaram-se como homogêneos (composto apenas por idosos com CCL); fechados (com prazo definido, não sendo permitida a entrada de novos membros); e comunitários (caráter preventivo, de tratamento ou reabilitação). Durante o período de intervenção, os idosos do Grupo Controle continuaram realizando suas atividades habituais no Centro do Idoso.

O protocolo de intervenção neuropsicológica foi elaborado com o objetivo de auxiliar os idosos a lidarem melhor com as dificuldades emocionais, cognitivas e de vida diária relacionadas ao envelhecimento e ao CCL. A partir da definição das metas específicas de cada sessão, foram selecionadas e adaptadas 12 dinâmicas de grupo (YOZO, 2015) que facilitassem o alcance dos objetivos propostos. O trabalho nos grupos pode ser enriquecido com o uso de jogos (dramáticos ou educativos), pois são instrumentos, por excelência, de comunicação, expressão e aprendizado; além disso, intensificam as diversas trocas de saberes, constituem a base do aprendizado e propiciam satisfação emocional imediata aos participantes (YOZO, 2015).

A intervenção envolveu os seguintes aspectos:

- 1) revisão de vida e trabalho das reminiscências: fomentar a reflexão contínua e o autoconhecimento; relembrar fatos importantes com o máximo de detalhes possível;
- 2) Métodos para a promoção das competências cognitivas: uso de estratégias internas e externas de para melhorar o desempenho cognitivo (como agendas e notas); aquisição de conhecimento e habilidades para lidar com os sintomas associados ao CCL e suas consequências;
- 3) psicoterapia focalizada nas tarefas de desenvolvimento e adaptação às mudanças na idade adulta avançada: reconhecimento das alterações cognitivas; importância de atividades prazerosas; adaptação e enfrentamento de dificuldades cotidianas; diminuição dos sentimentos de estresse e abandono;
- 4) Programas psicoeducativos orientados para os idosos: dúvidas sobre o diagnóstico de CCL; melhora da autoestima; percepção de pensamentos, sentimentos e atitudes em situações de dificuldades cognitivas ou estresse;
- 5) Relacionamento interpessoal: exploração da comunicação com familiares; conflitos e preocupações diversas.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra os dados sociodemográficos da amostra em estudo, distribuída por grupo. Não houve diferença estatística entre os grupos. A média de idade foi de 71 anos no GC e de 70 anos no GN. Tanto o GC quanto o GN foram compostos, principalmente, por indivíduos casados ou viúvos. A maioria das idosas tinha baixa escolaridade e praticava atividades físicas. A renda prevalente foi de 1 a 2 salários mínimos. Quando questionadas sobre o estado atual de saúde, foi frequente o relato de diversas condições clínicas.

Tabela 1: Variáveis sociodemográficas conforme os grupos

| | | Grupo Controle | Grupo Neuropsicológico |
|--------------------------------|------------|----------------|------------------------|
| Idade (m ± dp) | | 71.10 (6.52) | 70.56 (7.19) |
| Anos de estudo (m ± dp) | 4-7 | 19 (48.71) | 21 (53.85) |
| | 8-11 | 11 (28.20) | 12 (30.77) |
| | 12 ou mais | 9 (23.07) | 6 (15.39) |
| Estado civil n (%) | Solteiro | 3 (7.69) | 7 (17.94) |
| | Casado | 13 (33.33) | 10 (25.64) |
| | Separado | 4 (10.26) | 9 (23.08) |
| | Viúvo | 19 (48.72) | 13 (33.33) |
| Renda mensal | 1-2 | 35 (89.74) | 36 (92.31) |
| | 3-4 | 3 (7.69) | 1 (2.56) |
| | >=5 | 1 (2.56) | 2 (5.13) |
| Problemas de saúde | Sim | 29 (74.36) | 26 (66.66) |
| | Não | 10 (25.64) | 13 (33.33) |
| Atividade física | Sim | 28 (71.79) | 30 (76.92) |
| | Não | 11 (28.20) | 9 (23.08) |

Nota: *Test t; ** qui-quadrado; *** Fischer.

Na Tabela 2 observamos os escores do GC e do GN no Exame Cognitivo de Addenbrooke - Revisado, antes e após o período de intervenção. Não havia diferença entre os grupos no período pré-intervenção. Os resultados apontam que o Grupo Neuropsicológico melhorou o desempenho nos cinco subtestes e na pontuação total em relação ao período pré-intervenção. Quando comparamos GC e GN, após as sessões o GN apresentou escores mais altos nos subtestes memória e linguagem e na pontuação total.

Tabela 2: Desempenho dos grupos no ACER antes e após a intervenção

| | Pré-teste (m ± dp) | Pós-teste (m ± dp) | p* |
|-----------------------------|--------------------|--------------------|-------|
| Atenção e Orientação | | | |
| Grupo controle | 13.26 ± 6.09 | 13.28 ± 2.41 | -- |
| Grupo Neuropsicológico | 12.71 ± 4.89 | 13.67 ± 3.92 | <0.05 |
| p** | -- | -- | |
| Memória | | | |
| Grupo controle | 12.90 ± 4.08 | 12.92 ± 2.77 | -- |

| | | | |
|-----------------------------------|---------------|--------------|-------|
| Grupo Neuropsicológico | 13.61 ± 3.99 | 14.41 ± 3.47 | <0.05 |
| p** | -- | <0.05 | |
| Fluência verbal | | | |
| Grupo controle | 6.90 ± 2.79 | 6.80 ± 1.65 | -- |
| Grupo Neuropsicológico | 6.23 ± 1.59 | 7.41 ± 2.77 | <0.05 |
| p** | -- | -- | |
| Linguagem | | | |
| Grupo controle | 17.57 ± 13.59 | 17.43 ± 1.82 | -- |
| Grupo psicológico | 16.72 ± 4.38 | 19.23 ± 3.60 | <0.05 |
| p** | -- | <0.05 | |
| Habilidades visuoespaciais | | | |
| Grupo controle | 11.95 ± 2.01 | 11.92 ± 1.65 | -- |
| Grupo psicológico | 11.77 ± 1.64 | 12.41 ± 3.84 | <0.05 |
| p** | -- | -- | |
| Pontuação total | | | |
| Grupo controle | 62.57 ± 9.81 | 62.43 ± 1.43 | -- |
| Grupo psicológico | 61.05 ± 9.11 | 67.12 ± 7.63 | <0.05 |
| p** | -- | <0.05 | |

Nota: *p (desempenho intragrupo antes e após a intervenção); **p (desempenho intergrupos); -- sem significância estatística.

A tabela 3 apresenta as médias, desvio-padrão e a diferença entre o GC e o GN antes e após a intervenção neuropsicológica nos instrumentos GDS-15, BAI, EDEP, WHOQOL-Old e WHOQOL-Bref. Não havia diferença entre os grupos no período pré-intervenção. Nos cinco instrumentos avaliados notamos que o GN melhorou seu desempenho em relação ao período pré-intervenção, resultados não encontrados no GC. Observa-se, ainda, que após a intervenção o GN apresentou menos sintomas de ansiedade (BAI), maior bem-estar psicológico (EDEP) e qualidade de vida (WHOQOL-Old) quando comparado ao GC.

Tabela 3: Aspectos psicológicos e qualidade de vida

| | Pré-teste (m ± dp) | Pós-teste (m ± dp) | p* |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| GDS-15 | | | |
| Grupo controle | 3,97 ± 3.69 | 4,10 ± 3.30 | -- |
| Grupo Neuropsicológico | 3,72 ± 3.44 | 3,31 ± 2.72 | <0.05 |
| p** | -- | -- | |
| BAI | | | |
| Grupo controle | 10,64 ± 8.99 | 10,49 ± 8.58 | -- |
| Grupo Neuropsicológico | 8,31 ± 6.98 | 5,7 ± 4.07 | <0.05 |
| p** | -- | <0.05 | |
| EDEP | | | |
| Grupo controle | 119,77 | 119,49 | -- |
| Grupo Neuropsicológico | 119,95 | 124,08 | <0.05 |
| p** | -- | <0.05 | |
| WHOQOL BREF | | | |
| Grupo controle | 4,00 ± 0.60 | 4,12 ± 1.51 | -- |
| Grupo Neuropsicológico | 3,96 ± 0.51 | 4,70 ± 1.95 | <0.05 |
| p** | -- | -- | |
| WHOQOL OLD | | | |
| Grupo controle | 90,95 ± 11.56 | 90,72 ± 12.19 | -- |
| Grupo Neuropsicológico | 90,23 ± 8.73 | 95,69 ± 11.97 | <0.05 |
| p** | -- | <0.05 | |

Nota: *p (desempenho intragrupo antes e após a intervenção); **p (desempenho intergrupos); -- sem significância estatística.

DISCUSSÃO

No tocante à análise sociodemográfica, não foi encontrada diferença significativa entre os grupos. Apesar de inicialmente 05 (cinco) participantes do sexo masculino terem participado da pesquisa, esses idosos não concluíram a intervenção e, portanto, a amostra foi exclusivamente feminina. A expressiva participação de mulheres é um fenômeno recorrente em estudos que envolvem grupos de convivência de idosos (Reis, Reis e Torres, 2015). Algumas hipóteses para explicar essa diferença são: maior prevalência em idosas de condições incapacitantes não fatais (como osteoporose e depressão); maior habilidade em reportar problemas de saúde quando comparadas a homens da mesma idade; e maior consciência sobre a importância da atividade física para a qualidade de vida. Essas hipóteses foram observadas durante a pesquisa, pois as participantes relatavam com facilidade problemas de saúde e emocionais, além de apresentarem ótima adesão às atividades propostas pelo Centro do Idoso, afirmando que consideravam importante sair da rotina, conhecer pessoas e zelar pelo bem-estar pessoal.

Pacientes mais velhos e com baixa escolaridade tendem a apresentar menor desempenho no ACE-R (Carvalho & Caramelli, 2012). Mais de 50% da amostra tinha apenas entre 4 e 7 anos de escolaridade. O nível de escolaridade representa um dos indicadores mais importantes das condições de saúde e está altamente relacionado com a idade no Brasil, uma vez que muitos idosos deste século não tiveram oportunidade de estudar quando jovens (Reis, Reis e Torres, 2015). A renda da maioria dos participantes estava na faixa de 1 a 2 salários mínimos. As mulheres mais velhas com menor poder aquisitivo, como é o caso da nossa amostra, precisam desempenhar sozinhas tarefas familiares e domésticas, uma vez que não podem contratar ajudantes; isso poderia mantê-las ativas e funcionais por mais tempo (Reis, Reis e Torres, 2015).

Uma parcela significativa das participantes não se descreveu como saudável, destacando-se doenças como hipertensão e cardiopatias. Como nossa amostra caracteriza-se por morar em uma região de forte tradição rural, infere-se que eles desenvolveram trabalhos físicos desgastantes e não tiveram acesso frequente a serviços de saúde e, conseqüentemente, relatam mais doenças. Quanto menor o nível socioeconômico, pior a saúde: a pobreza, a baixa

escolaridade e o baixo nível ocupacional expõem os idosos ao estresse crônico devido à maior exposição a fatores de risco (CÉSAR, 2015).

O Exame Cognitivo de Addenbrooke avalia de maneira altamente eficiente as funções cognitivas, além de ser útil no diagnóstico diferencial de demências e declínio cognitivo (César, 2015; Carvalho & Caramelli, 2012). O instrumento mostrou uma alta correlação com testes neuropsicológicos específicos para atenção, linguagem, memória e habilidades visuoespaciais, sendo capaz de discriminar pacientes com CCL e nos estágios iniciais da Doença de Alzheimer (Matias et al., 2017).

Em nosso trabalho, o ACE-R apontou que houve melhora no desempenho cognitivo global dos idosos integrantes do Grupo Neuropsicológico. Observamos também que estes idosos obtiveram maior pontuação, após a intervenção, nos cinco subtestes avaliados. Ademais, quando comparado ao Grupo Controle no período pós-intervenção, os participantes do GN obtiveram pontuação significativamente mais alta nos subtestes memória e linguagem. Apesar de haver poucos estudos sobre o tema, nossos resultados indicam que pacientes com CCL podem beneficiar-se grandemente de intervenções psicológicas.

Troyer et al. (2008) realizou treino de memória, atividades de relaxamento e psicoeducação durante seis meses. Apesar de não ter sido observada melhora nos testes objetivos, os participantes relataram aumento do conhecimento e do uso de estratégias de memória, o que foi associado à participação no programa.

Buschert et al. (2011) observou melhora na cognição global de pacientes com CCL após 20 semanas de treino de memória, estimulação cognitiva, reminiscências, atividades psicomotoras, estimulação multissensorial e interação social. Em nosso estudo observamos que um tempo menor de intervenção (12 semanas) foi suficiente para influenciar positivamente o desempenho cognitivo da amostra.

Enquanto que esses estudos tinham como foco a melhora cognitiva, a intervenção proposta neste trabalho também almejava influenciar positivamente o estado psicológico e a qualidade de vida das participantes. Considerando que saúde é o estado de completo bem-estar físico, emocional e social e não apenas a ausência de doença, foram oferecidas atividades diversificadas, reflexivas e estimulantes cujos benefícios pudessem ser extrapolados para a vida diária.

Silva et al. (2015) conduziu 10 sessões de reabilitação neuropsicológica (treino cognitivo, terapia orientada para a realidade e reminiscências) em idosos com CCL institucionalizados, resultando em melhoras no escore total do Mini Exame do Estado Mental, no funcionamento executivo (Bateria de Avaliação Frontal – FAB) e no sentimento de solidão

(Escala de Solidão - UCLA). Em nossa pesquisa verificamos melhora cognitiva não só na pontuação total do instrumento escolhido (ACE-R) como também nas suas subescalas, em função de ser um teste que avalia mais esferas cognitivas que a FAB. Diferente de Silva et al. (2015) nossa amostra era socialmente ativa e funcionalmente independente, fato que justificaria uma possível melhora em mais domínios cognitivos.

Primeiramente, os idosos do GN tiveram uma experiência grupal que proporcionou o surgimento de laços afetivos e troca de experiências. Ainda que eles já fossem frequentadores do Centro do Idoso, a convivência contínua em um grupo pequeno favoreceu maior proximidade entre os participantes. Sabe-se que há relações entre o estilo de vida e a capacidade cognitiva: os elementos mais estudados incluem o engajamento social, as redes sociais e o envolvimento em atividades intelectuais, de lazer e físicas. O engajamento nessas atividades constitui um fator de proteção contra os declínios cognitivos na velhice (Ribeiro & Yassuda, 2007).

Em segundo lugar, a melhora cognitiva do GN pode estar relacionada à exposição a um ambiente complexo. A complexidade do ambiente de um indivíduo é definida pelos estímulos e pelas demandas características; assim, ambientes complexos seriam caracterizados por diversos estímulos e pela requisição de múltiplas e complexas decisões e contingências (Schooler, 1990). Tais padrões de exigência dentro do ambiente requerem esforços cognitivos. Nesse sentido, em nossa amostra, os idosos seriam motivados pelo ambiente complexo dos grupos de convivência a desenvolver suas capacidades intelectuais e generalizar os resultados para outras situações.

A intervenção neuropsicológica requereu das participantes habilidades como: convivência em grupo; realização de atividades que estimulavam diferentes competências cognitivas; temas de reflexão e tarefas para realizar em casa; trabalhos manuais que estimulavam a psicomotricidade; discussão sobre mudanças relacionadas ao envelhecimento; reflexão sobre o modo de agir e como resolver problemas cotidianos; definição de metas a partir das dificuldades cognitivas; e autoanálise.

Em terceiro lugar, sabe-se que as funções cognitivas são sensíveis a estratégias de estimulação. De acordo com a teoria de seleção, otimização e compensação os idosos apresentam recursos residuais para manter suas habilidades cognitivas e aumentar o conhecimento e o uso de estratégias cognitivas (Baltes & Baltes, 1990). A intervenção neuropsicológica proposta aqui promoveu o envolvimento em diversas atividades intelectuais, as quais podem minimizar os prejuízos cognitivos em idosos (Ribeiro & Yassuda, 2007).

Quanto à avaliação psicológica, nossos resultados indicam que os idosos do GN obtiveram melhor pontuação nos instrumentos psicológicos após a intervenção. Ainda que, em ambos os grupos, os escores nos testes GDS-15 e BAI não preencham os critérios para o diagnóstico de depressão e ansiedade, observamos a redução significativa ($p < 0.05$) dos sintomas relacionados a essas psicopatologias no GN.

Esses achados estão em concordância com o descrito por Orgeta et al. (2015) em revisão sistemática sobre tratamento psicológico de ansiedade e depressão na demência e no CCL. Considerando os critérios de randomização e controle, foram achados apenas 6 estudos sobre depressão e 2 sobre ansiedade. Houve redução dos sintomas tanto em pacientes com demência quanto com CCL. Concluiu-se que este tipo de tratamento traz benefícios comportamentais e emocionais para pacientes e familiares, podendo auxiliá-los a lidar melhor com as dificuldades presentes no CCL e com seus relacionamentos interpessoais, trazendo uma melhor qualidade de vida.

Apesar de os sujeitos com CCL continuarem independentes na vida diária, eles encontram inúmeras dificuldades decorrentes das mudanças cognitivas, vivenciando grande estresse, o que pode acarretar mais prejuízo social, psicológico e na rotina. Sabe-se também que há uma alta incidência de distúrbios do humor, como disforia, ansiedade, inquietude e irritabilidade (Orgeta et al., 2015).

A intervenção neuropsicológica requereu a reflexão contínua sobre diversas questões pessoais e cotidianas, além de possíveis formas de enfrentamento de situações estressoras, o que pode ter sido extremamente benéfico para a redução de sintomas associados à depressão e à ansiedade.

Em nossa amostra, a diminuição nos sintomas pode estar relacionada também à participação nas sessões grupais com pessoas da mesma geração, que proporcionaram aos idosos espaços para se sentirem valorizados e estimulados a conquistar um novo sentido de vida, a adquirir novas informações e a ampliar conhecimentos. As informações e as aprendizagens obtidas por idosos aumentam os seus recursos pessoais, como a autoeficácia, habilidades sociais e solução de problemas (Ribeiro & Yassuda, 2007).

Os sintomas de ansiedade são um preditor da conversão do CCL amnésico para a Doença de Alzheimer, além de estarem relacionados com a atrofia do córtex entorrinal, uma das primeiras áreas cerebrais atingidas pelo Alzheimer (MAH et al., 2015). Sendo assim, intervenções que diminuam a incidência desses sintomas podem ser muito benéficas para idosos com CCL.

Ademais, os idosos do Grupo Neuropsicológico melhoram significativamente a pontuação na EDEP após a intervenção, o que não foi observado no Grupo Controle. A pontuação máxima da Escala de Desenvolvimento Pessoal é de 150 pontos e considera-se que quanto menor a pontuação do indivíduo, pior é a condição psicológica. Não foram encontrados estudos que avaliaram o desempenho de idosos com CCL nesta escala. O conceito de bem-estar psicológico envolve a busca de crescimento pessoal, de autorrealização, de constante aperfeiçoamento para manter o crescimento e o desenvolvimento (KEYES; SHMOTKIN; RYFF, 2002), aspectos estes que foram trabalhados durante a intervenção neuropsicológica proposta neste trabalho.

Por fim, a avaliação da qualidade de vida indicou que o Grupo Controle teve desempenho inferior comparado ao Grupo Neuropsicológico nos instrumentos WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old após a o período de intervenção. Um estudo com quase 1.000 sujeitos concluiu que pacientes com CCL apresentam piora significativa da qualidade de vida em relação a sujeitos normais (CONRAD et al., 2015). Pacientes com CCL têm sido alvo de estudos que propõem tratamentos precoces e preventivos. Instrumentos que avaliam bem-estar e qualidade de vida podem ser um indicador útil para a eficácia de tratamentos futuros, contexto no qual se insere a presente pesquisa.

Nosso trabalho corrobora com estes achados, pois o Grupo Controle não apresentou melhora nos indicadores de qualidade de vida. Considerando-se que qualidade de vida é um conceito amplo e complexo, que engloba fatores como o estado psicológico, o nível de independência e as relações sociais (CONRAD et al., 2015), é plausível que os idosos do GN apresentem melhores escores na medida em que, como já discutido anteriormente, a intervenção neuropsicológica objetivou desenvolver e aprimorar estes aspectos.

O estado psicológico e a qualidade de vida de idosos com CCL sofre prejuízos significativos. Apesar das intervenções psicológicas serem vistas como potencialmente benéficas e fundamentais para que esses idosos enfrentem as dificuldades e desafios cotidianos, eles têm oportunidades muito limitadas de acessarem serviços psicológicos focados em melhorar seu bem-estar (ORGETA et al., 2015).

É importante destacar que não foram encontrados na literatura estudos com idosos com CCL que incluíssem a bateria de instrumentos utilizada nessa pesquisa. Como ainda não há padrão-ouro para a avaliação neuropsicológica deste declínio cognitivo, a metodologia proposta neste trabalho pode ser um caminho.

De igual forma, ressaltamos que a melhora significativa observada no GN não foi devido a um efeito de aprendizagem dos testes, o que é confirmado pelo fato do Grupo Controle não ter apresentado alteração no desempenho.

Por fim, esses idosos têm que conviver com prejuízo cognitivo, piora do bem-estar psicológico e da qualidade de vida. Ao demonstrar, de forma conjunta, os efeitos de uma intervenção neuropsicológica no CCL, a presente pesquisa contribui para a reflexão de possíveis estratégias de intervenção que busquem melhorar a condição geral desses pacientes ou mesmo reabilitar as áreas prejudicadas. Uma limitação do estudo foi não ter ofertado atividades alternativas (placebo) ao Grupo Controle durante a realização da intervenção com o Grupo Neuropsicológico. Além disso, outras pesquisas na área são necessárias, com a inclusão, por exemplo, do público masculino e daqueles que não participam de programas para idosos.

Os cuidados terapêuticos destinados aos idosos com declínio cognitivo podem incluir uma série de estratégias não medicamentosas. A Psicologia pode contribuir na otimização dos processos de modificação de comportamentos, mudança de hábitos e adesão ao tratamento, aspectos imprescindíveis à promoção da saúde e qualidade de vida. Uma possibilidade de intervenção é o trabalho com idosos na comunidade, com objetivo de estimular a adesão de comportamentos saudáveis e o envolvimento em atividades cognitivas, sociais, educacionais e de lazer. Por fim, é importante preparar profissionais de diversas áreas para atuarem no campo do envelhecimento e, mais especificamente, na prevenção, identificação e reabilitação neuropsicológica.

Considerando a realidade brasileira da importância de intervenções breves, condições de saúde precárias, baixa renda e escolaridade observamos que uma intervenção de 12 semanas foi suficiente para trazer benefícios significativos. Tais benefícios podem ser adaptados e reproduzidos por familiares e cuidadores, através de jogos, histórias, músicas, conversas sobre filmes e notícias, exercícios, passeios, entre outros.

Em suma, nossos achados apontam que há relação entre a intervenção neuropsicológica em grupo e melhora no desempenho cognitivo, no estado psicológico e na qualidade de vida de idosos com Comprometimento Cognitivo Leve.

REFERÊNCIAS

American Psychological Association. (2014). Guidelines for psychological practice with older adults. *The American Psychologist*, 69 (1), 34. DOI: 10.1037/a0035063.

- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, 1(1), 1-34. DOI: 10.1017/CBO9780511665684
- Buschert, V. C. et al. (2011). Effects of a newly developed cognitive intervention in amnesic mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease: a pilot study. *Journal of Alzheimer's disease*, 25(4), 679-694. DOI: 10.3233/JAD-2011-100999.
- Carvalho, V.A. & Caramelli, P. (2012). Normative data for healthy middle-aged and elderly performance on the Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 25(2), 72-76. DOI: 10.1097/WNN.0b013e318259594b
- Chandler, M. J. et al. (2016). Everyday impact of cognitive interventions in mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology review*, 26 (3), 225-251. DOI: 10.1007/s11065-016-9330-4
- Conrad, I. et al. (2015). Quality of life of individuals with mild cognitive impairment. *Psychiatrische Praxis*, 42 (3), 152-157. DOI: 10.1055/s-0034-1369831
- Cooper, C., Li, R., Lyketsos, C., & Livingston, G. (2013). Treatment for mild cognitive impairment: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 203(4), 255-264. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.127811
- Eshkoor, S. A., Hamid, T. A., Mun, C. Y., & Ng, C. K. (2015). Mild cognitive impairment and its management in older people. *Clinical interventions in aging*, 10, 687. DOI: 10.2147/CIA.S73922
- Keyes, C., Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*, 82 (6), 1007. DOI: 10.1037//0022-3514.82.6.1007
- Mah, L., Binns M.A., Steffens, D.C., & Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative (2015). Anxiety symptoms in amnesic mild cognitive impairment are associated with medial temporal atrophy and predict conversion to Alzheimer disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23 (5), 466-476. DOI: 10.1016/j.jaGN.2014.10.005
- Matias, J. A.G., Cortés-Martínez, A., Valles-Salgado, M., Rognoni, T., Fernández-Matarrubia, M., Moreno-Ramos, T., & Matías-Guiu, J. (2017). Addenbrooke's Cognitive Examination III: diagnostic utility for mild cognitive impairment and dementia and correlation with standardized neuropsychological tests. *International psychogeriatrics*, 29(1), 105-113. DOI: 10.1017/S1041610216001496
- Orgeta, V., Qazi, A., Spector, A., & Orrell, M. (2015). Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 207(4), 293-298. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.148130
- Petersen, R. C., Caracciolo, B., Brayne, C., Gauthier, S., Jelic, V., & Fratiglioni, L. (2014). Mild cognitive impairment: a concept in evolution. *Journal of internal medicine*, 275(3), 214-228. DOI: 10.1111/joim.12190
- Reis, L. A. D., Reis, L. A. D., & Torres, G. D. V. T. (2016). Impact of sociodemographic and health variables on the functional capacity of the low income elderly population. *Ciênc. cuid. saúde*, 14 (1), 847-854. DOI: 10.4025
- Ribeiro, P. C. C., & Yassuda, M. S. (2007). Cognition, lifestyle and quality of life in old age. In: Neri A.L., org. *Quality of life in old age: a multidisciplinary approach*. Campinas: Editora Alínea, 189-204.
- Schooler C. (1990). Psychosocial factors and effective cognitive functioning in adulthood. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp.347-358). San Diego: Academic Press.
- Silva, G. F., Espirito-Santo, H., Fernandes Costa, M., Marques Cardoso, D. C., Vicente, F., Martins, S. D. C., & Lemos, L. (2015). Neuropsychological group rehabilitation of institutionalized elderly with Cognitive Deficit without Dementia. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(2), 15-30.

Troyer, A. K., Murphy, K. J., Anderson, N. D., Moscovitch, M., & Craik, F. I. (2008). Changing everyday memory behaviour in amnesic mild cognitive impairment: a randomised controlled trial. *Neuropsychological rehabilitation*, 18(1), 65-88. DOI: 10.1080/09602010701409684

Vega, J. N. & Newhouse, P. A. (2014). Mild cognitive impairment: diagnosis, longitudinal course, and emerging treatments. *Current psychiatry reports*, 16(10), 490. DOI: 10.1007/s11920-014-0490-8

Yozo, R.Y. (2015). *100 jogos para grupos: uma abordagem psicodramática para empresas, escolas e clínicas*. 18ª edição. São Paulo: Editora Agora.

ANEXOS

FLUÊNCIA VERBAL – Letra “P” e Animais

➤ **Letras**

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”.

[Escore 0-7]

| | | | | | |
|----------|-----------|-----------|-----------|-------|---------|
| 0-15 seg | 16-30 seg | 31-45 seg | 46-60 seg | >17 | 7 |
| | | | | 14-17 | 6 |
| | | | | 11-13 | 5 |
| | | | | 8-10 | 4 |
| | | | | 6-7 | 3 |
| | | | | 4-5 | 2 |
| | | | | 2-3 | 1 |
| | | | | <2 | 0 |
| | | | | total | acertos |

➤ **Animais**

Diga: “Agora você poderia dizer o maior número de animais que conseguir, começando com qualquer letra?”

[Escore 0-7]

| | | | | | |
|----------|-----------|-----------|-----------|-------|---------|
| 0-15 seg | 16-30 seg | 31-45 seg | 46-60 seg | >21 | 7 |
| | | | | 17-21 | 6 |
| | | | | 14-16 | 5 |
| | | | | 11-13 | 4 |
| | | | | 9-10 | 3 |
| | | | | 7-8 | 2 |
| | | | | 5-6 | 1 |
| | | | | <5 | 0 |
| | | | | total | acertos |

LINGUAGEM - Compreensão

➤ 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):

[Escore 0-1]

Feche os olhos

➤ **Comando :**

“ Pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque -o no chão.”

Dar um ponto para cada acerto. Se o indivíduo pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.

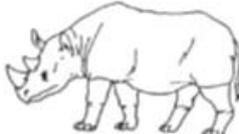
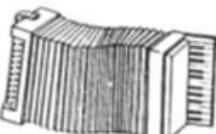
[Escore 0-3]

LINGUAGEM - Escrita

➤ Peça ao indivíduo para escrever uma frase: Se não compreender o significado, ajude com: *alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer.* Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos. Dar um ponto.

[Escore 0-1]

A
C
I
N
Ê
U
L
F
M
E
G
A
U
G
A
L

| L I N G U A G E M - R e p e t i ç ã o | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------|
| <p>> 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>> Peça ao indivíduo que repita: "Acima, além e abaixo"</p> | | [Escore 0-1] <input type="text"/> | | |
| <p>> Peça ao indivíduo que repita: " Nem aqui, nem ali, nem lá"</p> | | [Escore 0-1] <input type="text"/> | | |
| L I N G U A G E M - N o m e a ç ã o | | | | |
| <p>> Peça ao indivíduo para nomear as figuras a seguir:</p> | | [Escore 0-2] caneta + relógio <input type="text"/> | L I N G U A G E M | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | [Escore 0-10] <input type="text"/> |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
| L I N G U A G E M - C o m p r e e n s ã o | | | | |
| <p>> Utilizando as figuras acima, peça ao indivíduo para:</p> <ul style="list-style-type: none"> Apontar para aquela que está associada com a monarquia _____ Apontar para aquela que é encontrada no Pantanal _____ Apontar para aquela que é encontrada na Antártica _____ Apontar para aquela que tem uma relação náutica _____ | | [Escore 0-4] <input type="text"/> | | |

LINGUAGEM - Leitura

➤ Peça ao indivíduo para ler as seguintes palavras: [Pontuar com 1, se todas estiverem corretas]

táxi
testa
saxofone
fixar
ballet

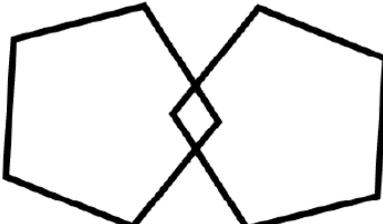
[Escore 0-1]

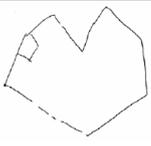
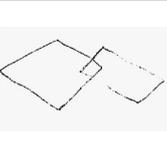
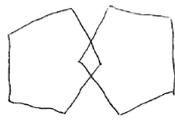
L I N G U A G E M

HABILIDADES VISUAIS - ESPACIAIS

➤ **Pentágonos sobrepostos:** Peça ao indivíduo para copiar o desenho e para fazer o melhor possível.

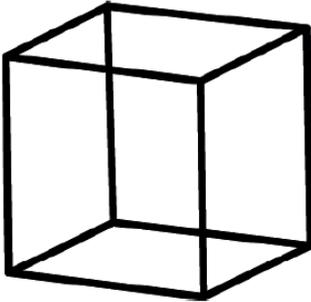
[Escore 0-1]

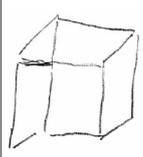
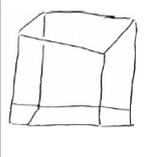
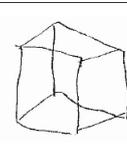
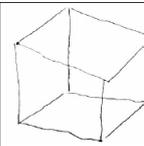
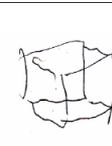
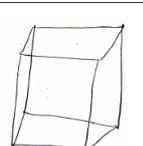


| | | | |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Pontue 0 |  |  |  |
| Pontue 1 |  | |  |

➤ **Cubo:** Peça ao indivíduo para copiar este desenho (para pontuar, veja guia de instruções)

[Escore 0-2]



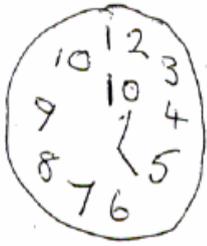
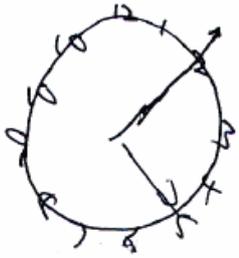
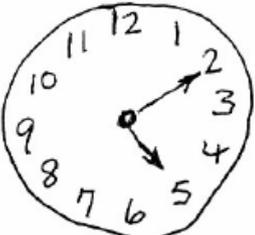
| | | | | |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Cubo – pontue 0 a 2 | | | | |
| Pontue 1 |  |  |  |  |
| Pontue 2 |  |  |  |  |

➤ **Relógio:** 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)

[Escore 0-5]

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

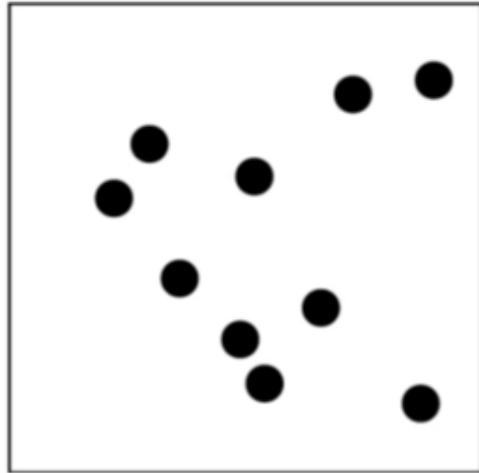
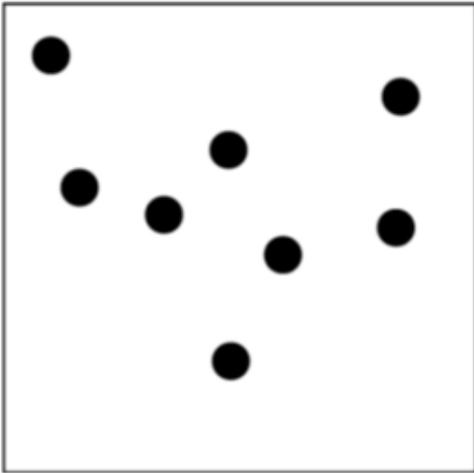
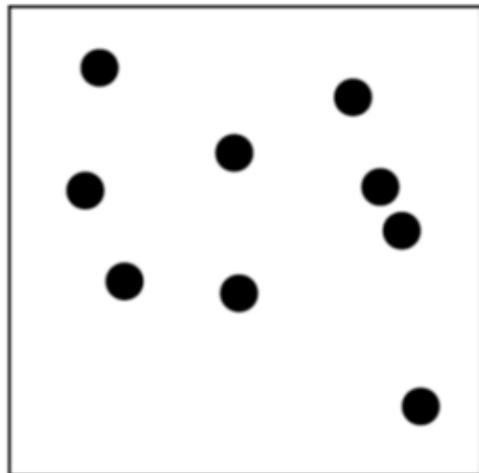
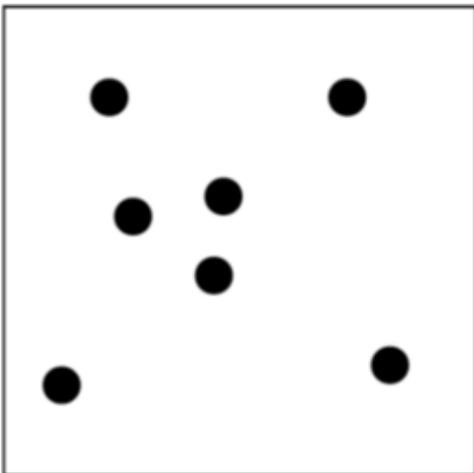
| | |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Círculo | Máximo de 1 ponto, se for um círculo razoável |
| Números | 2 pontos, se estiver tudo incluído e bem distribuído 1 ponto, se tudo estiver incluído, mas mal distribuído |
| Ponteiros | 2 pontos, se ambos os ponteiros forem bem desenhados, com comprimentos diferentes e colocados nos números corretos (você pode perguntar qual é o ponteiro pequeno e qual é o ponteiro grande) 1 ponto, se os dois forem colocados nos números corretos, mas com comprimentos errados ou 1 ponto, se um ponteiro estiver colocado no número correto e desenhado com comprimento correto ou 1 ponto, se apenas um ponteiro estiver desenhado e colocado no número correto, ex. 5 para 'cinco e dez'. |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pontue 2 | | |
| <p>Círculo (1); um ponteiro colocado corretamente (1)</p>  | <p>Círculo(1); todos os números mas não estão colocados dentro do círculo (1)</p>  | |
| Pontue 3 | | |
| <p>Círculo (1); todos os números, mas não distribuídos proporcionalmente (1); um ponteiro colocado corretamente(1)</p>  | <p>Círculo (1); todos os números ,mas não colocados dentro do círculo (1); um ponteiro colocado corretamente (1)</p>  | <p>Círculo (1); note que os números não estão dentro do círculo e há 2 números 10 (0); ponteiros colocados corretamente (2)</p>  |
| Pontue 4 | | |
| <p>Círculo (1); números distribuídos proporcionalmente (2); um ponteiro colocado corretamente (1)</p>  | <p>Círculo (1); todos os números, mas não distribuídos proporcionalmente (1); ambos os ponteiros colocados corretamente (2)</p>  | <p>Círculo (1); números distribuídos proporcionalmente (2); um ponteiro colocado corretamente (1)</p>  |
| Pontue 5 | | |
| <p>Círculo (1); números distribuídos proporcionalmente nas duas metades da face do relógio (2); ponteiros colocados corretamente (2)</p>  | | |

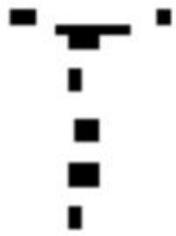
HABILIDADES PERCEPTIVAS

➤ 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 style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |  |  |
| <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |  |  |
| 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". | | | |
| Renato Moreira Rua Bela Vista 73 Santarém Pará | | [Escore 0-7] <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | |
| > 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 style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | |
| Ricardo Moreira | 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 Geraís | | | |
| | | MEEM | /30 |
| | | ACE-R | /100 |
| Subtotais | | | |
| | | Atenção e Orientação | /18 |
| | | Memória | /26 |
| | | Fluência | /14 |
| | | Linguagem | /26 |
| | | Visual-espacial | /16 |
| M E M Ó R I A | | | |
| E S C O R E S | | | |

ANEXO B – ESCALA DE KATZ

Ficha de avaliação: para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que se aplica (a palavra "ajuda" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal).

| Área de funcionamento | Independente/Dependente |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro) | |
| () não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho) | (I) |
| () recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna) | (I) |
| () recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho | (D) |
| Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas) | |
| () pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda | (I) |
| () pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos | (I) |
| () recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa | (D) |
| Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas) | |
| () vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã) | (I) |
| () recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite | (D) |
| () não vai ao banheiro ou local equivalente para eliminações fisiológicas | (D) |
| Transferência | |
| () deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador) | (I) |
| () deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda | (D) |
| () não sai da cama | (D) |
| Continência | |
| () controla inteiramente a micção e a evacuação | (I) |
| () tem "acidentes" ocasionais | (D) |
| () necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente | (D) |
| Alimentação | |
| () alimenta-se sem ajuda | (I) |
| () alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão | (I) |
| () recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de catéteres ou fluidos intravenosos | (D) |

Interpretação (Katz & Apkom ²⁶):

0: independente em todas as seis funções; 1: independente em cinco funções e dependente em uma função; 2: independente em quatro funções e dependente em duas; 3: independente em três funções e dependente em três; 4: independente em duas funções e dependente em quatro; 5: independente em uma função e dependente em cinco funções; 6: dependente em todas as seis funções.

ANEXO C – ESCALA DE LAWTON E BRODY

ESCALA DE LAWTON E BRODY

- Esta entrevista tem como propósito identificar o nível de condição funcional da Sr./Sra., por intermédio das possíveis dificuldades do seu dia-a-dia
- Procure recordar em cada atividade a ser questionada, se a Sr./Sra. faz sem ajuda, com algum auxílio ou não realiza de forma alguma.

a) Em relação ao Telefone:

- ()³ Recebe e faz ligações sem assistência
 ()² Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas
 ()¹ Não tem hábito ou é incapaz de usar telefone

b) Em relação as viagens:

- ()³ Realiza viagens sozinha
 ()² Somente viaja quando tem companhia
 ()¹ Não tem o hábito ou é incapaz de viajar

c) Em relação a realização de compras:

- ()³ Realiza compras, quando é fornecido o transporte
 ()² Somente faz compras quando tem companhia
 ()¹ Não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras

d) Em relação ao preparo de refeições:

- ()³ Planeja e cozinha as refeições completas
 ()² Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda
 ()¹ Não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições

e) Em relação ao trabalho doméstico:

- ()³ Realiza tarefas pesadas
 ()² Realiza tarefa leves, necessitando de ajuda nas pesadas
 ()¹ Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos

f) Em relação ao uso de medicamentos:

- ()³ Faz uso de medicamentos sem assistência
 ()² Necessita de lembretes ou assistência
 ()¹ É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos

g) Em relação ao manuseio do dinheiro:

- ()³ Preenche cheque e paga contas sem auxílio
 ()² Necessita de assistência para o uso de cheques e contas
 ()¹ Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas...

Classificação:

- () Dependência total = ≤ 5 (P25)
 () Dependência parcial = $> 5 < 21$ ($>P25 <P100$)
 () Independência = 21 (P100)

ANEXO D – ESCALA DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL (EDEP)

ESCALA DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL

NERI, Anita. Fundamentos para uma escala de geratividade. Campinas, SP: UNICAMP/FAPESP, 1999.

Para cada afirmação, escolha o número que melhor representa o seu modo de pensar sobre si mesmo e faça um X em cima do número no quadrinho correspondente. Assim: 1= representa pouquíssimo; 2= representa pouco; 3=representa mais ou menos; 4= representa muito e 5 = representa muitíssimo.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. Eu tenho coragem de dar minhas opiniões, mesmo que elas sejam contrárias às dos outros. | | | | | |
| 2. Eu me sinto dono (a) da minha própria vida | | | | | |
| 3. Eu consigo enfrentar com vigor e coragem os problemas do dia - a - dia. | | | | | |
| 4. Eu acho importante ter novas experiências porque elas me fazem pensar sobre mim mesmo e me ajudam a compreender melhor os fatos da vida. | | | | | |
| 5. A medida que o tempo passa, eu acho que estou cada vez melhor como pessoa. | | | | | |
| 6. Os outros me descrevem como uma pessoa generosa, pronta a compartilhar suas experiências. | | | | | |
| 7. Quando eu olho para trás e avalio a minha vida eu fico feliz em perceber que tudo deu certo. | | | | | |
| 8. Eu gosto de vários aspectos da minha personalidade. | | | | | |
| 9. Eu decido por mim mesmo e por aquilo que acho certo, e não pelas opiniões dos outros. | | | | | |
| 10. Eu consigo dar conta de várias responsabilidades da minha vida cotidiana. | | | | | |
| 11. Eu sinto que a minha vida tem sido um contínuo processo de mudança, aprendizagem e crescimento. | | | | | |
| 12. Eu tenho vários motivos para me sentir satisfeito com minhas realizações na vida. | | | | | |
| 13. Eu vivo no presente, ou seja, não fico pensando muito no futuro. | | | | | |
| 14. É fácil e prazeroso para mim manter relações de proximidade afetiva. | | | | | |
| 15. Eu tenho tendência a ser influenciado (a) por pessoas que tem opiniões fortes. | | | | | |
| 16. Eu sei que posso confiar em meus amigos e meus amigos sabem que podem confiar em mim. | | | | | |
| 17. Eu sou uma pessoa que caminha com confiança pela vida. | | | | | |
| 18. Eu acho que ainda tenho muitas coisas a fazer na vida. | | | | | |
| 19. Os outros dizem que eu sou uma pessoa muito produtiva. | | | | | |
| 20. Eu sinto que tenho obrigação de passar adiante a minha experiência e os meus conhecimentos. | | | | | |
| 21. Eu sinto que tenho deixado a minha marca na vida de várias pessoas. | | | | | |
| 22. Eu acho que a sociedade é responsável pelo destino das pessoas carentes. | | | | | |
| 23. Eu penso que as pessoas que se preocupam com a salvação de espécies em extinção ou com a preservação de documentos e prédios antigos dedicam-se a essas atividades por que não têm nada mais importante a fazer da vida. | | | | | |
| 24. Eu acho que sou necessário (a) na vida de várias pessoas. | | | | | |
| 25. Eu acho que quando eu for velho eu vou me recolher à vida privada, pois não terei mais compromisso de produzir para a sociedade. | | | | | |
| 26. Muita gente me procura para pedir orientação e conselhos. | | | | | |
| 27. As pessoas dizem que eu tenho feito contribuições criativas à sociedade. | | | | | |
| 28. Eu prefiro não me envolver com novos projetos e idéias. | | | | | |
| 29. Depois que eu morrer eu gostaria de ser lembrado pelas minhas ações e contribuições à sociedade. | | | | | |
| 30. Eu acho que ensinar é uma das coisas mais lindas que existem. | | | | | |

ANEXO E – WHOQOL-OLD

QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO - WHOQOL – OLD

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

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

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

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

Q.2 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

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

Q.3 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

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

Q.4 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

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

Q.5 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

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

Q.6 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

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

Q.7 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

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

Q.8 O quanto você tem medo de morrer?

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

Q.9 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

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

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

Q.10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

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

Q.11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

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

Q.12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

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

Q.13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

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

Q.14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

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

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

Q.15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3)

Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3)

Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3)

Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3)

Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz (1) Infeliz (2) Nem feliz nem infeliz (3) Feliz (4) Muito feliz (5)

Q.20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim (1) Ruim (2) Nem ruim nem boa (3) Boa (4) Muito boa (5)

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

Q.21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

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

Q.22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

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

Q.23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

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

Q.24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

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

ANEXO F – WHOQOL-BREF

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

| | nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
|--------------------------------------------------|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Você recebe dos outros o apoio de que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

| | nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
|--------------------------------------------------|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Você recebe dos outros o apoio de que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

| | | muito ruim | ruim | nem ruim nem boa | boa | muito boa |
|---|--------------------------------------------|------------|------|------------------|-----|-----------|
| 1 | Como você avaliaria sua qualidade de vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
|---|-----------------------------------------------|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 2 | Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

| | | nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 3 | Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | O quanto você aproveita a vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | O quanto você consegue se concentrar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

| | | nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
|----|-------------------------------------------------------------------------------|------|-------------|-------|-------|---------------|
| 10 | Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Você é capaz de aceitar sua aparência física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

| | | muito ruim | ruim | nem ruim nem bom | bom | muito bom |
|----|----------------------------------------|---------------|------|---------------------|-----|--------------|
| 15 | Quão bem você é capaz de se locomover? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------|------------------------------------------|------------|---------------------|
| 16 | Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

| | | nunc a | algumas vezes | freqüenteme nte | muito freqüenteme nte | sempre |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------|--------------------|-----------------------------|--------|
| 26 | Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Obrigado por completar este formulário!

ANEXO G – APROVAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA DO IGG/PUCRS



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
COMISSÃO CIENTÍFICA

Porto Alegre, 30 de maio de 2014.

Senhor (a) Pesquisador (a) **Mirna Portuquez,**

A Comissão Científica do IGG apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa **"INTERVENÇÃO PSICOTERÁPICA EM PACIENTES COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE AMNÉSICO"**.

Solicitamos que providencie os documentos necessários para o encaminhamento do protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

Salientamos que somente após a aprovação deste Comitê o projeto deverá ser iniciado.

Atenciosamente,

Profa. Carla Helena Schwanke

Coordenadora da CC/IGG

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 - P. 60 - CEP: 90.610-000
Fone: (51) 3336-8153 - Fax (51) 3326-3862
E-mail: igg@pucrs.br
www.pucrs.br/igg

ANEXO H – APROVAÇÃO DO CEP-PUCRS

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



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Intervenção Psicoterápica em Grupo em Idosos com Comprometimento Cognitivo Leve

Pesquisador: Mima Wetters Portuguez

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38013614.3.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 987.566

Data da Relatoria: 12/02/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa a ser realizada no âmbito de uma tese de doutorado pela pesquisadora Amanda de Oliveira Ferreira Leite sob a orientação da professora/pesquisadora Mima Wetters Portuguez. O objetivo da pesquisa é investigar os efeitos de doze sessões de psicoterapia em grupo na cognição, no estado psicológico e na qualidade de vida de Idosos com Comprometimento Cognitivo Leve num amostra de 80 Idosos com idade a partir de 60 anos de um Centro de Idosos na cidade de Bagé - RS.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar os efeitos de 12 sessões de psicoterapia em grupo na cognição, no estado psicológico e na qualidade de vida de Idosos com Comprometimento Cognitivo Leve.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios da pesquisa reside na geração de informações obtidas que podem subsidiar políticas públicas relacionadas ao envelhecimento populacional com fins de proporcionar melhores condições de saúde e bem estar para a população idosa. O risco nesse caso são mínimos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A literatura sobre o tema aponta que sessões de psicoterapia podem contribuir para melhorar o desempenho de Idosos com comprometimento cognitivo leve. Nesse sentido, a contribuição dessa

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
 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: 987.588

pesquisa reside em verificar os efeitos de 12 sessões de psicoterapia em grupo na cognição, no estado psicológico e na qualidade de vida de Idosos com Comprometimento Cognitivo Leve empregando uma amostra de 80 Idosos, separados em dois grupos de 40: um de controle e um grupo de tratamento. Os Idosos que compõe a amostra será obtida do Centro de Idoso localizado na cidade de Bagé-RS. Por estar sendo utilizado uma amostra de Idosos, é comum observar que os mesmo estejam utilizando medicamentos antidepressivos e ansiolíticos e que a exclusão dos mesmo poderia reduzir a amostra bem como inserir um viés de seleção. Por isso, a pesquisadora optou pela manutenção de Idosos com essa característica em ambos os grupos.

A análise descritiva será realizada a partir de frequências absolutas, relativas e médias e desvio-padrão. Na comparação das variáveis relativas ao grupo de controle e de tratamento será empregado a Estatística t para as amostras pareadas ao nível de significância de 0,05.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A documentação está ok! A) projeto de pesquisa aprovado pela comissão científica ; b) Interface REBEC; c) lattes da pesquisadora; d) lattes da coordenadora/orientadora; e) Aprovação na comissão científica; f) Roteiros de entrevista semi-estruturada; g) o roteiro das sessões de psicoterapia em grupo; h) exame Cognitivo de Addenbrooke - revisado; I) questionário do Informante sobre o declínio cognitivo do Idoso; j) Escala de Katz, Escala de Lawton e Brody, Escala de depressão geriátrica, e Escala de desenvolvimento pessoal; k) Inventário de ansiedade de Beck; l) Whoqol-oid; m) Termo de consentimento livre e esclarecido; n) orçamento da pesquisa;

Recomendações:

A inclusão do endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi realizada, além das alterações no orçamento financeiro. Por isso, recomendo aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Informo que meu parecer é favorável à aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
 Bairro: Partenon CEP: 90.619-000
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

PORTO ALEGRE, 17 de Março de 2015

Página 02 de 03

Assinado por:
 Rodolfo Herberto Schneider
 (Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
 Bairro: Partenon CEP: 90.619-000
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

Página 03 de 03

ANEXO I–AUTORIZAÇÃO DO CENTRO DO IDOSO



Prefeitura Municipal de Bagé
SEMPPI – CENTRO DO IDOSO



Ofício n°:

De: Centro do Idoso

Para: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Assunto: Autorização de pesquisa

Data: 24.04.2013

Autorizamos a psicóloga AMANDA DE OLIVEIRA FERREIRA LEITE, aluna de Doutorado em Gerontologia Biomédica da PUCRS, a realizar nesta Instituição a pesquisa intitulada "Intervenção Psicoterápica em Grupo em Idosos com Declínio Cognitivo Leve", orientada pela Profª Drª. Mirna Wetters Portugal.

A pesquisa ocorrerá nos anos de 2014-2015 nas dependências do Centro do Idoso com os idosos regularmente inscritos e participantes das diversas atividades desenvolvidas neste Centro. Quanto às questões éticas envolvidas, será aceito o parecer emitido pelo Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS.

Geslaine Pinto Dutra
Coordenadora do Centro do Idoso

ANEXO J – COMPROVANTE DE ACEITE DO ARTIGO PUBLICADO

ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE
O ENVELHECIMENTO

Aceitação para publicação

Declaramos, para os devidos fins, que o artigo

“Cognição, aspectos psicológicos e qualidade de vida em idosos com Comprometimento Cognitivo Leve”

da autoria de

Amanda de Oliveira Ferreira Leite, Ana Luiza Ferreira, Bruna Seling, Janaíne Mello, Maria Vieira e Mirna Wetters Portuguez

foi aceito para publicação. O artigo passou pela avaliação dupla cega e está atualmente em processo de formatação para ser publicado na Revista Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento.

Porto Alegre, 6 de março de 2017

Prof. Dr. Johannes Doll

ANEXO K – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 1

seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/author/submission/78178

ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE O ENVELHECIMENTO

#78178 SINOPSE

RESUMO AVALIAÇÃO EDIÇÃO

SUBMISSÃO

Ajuda do sistema

USUÁRIO
Logado como:
amanda2207
[Meus periódicos](#)
[Perfil](#)
[Sair do sistema](#)

CAPA

SOBRE

PÁGINA DO USUÁRIO

PESQUISA

ATUAL

ANTERIORES

NOTÍCIAS

Capa > [Usuário](#) > [Autor](#) > [Submissões](#) > #/78178 > [Resumo](#)

Autores

Amanda de Oliveira Ferreira Leite, Ana Luiza del Pino Ferreira, Bruna Garcez Correa, Janaine de souza Meilo, Maria Manquerovich, Mirna Wetters Portugal

Título

Protocolo de intervenção neuropsicológica no Comprometimento Cognitivo Leve

Documento original

78178-324424-1-SPDOCX 22/11/2017

Docs. sup.

78178-324430-1-SPDOCX 22/11/2017

Submetido por

Amanda Leite

Data de submissão

novembro 22, 2017 - 11:11

Seção

Artigos

Editor

Maira Olechuk

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

Escopo da Busca

Todos

Pesquisar

Procurar

Por Edição

Por Autor

Por título

Outras revistas

ANEXO L – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 2

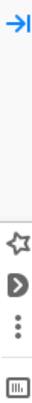
editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/author/submission/10729



PTP
Psicologia
Teoria e Prática



Editora
Mackenzie



CAPA
SOBRE
PÁGINA DO USUÁRIO
PESQUISA
ATUAL
ANTERIORES

Capa > Usuário > Autor > Submissões > #10729 > **Resumo**

#10729 Sinopse

RESUMO AVALIAÇÃO EDIÇÃO

Submissão

Autores Amanda de Oliveira Ferreira Leite, Ana Luiza del Pino Ferreira, Bruna Garcez Correa Seling, Janaine de Souza Mello, Maria Manquevich, Mirna Wetters Portuguez

Título Efeitos da intervenção neuropsicológica em idosos com Comprometimento Cognitivo Leve

Documento original [10729-43641-1-SM.DOCX](#) 2017-11-14

Docs. sup. [10729-43642-1-SP.DOCX](#) 2017-11-14
[10729-43643-2-SP.DOCX](#) 2018-05-21
[10729-43644-3-SP.DOCX](#) 2018-05-21

Submetido por amanda leite

Data de submissão novembro 14, 2017 - 06:06

Seção Avaliação psicológica

Editor Luiz Renato Carreiro (Edição)

OPEN JOURNAL SYSTEMS

Ajuda do sistema

USUÁRIO
 Logado como: **amandaleite**

- [Meus periódicos](#)
- [Perfil](#)
- [Sair do sistema](#)

AUTOR
 Submissões

- [Ativo \(1\)](#)
- [Arquivo \(0\)](#)
- [Nova submissão](#)

IDIOMA
 Seleciona o idioma

Português (Brasil)

CONTEÚDO DA REVISTA
 Descrítica



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
Site: www.pucrs.br