

*IMPACTOS DA INTERVENÇÃO
NEUROPSICOLÓGICA EM IDOSOS COM
COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE*

Amanda de Oliveira Ferreira Leite¹

Ana Luiza del Pino Ferreira²

Bruna Garcez Correa³

Janaíne de Souza Mello⁴

Marla Manquevich⁵

Mirna Wetters Portuguez⁶

1 Graduada em Psicologia. Doutora em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Psicóloga Hospitalar no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (UFPeL). E-mail: amandaofleite@gmail.com.

2 Graduanda do curso de Psicologia da Universidade da Região da Campanha (URCAMP/Bagé). E-mail: analuizadelpino@gmail.com.

3 Graduanda do curso de Psicologia da Universidade da Região da Campanha (URCAMP/Bagé). E-mail: nanagarcezcortea@gmail.com.

4 Graduanda do curso de Psicologia da Universidade da Região da Campanha (URCAMP/Bagé). E-mail: janainercc3@gmail.com.

5 Graduanda do curso de Psicologia da Universidade da Região da Campanha (URCAMP/Bagé). E-mail: marla.manquevich@gmail.com.

6 Graduada em Psicologia. Doutora em Neurociência pela Universidade Federal de São Paulo. Docente da Faculdade de Medicina, do Curso de Pós-Graduação em Neurociências e de Gerontologia Biomédica da PUCRS. E-mail: mirna@pucrs.br.

resumo

Objetivo: Investigar os efeitos da intervenção neuropsicológica em grupo na cognição, no estado psicológico e na qualidade de vida de idosos com Comprometimento Cognitivo Leve. Método: Estudo controlado, randomizado, cego ao avaliador. 78 idosos, divididos entre os grupos Neuropsicológico e Controle, foram avaliados por: entrevista semiestruturada, Exame Cognitivo de Addenbrooke, 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: Após a intervenção, o Grupo Neuropsicológico apresentou: melhora nos subtestes cognitivos e no escore total; redução na frequência de sintomas associados à ansiedade e à depressão; melhor bem-estar psicológico e qualidade de vida. A pesquisa aponta estratégias de intervenção úteis para melhora da condição geral desses pacientes e para reabilitação de áreas prejudicadas. Conclusão: Concluiu-se existir relação entre a intervenção neuropsicológica e a melhora no desempenho cognitivo, psicológico e qualidade de vida em idosos com Comprometimento Cognitivo Leve.

palavras-chave

Neuropsicologia. Comprometimento Cognitivo Leve. Qualidade de vida. Envelhecimento.

1 Introdução

O conceito de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), do termo original *Mild Cognitive Impairment*, busca compreender as fronteiras entre o envelhecimento saudável e o patológico. 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). Os critérios diagnósticos do CCL são: queixas de dificuldades cognitivas relatadas pelo paciente ou informante; funcionamento cognitivo global essencialmente preservado; ausência de déficits nas atividades de básicas e instrumentais de vida diária; desempenho abaixo da média em um ou mais domínios cognitivos (PETERSEN *et al.*, 2014). As queixas cognitivas subjetivas devem ser confirmadas por testes neuropsicológicos. Não existe um padrão-ouro para especificar qual bateria de teste deve-se usar, mas é importante que as principais áreas cognitivas sejam

examinadas, como atenção, linguagem, memória e habilidades visuoespaciais (PETERSEN *et al.*, 2014; MATIAS *et al.*, 2017).

As mudanças progressivas nos critérios de definição e diagnóstico do CCL, bem como a variabilidade nos instrumentos de detecção neuropsicológica utilizados, ocasionam grandes discrepâncias nos resultados dos estudos. Estima-se uma prevalência de 18,9% e uma incidência de 47,9 por 1.000 pessoas-ano (RODRÍGUEZ; GUTIÉRREZ, 2017). O prognóstico evolutivo do CCL também é incerto: o risco de conversão para demência varia de 10 a 15% ao ano e de 40 a 60% em cinco anos (GREGORIO, 2016). Intervenções não-farmacológicas em pacientes com CCL são fundamentais, a fim de que se sintam preparados para lidar com as dificuldades e desafios cotidianos, sendo necessários ensaios controlados randomizados de qualidade que incluam intervenções psicológicas em grupo (LIANG *et al.*, 2019; SHERMAN *et al.*, 2017; MATIAS *et al.*, 2017; CHANDLER *et al.*, 2016). O objetivo do estudo foi investigar os efeitos da intervenção neuropsicológica em grupo na cognição, no estado psicológico e na qualidade de vida de idosos com Comprometimento Cognitivo Leve.

2 Método

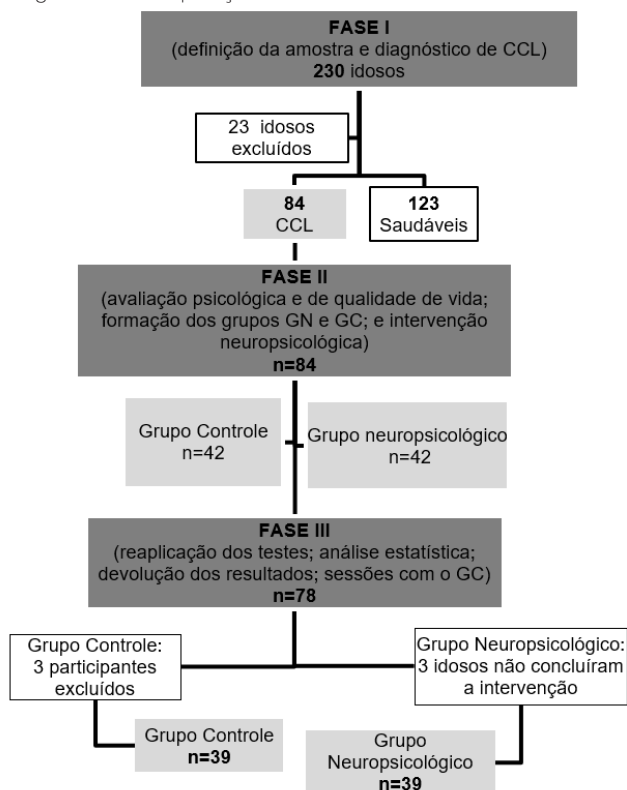
Trata-se de um ensaio clínico controlado, randomizado, com grupos cegos ao avaliador. A amostra foi composta por 78 idosos diagnosticados com CCL, com idade a partir de 60 anos. Todas as etapas (convite; aplicação dos instrumentos; sessões neuropsicológicas; devolução dos resultados; e sessões com o GC após o término do experimento) foram realizadas em um centro de convivência para idosos localizado no sul do país, o qual objetivava disponibilizar, gratuitamente, atividades físicas e ocupacionais aos idosos da cidade. Os critérios de inclusão foram: participar do centro de convivência; possuir interesse e disponibilidade para participar da intervenção neuropsicológica em grupo; apresentar diagnóstico de Comprometimento Cognitivo Leve; ter 60 anos ou mais; ter quatro anos ou mais de escolaridade. Os critérios de exclusão foram: quadros demenciais; doenças neurológicas ou degenerativas graves; transtornos psiquiátricos severos. Como a população-alvo do centro de convivência caracterizava-se por idosos autônomos e socialmente ativos, não havia registro na instituição de idosos com as condições clínicas descritas nos critérios de exclusão.

Foram utilizados os seguintes instrumentos: 1) entrevista semiestruturada (informações sociodemográficas; estilo de vida; histórico de saúde; e verificação dos critérios de exclusão); 2) Exame Cognitivo de Addenbrooke – Revisado

(ACE-R) (CARVALHO; CARAMELLI, 2007); 3) Índice de Katz (LINO *et al.*, 2008); 4) Escala de Lawton e Brody (SANTOS; VIRTUOSO-JÚNIOR, 2008); 5) Escala de Depressão Geriátrica (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999); 6) Inventário de Ansiedade de Beck (CUNHA, 2001); 7) Escala de Desenvolvimento Pessoal (EDEP) (RYFF, 2013); 8) WHOQOL-Old (FLECK *et al.*, 2006); 9) WHOQOL-bref (FLECK *et al.*, 2000).

Inicialmente, o projeto foi apresentado à Direção do centro de convivência, estipulando-se um período de seis meses para a condução da pesquisa. Após a aprovação da instituição, a pesquisa foi conduzida em três fases. A aplicação dos instrumentos durou, em média, 40 minutos. O fluxograma da composição da amostra está descrito na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma da composição da amostra.



Fonte: As autoras.

Na Fase 1, foi utilizada a técnica de amostragem por conveniência, com o intuito de favorecer a adesão à pesquisa: todos os idosos foram convidados a participar do estudo, sendo disponibilizados diferentes dias, turnos e horários de aplicação dos testes. Os instrutores e a Direção do centro de convivência auxiliaram na divulgação e no convite para a Fase 1. Ao final, 23 idosos foram excluídos por não terem interesse e/ou disponibilidade para participar de sessões neuropsicológicas em grupo, tendo em vista que a motivação pessoal e o engajamento são fundamentais para o sucesso de qualquer intervenção psicológica (APA, 2014). Para o rastreio dos idosos com CCL, foram utilizados os critérios diagnósticos de Petersen *et al.* (2014): 1) queixas de dificuldades cognitivas foram coletadas na entrevista semiestruturada; 2) atividades básicas e instrumentais de vida diárias foram acessadas a partir do Índice de Katz e da Escala de Lawton e Brody (apenas os idosos classificados como independentes compuseram a amostra); 3) a cognição foi avaliada pelo ACE-R, considerando-se como desempenho abaixo da média para idosos (CARVALHO; CAMELLI, 2012): < 60 pontos (4-7 anos de estudo), < 70 pontos (8-11 anos) e inferior a 80 pontos ($\geq$ 12 anos).

Na Fase 2, ocorreu a randomização do estudo, durante a formação dos grupos (KARA-JUNIOR, 2014): 84 participantes diagnosticados com CCL foram submetidos à randomização em blocos de 6 por meio do programa *Microsoft Excel®* e alocados aleatoriamente em Grupo Neuropsicológico (GN) e Grupo Controle (GC), sem a participação da pesquisadora. Em seguida, os sujeitos diagnosticados com CCL foram avaliados nos instrumentos WHOQOL-old, WHOQOL-bref, BAI, GDS-15 e EDEP. Os estudos divergem bastante quanto ao número de sessões de intervenções psicológicas em pacientes com CCL (LIANG *et al.*, 2019; SHERMAN *et al.*, 2017; MATIAS *et al.*, 2017; CHANDLER *et al.*, 2016). Considerando a literatura, as práticas psicológicas com idosos sugeridas pela APA (2014), a necessidade clínica e as restrições institucionais, foi aplicada uma intervenção neuropsicológica com 12 sessões de intervenção em grupo, uma vez por semana, com duração de 90 minutos.

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 (Quadro 1). O trabalho nos grupos pode ser enriquecido com o uso de jogos, pois intensificam as trocas de saberes, constituem a base do aprendizado e propiciam satisfação emocional imediata aos participantes (YOZO, 2015).

Quadro 1 – Descrição das sessões de intervenção neuropsicológica em grupo.

Sessão	Atividades desenvolvidas	Dinâmica proposta*
1	Apresentação dos participantes; utilizar uma dinâmica que estimule a memória, a comunicação e a interação; esclarecimento de dúvidas acerca das sessões.	"Apresentação em duplas"
2	Autorreflexão; esclarecimentos sobre o diagnóstico de CCL; requerer capacidade de contextualização e raciocínio crítico.	"As cinco imagens"
3	Trabalhar a autopercepção e a autoestima; estimular a habilidade visual e motora.	"Qualidades e defeitos"
4	Requerer orientação temporal e espacial; relembra 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.	"Fatos e datas"
5	Trabalhar a atenção e a percepção de detalhes; discutir sobre como veem o próprio envelhecimento e como lidam com as mudanças consequentes da idade.	"Descrevendo pessoas"
6	Explorar a comunicação com os familiares e/ou cuidadores.	"Família real versus família ideal"
7	Reflexão sobre sentimentos e atitudes em situações de dificuldades cognitivas ou estresse; requerer pensamento crítico e planejamento.	"O preço do estresse"
8	Discutir sobre conflitos sociais e preocupações diversas; pensar sobre possibilidades de manejo de estresse.	"Criação x destruição"
9	Discutir sobre como comunicar-se melhor; requerer concentração, atenção, percepção do próprio corpo e habilidade de comunicação (linguagem).	"Aponte o que viu!"
10	Refletir sobre dificuldades cognitivas; repensar metas a partir das dificuldades cognitivas.	"Memórias"
11	Discutir a importância de atividades prazerosas e de lazer.	"Aplausos e vaias"
12	Reflexão sobre os temas trabalhados durante as sessões anteriores.	"Jogo da vida"

Fonte: As autoras.

Nota: Dinâmicas de grupo propostas por YOZO (2015).

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. Cada subgrupo tinha dias e horários de intervenção pré-definidos, sendo que as sessões neuropsicológicas dos diferentes subgrupos do GN foram realizadas simultaneamente, ao longo de 12 semanas. Foi decidido, em acordo com os participantes, uma frequência mínima de 75%. 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).

Por fim, na Fase 3, ocorreu a reaplicação dos instrumentos, a análise estatística, a devolução dos resultados ao GN, e a disponibilização das sessões neuropsicológicas para o GC. Foram excluídos da análise de dados 02 idosos do GC por serem os únicos da amostra do sexo masculino e 01 que desistiu por problemas de saúde; além disso, três participantes do GN foram excluídos por não terem concluído as sessões em grupo.

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 ACE-R 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 feitas por avaliadores cegos ao grupo analisado; a condução das sessões neuropsicológicas foi feita pela pesquisadora. 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 pela Assessoria Estatística da Faculdade de Matemática de uma universidade do sul do Brasil, sendo utilizado o programa SPSS para ambiente Windows, versão 13.0.

O projeto foi examinado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa pertinente, cumpriu os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, e respeitou às Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012. Após a aprovação, a pesquisa foi realizada em um centro de convivência para idosos localizado no sul do 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.

3 Resultados

Não houve diferença estatística significativa entre os grupos GC e GN nas variáveis sociodemográficas analisadas: idade ($p=0.36$, Teste t); anos de estudo ($p=0.21$, Teste t); estado civil ($p=0.98$, Qui-quadrado); renda mensal ($p=0.99$, Qui-quadrado); problemas de saúde ($p=0.31$, Teste de Fischer); e atividade ($p=0.45$, Teste de Fischer).

A Tabela 1 mostra os escores do GC e do GN no Exame Cognitivo de Addenbrooke – Revisado, antes e após o período de intervenção. Não houve diferença estatística significativa entre os grupos no período pré-intervenção, tanto nos subtestes quanto na pontuação total do ACE-R. Após a intervenção, entretanto, os resultados apontam que o Grupo Neuropsicológico melhorou o seu desempenho, tanto nos seis subtestes avaliados (atenção, orientação, memória, fluência verbal, linguagem e habilidades visuoespaciais) ($p=0.001$) quanto na pontuação total ($p=0.001$) em relação ao seu desempenho no período pré-intervenção. Além disso, nos subtestes memória ($p=0.04$), linguagem ($p=0.01$) e na pontuação total ($p=0.009$), o GN apresentou escores significativamente mais altos do que o GC, após a intervenção.

Tabela 1 – 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	0.35
Grupo Neuropsicológico	12.71 ± 4.89	13.77 ± 3.92	0.001
p^{**}	0.16	0.21	
Memória			
Grupo controle	12.90 ± 4.08	12.92 ± 2.77	0.35
Grupo Neuropsicológico	13.61 ± 3.99	14.81 ± 3.47	0.001
p^{**}	0.21	0.04	
Fluência verbal			
Grupo controle	6.90 ± 2.79	6.80 ± 1.65	0.50
Grupo Neuropsicológico	6.23 ± 1.59	7.41 ± 2.77	0.001
p^{**}	0.10	0.16	
Linguagem			
Grupo controle	17.57 ± 13.59	17.43 ± 1.82	0.12
Grupo psicológico	16.72 ± 4.38	19.23 ± 3.60	0.001
p^{**}	0.18	0.01	

	Pré-teste (m ± dp)	Pós-teste (m ± dp)	p*
Habilidades visuoespaciais			
Grupo controle	11.95 ± 2.01	11.92 ± 1.65	0.33
Grupo psicológico	11.77 ± 1.64	12.41 ± 3.84	0.001
p**	0.34	0.09	
Pontuação total			
Grupo controle	62.57 ± 9.81	62.43 ± 1.43	0.28
Grupo psicológico	61.05 ± 9.11	68.12 ± 7.63	0.001
p**	0.24	0.009	

Fonte: As autoras.

Nota: *p (desempenho intragrupo antes e após a intervenção); **p (desempenho intergrupos antes e após a intervenção). Equações de Estimações Generalizadas com teste de comparações múltiplas de Bonferroni.

A Tabela 2 apresenta as médias, desvio-padrão e a diferença estatística entre o GC e o GN antes e após a intervenção neuropsicológica nos instrumentos de avaliação psicológica e de qualidade de vida. Não foi encontrada diferença significativa entre os grupos GN e GC no período pré-intervenção: GDS-15 ($p=0.38$), BAI ($p=0.10$), EDEP ($p=0.47$), WHOQOL-Old ($p=0.41$) e WHOQOL-Bref ($p=0.38$). Entretanto, após a intervenção, o GN melhorou seu desempenho nos cinco instrumentos avaliados em relação ao período pré-intervenção: GDS-15 ($p=0.02$), BAI ($p<0.0001$), EDEP ($p<0.0001$), WHOQOL-Old ($p=0.008$) e WHOQOL-Bref ($p=0.0001$); tais resultados não foram encontrados no GC. Observa-se, ainda, que o GN apresentou menos sintomas relacionados à ansiedade ($p=0.001$), maior bem-estar psicológico ($p=0.03$) e melhora na autoavaliação da qualidade de vida ($p=0.04$), quando comparado ao GC no período pós-intervenção.

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	0.25
Grupo Neuropsicológico	3,72 ± 3.44	3,31 ± 2.72	0.02
p**	0.38	0.13	
BAI			
Grupo controle	10,64 ± 8.99	10,49 ± 8.58	0.22
Grupo Neuropsicológico	8,31 ± 6.98	5,7 ± 4.07	0.0001
p**	0.10	0.001	

	Pré-teste (m ± dp)	Pós-teste (m ± dp)	p*
EDEP			
Grupo controle	119,77	119,49	0.15
Grupo Neuropsicológico	119,95	124,08	0.0001
p**	0.47	0.03	
WHOQOL BREF			
Grupo controle	4,00 ± 0.60	4,12 ± 1.51	0.23
Grupo Neuropsicológico	3,96 ± 0.51	4,70 ± 1.95	0.008
p**	0.41	0.09	
WHOQOL OLD			
Grupo controle	90,95 ± 11.56	90,72 ± 12.19	0.25
Grupo Neuropsicológico	90,23 ± 8.73	95,69 ± 11.97	0.0001
p**	0.38	0.04	

Fonte: As autoras.

Nota: *p (desempenho intragrupo antes e após a intervenção); **p (desempenho intergrupos antes e após a intervenção). Equações de Estimações Generalizadas com teste de comparações múltiplas de Bonferroni.

4 Discussão

Objetivou-se investigar os efeitos da intervenção neuropsicológica em grupo na cognição, no estado psicológico e na qualidade de vida de idosos com Comprometimento Cognitivo Leve. Os resultados foram: 1) o GN apresentou melhora nos seis subtestes e no escore total do ACE-R; 2) nos subtestes linguagem e memória, os integrantes do GN obtiveram pontuação estatisticamente superior ao GC; 3) houve redução na frequência de sintomas associados à ansiedade e à depressão no GN; 4) a intervenção teve efeito positivo no bem-estar psicológico; e 5) na autoavaliação da qualidade de vida.

LIANG *et al.* (2019) conduziram uma metanálise com 13 estudos randomizados controlados que desenvolveram as seguintes intervenções: 1) estimulação cognitiva (atividades grupais; interação social; métodos não-específicos voltados à orientação para a realidade ou à terapia de reminiscências); 2) treino cognitivo (testes cognitivos ou neuropsicológicos; tarefas computadorizadas ou com papel e caneta; treino de memória com atividades diárias; e inibidores da colinesterase); e 3) reabilitação cognitiva (relatar dificuldades cognitivas; psicoterapia individual a fim de lidar com problemas cotidianos; compensar os prejuízos de memória com ajuda de máquinas ou técnicas). O objetivo era comparar as três intervenções quanto aos efeitos no desempenho cognitivo

de idosos com CCL, totalizando 627 pacientes participantes das intervenções e 661 controles. Os autores concluíram que a estimulação cognitiva foi a mais eficaz das intervenções, seguida do treino cognitivo e da reabilitação cognitiva.

SHERMAN *et al.* (2017) realizaram uma metanálise com 26 ensaios clínicos controlados para avaliar a eficácia de intervenções cognitivas em sujeitos diagnosticados com CCL. Os autores consideram como “intervenções cognitivas” ações que incluíssem treino, reabilitação, estimulação ou tratamento. Os achados sugerem que pacientes que passam por intervenções que trabalham especificamente a memória ou múltiplos domínios cognitivos simultaneamente (incluindo mudanças no estilo de vida) são eficazes para melhorar o desempenho em testes neuropsicológicos após a intervenção. Essas intervenções aparentemente requerem o envolvimento de diversos processos neurais, facilitando a ativação de mecanismos neurais compensatórios e relacionados à neuroplasticidade.

TROYER *et al.* (2008) realizaram treino de memória, atividades de relaxamento e psicoeducação, durante seis meses, objetivando testar os efeitos de um programa de intervenção multidisciplinar em grupo na memória de 68 idosos com CCL. Após avaliar os resultados dos instrumentos *Hopkins Verbal Learning Test* (HVLT), *Brief Visual Memory Test* (BVMT), *Wechsler Memory Scale-Revised Verbal Paired Associates* e *Rey-Osterreith Complex Figure Recall* os autores observaram o aumento do conhecimento e do uso de estratégias de memória, o que foi associado à participação no programa.

BUSCHERT *et al.* (2011) observaram 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.

SILVA *et al.* (2015) conduziram 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). No presente estudo, verificou-se 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. Entretanto, diferente de Silva *et al.* (2015), a amostra era socialmente ativa e funcionalmente independente.

No tocante à melhora no desempenho cognitivo do GN, ainda que a amostra participasse de um centro de idosos, 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, atividades que constituem um fator de proteção contra os declínios cognitivos na velhice (TRUDEL-FITZGERALD *et al.*, 2019).

Em segundo lugar, tanto do GN quanto do GC, estavam inseridos no ambiente complexo de um centro de convivência. A complexidade do ambiente é definida pelos diversos estímulos e pela requisição de múltiplas e complexas decisões e contingências; tais padrões de exigência dentro do ambiente requerem esforços cognitivos (BECKERT *et al.*, 2012). Entre os idosos do GN, a intervenção neuropsicológica proporcionou uma intensificação deste ambiente complexo, na medida em que requereu das participantes habilidades como: 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 e que os idosos apresentam recursos residuais para manter suas habilidades cognitivas e aumentar o conhecimento e o uso de estratégias cognitivas (LIANG *et al.*, 2019). A intervenção neuropsicológica proposta promoveu o envolvimento em diversas atividades intelectuais (uso de estratégias internas e externas para melhorar o desempenho cognitivo; aquisição de conhecimento e habilidades para lidar com o CCL; capacidade de contextualização e raciocínio crítico; requerer concentração, atenção, percepção do próprio corpo e habilidade de comunicação; repensar metas a partir das dificuldades cognitivas), as quais podem minimizar os prejuízos cognitivos em idosos.

Quanto à avaliação psicológica, os idosos do GN obtiveram melhor pontuação 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, houve a redução significativa dos sintomas relacionados a essas psicopatologias no GN. Esses achados estão em concordância com o descrito por Orgeta *et al.* (2015) em uma revisão sistemática sobre tratamento psicológico de ansiedade e depressão: houve redução dos sintomas tanto em pacientes com demência quanto com CCL.

A diminuição dos sintomas no GN 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 (ORGETA *et al.*, 2015). Os idosos do GN melhoram

significativamente a pontuação na EDEP após a intervenção, o que não foi observado no GC. A pontuação máxima da escala é de 150 pontos e considera-se que quanto menor a pontuação do indivíduo, pior é a condição psicológica (RYFF, 2013). 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 e de constante aperfeiçoamento para manter o crescimento e o desenvolvimento (TRUDEL-FITZGERALD *et al.*, 2019; RYFF, 2013), aspectos estes que foram trabalhados durante a intervenção neuropsicológica proposta neste trabalho.

Por fim, a avaliação da qualidade de vida indicou que o GC teve desempenho inferior comparado ao GN 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). Qualidade de vida é um conceito amplo e complexo, que engloba fatores como o estado psicológico, o nível de independência e as relações sociais, aspectos que foram trabalhados durante a intervenção neuropsicológica.

É importante destacar que não foram encontrados na literatura estudos com idosos com CCL que incluíssem a bateria de instrumentos utilizada nessa pesquisa. 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. A combinação de diferentes tipos de intervenção (como treino cognitivo, ensino de estratégias, psicoeducação, entre outros) propicia ganhos funcionais e aumento de independência, fundamentais para uma melhor qualidade de vida (TRUDEL-FITZGERALD *et al.*, 2019).

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, dada a vulnerabilidade socioeconômica de parcela expressiva da população,

observou-se que uma intervenção de 12 semanas demonstrou benefícios significativos. Tais benefícios podem ser adaptados e reproduzidos inclusive por familiares e cuidadores, através de jogos, histórias, músicas, conversas sobre filmes e notícias, exercícios, passeios, entre outros.

Uma limitação do estudo foi não ter ofertado atividades alternativas (placebo) ao Grupo Controle durante a realização da intervenção com o Grupo Neuropsicológico. Outra limitação consiste na amostra ser composta exclusivamente por mulheres e por participantes de um centro de convivência para idosos. Apesar de terem sido registrados, durante a entrevista semiestruturada, os medicamentos utilizados pelos idosos, não foi avaliado se possíveis efeitos colaterais de algumas medicações poderiam ter influenciado, em algum grau, o desempenho dos participantes durante as testagens. Também seria importante a realização de etapas de *follow-up* para verificar se as mudanças observadas se mantêm com o passar do tempo. Uma possibilidade seria ampliar o estudo para um ano, com intervenções grupais e individuais, e após esse período apresentar os resultados das intervenções, comparando ambas.

5 Conclusão

Essa pesquisa estudou uma amostra de idosos 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. Concluímos que: os idosos que participaram da intervenção neuropsicológica apresentaram melhora nos cinco subtestes e no escore total do Exame Cognitivo de Addenbrooke; nos subtestes linguagem e memória, os 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 estatisticamente 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; e 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.

THE IMPACT OF NEUROPSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN MILD COGNITIVE IMPAIRMENT

abstract

Objective: We sought to investigate a neuropsychological intervention focused on improving cognition, psychological aspects, and quality of life of elderly people with Mild Cognitive Impairment. **Method:** A controlled and randomized study, blind to the evaluator, was executed. We evaluated 78 elderly people, divided into the Neuropsychological and Control groups, through: a semi-structured interview, Addenbrooke's Cognitive Examination, Katz Index, Lawton and Brody Scale, Geriatric Depression Scale, Beck Anxiety Inventory, Personal Development Scale, WHOQOL-bref and WHOQOL-old. **Results:** After the intervention, the Neuropsychological Group showed: improvement in the cognitive subtests and in the total score; reduction in the frequency of symptoms associated with anxiety and depression; a better psychological well-being and quality of life. The research highlights useful intervention strategies for improving the general condition of these patients and rehabilitating damaged areas. **Conclusion:** We concluded that there is a relationship between neuropsychological intervention and improvement in cognitive and psychological performance, as well as in the quality of life in elderly people with Mild Cognitive Impairment.

key words

Neuropsychology. Mild Cognitive Impairment. Quality of life. Aging.

referências

- ALMEIDA, Osvaldo; ALMEIDA, Shirley. 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, 1999.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION *et al.* Guidelines for psychological practice with older adults. *The American Psychologist*, Washington, v. 69, n. 1, p. 34, 2014.
- BECKERT, Michele; IRIGARAY, Tatiana; TRENTINI, Clarissa. Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 29, n. 2, p. 155-162, 2012.
- 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*, [s.l.], v. 25, n. 4, p. 679-694, 2011.

- CARVALHO, Viviane Amaral; CARAMELLI, Paulo. Brazilian adaptation of the Addenbrooke's cognitive examination-revised (ACE-R). *Dementia e Neuropsychologia*, São Paulo, 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*, [s.i.], v. 25, n. 2, p. 72-76, 2012.
- CHANDLER, Melanie *et al.* Everyday impact of cognitive interventions in mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology Review*, [s.i.], v. 26, n. 3, p. 225-251, 2016.
- CONRAD, Ines *et al.* Quality of life of individuals with mild cognitive impairment. *Psychiatrische Praxis*, [s.i.], v. 42, n. 3, p. 152-157, 2015.
- CUNHA, Jurema. Inventário de Depressão de Beck: Catálogo de técnicas úteis. In: Cunha, Jurema (org). *Psicodiagnóstico V*. 5 ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 2001, 5ª ed.
- FLECK, Marcelo P.; CHACHAMOVICH, Eduardo; TRENTINI, Clarissa. Desenvolvimento e validação da versão em Português do módulo WHOQOL-OLD. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 5, p. 785-791, 2006.
- FLECK, Marcelo P. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. *Revista de Saude Publica*, Rio de Janeiro v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.
- GREGORIO, Gil. Diagnostic criteria. Benefits of early diagnosis. *Revista Española de Geriatria e Gerontologia*, [s.i.], v. 51, n. 1, p. 7-11, 2016.
- KARA-JUNIOR, Newton. Definição da população e randomização da amostra em estudos clínicos. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, Rio de Janeiro, v. 73, n. 2, p. 67-68, 2014.
- LIANG, Jing-Hong *et al.* The optimal treatment for improving cognitive function in elder people with mild cognitive impairment incorporating Bayesian network meta-analysis and systematic review. *Ageing Research Reviews*, [s.i.], v. 51, p. 5-96, 2019.
- 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*, Cambridge, v. 29, n. 1, p. 105-113, 2017.
- 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*, Cambridge, v. 207, n. 4, p. 293-298, 2015.
- PETERSEN, Ronald *et al.* Mild cognitive impairment: a concept in evolution. *Journal of internal medicine*, [s.i.], v. 275, n. 3, p. 214-228, 2014.
- RYFF, Carol. Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Basel, v. 83, n. 1, p. 10-28, 2013.
- RODRÍGUEZ, Jose.; GUTIÉRREZ, Guzman. Definition and prevalence of Mild Cognitive Impairment. *Revista Española de Geriatria e Gerontologia*, [s.i.], v.52, n. 1, p. 3-6, 2017.
- 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*, Fortaleza, v. 21, n. 4, 2008.
- SHERMAN, Dale; MAUSER, Justin; NUNO, Mirian; SHERZAI, Dean. The Efficacy of Cognitive Intervention in Mild Cognitive Impairment (MCI): a Meta-Analysis of Outcomes on Neuropsychological Measures. *Neuropsychology Review*, [s.i.], n. 27, p. 440-484, 2017.
- SILVA, Gisele *et al.* Neuropsychological group rehabilitation of institutionalized elderly with Cognitive Deficit without Dementia. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, Coimbra, v. 1, n. 2, p. 15-30, 2015.

TROYER, Angela *et al.* Changing everyday memory behaviour in amnesic mild cognitive impairment: a randomised controlled trial. *Neuropsychological Rehabilitation*, [s.i.], V. 18, N. 1, P. 65-88, 2008.

TRUDEL-FITZGERALD, Claudia *et al.* Psychological well-being as part of the public health debate? Insight into dimensions, interventions, and policy. *BMC Public Health*, [s.i.], v. 19, n. 1, p. 1712, 2019.

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

Data de Submissão: 22/11/2017
Data de Aprovação: 10/11/2020

