

Comprometimento Cognitivo Leve em Idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção

*Mild Cognitive Impairment:
evaluation, associated factors and intervention possibilities*

Doris Firmino Rabelo

RESUMO: Procurou-se, com este artigo, fazer uma reflexão sobre os fatores associados ao declínio cognitivo leve em idosos, métodos de avaliação e possibilidades de intervenção. Verificou-se que aqueles idosos com maior escolaridade, com maior suporte social, com um histórico de saúde positivo, com maior engajamento social, com um estilo de vida positivo, com melhor saúde percebida, com menos queixas subjetivas de memória, com melhor saúde mental e com menos sintomas depressivos apresentam menor declínio cognitivo. A avaliação abrange várias etapas e requer um olhar multiprofissional. As possibilidades de intervenção envolvem atividades preventivas e de controle dos fatores de risco, intervenções que ajudam a evitar a evolução do declínio e a reabilitação neuropsicológica.

Palavras-Chave: Declínio Cognitivo Leve; Demência; Idosos.

ABSTRACT: *This paper aimed at making considerations about the factors associated to mild cognitive impairment in elderly, and about the methods of evaluation and possibilities of intervention. We verified that the elderly with higher levels of schooling, with better social support, with a positive health history, with greater social engagement, with a positive life style, with better health, with less memory complaints, with better mental health and with less depressive symptoms, present a smaller cognitive decline. The evaluation reaches many stages and requires a multi-professional look. The possibilities of intervention involve prevention activities and control of risk factors, as well as interventions that help to avoid the decline and neuropsychological rehabilitation.*

Keywords: *Mild cognitive impairment, Dementia, Elderly.*

Introdução

Proporcionalmente, a população idosa é a que mais cresce hoje no Brasil. Este fenômeno traz repercussões importantes, ocasionando uma intensificação do interesse pela promoção do envelhecimento saudável e da preocupação com a prestação de serviços aos idosos nas áreas médica, social, educacional e psicológica. Dentre as consequências do envelhecimento populacional, ocorre a modificação do perfil de saúde, tornando-se mais frequentes as complicações associadas às doenças crônico-degenerativas, como as demências.

No âmbito da saúde, o desafio tem que ser enfrentado tanto pelo indivíduo, quanto pelo Estado, que tem que buscar soluções para o aumento do número de usuários dos serviços públicos e, ao mesmo tempo, tem que implementar uma política de promoção da saúde, a fim de evitar uma sobrecarga para o sistema e para os indivíduos.

No campo da saúde mental, tem havido um aumento da procura por atendimento, mas ainda faltam profissionais qualificados e preparados para lidar com as particularidades do idoso, assim como são escassos os serviços especializados para atendimento de pacientes geriátricos. Há necessidade de se investir nos serviços hospitalares, na implantação de atendimento domiciliar com enfoque gerontológico e principalmente em projetos de prevenção e reabilitação na comunidade (Vega *et al.*, 2007).

As demências representam um problema de saúde pública crescente, é uma das causas mais importantes de morbi-mortalidade e traz graves consequências para a vida do afetado e de seus familiares (Caixeta, 2004). Estudos epidemiológicos indicam que a prevalência de demências em idosos pode variar de 1 a 2% entre aqueles com 60 a 65 anos, 20% entre os indivíduos com 80 a 90 anos, e pode chegar aos 40% entre aqueles mais velhos (acima de 90 anos). Considerando a significativa prevalência desta doença e as consequências que ela pode acarretar na vida dos envolvidos, é de suma importância que os profissionais de saúde saibam identificar indivíduos com risco potencial de desenvolver demência bem como estejam preparados para lidar com as demandas destes pacientes. Além disso, precisam saber distinguir entre o envelhecimento normal e o patológico para que as intervenções sejam adequadas e mais eficazes (Azambuja, 2007).

Idosos com o chamado “declínio cognitivo leve”, caracterizado por um declínio cognitivo maior do que o esperado, têm maior risco de desenvolver algum tipo de demência, especialmente a do tipo Alzheimer (DA). Isto nos leva a questionar quais são os fatores que estão associados ao declínio cognitivo e quais seriam aqueles que poderiam atuar como protetores ou como risco deste declínio. Além disso, como avaliar indivíduos nestas condições e de que maneira intervir são questionamentos que podem beneficiar os mais velhos e seus familiares (Bottino & Moreno, 2006).

No entanto, o Brasil ainda padece da falta de informações epidemiológicas precisas da incidência e prevalência de idosos com declínio cognitivo e daqueles portadores de demência. Estas informações são fundamentais para os planejadores de saúde na formulação de formas de assistência a essa população, serviços especializados, formação de recursos humanos e serviços de suporte aos cuidadores (Scazufova *et al.*, 2002).

Neste contexto, o objetivo deste artigo é fazer uma reflexão sobre os fatores associados ao declínio cognitivo leve em idosos, quais os métodos de avaliação e as possibilidades de intervenção.

Declínio Cognitivo Leve (DCL)

A cognição envolve todo o funcionamento mental como as habilidades de pensar, de perceber, de lembrar, de sentir, de raciocinar e de responder aos estímulos externos. Embora ocorram mudanças no desempenho cognitivo em alguns domínios com o envelhecimento, estes prejuízos não chegam a afetar a vida cotidiana dos idosos e seus familiares. Para um grande número de idosos, as capacidades cognitivas permanecem preservadas, embora se torne mais difícil armazenar e recuperar informações. Existe grande variabilidade intra e interindividual no funcionamento cognitivo na terceira idade, sendo possível o declínio em áreas diferentes e até mesmo o aperfeiçoamento em outras (Papalia & Olds, 2000).

O declínio cognitivo leve (DCL) ou comprometimento cognitivo leve (CCL) trata-se de um declínio cognitivo maior do que o esperado para idade e escolaridade do indivíduo, mas que não interfere notavelmente nas atividades de vida diária. Pessoas com DCL podem permanecer estáveis ou voltar à normalidade ao longo do tempo, mas mais da metade progride para uma demência dentro de cinco anos. Sendo esta condição

um estado de risco para demência, sua identificação pode levar a uma prevenção secundária pelo controle dos fatores de risco associados (Gauthier *et al.*, 2006).

Em estudo longitudinal com idosos residentes em São Paulo, Ramos e colaboradores (1998) encontraram que 30,2% dos sujeitos estudados apresentaram prejuízos cognitivos.

Machado e colaboradores (2007) avaliaram o declínio cognitivo de idosos em Viçosa (MG) em um estudo transversal e observaram uma frequência de 36,5% de indivíduos nestas condições.

Segundo o “Mayo Clinic Alzheimer’s Disease Research Center” (Damasceno, 2004), o DCL caracteriza-se pela queixa de memória (corroborada por uma familiar), pelo comprometimento da memória em testes (desempenho pelo menos 1,5 desvio padrão abaixo da média e escore 0,5 na Escala CDR), pela função cognitiva global preservada, pelas atividades de vida diária intacta e sem demência. Esta é uma condição intermediária entre o envelhecimento normal e a demência e de alto risco para o desenvolvimento da segunda. A perda de memória episódica é maior que o esperado, mas não preenche os critérios aceitos para a demência. Os sujeitos nestas condições podem evoluir para doença tipo Alzheimer numa razão de 10 a 15% ao ano (Brucki, 2004). Segundo Gauthier e colaboradores (2006), talvez a melhor terminologia atual para esta desordem seja declínio cognitivo subjetivo, devido à relevância da auto-percepção das dificuldades como indicadora de declínio cognitivo objetivo.

A percepção do funcionamento da própria memória é fator importante e as queixas sobre as falhas da memória podem indicar alterações normais do envelhecimento, mas também podem sinalizar o início de um quadro patológico. Portanto, as queixas de memória devem ser investigadas cuidadosamente. Almeida (1998) investigou em uma população de idosos atendidos em ambulatório de saúde mental de São Paulo as associações clínicas das queixas de problemas com a memória. Verificou que as dificuldades subjetivas de memória foram frequentes entre os participantes, embora sozinhas possuam baixo valor preditivo para o diagnóstico de demência. Pacientes com este tipo de queixa tenderam a apresentar mais sintomas ansiosos e depressivos e, entre os portadores de demência, mais de ¾ deles relatam problemas com a memória.

Segundo Damasceno (2004), as queixas de memória associam-se constantemente com o declínio em outras funções cognitivas. Nesse sentido, assume-se que o DCL pode existir em vários subtipos, tais como o amnésico, de múltiplos

domínios (linguagem, funções executivas, habilidades visuoespaciais com ou sem alteração da memória), e de um único domínio que não a memória. As etiologias podem ser variadas, sendo que o do subtipo amnésico, especialmente quando compromete outras funções cognitivas, tem grande chance de se converter para a doença de Alzheimer, enquanto que o subtipo sem alteração de memória tem maior chance de progredir para outros tipos de demência.

O idoso com declínio cognitivo leve com potencial risco para o desenvolvimento de demência pode perder gradativamente sua capacidade de realizar suas atividades cotidianas e ter seus relacionamentos sociais afetados, devido à longa extensão e complexidade que envolve uma doença crônica e degenerativa. Nesse sentido, uma avaliação das funções cognitivas pode detectar precocemente indivíduos nesta situação, o que possibilita ao idoso e seus familiares a tomada de providências que possam evitar ou retardar a manifestação dos prejuízos sociais e emocionais que o desenvolvimento de uma demência pode acarretar (Machado *et al.*, 2007).

Fatores associados ao declínio cognitivo em idosos

O risco de desenvolvimento de declínio cognitivo tem sido associado a fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo. Têm-se destacado na literatura fatores tais como baixa escolaridade, idade avançada, hipertensão arterial, história de acidente vascular encefálico (Magalhães *et al.*, 2008), predominância em mulheres, 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, podendo preceder o desenvolvimento da demência ou coexistir com a doença (Carthey-Goulart *et al.*, 2007).

Segundo Ribeiro e Yassuda (2007), estudos atuais têm demonstrado relações entre o estilo de vida e a capacidade cognitiva. Ao que parece, certos estilos de vida têm potencial para proteger os idosos do declínio cognitivo. Os elementos mais estudados incluem o engajamento social, as redes sociais e o envolvimento em atividades mentais, de lazer e físicas. Argimon e colaboradores (2004) investigaram se a diversidade de opções de atividades de lazer contribuía nas habilidades cognitivas de idosos de Veranópolis (RS). Os resultados indicaram uma contribuição independente das

atividades de lazer na predição do desempenho cognitivo, isto é, quanto mais atividades de lazer, melhor o desempenho dos idosos em habilidades como a linguagem, a memória e a atenção.

Muangpaisan e colaboradores (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 DCL 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 e colaboradores (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.

Estudo longitudinal de Scarmeas e colaboradores (2001), com o objetivo de determinar em que medida atividades de lazer modificam o risco para demência incipiente em idosos americanos, mostraram que aqueles indivíduos com alto engajamento em atividades de lazer tinham menor risco de desenvolver demência. Mesmo quando fatores, tais como educação, ocupação e grupo étnico, foram controlados, e quando foram considerados o desempenho cognitivo, as limitações de saúde interferindo em atividades sociais, as doenças cerebrovasculares e a depressão, os idosos que apresentavam este envolvimento em atividades de lazer sociais, físicas ou intelectuais, tinham 38% menos risco de desenvolver demência.

Wang e colaboradores (2002) testaram a hipótese de que o engajamento em diversas atividades sociais e de lazer faz decrescer o risco de desenvolver demência, em um estudo longitudinal com idosos suecos acima de 75 anos. Os resultados indicaram que as atividades estimulantes, sejam elas mentais ou sociais, são fatores protetores da demência, indicando que tanto a interação social, quanto a estimulação intelectual são relevantes para a preservação do funcionamento mental na velhice.

Fratiglioni e colaboradores (2000) acompanharam uma coorte de idosos inicialmente saudáveis ao longo de três anos na Suécia. Verificaram que os indivíduos que viviam sozinhos, sem contatos sociais próximos, apresentaram maior risco de

desenvolvimento de uma demência. A pouca frequência nos contatos sociais não aumentou o risco se estes fossem percebidos como satisfatórios. De modo geral, uma rede social limitada aumenta o risco de declínio cognitivo. Seeman e colaboradores (2001) encontraram resultados semelhantes ao investigar uma coorte de idosos americanos com alto funcionamento físico e mental ao longo de sete anos e meio. Os participantes que recebiam mais suporte emocional apresentaram melhor funcionamento cognitivo. Os dados corroboram a relevância do papel do ambiente social na proteção contra o declínio cognitivo na velhice.

Keller-Cohen e colaboradores (2006) investigaram a associação entre relações sociais, linguagem e cognição entre idosos americanos acima de 85 anos. Encontraram que os participantes que tinham maior participação em atividades sociais e de lazer, maior diversidade nos contatos sociais, maior suporte emocional e maior satisfação com o suporte, desempenharam melhor as tarefas de habilidades linguísticas.

Certas habilidades práticas, tais como a capacidade de administrar o próprio dinheiro, fazer compras, realizar tarefas domésticas, isto é, de viver independentemente, também estão relacionadas com a competência cognitiva. É sempre utilizada a avaliação da funcionalidade em atividades de vida diária no rastreamento de casos de suspeita de síndrome demencial. Acredita-se que o decréscimo nas funções cognitivas leva ao comprometimento da capacidade de cuidar de si mesmo e de executar tarefas cotidianas (Abreu, Forlenza, & Barros, 2005). Marra e colaboradores (2007) compararam o desempenho de idosos mineiros com diferentes níveis de demência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária. O desempenho dos idosos nas atividades de vida diária teve relação com a gravidade da demência. Aqueles nos estágios iniciais ficam mais comprometidos nas atividades instrumentais (manejo do ambiente doméstico e fora dele) e, nos estágios mais avançados, nas atividades básicas relacionadas ao autocuidado.

Tendo em vista os fatores de risco para a progressão de uma demência, devemos considerar que os profissionais de saúde devem monitorar de perto os indivíduos que se encontram nestas condições e aqueles com declínio cognitivo leve. Existem evidências suficientes, indicando que uma intervenção planejada é benéfica na prevenção do declínio cognitivo (Chertkow *et al.*, 2008). No entanto, estes fatores de risco podem apresentar diferenças regionais e culturais, além de existirem poucos estudos desta natureza no Brasil. Sendo assim, faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas sobre os fatores de risco associados ao declínio cognitivo e da incidência de declínio

cognitivo leve em idosos na comunidade. Dados desta natureza podem ser úteis aos profissionais de saúde e aos planejadores de saúde pública.

Avaliação do DCL

O processo diagnóstico do DCL abrange várias etapas. Em primeiro lugar, leva-se em consideração a queixa do paciente (ou de seu conhecido) sobre o seu funcionamento cognitivo. Se na avaliação da história de vida e do estado mental não forem observados critérios de demência, mas há alteração da cognição sem comprometimento no desempenho de atividades de vida diária, então a possibilidade é de DCL. Nesse processo, o médico avalia a causa ou etiologia subjacente, mediante testes e exames laboratoriais, exame físico geral ou neurológico e exames de neuroimagem (Damasceno, 2004). O neuropsicólogo atua realizando uma avaliação neuropsicológica mais abrangente e detalhada.

A avaliação neuropsicológica das funções cognitivas abrange a avaliação da atenção, linguagem, memória, capacidade visuomotora e funções executivas. Nesse sentido, para o diagnóstico diferencial entre o envelhecimento normal e o patológico, foram desenvolvidos vários testes, desde os de aplicação mais rápida até extensas baterias. Estas baterias podem ser padronizadas ou compostas por testes agrupados de acordo com a necessidade (Azambuja, 2007). Alguns dos instrumentos comumente utilizados em idosos são apresentados a seguir.

O Mini-Exame do Estado Mental (Bertolucci *et al.*, 1994 & Brucki *et al.*, 2003) é um teste de rastreamento e permite uma avaliação global do funcionamento cognitivo. É composto por uma avaliação objetiva da orientação, memória, cálculo e linguagem. Funciona como indicador de déficit cognitivo. Esta é a escala mais citada e amplamente utilizada na avaliação de declínio cognitivo em idosos. Este teste é utilizado individualmente em pesquisas com idosos institucionalizados ou residentes na comunidade.

O CERAD (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) é uma bateria neuropsicológica utilizada para avaliação da doença de Alzheimer (Bertolucci *et al.*, 2001). Inclui o Mini-exame do estado mental e testes que avaliam a memória (fixação, evocação e reconhecimento), a linguagem (nomeação e fluência verbal), a praxia (cópia de desenhos) e função executiva (teste de trilhas).

A Bateria Neuropsicológica Abreviada – NEUROPSI (Abrisqueta-Gomes, 2004) que, atualmente, está sendo padronizada para a população brasileira, é constantemente citada para a avaliação de pacientes em fase inicial de doença de Alzheimer.

É constante também a utilização da escala WAIS – III. Embora seja um teste de inteligência (coeficiente intelectual) para adultos, seus subtestes avaliam funções cognitivas específicas que abrangem as áreas de: compreensão verbal, organização perceptual, memória de trabalho e velocidade de processamento. Em idosos, os subtestes mais utilizados incluem Vocabulário, Códigos, Semelhanças, Cubos, Dígitos e Busca de símbolos (Azambuja, 2007).

O Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia fez algumas recomendações para o diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil (Nitrini *et al.*, 2005). Este consenso buscou alternativas de aplicação simples e breve e recomendou o Mini-exame do Estado Mental para a avaliação cognitiva global; os testes de recordação tardia do CERAD ou o de desenho simples (apresentam-se 10 figuras concretas) para avaliação da memória; o teste de trilhas (forma A) ou extensão de dígitos (ordem direta e inversa) para avaliação da atenção; os testes de nomeação de Boston (CERAD), nomeação de objetos reais do ADAS-Cog ou nomeação de oito figuras do NEUROPSI para avaliação da linguagem; o teste de fluência verbal ou desenho do relógio para as funções executivas; o teste de Semelhanças do CAMDEX ou do NEUROPSI para avaliar conceituação e abstração; e os desenhos do CERAD para as habilidades construtivas.

Para uma avaliação neuropsicológica adequada, além das funções cognitivas, outros domínios são considerados. Avalia-se o desempenho do idoso em suas atividades de vida diária, uma vez que existe uma correlação positiva entre demência e incapacidade funcional, isto é, as características do declínio cognitivo interferem de forma significativa na capacidade funcional do idoso (Litvoc, 2006). Leva-se em conta a presença de sintomas depressivos (Stoppe & Scalco, 2006), pois o quadro clínico da depressão assemelha-se ao de demência (pseudo-demência) podendo causar confusão no diagnóstico. Além disso, os sintomas depressivos são parte integrante da demência, sendo um distúrbio neuropsiquiátrico associado. O estilo de vida também é investigado já que comportamentos, hábitos e condições sociais, educacionais e de saúde constituem fatores de risco para o desenvolvimento de declínio cognitivo.

Encontra-se nos estudos sobre DCL muita heterogeneidade nos resultados e métodos empregados, dificultando a comparação de resultados e a generalização dos dados. Sendo assim, o conceito de declínio cognitivo leve frequentemente remete a uma condição imprecisa. Nesse sentido, medidas neuropsicológicas adequadas para o diagnóstico do DCL, estudos epidemiológicos, bem como métodos de avaliação da progressão ou melhora de indivíduos nestas condições, são cruciais.

Possibilidades de intervenção

O desempenho e o funcionamento cognitivo dos idosos têm recebido bastante atenção dos psicólogos, geriatras e outros profissionais da área da saúde. Esse interesse se justifica pelo fato de que alterações nas funções cognitivas podem comprometer o bem-estar biopsicossocial do idoso e o dia a dia de seus familiares. Além disso, é frequente a queixa de idosos diante de seu desempenho cognitivo, especialmente a memória. Esta é uma área com amplas possibilidades de atuação do psicólogo, seja em programas de prevenção, avaliação ou reabilitação (Souza & Chaves, 2005).

Embora muitos dos conhecimentos acumulados sobre as demências não sejam ainda completamente esclarecedores sobre suas potenciais causas, como “tratar” ou como evitar que ocorram em outras pessoas, alguns fatores associados podem ser modificados (Almeida, 2004). É possível lançar mão de algumas estratégias para reduzir a incidência de demência em idosos residentes em uma comunidade.

Acidentes vasculares cerebrais, hipertensão arterial, o diabetes, o álcool, o fumo e o não-engajamento em atividades físicas e mentais, são eventos e comportamentos de saúde que estão associados ao desenvolvimento de demência e que são potencialmente modificáveis (Scalco, Van Reekum, & Bazarella, 2006). Muitos idosos sofrem com as consequências decorrentes de hábitos prejudiciais e comportamentos de risco previsíveis. A psicologia pode contribuir na otimização dos processos de mudança de comportamentos, alteração de hábitos e adesão ao tratamento, fatores fundamentais à promoção da saúde e qualidade de vida.

Embora fatores sociais, culturais, econômicos e biológicos exerçam um papel fundamental na determinação da qualidade de vida dos idosos, a melhora destas condições requer o controle do indivíduo sobre o seu próprio comportamento. Os

fatores psicológicos refletem a percepção subjetiva do indivíduo e sua avaliação da situação funcionando como elementos importantes na prevenção e adesão de comportamentos saudáveis, na percepção de suporte social, nas estratégias de enfrentamento a eventos estressantes e no ajustamento pessoal. Ou seja, pode-se considerar, como possibilidade de intervenção, o trabalho com idosos na comunidade, no sentido de favorecer a adesão de comportamentos saudáveis e no engajamento de atividades sociais, educacionais e de lazer.

Devem-se levar em conta, enquanto possibilidade de intervenção, a avaliação e o planejamento de projetos e atividades para grupos de idosos, visando à prevenção de dificuldades relacionadas ao declínio cognitivo, bem como de reabilitação. Existem pesquisas atuais, mostrando que é possível em muitos casos retardar ou até mesmo evitar a evolução de uma demência mediante práticas de estimulação física e mental e de reabilitação (Abrisqueta-Gomes, 2006).

Souza e Chaves (2005) verificaram o efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. Utilizaram exercícios de resolução de problemas, cálculos, memorização visual, leitura dentre outros, num total de 16 horas de atividades. Observaram que, após a oficina, 66% dos idosos aumentaram seu desempenho no pós-teste.

Bottino e colaboradores (2002) avaliaram o efeito de um trabalho multidisciplinar com a utilização de um tratamento combinado (farmacológico + treinamento cognitivo) em um grupo de pacientes com DA leve, ao longo de sete meses. Verificaram que, após o acompanhamento, houve estabilização ou discreta melhora dos déficits cognitivos e no desempenho das atividades de vida diária dos pacientes, além da estabilização ou redução dos níveis de depressão e ansiedade.

Estes estudos corroboram dados de outros estudos, indicando que os idosos podem beneficiar-se de programas de estimulação psicossocial e cognitiva, sendo saudáveis ou apresentando características de demência inicial. Embora não exista uma cura para as doenças crônico-degenerativas, como as demências, para aqueles que se encontram em uma “zona indefinida”, como o DCL, as intervenções precoces podem fazer a diferença.

Se a avaliação cognitiva do idoso é um instrumento útil tanto no auxílio diagnóstico de outros profissionais como neurologistas, geriatras ou psiquiatras, quanto para o planejamento e execução de medidas terapêuticas e de reabilitação, a formação de profissionais qualificados também deve receber atenção. Neste contexto, o estudante

de graduação, futuro profissional, precisa aprender a fazer a distinção entre a senescência (envelhecimento normal) e senilidade (envelhecimento patológico). Pode-se assim, ajudar a preparar futuros profissionais para atuarem junto à população idosa, o que teria grande validade diante do contexto atual do envelhecimento e das mudanças acarretadas por este fenômeno. A formação de recursos humanos é outra possibilidade de intervenção.

Considerações Finais

Procurou-se, com este artigo, fazer uma reflexão sobre os fatores associados ao declínio cognitivo leve em idosos, métodos de avaliação e possibilidades de intervenção. O psicólogo vislumbra na complexa realidade do envelhecimento populacional uma busca por novos conhecimentos e procedimentos comprometidos com o contínuo desenvolvimento das pessoas, fortalecendo sua presença profissional. O atendimento prestado pela equipe de psicologia está diretamente relacionado à qualidade de serviços de saúde e o papel do psicólogo é, através das necessidades atuais de estrutura social, desenvolver uma prestação de serviços qualificada.

Nesse sentido, um serviço que necessita ser reestruturado com vistas ao atendimento do crescente contingente de idosos é o de neuropsicologia. Os estudos têm indicado que há um aumento da prevalência de déficits cognitivos e de demências diretamente proporcional à idade e, no entanto, há poucos serviços e profissionais especializados dessa natureza no atendimento aos idosos.

Quanto aos fatores associados ao DCL, verificou-se que aqueles idosos com maior escolaridade, com maior suporte social, com um histórico de saúde positivo, com maior engajamento social, com um estilo de vida positivo, com melhor saúde percebida, com menos queixas subjetivas de memória, com melhor saúde mental, e com menos sintomas depressivos, apresentam menor declínio cognitivo.

A avaliação do DCL abrange várias etapas e requer um olhar multiprofissional. Para aqueles idosos sem qualquer declínio significativo dentro do percurso do envelhecimento normal, atividades preventivas e de controle destes fatores de risco podem ser planejadas. Para aqueles idosos que já apresentam declínio cognitivo com potencial risco para demência, existem estratégias de intervenções que ajudam a evitar a

evolução do declínio. E a reabilitação neuropsicológica é um caminho promissor para aqueles já acometidos por uma demência.

É importante o incentivo às pesquisas que permitam conhecer melhor o perfil da nossa população geriátrica, possibilitando traçar planos de assistência. A formação de profissionais qualificados também deve receber atenção.

Referências

- Abreu, I. D., Forlenza, O. V., & Barros, H. L. (2005). Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (3): 131-6.
- Abrisqueta-Gomes, J. (2006). Introdução à reabilitação neuropsicológica em idosos. In: Abrisqueta-Gomes, J. & Santos, F. H. (orgs.) *Reabilitação neuropsicológica: da teoria à prática*. São Paulo: Artes Médicas: 137-54.
- Almeida, O. P. (1998). Queixa de problemas com a memória e o diagnóstico de demência. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 56, (3-A): 412-8.
- Almeida, O. P. (2004). Estratégias para prevenir demências. In: *Demências*. São Paulo: Lemos Editorial: 563-71.
- Argimon, I. L. et al. (2004). O impacto de atividades de lazer no desenvolvimento cognitivo de idosos. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 1 (1). Passo Fundo: 38-47.
- Azambuja, L. S. (2007). Avaliação neuropsicológica do idoso. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 4 (2). Passo Fundo: 40-5.
- Bertolucci, P. H. et al. (1994). O Mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 52 (3-B): 1-7.
- Bertolucci, P. H. et al. (2001). Aplicability of the CERAD neuropsychological battery to brazilian elderly. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 59 (3-A): 532-6.
- Bottino, C. M. C. et al. (2002). Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: relato de trabalho em equipe multidisciplinar. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 60 (1): 70-9.
- Bottino, C. M. C. & Moreno, M. D. Q. (2006). Comprometimento cognitivo leve: critérios diagnósticos e validade clínica. In: Bottino, C. M. C., Laks, J., & Blay, S. L. (orgs.) (2006). *Demência e transtornos cognitivos em idosos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 31-7.
- Brucki, S. M. D. (2004). Envelhecimento e memória. In: Bueno, O. F. A., Santos, F. H., & Andrade, V. M. (orgs.) *Neuropsicologia Hoje*. São Paulo: Artes Médicas: 389-402.
- Caixeta, L. (2004). Princípios gerais do diagnóstico das demências. In: *Demências*. São Paulo: Lemos Editorial: 79-88.
- Carthey-Goulart, M. T. et al. (2007). Versão Brasileira da Escala Cornell de depressão em demência. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 65 (3-B): 912-5.

- Chertkow, H. *et al.* (2008). Diagnosis and treatment of dementia: mild cognitive impairment and cognitive impairment without dementia. *CMAJ*, 178 (10): 1273-85.
- Damasceno, B. P. (2004). Comprometimento cognitivo leve e doença de Alzheimer incipiente. *In: Demências*. São Paulo: Lemos Editorial: 201-10.
- Fratiglioni, L. *et al.* (2000). Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet*, 355: 1315-9.
- Gauthier, S. *et al.* (2006). Mild cognitive impairment. *Lancet*, 15: 1262-9.
- Keller-Cohen, D. *et al.* (2006). Social relations, language and cognition in the “oldest old”. *Ageing & Society*, 26: 585-605.
- Litvoc, J. Transtornos cognitivos e incapacidades. *In: Bottino, C. M. C., Laks, J., & Blay, S. L. (orgs.) (2006). Demência e transtornos cognitivos em idosos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 38-48.
- Machado, J. C. *et al.* (2007). Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa (MG). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10 (4): 592-605.
- Magalhães, M. O. C. *et al.* (2008). Risk factors for dementia in a rural área on northeastern Brazil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 66 (2-A): 157-62.
- Marra, T. A. *et al.* (2007). Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11 (4): 267-73.
- Muangpaisan, W. *et al.* (2008). Quality of life on the community-based patients with mild cognitive impairment. *Geriatrics and Gerontology International*, 8: 80-5.
- Nitrini, R. *et al.* (2005). Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 63 (3-A): 720-7.
- Oliveira, S. F. D. *et al.* (2007). Demanda referida e auxílio recebido por idosos com declínio cognitivo no município de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 16 (1): 81-9.
- Papalia, D. E. & Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento Humano*, 7. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Ramos, L. R. *et al.* (1998). Two-year follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Rev. Saúde Pública*, 32 (5): 397-407.
- Ribeiro, P. C. C. & Yassuda, M. S. (2007). Cognição, estilo de vida e qualidade de vida na velhice. *In: Neri, A. L. (org.) Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas, SP: Alínea: 189-204.
- Scalco, M. Z., Van Reekum, R., & Bazzarella, M. (2006). Estratégias de prevenção da demência. *In: Bottino, C. M. C., Laks, J., & Blay, S. L. (orgs.) Demência e transtornos cognitivos em idosos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 335-43.
- Scarmeas, N. *et al.* (2001). Influence of leisure activity on the incidence of Alzheimer’s Disease. *Neurology*, 57: 2236-42.
- Scazufca, M. *et al.* (2002). Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. *Revista de Saúde Pública*, 36 (6): 773-8.

Seeman, T. E. *et al.* (2001). Social Relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: MacArthur Studies of Successful Aging. *Health Psychology*, 20 (4): 243-55.

Souza, J. N. & Chaves, E. C. (2005). O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39 (1): 13-9.

Stoppe, A. & Scalco, M. Z. (2006). Depressão e doença de Alzheimer. In: Bottino, C. M. C., Laks, J., & BLAY, S. L. (orgs.) *Demência e transtornos cognitivos em idosos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 273-81.

Vega, U. M. *et al.* (2007). Sintomas neuropsiquiátricos nas demências: relato preliminar de uma avaliação prospectiva em um ambulatório do Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 65 (2-B): 498-502.

Wang, H. *et al.* (2002). Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: a longitudinal study from the Kungsholmen *American Journal of Epidemiology*, 155 (12): 1081-7.

Zunzunegui, M. *et al.* (2003). Social Networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling spanish older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 58B (2): 93-100.

Recebido em: 10/10/2009

Aceito em: 17/10/2009

Doris Firmino Rabelo - Psicóloga, Mestre em Gerontologia pela UNICAMP, professora assistente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

E-mail: drisrabelo@yahoo.com.br