

Andreia Silva de Oliveira – 3700490

Fernanda da Cunha Miralha Vaz – 3700565

Keila Vasques Guerra Corrêa – 3700008

Vilma Faria dos Reis Santana – 3700430

**INTERVENÇÕES PARA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM
TRANSTORNO NEUROCOGNITIVO MAIOR EM ISOLAMENTO SOCIAL**

Duque de Caxias

2022

Andreia Silva de Oliveira
Fernanda da Cunha Miralha Vaz
Keila Vasques Guerra Corrêa
Vilma Faria dos Reis Santana

**INTERVENÇÕES PARA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM
TRANSTORNO NEUROCOGNITIVO MAIOR EM ISOLAMENTO SOCIAL**

Trabalho apresentado ao Curso de Psicologia, da
Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza
Herdy, como requisito parcial para a disciplina na
Trabalho de Conclusão de Curso.

Professor da disciplina: Flávio Lopes Guilhaon.

Duque de Caxias
2022

AGRADECIMENTOS

Agradecemos em primeiro lugar a Deus, por ter nos mantido com força e saúde para realização desse trabalho num momento tão difícil que é a Pandemia da Covid 19.

Às nossas famílias que compreenderam nosso período de distanciamento e nos apoiaram na realização de mais um projeto em nossas vidas.

À nossa professora Raquel Luiza Santos de Carvalho, a qual nos orientou no início do trabalho e ao querido professor Flávio Lopes Guilhaon, pela instrução e orientação que compartilhou conosco ao decorrer do mesmo, nesta disciplina, e pela força e coragem, pois mesmo diante de momentos de enfermidades fez-se presente, sendo de fundamental importância para o desenvolvimento e conclusão do trabalho.

Aos nossos colegas de turma, que foram muito importantes pelas trocas e companheirismo, que resultou em crescimento para nossa prática profissional, culminando em um processo eficaz de aprendizagem.

Finalizamos, deixando nossa gratidão a todos aqueles que, direta ou indiretamente, colaboraram para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	04
2	MÉTODO	06
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	07
3.1	INTERVENÇÕES	10
4	DISCUSSÃO E RESULTADOS.....	13
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	14
	REFERÊNCIAS.....	15

INTRODUÇÃO

Observa-se que o envelhecimento é uma fase natural da vida e sua proteção é um direito, conforme estabelecido no Art. 8º do Estatuto do Idoso “O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente” (BRASIL, 2003).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002) a idade a partir da qual se é considerado idoso, diversifica entre países desenvolvidos (65 anos) e em desenvolvimento (60 anos). No Brasil, o Estatuto do Idoso, declara como tal os indivíduos a partir dos 60 anos de idade (BRASIL, 2003).

Conforme cita Oliveira *et al.* (2014), o envelhecimento é definido como um processo progressivo, no qual ocorrem alterações biológicas, funcionais, psicológicas, que com o passar do tempo tendem a determinar uma acentuada perda da capacidade que o indivíduo possui de se adaptar ao meio ambiente. Tal processo pode variar de indivíduo para indivíduo, sendo gradativo para uns, e mais rápido para outros (CAETANO, 2006).

Pode-se afirmar que, em razão de diversos fatores como ressalta Marri (2019), demógrafa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), as causas mais relevantes para esse crescimento no envelhecimento, estariam relacionadas à redução de fecundidade, ou seja, um número menor de nascimentos a cada ano, além do aumento da expectativa de vida do brasileiro. Verifica-se que no Brasil, nos dias que correm, a redução da natalidade ocorre em ritmo mais acelerado do que a diminuição da mortalidade, sucedendo em limitação gradativa e no ritmo de crescimento populacional (WONG; CARVALHO, 2006).

De acordo com a Projeção da População, divulgada em 2018 pelo IBGE (2018), o Brasil possui mais de 28 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos, o que representa 13% da população do país.

Antigamente, as rugas, os cabelos brancos, eram considerados um dos indicadores fisiológicos relacionados ao envelhecimento; bem como a aposentadoria era um marcador social que significava o fim do exercício ativo de determinada atividade profissional e remunerada. Uma vez que organizamos nossa vida em torno do trabalho, e então o trabalho deixa de ser o organizador de nossa vida, temos indícios para outros riscos de vida onde a própria desvalorização da pessoa, dela sentir-se um peso, de

sentir-se incapaz, são questões presentes no momento da aposentadoria, e refletem na saúde mental na vida da pessoa, contribuindo como um grande colaborador para os transtornos neurocognitivos, que podem começar a surgir a partir dessas questões. Entretanto, não apenas esses marcadores podem ser considerados como referência.

Ao longo do tempo ocorreu aumento da expectativa de vida e diversos fatores corroboraram para isso, tais como o avanço da medicina, cuidados com a alimentação saudável dentre outros já mencionados. Consequentemente, a categorização da pessoa como idosa foi elevada a níveis de idade maiores.

O senso de subjetividade da idade de um sujeito em comparações com outros indivíduos, tendo como parâmetro a presença de marcadores biológicos, sociais e psicológicos do envelhecimento. Portanto, a idade social é a capacidade que um indivíduo tem de se adequar a certos papéis e comportamentos referentes a um dado contexto histórico da sociedade. (NETTO 2002, *Apud* FECHINE *et al*, 2012)

Determinar um marcador cronológico para o início da velhice não é consenso entre os autores que estudam esse ciclo da vida, mas temos um parâmetro de acordo com o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, publicado em 2015 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que afirma que a população acima dos 60 anos atingirá o marco de 2 bilhões de pessoas em todo o mundo até o ano de 2050 (OMS, 2015). Mas até mesmo esse órgão faz distinção entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento.

Leite *et al* (2012), Santos *et al* (2009), citam doenças neurodegenerativas e até mesmo a fragilidade física para sinalizar o envelhecimento, outros abordam esse tema sob a óptica do próprio idoso, de como esse indivíduo “enxerga” essa nova condição. Segundo Bonardi (2007) um dos desafios mais complexos da atualidade acadêmica e profissional refere-se à motivação para aprender a trabalhar de forma interacional e integrada na prevenção e tratamento da incapacidade funcional (desabilidade) em idosos.

O processo de envelhecimento está agregado a mudanças neurológicas e biológicas que costumam contribuir para o surgimento de patologias (LOPES, WENDT, NASCIMENTO, & ARGIMON, 2014). Mediante ao processo do envelhecimento, à proporção que a idade avança, aumenta o risco de redução do desempenho cognitivo (LOPES *et al.*, 2014). Perante as alterações neurocognitivas mais encontradas na senescência estão os danos das Funções Executivas (FE), memória episódica,

velocidade de processamento e alterações no sono. Tais dificuldades da cognição levam a alterações nas atividades de vida diária e podem estar associados a sintomas de demências e/ou depressivos (CAIXETA, 2012).

No envelhecimento patológico o declive cognitivo é enfatizado e atinge cerca de 5% dos indivíduos acima dos 65 anos e 50% dos idosos acima dos 90 anos (LI *et al.*, 2007). De acordo com os quadros de demências e doenças neurológicas que cursam com déficits cognitivos, ressalta a Doença de Alzheimer (DA) e a Doença de Parkinson (DP), pela sua predominância. Há um estágio demencial consolidado de antemão, ou mesmo consequentes dos processos fisiológicos do envelhecimento normal, considerando-se possível que os idosos já passem por queixas e alterações em testes neuropsicológicos, ainda que suas capacidades funcionais estejam preservadas moderadamente, como em casos de Declínio Cognitivo Leve (DCL) (CHARCHAT-FICHMAN, CARAMELLI, SAMESHIMA, & NITRI, 2005).

MÉTODO

O presente trabalho caracterizou-se por uma revisão bibliográfica sistemática e será submetida à banca examinadora da Unigranrio.

Os dados foram coletados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), plataformas Brasil Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), a partir da integração dos seguintes descritores encontrados no DECS, no idioma português: intervenções, qualidade de vida, isolamento social e idoso. Os critérios para a seleção dos conteúdos foram: que o estudo abordasse no título e no resumo a temática investigada e que o texto apresentasse na íntegra o idioma português. Foi realizada uma leitura de todo o material, selecionando as principais informações de cada publicação. Em seguida, realizou-se uma análise descritiva das mesmas, buscando estabelecer uma compreensão, aumentando o conhecimento sobre o tema abordado.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Em consequência da mudança do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da 4ª edição para a 5ª edição, é preciso fixar como algumas mudanças ocorreram de uma edição para outra. Uma das alterações das edições está sobre a nomenclatura, que passa de Demência para Transtorno Neurocognitivo Maior. Os casos de Comprometimento Cognitivo Leve, os quais se referem aos estágios mais iniciais da patologia, passam a ser denominados de Transtorno Neurocognitivo Leve (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2002; PESSOA *et al.*, 2016; AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2013).

A medicalização é um processo que se compõe de duas etapas: a primeira é considerar todo e qualquer problema uma questão de ordem médica e, por conseguinte, com uma causa biológica; a segunda é a patologização de problemas da ordem da existência, principalmente o sofrimento psíquico (AGUIAR, 2004; CALAZANS & ZETOLA, 2008). Podemos dizer que temos aí uma definição de sujeito em que todas as suas questões são reduzidas a um bom funcionamento orgânico e a uma adaptação a ordem pública (MILLER, 1998). A consequência lógica a ser extraída dessas premissas é que o sofrimento psíquico, por supostamente ter uma causa biológica e ser patológico, deve ser tratado, preferencialmente, por medicamentos acompanhados de um diagnóstico produzido por meio de manuais diagnósticos e estatísticos de transtornos mentais, seja DSM-V-TR (APA, 2013), seja CID-10 (OMS, 1993). Isso nos mostra que um projeto medicalizante acaba causando impactos também sobre a terceira idade.

Segundo a Organização Pan Americana de Saúde, a terceira idade caracteriza-se como sendo “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie de maneira que o tempo torne capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (OPAS, 2003).

Vale ressaltar que o envelhecimento resulta de processos internos, mudanças são vivenciadas pelo ser humano, essas mudanças ocorrem em todos aqueles que vivem tempo suficiente e, são geralmente inevitáveis à sociedade, demandas difíceis a serem resolvidas como aposentadoria, atenção à saúde, socialização e participação social, dentre outros. Assim, o envelhecimento e a possibilidade de sobrevida aumentada trouxeram à necessidade de se avaliar a qualidade dessa sobrevida para potencializá-la.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2015), qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores da sociedade em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. É um conceito amplo, que abarca a saúde física do indivíduo, seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais e as características relevantes do seu ambiente (GUEDES, BARBOSA, MAGALHÃES; 2013).

Em relação à qualidade de vida do idoso, faz-se necessário pensar numa demanda relacionada aos direitos dessa população, como saúde, alimentação, assistência social, educação, esporte, cultura, meios de transportes e habitação. Esses direitos, no Brasil, são regidos pela Política Nacional do Idoso (1994), e também pelo Estatuto do Idoso (2003), que servem de norteamentos para políticas públicas e ações que assegurem uma melhor idade para essa população, garantindo assim, uma melhor qualidade de vida em concordância com o que se é estabelecido como conceito qualidade de vida. Definido por Netto (2016), cada idoso tem uma vivência única, a qualidade de vida requer um limiar mínimo aceitável para que exista uma classificação, sendo alguns desses elementos o direito à saúde, ao saneamento básico, à moradia e à mobilidade; acesso ao lazer, à boa alimentação e à água tratada e, principalmente, o direito à dignidade e ao respeito, exercendo assim, sua cidadania.

Ao observar os conceitos atribuídos à qualidade de vida no transtorno neurocognitivo maior, destaca-se Paschoal (2004; 2008), com um processo de construção de um instrumento para avaliar qualidade de vida, o qual propôs a seguinte reflexão para este constructo: que a qualidade de vida é a compreensão de bem-estar de uma pessoa, que demonstra o quanto realizou daquilo que idealiza como importante para uma boa vida e de seu grau de contento com o que foi possível constituir até aquele momento.

Com base na relevância temática faz-se enfatizar que, as alterações físicas e psíquicas decorrentes nos idosos com transtorno neurocognitivo maior causam impactos e geram situações estressoras que interferem nos relacionamentos familiares com a pessoa idosa. O afastamento da família, a sobrecarga nos cuidados e a redução da qualidade de vida daqueles que zelam pelo paciente são fatores preponderantes para reduzir sobremaneira a qualidade de vida do idoso e o isolamento social.

A perda da capacidade de reconhecer os familiares e a dependência total para as atividades básicas da vida cotidiana são uma das maiores dificuldades que os familiares

apresentam nos cuidados dos idosos, pois o déficit cognitivo causado pelo transtorno gera sentimento de impotência, desamparo, fragilidade e falta de perspectiva para o futuro. Os processos mórbidos degenerativos aceleram à decadência psíquica e funcional, comprometendo a qualidade de vida, confirma Ferreira (2012).

Durante a pandemia, a população idosa teve suas possibilidades de alcançar uma qualidade de vida diminuída bruscamente, muitos que possuíam contato social, como por exemplo: fazer aulas de hidroginástica, participar de grupos religiosos, receber visitas de amigos ou parentes, dentre outras interações, as quais se extinguíram.

As pessoas com idade mais avançada, naturalmente sofrem com a fragilidade física durante o processo de envelhecimento, bem como alterações neurofisiológicas. Somando a esse contexto, o distanciamento de pessoas e atividades por conta da pandemia de COVID- 19¹, esse indivíduo acaba por afastar-se daquilo que para ele seja uma qualidade de vida melhor.

Os idosos buscam nos grupos de convivência melhoria física e mental, geradoras de ganhos na qualidade de vida (BORGES *et al*, 2011 *apud* SCHIMIDT *et al*, 2020). Entretanto, até essa prática citada pelo autor, como ação para promoção de melhores condições da vida desse estrato da população tornou-se inviável.

Nesse contexto, Nunes *et al* (2020) inferem que a COVID-19 não limita sua presença ao trato respiratório e invade frequentemente o sistema nervoso central, e os dados indicam que morbidades sistêmicas graves, incluindo doença neurológica aguda, estão associadas a nova infecção viral. Idosos podem apresentar sintomas neurológicos inespecíficos, que podem preceder os sintomas de febre e tosse. Políticas que aumentam o isolamento e a imobilidade de pacientes hospitalizados, combinadas com doenças agudas, produzem um ambiente de alto risco para o idoso.

Em consequência disso, frente à COVID-19 agravam os impactos nos sistemas de saúde e na sociedade, levando o idoso ao declínio cognitivo, à redução na qualidade de vida e ao isolamento social e violação de direitos fundamentais.

Em tempos de isolamento social, aparenta ser um paradoxo falar em qualidade de vida, pois muitas atividades que satisfazem as pessoas acabam por envolver outras ou se relacionam com a mobilidade. Mas Paschoal (2000, *apud* YOKOYAMA *et al*, 2006) não define a qualidade de vida como um conceito único, que veio sofrendo transformações ao longo do tempo. Em sua pesquisa, a palavra qualidade é definida como indicador de superioridade e a palavra vida inclui saúde, relações familiares

satisfatórias, condições financeiras estáveis, entre outros aspectos.

Diante dessa visão de Paschoal, Yokoyama *et al* (2006) considera que a qualidade de vida é percebida pela pessoa. Não podendo ser enquadrada dentro de um modelo construído previamente, onde o importante era conhecer a percepção das pessoas sobre o que era qualidade de vida para elas. Algumas pessoas chegam ao ápice da satisfação praticando atividade física, outras na religiosidade, portanto é uma condição subjetiva que irá depender de uma expectativa individual.

INTERVENÇÕES

Nesse contexto da pandemia, percebe-se que artigos acadêmicos sobre o tema abordado ainda são escassos. A promoção de encontros virtuais com grupos, os quais eles participam, com amigos, familiares ou consultas com profissionais (médicos, psicólogos, assistentes sociais) pode-se citar como forma de intervenção que vislumbram amenizar o desconforto do distanciamento social. Cabe salientar que nem sempre essas pessoas possuem acesso aos recursos tecnológicos, por vezes terão que ser auxiliadas pelos cuidadores.

Os psicólogos, assim como os demais profissionais da saúde, foram convocados a adentrar o ciberespaço a fim de dar continuidade aos atendimentos e/ou fornecer orientações de saúde mental para a população em geral, em modalidades virtuais (palestras, debates, aplicativos de tira-dúvidas e outras iniciativas educativas virtuais). (SANTANA *et al.*, 2021)

O Conselho Federal de Psicologia publicou a Resolução nº 4, de 26 de março de 2020, que dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia da COVID-19. O CFP também homologou uma ferramenta chamada e-Psi (<https://e-psi.cfp.org.br/>), a qual os profissionais deverão ser cadastrados e autorizados para o exercício da atividade remota. Portanto, o tele cuidado se apresenta como uma intervenção para promover junto à terceira idade uma melhoria de qualidade de vida durante a pandemia.

Com o envelhecimento populacional e o aparecimento de quadros neuropsicológicos associados, como o DCL e a demência, surgiu à necessidade de intervir no sentido de promover uma maior independência e bem-estar psicológico nos

idosos, bem como combater o declínio cognitivo (BUNCE *et al.*, 2012). Atualmente, as intervenções cognitivas mais utilizadas são a reabilitação cognitiva, a estimulação cognitiva e o treino cognitivo (CLARE & WOODS, 2003).

Com o objetivo de atenuar o sofrimento das pessoas cometidas pelo transtorno cognitivo maior, a Reabilitação Neuropsicológica (RN) entra com o seu aporte para o cuidado com a qualidade de vida do enfermo buscando atingir ou manter um melhor grau de funcionamento físico, psicológico e social, a fim de propiciar a atuação em atribuições e atividades de papéis sociais, e também dos seus familiares e/ou de seus cuidadores.

A Reabilitação Neuropsicológica, partidária aos contextos dos conhecimentos da neurociência, desenvolve diariamente novas maneiras e estratégias reabilitatórias, auxiliando para o tratamento de várias doenças adquiridas e/ou degenerativas do Sistema Nervoso Central como o Transtorno Neurocognitivo Maior.

Reconhecer esses atravessamentos do processo de envelhecimento é extremamente relevante para compreensão dos casos e assim, aplicar intervenções que possam gerar mais bem-estar durante o processo do comprometimento cognitivo do idoso. É importante incentivar o idoso a praticar atividades que exijam mais de sua cognição, promovendo melhor qualidade de vida, preservando e, se possível melhorando suas funções cerebrais.

O Transtorno Neurocognitivo Maior, de acordo com Fuentes *et al.*, 2008, apesar de haver tratamento em evolução, a situação mantém-se irreversível, pois ainda que assistidos com os fármacos não levam à cura, e sim ao controle da doença no aprimoramento e na atenuação dos indícios comportamentais.

Fundamentado nas consagradas pesquisas de Luria, pode-se conceituar a RN como um agrupamento de intervenções que visam aperfeiçoar os transtornos cognitivos, emocionais e sociais consequentes de uma lesão [ou disfunção cerebral], assistindo a pessoa a alcançar mais independência e qualidade de vida (HAMDAN *et al.*, 2011).

É preciso salientar a importância em abordar as múltiplas condições do comprometimento físico, cognitivo, psicológico e comportamental do paciente no desenvolvimento da RN, que é um terno que inclui a reabilitação cognitiva, a psicoterapia e o trabalho com familiares (ABRISQUETA- GOMEZ *et al.*, 2012). Sendo assim, se a RN for bem estruturada por meio de estratégias e intervenções convenientemente planejadas, constituindo-se em instrumento de um programa de reabilitação específico, heterogêneo e desenvolvido por uma equipe multidisciplinar

formada de especialistas treinados e capacitados existem grandes possibilidades de se alcançar resultados bastante satisfatórios e positivos.

A estimulação cognitiva contribui com o desenvolvimento das habilidades cognitivas essenciais para controlar e regular os pensamentos, emoções e ações colaborando com a manutenção dos conhecimentos sendo importante a utilização de métodos e atividades terapêuticas como atividade física, aproximação com a tecnologia, apoio familiar, sociale multidisciplinar (ALVES, et al., 2020).

A estimulação cognitiva tem o objetivo de reduzir a desorientação e confusão. Sua técnica é de natureza informal e contínua, na qual se busca apresentar dados de realidade ao indivíduo por meio de interações sociais (BOTTINO *et al.*, 2002). A informação realiza-se a cada contato do portador com seus cuidadores, que comentam a situação atual do sujeito, como e onde ele está, o dia, a hora e os eventos que acontecem no ambiente em que se encontra. As informações são comunicadas utilizando-se olhares, gestos, contato físico, voz, sons e objetos, como relógios, calendários e figuras (MONIZ-COOK, 2006). Vale ressaltar que o uso de atividades com música, terapia comportamental, terapia com luz, educação do cuidador e mudanças no ambiente físico tem se mostrado eficaz na melhora dos comportamentos inapropriados do paciente com demência (CARAMELLI; BOTINO, 2007).

O projeto Ô de casa: abrindo as janelas da vida, durante o período pandêmico, utilizou a plataforma digital para intervenção. O cerne desse projeto foi promover ações psicoeducativas sobre saúde mental durante o período de isolamento, para tanto se fomentou atividades relacionadas à memória e funções cognitivas, “passando” pelo fortalecimento do vínculo entre os participantes (SANTANA, R. S. *et al.*, 2021).

Toda essa dinâmica virtual esteve baseada na experiência dos executores do projeto, já que fomentaram duas oficinas desenvolvidas presencialmente, na UATI ao longo de 2019. Com base nos participantes do referido ano, foi realizada uma triagem através de formulário pelo *WhatsApp* na busca por interessados.

Vencida a etapa inicial de definição das regras de convivência grupal, iniciou a abordagem psicoeducativa que abrangeu: exercícios e desafios de estimulação cognitiva, divulgações de cursos, palestras, atividades de lazer virtuais e a dinâmica do “Anjo Virtual”, que teve boa aceitação entre os participantes, a qual consistia em cada integrante receber o contato de outro membro responsável por conversar com ele durante a semana. Conforme relata GIRDHAR (2020), a proposta se assemelha a

intervenções para criação de novas amizades, que são intervenções possíveis para mitigar os efeitos psicossociais da pandemia.

No decorrer das interações/intervenções foi possível observar desenvolvimento do grau de habilidades dos participantes em manusear as plataformas digitais, entretanto dos 20 integrantes iniciais, somente 13 permaneceram até o final, sendo todas mulheres.

As informações divulgadas no grupo se dividiram em atividades físicas, opções de entretenimento, cursos e palestras online, e informações acuradas sobre medidas de prevenção à COVID-19. O objetivo desses informes era, também, mitigar outros efeitos da pandemia, como sedentarismo, estresse e ansiedade, e ampliar a circulação de informações corretas sobre a doença e de ferramentas e instituições de apoio, conforme recomendações da literatura científica (FIOCRUZ, 2020c; GIRDHAR; SRIVASTAVA; SETHI, 2020; LIPPI *et al.*, 2020).

DISCUSSÃO E RESULTADOS

Através de pesquisas foi observado que a reabilitação neuropsicológica produz benefícios e avanços na qualidade de vida aliada aos inibidores de acetilcolinesterase segundo Bottino *et al.*, 2002.

Em consonância é reconhecido que a reabilitação é um instrumento para preservar a aplicabilidade cognitiva a despeito de algumas dificuldades, tendo como exemplo o alto custo de um profissional especialista em cada tratamento individualizado ou supervisionando uma equipe. Além do mais, como em qualquer outra intervenção em portadores de Transtorno Neurocognitivo Maior, a reabilitação carece da inclusão de aspectos motivacionais, sociais e psicológicos para engajar o paciente e sua família no processo, o que só pode ser realizado por uma equipe multiprofissional (BOCCARDI e FRISONI, 2006).

De acordo com Spector e colaboradores (2001) foram observados efeitos positivos na cognição e no comportamento em uma revisão sistemática da aplicação em grupo. Desde seu surgimento na década de 60 até os dias atuais têm sido relatadas inconsistências aos resultados do uso da orientação para a realidade. Eles também propuseram uma reciclagem dessa terapia ao observar que diferentes estudos lançavam mão de outras técnicas e atividades de estimulação próprias de cada cultura. Foi observada a redefinição da técnica que passou a ser chamada Programa de Estimulação

Cognitiva Global. Os pesquisadores conduziram em 2003 um programa com duração de sete semanas, com 14 sessões de 45 minutos cada, nas quais a orientação era feita sob a forma de encontros temáticos cujo foco era, dentre outros, a administração de dinheiro, jogos de palavras e reconhecimento de rostos famosos (SPECTOR *et al.*, 2003). Para a realização das tarefas, os pesquisadores utilizaram atividades recreativas e o resultado foi melhora significativa nas medidas de cognição e qualidade de vida. Em um estudo similar (ZANETTI *et al.*, 2002), aqueles indivíduos que no início do programa apresentavam funcionamento cognitivo mais baixo tiveram mais benefícios em comparação aos que haviam manifestado menos dificuldades.

Portanto, é possível notar carência de estudos acerca de estratégias de prevenção e estimulação do declínio cognitivo no idoso, levando em conscientização ser um fenômeno multidimensional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois de todas as análises feitas e de leituras realizadas evidenciaram-se algumas considerações como à falta de produção no âmbito da psicologia a respeito dos Transtornos Cognitivo Maior, como também a necessidade de aprofundarmos as discussões realizadas, porque foram feitas num momento marcado pela pandemia (do isolamento social).

É necessário também realizar um levantamento de intervenções psicossociais direcionadas aos idosos com Transtorno Neurocognitivo com o objetivo de promoção da qualidade de vida. Observamos a necessidade de uma revisão sistemática da literatura sobre qualidade de vida de idosos com Transtorno Neurocognitivo Maior em isolamento social, para que seja verificado se há relação entre a participação em intervenções e a melhoria na qualidade de vida de idosos com Transtorno Neurocognitivo Maior.

É importante ainda, identificar como a qualidade de vida é modificada por um período de restrições sociais, repercutindo também em mudanças na saúde dos idosos, e caracterizando o comportamento social durante o período de distanciamento social / físico de idosos, assim reconhecendo as consequências da COVID-19 mediante ao longo período de isolamento social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRISQUETA GOMEZ, J. et al. **Reabilitação neuropsicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 368p.

AGUIAR, A. **A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004. 166 p.

ALVES, Valeria Kely Nolasco *et al.* **Importância da estimulação cognitiva para o idoso**. Anais do VII CIEH... Campina Grande: Realize Editora, 2020. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/73703> Acesso em: 08/06/2022.

BOCCARDI M, FRISONI GB. **Cognitive rehabilitation for severe dementia: critical observations for better use of existing knowledge**. *Mech Ageing Dev.* 2006 Feb;127(2):166-72. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16280151/> . Acesso em: 08/06/2022.

BONARDI G, AZEVEDO, V. B. S., MORAES, J. F. D. **Incapacidade funcional e idoso: um desafio para os profissionais de saúde**. *Revista Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 138-144, jul./set. 2007. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/66.pdf Acesso em: 28/05/2021.

BORGES, V.V.; BATISTA, H.O.; VECCHIA, M.D. **Os grupos na produção de conhecimento na psicologia: uma revisão da literatura**. *Psicologia & Sociedade*, v. 23, n. 2, p. 379-390, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/ZRpK7bcZdWBDgNyNy76qGrP/abstract/?lang=pt> Acesso em: 29/05/2021.

BOTTINO, C.M.C., CARVALHO, I.A.M., ALVAREZ, A.M., ÁVILA, R., ZUKAUSKAS, P.R., BUSTAMANTE, S.E.Z. et al. **Reabilitação cognitiva em pacientes com Doença de Alzheimer**. *Relato de trabalho em equipe multidisciplinar*. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 60(1): 70-79, 2002.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000, **a ocorrência do estado de calamidade pública**, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem n. 93, de 18 de março de 2020a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/DLG6-2020.htm Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. Resolução Nº 4, de 26 de março de 2020, **Regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19**. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-4-de-26-de-marco-de-2020-250189333> Acesso em 29/05/2021.

BRASIL. **Estatuto do idoso**: Lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm Acesso em 29/05/2021.

BRASIL. **Política Nacional do Idoso**: Lei federal nº8. 842, de 04 de janeiro de 1994. Brasília, DF: Ministério de Previdência e Assistência Social. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm Acesso em 29/05/2021.

BUNCE, D., Batterham, P. J., Mackinnon, A. J. & Christensen, H. (2012). **Depression, anxiety and cognition in community-dwelling adults aged 70 years and over**. Journal of Psychiatric Research, 46(2012), 1662-1666. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022395612002646?via%3Dihub> . Acesso em 29/05/2021.

CAIXETA, L. (2012). **Neuropsicologia Transcultural**. In L. Caixeta, & S. B. Ferreira (Eds.), Manual de Neuropsicologia, São Paulo: Atheneu.

CALAZANS, R.; LUSTOZA, R. Z. **A medicalização do psíquico: os conceitos de vida e saúde**. Arquivos Brasileiros de Psicologia (Rio de Janeiro. 1979) (Cessou em 2002), v. 60, p. 5, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672008000100011 Acesso em: 28/05/2021.

CHARCHAT-FICHMAN, CARAMELLI, SAMESHIMA, & NITRI (2005). **Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento**. Revista Brasileira de Psiquiatria. 27(12): 79-82.

CLARE, L., & WOODS, B. (2003). **Cognitive rehabilitation and cognitive training for earlystage Alzheimer's disease and vascular dementia**. Cochrane database of systematic reviews, (4). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14583963/> Acesso em: 28/05/2021.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. **O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos**. INTERSCIENCEPLACE, v.1, n. 20, 2012. Disponível em <http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/download/196/194> Acesso em: 28/05/2021.

FERREIRA OGL, *et al.* **Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional**. Texto contexto - Enferm. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/fMTQ8Hnb98YncD6cC7TTg9d/?lang=pt> Acesso em 26/05/2021.

FUENTES, Daniel et al. **Neuropsicologia: Teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 432 p.

GARCIA, A.; PASSOS, A.; CAMPO, A. T.; PINHEIRO, E; BARROSO, F.; COUTINHO, G. MESQUITA, L. F.; ALVES, M.; SHOLL-FRANCO, A. A **depressão e o processo de envelhecimento. Ciências & Cognição**, v.7, 11. Disponível em: <http://cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/551/338> Acesso em: 26/05/2021.

GUEDES, Danielle Viveiros. BARBOSA, Altemir José Gonçalves. MAGALHÃES, Neide Cordeiro de. **Qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo: auto e heterorrelatos**. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000100003 Acesso em 29/05/2021.

HAMDAN, A.C.(2008). Avaliação Neuropsicológica na Doença de Alzheimer e no Comprometimento Cognitivo Leve. **Psicologia Argumento**, v. 26, n. 54, p. 183-192, jul./set. 2008. Aval. Psicol. Vol.12 no. 1·Itatiba MT abr. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S167704712013000100003&script=sci_arttext Acesso: 19 de maio de 2021.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo**. Disponível em: <https://censo2020.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade.html>. Acesso em 10 de abril de 2021.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980–2050: revisão 2004**. Rio de Janeiro: IBGE – Depis. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>. > Acesso em: 30 de maio de 2021.

LEITE, Leni Everson de Araújo et al. **Envelhecimento, estresse oxidativo e sarcopenia: uma abordagem sistêmica**. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [online]. 2012, vol.15, n.2, pp.365-380. ISSN 1809-9823. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000200018> > Acesso em 26/05/2021.

LI, S., YAN, F., LI, G., CHEN, C., ZHANG, W., LIU, J., SHEN, Y. (2007). **Is the dementia rate increasing in Beijing?** Prevalence and incidence of dementia 10 years later in an urban elderly population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(1), 73-79.

LOPES, R. M. F., Wendt, G. W., Nascimento, R. F. L., & Argimon, I. I. L. (2014). **Correlações entre ansiedade e depressão no desempenho cognitivo de idosos**. *Diversitas: Perspectivas em Psicologia*, 10(1), 143-150. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=s-ci_arttext&pid=S1794-99982014000100011 Acesso em: 26/05/2021.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MARRI, Izabel. **Revista Retratos do Brasil**, n 16, fev 2019, IBGE, p 22.

MILLER, J. A. **Patologia da ética.** Em: MILLER, J.A. Lacan Elucidado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. P.234-289

NETTO MP. **Estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos.** In: Freitas EV, PY L. (Orgs.). Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.

NUNES, B. et al. **Envelhecimento, Multimorbidade e risco para COVID-19 grave:** EISI- Brasil. 2020.

OLIVEIRA, N. S.; SOUZA, T. S.; ALENCAR, F. S.; OLIVEIRA, G. S; FERREIRA, N.B; ALENCAR, J. S. **Percepção dos Idosos Sobre o Processo de Envelhecimento.** Revista de Psicologia. Ano 8, No. 22, Fevereiro/2014. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/264/376> Acesso em: 28/05/2021.

OMS (2015). **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde 2015.** Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf. Acesso em: 28/05/2021.

PASCHOAL SMP, Jacob Filho W, Litvov J. **Development of Elderly Quality of Life Index – EQoLI:** item reduction and distribution into dimensions. Clinics. 2008.

PASCHOAL SMP. **Qualidade de vida do Idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico** [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004.

PESSOA, R. M., DE FARIA, S. M., DE MORAIS, D., & CHAGAS, M. H. N. (2016). **Da Demência ao Transtorno Neurocognitivo Maior:** Aspectos Atuais/From Dementia to Major Neuro- cognitive Disorder: Current Aspects. Revista Ciências em Saúde, 6(4), 5-17. Revista de Ciências Humanas, Florianópolis, EDUFSC, n. 40, p. 469-489, outubro de 2006.

SANTANA, R. S.; ARAGÃO, L.I.S.; BERNARDO, K. J. C. **Intervenção Psicossocial Online com Idosos no Contexto da Pandemia da Covid-19: Um relato de experiência.** Revista Ioles-Ano III Volume 6 Nº16 Boa Vista 2021. Disponível em: <http://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/273/253> Acesso em: 29/05/2021.

SANTOS, F. H., *et al.* **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 3-10, jan./mar. 2009 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/FmvzytBwzYqPBv6x6sMzXFq/>
Acesso em: 29/05/2021.

SCHIMDT, A. C.; SANTOS, M. C. P. **Qualidade de vida de idosos: uma intervenção possível?** Revista Longe viver, Ano II, n. 6, Abr/Mai/Jun. São Paulo, 2020. Disponível em: <<https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/download/827/895>>
Acesso em 29/05/2021.

VERDÉLIO, A. **Primeira morte por Covid-19 no Brasil aconteceu em 12 de março.** Agência Brasil, 2020. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/r3hc2/pdf/matta-9786557080320-03.pdf>> Acesso em: 20 nov. 2021.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. **O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas.** Rev. Bras. Estud. Popul., v.23, n.1, p. 5-26, 2006.

YOKOYAMA, C. M.; CARVALHO, R. S.; VIZZOTTO, M. M. **Qualidade de vida na velhice segundo a percepção de idosos frequentadores de um centro de referência.** Psicólogo inFormação ano 10, nº 10, jan./dez. 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoinfo/v10n10/v10n10a05.pdf>> Acesso em 26/05/2021.