

**Avaliação de programas de intervenção  
na cognição, efetuados por familiares  
cuidadores de pessoas com défice cognitivo**

Tese de Dissertação

Leonilde Maria da Silva Pereira



# Escola Superior de Enfermagem do Porto

Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

---

**Avaliação de programas de intervenção na cognição, efetuados  
por familiares cuidadores de pessoas com défice cognitivo**

Tese de Dissertação

Dissertação académica orientada pelo Prof. Doutor  
Carlos Sequeira e co-orientada pela Mestre Lia  
Sousa

Autor: Leonilde Maria da Silva Pereira

Porto, 2015



*A sabedoria não se transmite, é preciso que nós a descubramos fazendo uma caminhada que ninguém pode fazer em nosso lugar e que ninguém nos pode evitar, porque a sabedoria é uma maneira de ver as coisas."*

*(Marcel Proust, [s.d])*



*Ao Pedro e à Matilde...*



## AGRADECIMENTOS

Após esta longa caminhada, gostaria de agradecer aos que caminharam a meu lado dando-me apoio, motivação e críticas que me ajudaram a chegar à meta.

Assim, gostaria de agradecer ao meu marido, Pedro, a pessoa mais importante da minha vida, que mais uma vez se revelou um fiel companheiro de batalhas.

Ao Professor Carlos Sequeira, pelo apoio, orientação e insistência.

À Enfermeira e Mestre Lia Sousa, que me acompanhou, orientou e se revelou uma grande amiga, naqueles momentos críticos em que só apetece desistir.

À minha família, meu pilar, pela compreensão e carinho.

A todos, um sincero agradecimento, com o maior carinho e respeito.



## RESUMO

Introdução: O Défice Cognitivo Ligeiro (DCL) é compreendido como uma fase transitória entre o envelhecimento normal e a demência. Neste contexto, torna-se importante a intervenção precoce, de forma sistemática com, o objetivo de potenciar a autonomia funcional e cognitiva da pessoa. Atendendo ao crescente número de casos de DCL, considera-se da maior importância potenciar o conhecimento e capacidade do familiar cuidador na parceria para potenciar a efetividade destas intervenções precoces, nomeadamente das técnicas de EC no contexto domiciliário. Assim surge este estudo, com o objetivo de avaliar a existência de programas de intervenção na cognição, para aplicação pelos familiares cuidadores de pessoas com DCL no contexto domiciliário.

Material e métodos: Para a realização deste estudo foi utilizada o método de Revisão Integrativa da Literatura, que visa a síntese dos resultados de investigação sobre um delimitado tema ou questão de partida, de forma sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Foi associada ainda a técnica de análise de conteúdo com o objetivo de organizar em categorias, a informação extraída dos documentos em análise, de forma a possibilitar uma comparação, interpretação e inferência dos resultados obtidos.

Resultados e discussão: Dos artigos analisados oito eram estudos experimentais e três eram revisões sistemáticas da literatura. Face ao tipo de intervenção 50% optaram por intervenções individuais sendo que 63,6% utilizaram o treino de memória. Quanto a resultados obtidos 55,6% apresentaram melhoria cognitiva. Quanto ao envolvimento do familiar cuidador, apenas dois estudos que o integravam como elemento responsável pela implementação da intervenção cognitiva no domicílio e não apresentam resultados dado ainda estarem em desenvolvimento. Dos restantes estudos 50% utilizam a presença do familiar cuidador como suporte ao participante sendo que, relativa à intervenção direta ao cuidador familiar, 25% refere a psicoeducação sobre a doença e estratégias.

Conclusões: Os resultados obtidos salientam o efeito positivo de programas de intervenção na cognição e vêm reforçar a escassez de programas de aplicação por familiares cuidadores de pessoas com DCL, sendo a sua integração em estudos associado a duas vertentes, como destinatários de psicoeducação, ou como fontes de suporte aos participantes.

Palavras-chave: défice cognitivo ligeiro, estimulação cognitiva, programas de intervenção na cognição, familiares cuidadores.



## ABSTRACT

Introduction: The mild cognitive impairment (MCI) is understood as a transitional stage between normal aging and dementia. In this context, it is important an early and systematically intervention with the aim of enhancing the cognitive and functional autonomy of the person. In view of the increasing number of cases of MCI, it is considered the most important enhancing the knowledge and capacity of family caregivers in partnership to enhance the effectiveness of these early interventions, including Cognitive Stimulation techniques, in the home context. This study arises, in order to evaluate the existence of intervention programs in cognition, for implementation by family caregivers of patients with MCI in the home context.

Material and methods: For this study we used the method of Integrative Literature Review, which aims the synthesis of the search results on a defined topic or issue of departure, in a systematic and orderly manner, contributing to the deepening of knowledge of the research theme. It was also associated content analysis technique in order to organize into categories the information extracted from the documents in question, in order to enable a comparison, interpretation and inference of the data.

Results and discussion: The Articles analyzed eight were experimental studies and three were systematic reviews. Given the type of intervention 50% opted for individual interventions of which 63.6% used the memory training. As the results obtained 55.6% had cognitive enhancement. Considering the involvement of family caregivers, the only two studies that were part of the caregiver as responsible element for the implementation of cognitive intervention at home, not have given results as they are still in development. Of the remaining studies 50% use the presence of the caregiver as support to the participant and, talking about a intervention to the caregiver, 25% use psychoeducation about the disease and strategies.

Conclusions: The results emphasize the positive effect of intervention programs in cognition and reinforce the lack of application programs for family caregivers of persons with MCI, and their integration in studies is associated with two aspects, such as psychoeducation recipients, or as sources of support for participants.

Key words: mild cognitive impairment, cognitive stimulation, cognitive intervention programs, family caregivers.



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

DA - Doença de Alzheimer

DCL - Déficit Cognitivo Ligeiro

EC - Estimulação Cognitiva

Nº - Número

SCPD - Sintomas Comportamentais e Psicológicos na Demência

SNC- Sistema Nervoso Central

% - Percentagem



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	21
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	25
1. Envelhecer em Portugal .....	27
1.1 Prevalência da demência .....	31
2. Déficit cognitivo Ligeiro .....	37
2.1. Definição e características .....	37
2.2. Intervenção no déficit cognitivo ligeiro .....	41
3. Papel do Familiar Cuidador no contexto domiciliário.....	47
3.1. Principais necessidades e capacitação do familiar cuidador .....	49
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO.....	51
1. Contexto e pertinência do estudo .....	53
2. Objetivos do estudo .....	55
3. Aspectos metodológicos .....	57
3.1. Revisão integrativa da literatura .....	57
3.2. Protocolo de colheita de dados.....	59
3.3. Estratégias de análise de dados .....	62
3.4. Limitações do estudo.....	63
PARTE III - RESULTADOS .....	65
1. Apresentação dos resultados .....	67
2. Discussão dos Resultados.....	91
3. Implicações para a prática Clínica.....	95
CONCLUSÕES.....	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	99
ANEXOS .....	105
Anexo I - Tabela de inclusão/exclusão dos artigos	
Anexo II - Resumo dos artigos analisados	



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Alterações primárias do Envelhecimento (Phipps, Sands, Marek, 2003; Filho, Gorzoni, 2008). .....	30
Tabela 2 - Principais características das Demências degenerativas (Freitas, 2011; Oliveira, 2008; Cunha 2010). .....	34
Tabela 3 - Heterogeneidade clínica do DCL (adaptado de Petersen, 2004). .....	39
Tabela 4 - Bases de dados na pesquisa.....	60
Tabela 5 - Artigos encontrados vs. Artigos selecionados.....	60
Tabela 6 - Resumo da caracterização da População/amostra dos estudos analisados .....	69
Tabela 6 A - Caracterização da População/amostra dos estudos analisados .....	69
Tabela 6 B - Caracterização da População/amostra dos estudos analisados (continuação) .	70
Tabela 7 - Resumo da metodologia dos artigos analisados .....	71
Tabela 7 A - Caracterização da metodologia dos artigos analisados .....	71
Tabela 7 B - Caracterização da metodologia dos artigos analisados (continuação) .....	72
Tabela 8 - Resumo da duração e número das sessões dos artigos analisados. ....	73
Tabela 8 A - Caracterização da duração e número das sessões dos artigos analisados. ....	73
Tabela 8 B - Caracterização da duração e número das sessões dos artigos analisados (continuação) .....	74
Tabela 9 - Resumo das intervenções utilizadas nos artigos analisados.....	75
Tabela 9 A - Caracterização das intervenções utilizadas nos artigos analisados.....	76
Tabela 9 B - Caracterização das intervenções utilizadas nos artigos analisados (continuação) .....	78
Tabela 10 - Resumo da inclusão dos cuidadores familiares nos artigos analisados .....	79
Tabela 10 A - Caracterização da inclusão dos cuidadores familiares nos artigos analisados	79
Tabela 10 B - Caracterização da inclusão dos cuidadores familiares nos artigos analisados (continuação) .....	79
Tabela 11 A - Caracterização dos temas abordados nos artigos analisados.....	80
Tabela 11 B - Caracterização dos temas abordados nos artigos analisados (continuação)...	81
Tabela 12 - Resumo do follow-up apresentado nos artigos analisados .....	82
Tabela 12 A - Caracterização do follow-up apresentado nos artigos analisados .....	82

Tabela 12 B - Caraterização do follow-up apresentado nos artigos analisados (continuação)	83
Tabela 13 - Resumo dos principais Instrumentos de avaliação utilizados nos artigos analisados	84
Tabela 13 A - Caraterização dos principais Instrumentos de avaliação utilizados nos artigos analisados	85
Tabela 13 B - Caraterização dos principais Instrumentos de avaliação utilizados nos artigos analisados (continuação)	86
Tabela 14 - Resumo dos resultados mais significativos nos artigos analisados	87
Tabela 14 A- Caraterização dos resultados mais significativos nos artigos analisados	88
Tabela 14 B- Caraterização dos resultados mais significativos nos artigos analisados (continuação)	90

## ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Continuum cognitivo mostrando a sobreposição entre o envelhecimento normal, o DCL e a Demência de Alzheimer (adaptado de Petersen, 2004).....	38
Ilustração 2 - Fases do processo de memorização (adaptado de Belinda, 2008) .....	40
Ilustração 3 - Esquema de exclusão e inclusão dos artigos obtidos .....	61



## INTRODUÇÃO

O envelhecimento acelerado e o crescente aumento da população mundial, em concorrência com uma diminuição acentuada das taxas de natalidade, tornaram-se numa preocupação geral. Segundo dados da Direção Geral de Saúde (DGS, 2013), a população europeia entre os 65 e os 80 anos aumentará cerca de 40% entre 2010 e 2030 e as pessoas com mais de 65 anos representarão, em 2060, 30% da população total.

No caso particular de Portugal, o envelhecimento populacional ocorreu de forma generalizada por todo o país, elevando este indicador de 102 em 2001, para 128 em 2011, deixando de ser um fenómeno localizado apenas no interior do país (Instituto Nacional de Estatística - I.N.E., 2012).

Com o envelhecimento aumentam os riscos de fragilidade na saúde, quer física quer mental, prevalecem e agravam-se as doenças crónicas, ampliam os níveis de dependência, aumenta a pressão sobre os sistemas de saúde, apoio social e famílias (DGS, 2013).

Dentro do leque de doenças crónicas nas pessoas idosas, é de salientar a demência, nomeadamente a demência de Alzheimer, dada a sua prevalência a nível mundial. Segundo o relatório mundial sobre Alzheimer, publicado por Alzheimer Disease International, existem atualmente 35,6 milhões de pessoas com Alzheimer em todo o mundo e prevê-se que em 2030 a taxa seja de 65,7 milhões, aumentando para 115,4 milhões em 2050 (Cabos & Rodríguez, 2012).

Neste âmbito surge o conceito de Défice Cognitivo Ligeiro (DCL), que tem recebido crescente atenção nestes últimos anos. Definido como zona de transição entre o envelhecimento e a demência, em fase muito inicial, caracteriza-se por um défice de memória, ou outro défice cognitivo sem compromisso ao nível das atividades de vida diárias (Petersen, 2004).

Vários estudos demonstram que aproximadamente 10% a 15% das pessoas com DCL tendem a progredir para o diagnóstico de Demência, quando comparativamente com os índices apresentados na população em geral, que variam cerca de 1% a 2% para esse mesmo diagnóstico (Associação Alzheimer Portugal, s.d.).

Desta forma salienta-se a importância de uma intervenção precoce no intuito de diminuir o agravamento e o impacto dos quadros demenciais.

Não existindo, no entanto, nenhum tratamento para prevenir o DCL, existem algumas propostas de intervenção que possibilitam o atraso da sua progressão e conseqüentemente a melhoria na qualidade de vida da pessoa afetada. Muitos autores defendem uma intervenção combinada, que associa a terapêutica medicamentosa com a intervenção na cognição, como por exemplo com Estimulação Cognitiva (EC).

Estudos internacionais sugerem que a EC está associada a uma diminuição do risco de déficit cognitivo e de perturbação depressiva, melhoria da autonomia das pessoas mais velhas e maior proteção para o aparecimento de demência, devendo por isso ser uma componente essencial do cuidado ao idoso (Apóstolo, 2011). Adicionalmente, a intervenção (EC) revela um bom rácio custo-benefício, sendo este benefício, em termos da cognição, similares aos obtidos através de medicação (Knapp et. al., 2006; Spector, Woods e Orrell, 2008 cit. por Apóstolo, 2011).

Algumas instituições de saúde realizam este tipo de intervenções, quer em sessões de grupo na própria instituição, quer em sessões individualizadas no domicílio, no entanto, dado o rácio de profissionais habilitados para a execução desta intervenção em pessoas mais velhas ser muito reduzido, estas sessões tornam-se mais esporádicas do que seria desejado para maximizar o seu efeito. Neste sentido, surge a necessidade de focalizar e potencializar a capacidade dos familiares cuidadores na realização de intervenções que minimizem a ausência da EC por um profissional devidamente habilitado, por exemplo através de uma intervenção mais simplificada.

Moniz-Cook et al. (1998, cit. por Orrel, M., Yates, L., & Burns, A., 2012) referem que um programa de estimulação da memória executado no contexto domiciliário, envolvendo o familiar cuidador, conduz à melhoria da memória nas pessoas com demência, melhoria do bem-estar do cuidador e diminuição das admissões em casas de acolhimento. Não obstante, existem poucos estudos que se focalizem sobre os benefícios do uso de EC no ambiente domiciliário.

Posto isto, surge este trabalho, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto, tendo como finalidade:

- Proporcionar maior aporte científico em Enfermagem face à intervenção de EC no contexto domiciliário;
- Contribuir para a criação de futuros programas de capacitação de familiares cuidadores no contexto da EC no domicílio.

O seu objetivo geral é avaliar a existência de programas de EC aplicáveis no contexto domiciliário a idosos com DCL, pelos familiares cuidadores.

Tendo por base este propósito, é realizada uma revisão integrativa da literatura em bases de dados científicas e são analisados e sistematizados os resultados encontrados de forma a responder ao objetivo proposto. Sendo a revisão integrativa um método de pesquisa que permite a busca, avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, e o seu produto final o estado atual do conhecimento do tema investigado, possibilitará a implementação de intervenções efetivas na assistência à saúde e a redução de custos, bem como a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas (Mendes, 2008).

A presente dissertação será composta pela introdução, seguindo-se uma primeira parte de abordagem teórica de conceitos, com uma breve análise do envelhecimento em Portugal e índice de demência, o conceito de Déficit Cognitivo Ligeiro e suas implicações e o papel do familiar cuidador no contexto domiciliário; a segunda parte é composta pela fase empírica do trabalho, apresentando o contexto, a pertinência do estudo, a sua finalidade e objetivos e a metodologia utilizada; a terceira parte é composta pelos resultados obtidos. No final do trabalho referem-se as conclusões do estudo.



## PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO



## 1. ENVELHECER EM PORTUGAL

*“O envelhecimento foi desde sempre motivo de reflexão dos homens, na sua inspiração ao eterno, na sua perplexidade face ao sofrimento e à morte” (Pául, C.; Fonseca, A., 2005).*

Portugal, analogamente ao que acontece em toda a Europa, tem apresentado uma tendência crescente na sua Taxa de Envelhecimento Populacional, tendo passado de 16% em 2001, para 19% em 2011. Em 2011 o índice de envelhecimento da população agravou-se para 128 (102 em 2001), o que significa que por cada 100 jovens há 128 idosos. Segundo dados do INE (2012), a Taxa de Envelhecimento tem apresentado uma homogeneidade em todo o país, deixando de ser um fenómeno localizado apenas no interior.

Segundo a OMS, “o envelhecimento da população pode ser visto como uma história de sucesso para as políticas de saúde pública e para o desenvolvimento socioeconómico, mas também desafia a sociedade a se adaptar, a fim de maximizar a capacidade funcional e de saúde de um modo geral das pessoas mais velhas, bem como a sua participação social e segurança”.

Dado a relevância destes dados estatísticos, compete abordar de uma forma geral quais as consequências deste envelhecimento, que alterações sofrem a pessoas mais velhas e quais as repercussões para a sua saúde.

Segundo a OMS, a terceira idade tem início entre os 60 e os 65 anos. No entanto, esta é uma idade instituída apenas para efeitos de pesquisa, já que o processo de envelhecimento depende de três categorias de fatores principais, nomeadamente fatores biológico, psíquicos e sociais. São estes fatores que moldam a velhice, acelerando ou retardando o seu aparecimento e a instalação de doenças e sintomas característicos da idade mais avançada (Cancela, 2007).

Neste sentido, apesar do fenómeno de envelhecer ser comum a todos os seres vivos, ainda hoje a sua dinâmica e natureza não estão completamente esclarecidos. A incapacidade de mensurar este fenómeno que está vinculada à dificuldade em definir a idade biológica, conjugado com multidimensionalidade deste processo, dificulta a elaboração deste conceito. Podemos, no entanto caracterizá-lo como um processo dinâmico e progressivo, no qual ocorrem modificações morfológicas, funcionais,

bioquímicas e psicológicas, que determinam perda da capacidade de adaptação da pessoa ao meio ambiente, determinando uma maior vulnerabilidade da mesma e levando conseqüentemente a uma maior incidência de processos patológicos que culminam na sua morte (Netto, Papaléo 1996 cit. por. Freitas & Py, 2011).

Analisando a pessoa mais velha na sua totalidade de ser bio-psico-social podemos acrescentar que o seu envelhecimento integra diferentes idades, que podem ser totalmente distintas da idade cronológica (Fontaine, 2000, cit. por Cancela 2007):

- Idade biológica - relacionada com o envelhecimento orgânico;
- Idade social - reporta-se ao papel, aos estatutos e aos hábitos da pessoa relativamente aos membros da sociedade em que está inserido. Apresenta forte componente cultural;
- Idade psicológica - associada às competências comportamentais mobilizadas pela pessoa, face às mudanças do ambiente. Inclui a inteligência, a memória e a motivação.

O envelhecimento acarreta uma série de alterações sendo que as alterações primárias podem ser observadas no quadro 1.

ALTERAÇÕES PRIMÁRIAS DO ENVELHECIMENTO	
SISTEMA OU ZONA CORPORAL	ALTERAÇÃO
Sistema osteoarticular	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Osteoporose;</li> <li>✓ Diminuição dos discos vertebrais;</li> <li>✓ Endurecimento das cartilagens.</li> </ul>
Sistema muscular	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atrofia muscular, principalmente nos músculos de força;</li> <li>✓ Substituição da massa muscular por massa gorda.</li> </ul>
Sistema pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Endurecimento da caixa torácica e cartilagens costais;</li> <li>✓ Atrofia dos músculos respiratórios;</li> <li>✓ Diminuição da capacidade de retração elástica dos pulmões, com conseqüente baixa de oxigenação;</li> <li>✓ Diminuição do reflexo de tosse;</li> <li>✓ Maior sobrecarga diafragmática.</li> </ul>
Sistema cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Diminuição das reservas funcionais do coração;</li> <li>✓ Espessamento do endocárdio e válvulas cardíacas;</li> <li>✓ Diminuição da elasticidade arterial, principalmente da artéria aorta (arteriosclerose);</li> <li>✓ Aumento das resistências periféricas.</li> </ul>
Sistema Nervoso	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Perda de neurónios, com maior incidência no córtex do</li> </ul>

	<p>hipocampo, com consequência na memória recente;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Diminuição da capacidade de controlar a motricidade e sensibilidade, com alteração da marcha, equilíbrio e funções cognitivas.</li> </ul>
Sistema digestivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Diminuição da secreção das glândulas digestivas;</li> <li>✓ Diminuição da motilidade do trato gastrointestinal;</li> <li>✓ Perda dentária;</li> <li>✓ Atrofia das papilas gustativas;</li> <li>✓ Diminuição da elasticidade do esfíncter gastro esofágico com ocorrência de refluxo;</li> <li>✓ Diminuição da capacidade metabólica do fígado.</li> </ul>
Sistema genital	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Diminuição da lubrificação vaginal nas mulheres e aumento do período refratário nos homens;</li> <li>✓ Maior latência na resposta sexual;</li> </ul>
Sistema urinário	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Diminuição do número de glomérulos renais;</li> <li>✓ Alterações na cápsula glomerular, com perda de proteínas e falha na reabsorção de glicose e sódio;</li> <li>✓ Diminuição da capacidade de excreção de medicamentos;</li> <li>✓ Enfraquecimento da musculatura na bexiga, com diminuição da sua capacidade de expansão e contração;</li> <li>✓ Enfraquecimento do esfíncter externo da uretra, com incontinência urinária de stress.</li> </ul>
Sistema endócrino	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atrofia e perda de células, com deposição de tecido fibroso e adiposo em diferentes glândulas;</li> <li>✓ Diminuição da produção de hormonas pelas glândulas paratiroides, com perda de cálcio e perda de massa óssea, nas mulheres;</li> <li>✓ Declínio na produção das hormonas sexuais;</li> <li>✓ Menor sensibilidade das células musculares à ação da insulina, com alteração nos valores de glicose sanguíneo.</li> </ul>
Pele e tecido subcutâneo	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Diminuição da densidade epidérmica com aumento da sua permeabilidade;</li> <li>✓ Diminuição do número de melanócitos;</li> <li>✓ Diminuição da com perda de elasticidade e aparecimento de rugas;</li> <li>✓ Atrofia das glândulas sudoríparas e sebáceas, com secura da pele;</li> </ul>
Audição	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aumento do limiar para altas frequências;</li> <li>✓ Dificuldade na distinção da linguagem;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Degenerescência da cóclea e dos canais auditivos.</li> </ul>
Visão	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alteração da capacidade de focagem do cristalino;</li> <li>✓ Perda de sensibilidade à cor;</li> <li>✓ Redução da visão periférica;</li> <li>✓ Diminuição da adaptação à escuridão e à claridade.</li> </ul>

Tabela 1- Alterações primárias do Envelhecimento (Phipps, Sands, Marek, 2003; Filho, Gorzoni, 2008).

O envelhecimento é por isso caracterizado como um processo gradativo singular, estreitamente afetado por fatores intrínsecos/fisiológicos e extrínsecos.

Não obstante, é de consenso que, dentro das alterações sistêmicas do organismo, o sistema nervoso central (SNC) é o mais comprometido. Sendo o responsável pela vida de relação (sensações, movimento, funções psíquicas, entre outros) e pela vida vegetativa (funções biológicas internas), o seu comprometimento é preocupante dada a impossibilidade de reprodução celular das suas unidades funcionais, sendo o seu processo degradativo irrecuperável.

A cognição é uma função cortical que pode ser dividida em subfunções distintas, nomeadamente a atenção, orientação, memória, organização Visio-motora, raciocínio, função executiva, planeamento e solução de problemas (Freitas, 2011).

Reconhecem-se assim alterações neuroanatômicas associadas ao envelhecer que suportam este comprometimento do SNC sendo elas (Cancela, 2007):

- ✓ Atrofia do Cérebro, com diminuição do volume cortical, aumento dos sulcos com dilatação ventricular e aumento do líquido cefalorraquidiano;
- ✓ Aparecimento de placas senis;
- ✓ Degenerescência neurofibrilar;
- ✓ Rarefação da arborização dendrítica, com diminuição do número médio de dendrites neuronais, sendo o córtex pré-frontal e hipocampo as zonas mais afetadas;
- ✓ Aumento da proteína amilóide;
- ✓ Emaranhados neurofibrilares, resultantes dos resíduos do metabolismo celular que não conseguem ser excretados;
- ✓ Morte celular

É no entanto de ressaltar a capacidade readaptativa da pessoa mais velha, assim como a sua preservação de conhecimentos gerais que facilitam a resolução de problemas e

a automatização de muitas tarefas, amortizando, em parte, este declínio cognitivo (Sequeira, 2010).

Contudo, nem sempre estas alterações cognitivas são compensadas por outros mecanismos, interferindo na globalidade das funções do idoso.

A senilidade, conceito associado ao envelhecimento patológico, ocorre quando as alterações supra referidas acontecem com uma intensidade muito maior, levando a deficiências funcionais marcantes, nomeadamente a alterações das funções nobres do SNC, atingindo especialmente a atenção, memória, raciocínio, juízo crítico, funções práticas e gnósticas, fala e outros tipos de comunicação, comprometendo de uma forma progressiva e severa a vida em relação da pessoa mais velha (Freitas, E.; Py, L., 2011).

É de notar que o envelhecimento populacional conduz à modificação do perfil de saúde, tornando-se mais frequentes as complicações associadas às doenças crónico-degenerativas, nomeadamente à demência (Rabelo, 2009)

### 1.1 Prevalência da demência

A demência é uma doença opressiva, não só para a pessoa que a têm, mas também para os seus cuidadores e familiares, sendo considerada uma das maiores causas de incapacidade e dependência nos idosos, a nível mundial (OMS, [s.d]).

Etimologicamente “demência” é composto pelo prefixo “de” (ausência), “mente” (mente) e pelo sufixo “ia” (condição ou estado) (Brucki, 2011).

É uma afeção neurológica que se caracteriza, na sua essência, por uma diminuição das capacidades cognitivas e alterações do comportamento que conduzem a uma perda progressiva da autonomia e da capacidade para as atividades diárias, profissionais e sociais (Cunha, 2010).

Com as pessoas a viverem mais tempo, em todo o mundo, haverá um aumento dramático no número de pessoas com formas de demência, como a doença de Alzheimer. O risco de demência aumenta acentuadamente com a idade com uma estimativa de 25-30% das pessoas com idades entre 85 anos ou mais com algum grau de declínio cognitivo (OMS, 2014).

Segundo a DGS (2004) a prevalência da demência aumenta cerca de 1% aos 65 anos, para 30% aos 85 anos, duplicando em cada 5 anos para as idades compreendidas entre os 60 e os 95, sobrevivendo as mulheres com demência mais tempo que os homens com a mesma patologia.

Estima-se que o número de pessoas a viverem com demência duplique nos próximos 30 anos. Neste sentido, investir na qualidade dos cuidados prestados a pessoas com demência e seus cuidadores tornou-se uma prioridade nacional em alguns países como os Estados Unidos (Orrell, Yates, & Burns, 2012).

Os custos de saúde na demência, a nível Europeu (incluídos os gastos indiretos ou de assistência a casos jovens) atingem já os 55 biliões de euros por ano, sendo a maioria destes gastos imputada às despesas decorrentes da institucionalização (Cunha, 2010).

As projeções de prevalência e incidência do número de pessoas com demência indicam um contínuo crescimento. Em 2010 estimavam-se cerca de 35,6 milhões de pessoas diagnosticadas com demência, prevendo-se que este número duplique em cada vinte anos para cerca de 65,7 milhões em 2030 e 115,4 milhões em 2050. O número total de novos casos em cada ano, a nível mundial, é aproximadamente 7,7 milhões, implicando um novo caso a cada 4 segundos (OMS, 2014).

A percentagem de demências atribuíveis à doença de Alzheimer varia cerca de 60% e mais de 90%, dependendo do contexto e dos critérios de diagnóstico. Nesta linha, a Perturbação Neurocognitiva Ligeira devida à doença de Alzheimer representa provavelmente também uma fração substancial dos défices cognitivos ligeiros (American Psychiatric Association, 2013).

A Doença de Alzheimer (DA) é uma doença progressiva e degenerativa que atinge o cérebro e causa perturbações da memória, do pensamento e do comportamento. Estas perturbações, que se podem fazer acompanhar de uma degradação física, levam a uma incapacidade de o indivíduo ter uma vida normal e independente, conduzindo, por fim, à morte (Hay, J., 2008).

Existem no entanto outro tipo de demências a considerar, dado provocarem de igual forma algum tipo de incapacidade à pessoa mais velha. Assim estas encontram-se categorizadas em demências degenerativas e não-degenerativas. As demências não-degenerativas, diferenciam-se das degenerativas, por apresentarem etiologias várias, sendo secundárias a alterações patológicas tais como alterações cerebrovasculares, infeções, lesões de ocupação de espaço, abuso de substâncias, entre outras doenças sistémicas. Não obstante, darei maior evidência às demências degenerativas, tal como evidenciado na Tabela 2, dado o seu carácter crónico e por isso com maior impacto na vida da pessoa mais velha, sua família e sociedade.

DEMÊNCIAS DEGENERATIVAS	
TIPO	CARACTERÍSTICAS
Demência frontotemporal	Idade média de início entre os 50 e os 55 anos. Afeção cortical frontotemporal. Caracteriza-se por perturbações comportamentais, modificações da afetividade e uma alteração global do funcionamento cognitivo, marcado essencialmente por perturbações da linguagem. Tem início insidioso, sendo os primeiros sintomas a perturbação dos comportamentos sociais e desinibição.
Demência de corpos de Lewy	O marcador da doença são os corpúsculos de Lewy, que se apresentam de forma difusa no córtex hipocampal, amígdala, parte compacta da substância negra e núcleo <i>ceruleus</i> . Caracteriza-se por sintomas de parkinsonismo e flutuações da atenção e de alerta. Os primeiros sinais/sintomas são bradicinesia, rigidez muscular e outros sinais extrapiramidais, sendo as alucinações visuais e delírios frequentes. Apesar de no estágio inicial ocorrerem flutuações de períodos de défices de memória, com períodos de normalidade, o seu curso clínico é rápido, sendo de 5 a 7 anos.
Demência de Parkinson	Apresentando um início insidioso e uma progressão lenta, esta tipologia de Demência também apresenta a possibilidade de existência de corpos de Lewy, na substância negra. Apresenta como principais manifestações clínicas a lentidão psicomotora, disfunção executiva, défice na memória de evocação. As ilusões e as alucinações são frequentes nos estádios iniciais desta demência.
Demência Vascular	De início súbito, a sua progressão é por “degraus”. O perfil do indivíduo com demência vascular consiste na presença de fatores de risco (hipertensão arterial, diabetes, hiperlipidémia, tabagismo, fibrilação atrial); presença de cardiopatia isquémica ou ateromatose periférica; antecedentes de isquemia cerebral transitória ou de acidente vascular cerebral; evolução em degraus; distúrbios urinários e distúrbios de marcha precoces; dificuldades mecânicas da fala (disartria); disfagia; labilidade emocional com riso e choro espasmódicos; síndrome depressiva e sinais piramidais e extrapiramidais. Estes indivíduos experienciam ainda alterações significativas na memória de trabalho.

Demência de Alzheimer	Carateriza-se pela existência de duas lesões, a placa senil e degenerescência neurofibrilar constituindo os marcadores neuroanatômicos da doença. Tem início insidioso. Numa fase muito inicial, os sintomas são vagos e difusos, por vezes confundido com Síndrome depressivo. As primeiras queixas estão relacionadas com o comprometimento da memória, a perda de concentração e atenção, depressão, agitação ou hiperatividade; dificuldades em aprender coisas novas e em resolver tarefas complexas; tendência para perder objetos pessoais; dificuldades em reconhecer faces e locais familiares e desorientação temporo-espacial progressiva.
-----------------------	---

Tabela 2 - Principais características das Demências degenerativas (Freitas, 2011; Oliveira, 2008; Cunha 2010).

Dados os casos de demência serem cada vez mais numerosos e compreendendo o seu impacto pessoal, familiar, e social, alguns autores destacam a existência de duas categorias de fatores que influenciam o aparecimento e o processo da demência nomeando-os respetivamente de fatores de risco e fatores protetores (Stein, 1994; Engelhart, 2002; Mauris, 2002 cit. por Grilo, 2009):

- ✓ **Fatores de risco** - a idade é o fator com efeito exponencial, não obstante a componente autossómica e hereditária têm igualmente um peso considerável, sendo que 7% dos casos de demência é de transmissão genética (particularmente na DA);
- ✓ **Fatores protetores** - o nível académico e sociocultural elevado (dado o maior número de conexões neuronais por maior Estimulação cognitiva), a ocupação laboral, a existência de atividades de lazer e sociais e a alimentação, nomeadamente uma dieta rica em vitaminas C e E.

Importa ainda destacar os Sintomas Comportamentais e Psicológicas da Demência (SCPD), sendo muitas vezes uma das principais razões de procura de ajuda por parte dos familiares cuidadores das pessoas com demência. Vários estudos de prevalência têm sido realizados, quer a nível ambulatorio, indicando 61% de pessoas que apresentam pelo menos um sintoma e 32% que atingem níveis de SCPD significativos, quer a nível de institucionalização. Englobam um conjunto heterogéneo de sintomas e comportamentos que ocorrem em indivíduos com qualquer tipo de demência (Cunha, 2010). Subdividem-se em:

- ✓ Comportamentos observáveis - nomeadamente agitação, agressão, perturbações do sono, do comportamento alimentar e sexual; a rutura nos ritmos circadianos pode ser responsável pela agitação durante o dia e pela perturbação do sono durante a noite assim como pelas alterações de comportamento de predomínio vespertino convencionalmente referido como “síndrome do pôr-do-sol”.
- ✓ Sintomas psicológicos - sendo mais comuns os sintomas depressivos, a ansiedade, delírios (mais frequentes que as alucinações) e alucinações (visuais mais comuns que auditivas). Habitualmente o seu aparecimento ocorre após desenvolvimento de deterioração cognitiva e funcional, sem existência prévia de história psiquiátrica.

Sendo a demência um processo degenerativo, compreende uma determinada progressão de deterioração cognitiva e comportamental, habitualmente diferenciada em três grandes fases (Grilo, 2009):

- ✓ Fase inicial - caracterizado por défice de memória recente (sintoma central). Os SCPD mais comuns nesta fase são a apatia, o desinteresse e a irritabilidade, por vezes confundido com Síndrome Depressivo;
- ✓ Fase intermédia ou declarada - as perturbações cognitivas são mais evidentes nesta fase, com algum comprometimento da autonomia individual. Apresenta perturbações de memória graves e permanentes, perda das referências espaço-visuais e perturbações da linguagem a nível do discurso, da escrita e da leitura. Existe apraxia, agnosia e perturbação das capacidades executivas. Quanto aos SCPD destacam-se as perturbações de humor do tipo depressivo, alterações da personalidade, perturbações do comportamento motor e perturbações psicóticas.
- ✓ Fase terminal ou avançada - fase caracterizada pela sua intensidade grave, tornando-se quase impossível comunicar. A autonomia da pessoa é praticamente nula levando ao aleitamento. Progressão para um estado de caquexia. A morte surge num período entre 5 a 12 anos.

Dada a DA ser a principal causa de deterioração cognitiva, representando 60% de todos os casos de demência e por mais de 75% das demências nos muito mais velhos, e de muitas das estratégias terapêuticas introduzidas nesta doença demonstrarem também eficácia noutros tipos de demência, dar-se-á maior ênfase ao tratamento desta entidade (Cunha, 2010).

Em termos de tratamento farmacológico este pode ser orientado de acordo com duas modalidades: a prevenção e o tratamento sintomático. É de salientar, desta forma, as opções farmacológicas mais usualmente utilizadas, tanto como estratégias neuroprotetora/preventiva como de estabilização e controlo sintomático. Assim podemos distinguir os fármacos **anti-oxidantes** (vitamina E, Selegilina, Gingko biloba e Idebenona); os **Antagonistas dos recetores do Glutamato**, entre eles a Memantina que se destaca pela sua ação na melhoria na diminuição da agitação/agressão; os **Inibidores das Colinesterases**, com efeitos demonstrados em vários estudos nas fases ligeira e moderada, podendo ainda ser úteis nas fases avançadas, destacando-se a Rivastigmina (atrasa o início e diminui a severidade dos SCPD atuando ainda nas etapas tardias da doença), o Donezepilo (Apresenta eficácia nos casos de DA moderada a moderadamente grave) e a Galantamina (retarda os SCPD em doentes com DA ligeira a moderada, associando a inibição da acetilcolina à modulação dos recetores nicotínicos); e os **Antidepressivos Serotoninérgicos**, nomeadamente o Citalopram, utilizado na diminuição do embotamento afetivo, inquietação, ansiedade e irritabilidade nos doentes com demência (Cunha, 2010; Camões, [s.d]).

Não obstante, é de realçar a existência, cada vez mais significativa, de casos de abandono da terapêutica, que ocorrem por os doentes não sentirem melhoras duradouras e pela impossibilidade de fazerem face aos custos da terapêutica medicamentosa, mesmo sendo ela muitas vezes suportada pelos familiares mais próximos, nomeadamente os filhos.

## 2. DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO

“A memória diminui... se não for exercitada” (Cícero, Marcus [s.d])

### 2.1. Definição e características

Tal como salientado no capítulo anterior, o envelhecimento reconhecido como “normal” apresenta *per si* um processo complexo de alterações, nomeadamente na cognição, sendo assim ténue a linha que o separa do envelhecimento patológico.

Estas preocupações sobre o envelhecimento e o défice cognitivo pressupõe uma compreensão mais clara da zona de fronteira entre o envelhecimento normal e a doença nas suas fases mais iniciais. Surge assim o conceito de Déficit Cognitivo Ligeiro (DCL), que tem recebido uma crescente atenção nestes últimos anos, particularmente sendo um estadió pródromo de demência (Petersen et al., 2001; Gauthier et al. 2006, cit. por Giuliano et al., 2012).

Segundo Petersen (2004), o DCL caracteriza-se por queixas de memória para além do que é considerado esperado pela idade, apresentando no entanto os restantes domínios cognitivos intactos. De forma a permitir uma identificação clara desta entidade, Petersen identificou um conjunto de critérios de diagnóstico, designadamente:

- ✓ Queixa de défice de memória por parte do indivíduo, sendo esta corroborada por um informante;
- ✓ Déficit objetivo de memória para a idade do indivíduo (mediante avaliação neuropsicológica);
- ✓ Preservação das restantes funções cognitivas;

- ✓ Preservação da autonomia nas atividades de vida diária;
- ✓ Não ter critérios diagnósticos de demência.

Assim, o típico indivíduo com DCL é aquele que refere déficit de memória, mas mantém a normalidade das restantes funções cognitivas.

Tal como é possível observar na ilustração 1, abaixo apresentada, o DCL apresenta-se com uma ligeira sobreposição quer com o envelhecimento dito normal quer com a demência em estadio muito inicial, devido à dificuldade associada a este diagnóstico, uma vez que as mudanças/queixas cognitivas podem ser muito subtis.

É assim, atualmente reconhecida como uma condição patológica e uma entidade clínica de relevo, e não como uma manifestação do envelhecimento normal como até então.

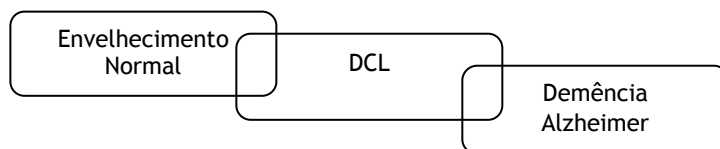


Ilustração 1- Continuum cognitivo mostrando a sobreposição entre o envelhecimento normal, o DCL e a Demência de Alzheimer (adaptado de Petersen, 2004).

O risco de desenvolver DCL tem sido associado a fatores intrínsecos e extrínsecos da pessoa. Nos fatores extrínsecos destacam-se a baixa escolaridade, pouco contato social, atividade intelectual pobre, viver sozinho, sedentarismo e tabagismo. Os fatores intrínsecos mais relevantes são a depressão, a percepção negativa do seu estado de saúde, idade avançada, hipertensão arterial, história de acidente vascular cerebral. Salienta-se também a possibilidade protetora de alguns estilos de vida, nomeadamente o envolvimento em redes sociais, em atividades mentais, de lazer e físicas (Rabelo, 2009).

As queixas de memória associam-se constantemente ao declínio em outras funções cognitivas. Neste sentido assume-se que o DCL pode existir em diferentes subtipos, nomeadamente o amnésico, em que a principal queixa é a memória, de múltiplos domínios (linguagem, funções executivas, habilidades visio-espaciais com ou sem alteração da memória) e de um único domínio que não a memória (Damasceno, 2004 cit. por Rabelo, 2009).

Ainda segundo Petersen (2004), os diferentes subtipos de DCL podem conduzir a diferentes tipos de demência, tal como exposto na tabela 3.

SUBTIPO DE DCL	POSSÍVEL PROGRESSÃO
Amnésico	Doença de Alzheimer
Múltiplos domínios	Doença de Alzheimer Demência vascular Envelhecimento normal
Domínio único, não da memória	Demência frontotemporal Demência dos corpos de Lewy Afasia progressiva primária Demência vascular

Tabela 3 - Heterogeneidade clínica do DCL (adaptado de Petersen, 2004).

Tal como salienta Petersen (2004), embora possam haver outras apresentações clínicas de DCL, um défice de memória subtil é muitas vezes a queixa inicial mais comum. Concomitantemente, a memória é a primeira capacidade cognitiva afetada na maioria dos casos de demência degenerativa (Nunes, 2008) Desta forma torna-se importante abordar, de uma forma resumida, a **Memória**.

*“A memória é uma das funções mais importantes no ser humano, desempenhando um papel determinante na relação com o meio externo, na socialização, na construção da personalidade e do comportamento e desempenho geral. Pensem apenas que não sobreviveríamos sem memória, nem a nível individual nem como espécie, pois não saberíamos sequer onde procurar alimento e abrigo, como evitar os perigos ou como transmitir conhecimentos” (Pais, 2008 cit. por Belinda, 2008, p.3).*

A constituição de memórias é um processo que pressupõe algumas fases sequenciais, como pode ser observado na Ilustração 2. Inicia-se pela **recepção** de informação captada pelos órgãos dos sentidos (percepção sensorial); segue-se a **codificação** dessa mesma informação que é incorporada e modelada à informação preexistente em diferentes áreas do cérebro; após a qual deve ser armazenada, seguindo então a fase de **consolidação**, onde a informação é organizada por temas, de uma forma autónoma, passando para estruturas de armazenamento permanente; segue-se então a **recuperação**, também conhecido por evocação de material ou competências aprendidas, sendo uma etapa consciente do processo e que pode acontecer de forma espontânea através de ajudas e dicas ou por reconhecimento após confrontação (Belinda, 2008).

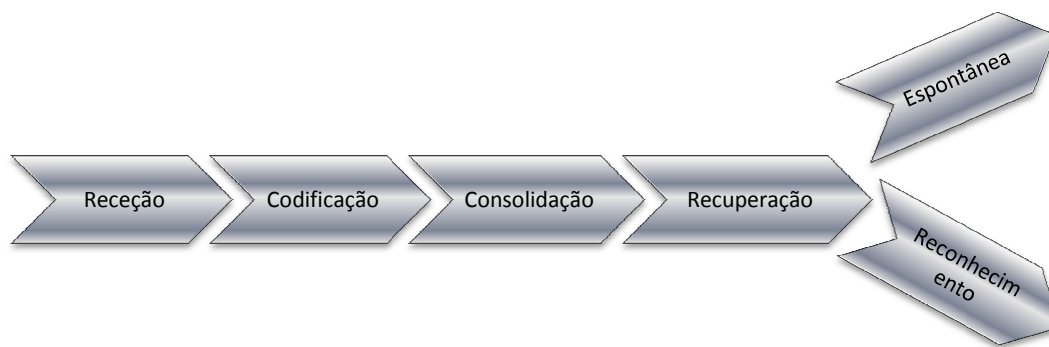


Ilustração 2 - Fases do processo de memorização (adaptado de Belinda, 2008)

Torna-se de igual importância, abordar os diferentes tipos de memória, nomeadamente:

- ✓ Memória sensorial - manutenção das informações captadas pelos órgãos dos sentidos, por segundos, podendo esta ser rapidamente esquecida ou passar para outro sistema;
- ✓ Memória de trabalho - localizada nos lobos frontais e controlada pelo sistema executivo central (responsável por regular a atividade tendo em conta os recursos, contingências do meio e tipo de informação), é capaz de reter e manipular informações por determinados períodos de tempo que pode variar de segundos a alguns minutos, enquanto a pessoa realiza outras operações mentais.
- ✓ Memória implícita (procedimental) - processo de memorização não intencional, ou seja, sem esforço consciente para o realizar. Associado a aprendizagem de habilidades manuais ou corporais (p.ex: andar de bicicleta);
- ✓ Memória explícita ou declarativa - processo de memorização intencional. Subdivide-se em memória episódica e memória semântica. A memória episódica também conhecida por memória autobiográfica associa-se a acontecimentos pessoais, em que as informações foram organizadas num contexto temporal e espacial. A memória semântica, que funciona como uma enciclopédia, acumulando os conhecimentos adquiridos ao longo da vida;
- ✓ Memória contextual - permite organizar a informação num referencial espaço-temporal, ordenando as memórias ao longo do tempo ou associando-as a acontecimentos de vida;
- ✓ Metamemória - consciência individual sobre o estado atual da sua própria memória e capacidade mental, sendo as queixas subjetivas de memória uma manifestação desta. É de salientar no entanto a sua sensibilidade quer à personalidade quer ao estado de humor, por exemplo pessoas deprimidas tendem a ter uma visão mais negativa do seu estado de memória, exacerbando as queixas;

- ✓ Memória prospetiva - capacidade da pessoa se projetar no futuro. De caráter prático serve para nos recordarmos de compromissos e assuntos de agenda num futuro mais ou menos próximo.

Embora não exista uma resolução definitiva para as doenças crônico-degenerativas como as demências, para aqueles que se encontram numa “zona indefinida” como o DCL, as intervenções precoces podem fazer a diferença (Rabelo, 2009)

Apesar de ainda pouco acessível, a intervenção cognitiva, que inclui intervenção na memória, tem apresentado evidências da sua utilidade como terapêutica coadjuvante sendo que o próprio senso comum diz-nos que treinar repetidamente as capacidades traz benefícios, os quais ainda que ligeiros são importantes em doenças assim tão devastadoras como é a demência (Pais, 2008, cit. por Nunes, 2008). Neste sentido abordaremos de forma mais específica as intervenções não farmacológicas no DCL, dado ser a entidade transitória entre o envelhecimento normal e a demência e em cuja intervenção pode prevenir/retardar o diagnóstico de demência.

## 2.2. Intervenção no défice cognitivo ligeiro

Não obstante a importância do tratamento farmacológico, como abordado no capítulo anterior, as intervenções cognitivas não farmacológicas beneficiam doentes com DCL, visto estes reterem a capacidade cognitiva de aprender e aplicar novas estratégias (Tsolaki, 2010).

Desde 1960 vários tratamentos não farmacológicos para pacientes com demência têm sido propostos, com o objetivo de melhorar capacidades cognitivas e qualidade de vida, reduzir distúrbios comportamentais e maximizar funções no contexto de défices pré-existentes (Farinand, et al. 2006).

*“O objetivo da reabilitação cognitiva é capacitar pacientes e familiares a conviver, lidar, contornar, reduzir ou superar as deficiências cognitivas resultantes de lesão neurológica” (Wilson, 1996 cit. por Camões, [s.d]).*

*Para Ávila (2003 cit. por Santos, 2008), “a reabilitação neuropsicológica ou cognitiva é um processo ativo que visa capacitar o paciente a desenvolver um bom nível social, físico e psíquico, através da maximização das funções cognitivas por meio do bem-estar psicológico, da habilidade em vida diária e do relacionamento social, constituindo, portanto, um tratamento biopsicossocial que envolve os pacientes e seus familiares,*

*levando em conta as alterações físicas e cognitivas dos pacientes, o ambiente em que vivem, os fatores subjetivos e sua biografia”.*

Tendo por base a premissa da evolução da demência, existem autores que defendem a divisão destas intervenções na cognição em “técnicas globais” e “técnicas cognitivas específicas”. As Técnicas globais associam-se a programas de treino baseados na reorientação e estimulação geral do doente, podendo incluir-se nesta categoria a Terapia de Orientação para a Realidade e Atividades Recreativas; por sua vez, as Técnicas Cognitivas Específicas definem-se como intervenções adaptadas a funções cognitivas específicas que parecem estar relativamente comprometidas na demência inicial a moderada, enquadrando-se técnicas de remediação cognitiva e treino cognitivo (Farinand, et al. 2006).

As técnicas de estimulação/ reabilitação cognitiva têm um papel fundamental no retardamento da evolução da DA, pois permitem ao doente desenvolver uma readaptação ao meio ambiente. No entanto, por visar a estimulação das funções cognitivas (memória, atenção, linguagem, funções executivas e habilidade visio-espacial), pode-se inferir que, da mesma forma que a intervenção é importante na reabilitação da DA, também se aplica quando o diagnóstico ainda não é demência mas sim comprometimento das funções cognitivas (Brucki, 2011).

Claire et al. (2004 cit. por Nunes 2008) distinguem três tipos de programas de intervenção cognitiva, sendo eles:

- ✓ Estimulação cognitiva - refere-se à estimulação cognitiva e social global do doente, através de um grupo de atividades não específicas.
- ✓ Treino cognitivo - prática acompanhada de determinadas tarefas específicas (funções cognitivas concretas), baseada na premissa de que a prática regular de determinadas tarefas cognitivas pode melhorar ou pelo menos manter essa função.
- ✓ Reabilitação cognitiva - referente a uma abordagem mais abrangente. O seu objetivo não é melhorar o desempenho em tarefas cognitivas específicas, mas sim em tarefas que sejam relevantes para a vida quotidiana do doente e seus familiares, de acordo com as características individuais dos mesmos.

Na literatura, as intervenções que mais se destacam são: a Terapia de Orientação para a Realidade (TOR), a terapia por Reminiscências (TR) e o Treino Cognitivo (TC), isto para além de propostas centradas no cuidador como programas educativos e programas de suporte e de informação (Brucki, 2011).

De uma forma mais pormenorizada abordar-se-á cada uma delas, assim como outras técnicas igualmente abordadas na literatura:

- ✓ Terapia de Orientação para a Realidade - inicialmente utilizada na reabilitação de pessoas com traumatismo craneoencefálico, é atualmente uma das intervenções mais utilizadas na reabilitação cognitiva das demências. O seu objetivo é melhorar a orientação espaço-temporal, auto e alopsíquica da pessoa, através do uso de pistas e auxílios externos. Ela pode incluir exercícios de localização de locais importantes do ambiente (p.ex: localização dos interruptores, alarmes, entre outros), exercícios de identificação de cores e esquemas da planta do ambiente onde se encontra e ainda exercícios contínuos de reabilitação da memória através da orientação sobre a situação e circunstâncias atuais (Camões, [s.d]) Deve ser sempre incluída em programas de intervenção mais abrangentes dada a sua escassa resposta quando utilizada de forma exclusiva (Woods, 2002, cit. por Brucki, 2011).
- ✓ Terapia por Reminiscências - visando o treino da memória do doente, baseia-se na discussão de atividades passadas, eventos e experiências, geralmente com o auxílio de pistas como fotos e itens familiares como músicas, gravações, entre outros. Dado utilizar a linguagem falada para partilha, pode ser um fator limitante para pessoas com alterações desta função, podendo-se no entanto utilizar material verbal (Woods, 2002; Francés, 2003, cit. por Brucki, 2011).
- ✓ Treino cognitivo - refere-se a treino em domínios cognitivos específicos. Por vezes utiliza auxílios externos como computadores, agendas, entre outros (Wilson, 1997, cit. por Brucki, 2011).
- ✓ Reabilitação baseada na facilitação da memória implícita residual - que visa estimular a capacidade de aprendizagem e os aspetos de memória que o doente ainda preserva. A sugestão neste tipo de técnica é a realização de treinos em conhecimentos específicos com aplicabilidade prática na vida diária do doente. Neste sentido, o objetivo não será restabelecer habilidades de memória mas antes fornecer informações úteis para a resolução prática de problemas do quotidiano (Ávila, 2002).
- ✓ Adaptação e modificação do ambiente - esta intervenção visa potenciar a máxima autonomia, através da utilização de

sinalizações, iluminação adequada, desobstrução das passagens, relógios e calendários de tamanho satisfatório, entre outros, de forma a contribuir para uma maior qualidade de vida e menos sentimento de dependência (Camões, [s.d]).

- ✓ Apoio à família - com o objetivo de ajudar a família a lidar melhor com a sua sobrecarga emocional e ocupacional gerada pelo cuidado, e prestar apoio económico e jurídico. Na sua maioria inclui trabalhos com grupos de familiares e cuidadores.

A intervenção deve ser focada na manutenção do funcionamento cognitivo e comportamental pelo maior tempo possível, tomando cuidados preventivos nos problemas comportamentais e aumentando o acesso a interações de reforço (Buchanan, 2006; Rodríguez & Antequera, 2004, cit. por Cabos, 2012).

Estudos internacionais sugerem que a EC se associa a uma diminuição do risco de declínio cognitivo e de perturbação depressiva, assim como a uma melhora da autonomia das pessoas mais velhas, aumentando a proteção contra o aparecimento de demência, daí defenderem a sua inclusão, como componente essencial dos cuidados a idosos (Apóstolo, 2011). Adicionalmente ao acima mencionado, a intervenção com EC apresenta um bom rácio custo-benefício, apresentando benefícios na cognição de doentes com demência comparáveis com os obtidos por tratamento farmacológico, nomeadamente pelos inibidores de colinesterase (Knapp, 2006; Spector, 2008 cit. por Apóstolo 2011).

Outros autores salientam ainda mais benefícios, especificamente na diminuição de sintomas depressivos e da vulnerabilidade depressiva (Roes, 2009; Niv, 2010, cit. por Apóstolo, 2011), assim como na promoção da plasticidade cerebral e reserva cognitiva (efeitos neuroprotetores) (La Rue, 2010 cit. por Apóstolo, 2011).

Assim, visto ambas as vertentes, farmacológica e não-farmacológica, apresentarem um papel importante neste contexto, ambas deverão ser implementadas e desenvolvidas conjuntamente, formando a “terapêutica combinada”, em todos os estádios de evolução da pessoa (Cunha, 2010).

É importante ainda sublinhar a necessidade de definir o perfil cognitivo de cada pessoa antes de iniciar qualquer programa de intervenção cognitiva, distinguindo os aspetos da cognição que estão preservados dos possíveis défices existentes, assim como adequar o tratamento proposto ao seu nível intelectual e cultural (Camões, [s.d]).

Rodríguez & Antequera (2004, cit. por Cabos, 2012) reforçam que o tratamento individualizado ajudará a manter a motivação da pessoa, evitará a frustração face às tarefas e favorecerá a perceção de emoções positivas ao completar a tarefa, para além de reforçar o vínculo, pessoa -familiar cuidador.

Independentemente da técnica utilizada, ou da associação delas, o método de aprendizagem utilizado deve ser o **Método Sem Erros**, devendo ser um requisito básico, visto reduzir a possibilidade de erro da pessoa, propiciando o seu sucesso na execução da tarefa. Para além disso, a possibilidade de obter sucesso aumenta a motivação da pessoa, o que também é um item facilitador da aprendizagem e de melhor memorização (Clare, 2000, cit. por Brucki, 2011).

O grande desafio para os profissionais de saúde que trabalham nesta área de atuação é conseguir intervir junto destes Familiares Cuidadores de pessoas mais velhas afetadas com DCL (Freitas, 2011). Pensando que o dia tem 24 horas, o tempo que o paciente fica em terapia com o profissional é restrito. Neste sentido, envolvendo o familiar cuidador nos cuidados, ensinando o mesmo a estimular o paciente durante o dia aumentaria a possibilidade de eficácia da intervenção.

Os familiares cuidadores têm um papel fundamental em todo este processo, sendo que o sucesso do tratamento implementado depende deles, e o bem-estar da pessoa mais velha tem, por sua vez, um impacto comprovado no bem-estar dos que o apoiam, e na sua qualidade de vida (Cunha, 2010).



### 3. PAPEL DO FAMILIAR CUIDADOR NO CONTEXTO DOMICILIÁRIO

Ao longo dos tempos, os termos família e agregado familiar abrangem realidades muito distintas. Na sociedade contemporânea, devido à expansão do trabalho assalariado e à atividade económica exterior à família, associado à evolução da fecundidade, da mortalidade, da nupcialidade e da propensão para o divórcio, repercutiu-se sobre o número, dimensão, formação e composição dos agregados familiares (Imaginário, [s.d]). Assim entende-se a passagem das famílias caracteristicamente alargadas para famílias tendencialmente do tipo nuclear, monoparental ou unipessoal, em que emerge o conflito entre as necessidades de segurança e estabilidade afetiva com as exigências de autonomia e de realização pessoal (Slepoj, 2000 cit. por Imaginário, [s.d]).

A palavra “cuidar” deriva do latim *cogitare* que significa pensar, refletir, aplicar a atenção a, ter cuidado, tratar.

Segundo Lage (2007), o conceito de cuidar faz parte da história, experiência e valores familiares, sendo esta função assistencial intimamente vinculada à família, sendo mesmo considerada como uma tarefa inerente.

Collière (2003) afirma que cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.

Na perspetiva de Squire (2005, cit. por Ferreira, 2008), o conceito de cuidar emerge sob a forma de prestar cuidados, percecionado pela maioria das sociedades como uma das funções básicas da vida em família.

Já o conceito de prestação de cuidados é definido como um ato de promover assistência a um membro da família, amigo ou doente, permitindo a manutenção de um bom nível de independência (Marques, 2007).

Segundo Figueiredo (2007) a tradição cultural portuguesa atribui às famílias, particularmente aos seus membros do sexo feminino, a responsabilidade de cuidar dos elementos mais idosos e com laços mais chegados.

O aumento progressivo dos índices de envelhecimento conduz a um aumento concomitante na exigência real e potencial de cuidados a médio e longo prazo, aumentando o desafio dos cuidados. Não compreendendo o conceito de pessoa mais velha, obrigatoriamente, dependência de terceiros, o envelhecimento associa frequentemente um acréscimo de situações crónicas, muitas vezes parcial ou totalmente incapacitantes, que requerem suporte familiar, social e de saúde. As dificuldades económicas atuais e a consequente dificuldade na institucionalização, quer por essa mesma dificuldade, quer pela escassa resposta de instituições sociais face ao elevado número de pedidos, leva ao aumento do número de familiares cuidadores.

O cuidador informal, atualmente identificado como familiar cuidador, é identificado como sendo a pessoa que não auferir qualquer tipo de rendimento financeiro, podendo ser membros da família, amigos ou vizinhos, que garantem os cuidados à pessoa dependente (Grilo, 2009).

Os familiares cuidadores são, habitualmente diferenciados em dois subgrupos, relativamente ao cuidado prestado: os cuidadores primários e os cuidadores secundários. O que diferencia estes dois subgrupos é a percentagem de cuidados prestados, sendo os cuidadores primários caracterizados por prestarem mais de metade dos mesmos. A maioria dos investigadores operacionalizam o conceito de cuidado neste contexto sendo composto pelas tarefas relativas ao transporte, lides domésticas, preparação da comida, lavagem de roupa, cuidados pessoais e/ou suporte financeiro (Paúl, C; Fonseca, A., 2005).

Scharlach e colaboradores, procurando caracterizar o perfil do cuidador familiar, indicam que 75% dos cuidadores são mulheres, 60% casadas e a média de idades é de 51 anos (Grilo, 2009). Martins (2007 cit. por Grilo, 2009) acrescenta que, na sua maioria, os cuidadores são do sexo feminino, com uma média de idades de 58,9 anos e maioritariamente são o cônjuge/companheiro ou filho/filha. Completa ainda afirmando que, a maior parte presta todo o tipo de cuidados aos seus familiares, numa média de 75,8 horas por semana desde há 5 anos.

Quanto ao perfil dos familiares cuidadores portugueses, Sequeira (2013) concluiu no seu estudo que a maioria são adultos com mais de 40 anos, do género feminino (filhas e esposas), casadas e com baixo nível de escolaridade. Face à situação económica são geralmente domésticas, desempregadas ou reformadas.

A iniciação no papel de cuidador muito raramente surge de um processo livre e consciente. Em termos do processo familiar que leva à determinação do papel familiar cuidador principal, existem duas vias: através de um processo sub-reptício ou em

consequência de um incidente inesperado. O primeiro ocorre com uma perda progressiva de autonomia da pessoa de quem se cuida; o cuidador começa a prestar cuidados sem ter tomado conscientemente essa decisão. Em relação ao incidente inesperado, este poderá ser devido a uma doença ou um acidente incapacitante, a viuvez, e à saída ou morte do anterior prestador de cuidados (Figueiredo, 2007).

No sentido de promover uma prestação de cuidados mais satisfatória para o binómio cuidador-doente, torna-se fundamental perceber e intervir nas necessidades identificadas quer junto dos doentes de forma a promover a sua autonomia pelo maior tempo possível, quer junto dos familiares cuidadores potenciando um sentimento de segurança e conforto na prestação de cuidados e consequentemente reduzindo o risco de stress e sobrecarga do cuidador.

### **3.1. Principais necessidades e capacitação do familiar cuidador**

O familiar cuidador é uma entidade importante, quer para a sociedade quer para os serviços de saúde, sendo a que carrega o “fardo” mais pesado para além do próprio doente.

Como cuidadora, a família é, foi e continua a ser parte integrante da intervenção em saúde, em todos os contextos de assistência. É por isso clara a relevância da relação entre o cuidado à pessoa e o contexto familiar, como algo indispensável para o cuidado integrado e continuado à pessoa mais velha dependente (Roca, 1994, cit. por Paúl, C; Fonseca, A., 2005).

O papel do familiar cuidador tem sido reconhecido como central, numa abordagem multidisciplinar. Na prática diária, os profissionais tendem a subestimar as capacidades dos cuidadores e, se estes não forem envolvidos, corre-se o risco de que desenvolvam a sua ação em oposição ao plano terapêutico estabelecido (Castro-Caldas, A.; Mendonça, A., 2005).

Segundo Agreglia (2004 cit. por Binetti, G. et al., 2012), fatores externos também afetam as dificuldades sentidas pelos cuidadores, incluindo o isolamento social, falta de conhecimento sobre demência e pouco apoio de outras famílias e/ou instituições.

Quando se fala em necessidades associamos a este conceito a noção de valor, pois cada pessoa atribui um significado diferente, “seu”, ao que é desejável, à pretensão. Daí que as necessidades não possam ser vistas como absolutas, são sempre relativas aos indivíduos e aos contextos onde estão inseridas, dependem de valores e crenças.

Os familiares cuidadores manifestam necessidades: fisiológicas, económicas, de ajuda de outros e de formação/informação. Salientam ainda a necessidade de detenção de conhecimentos sobre práticas de cuidar e sobre a doença e dependência da pessoa idosa, de forma facilitar e melhorar a qualidade da prestação dos cuidados através de um maior controlo dos cuidadores sobre a situação e diminuição das dificuldades sentidas (Palma, 1999, cit. por Andrade, 2009).

Aparentemente, familiares cuidadores de pessoas com dependência mental apresentam mais dificuldades dada a complexidade dos cuidados à pessoa (Sequeira, 2013).

A informação visa a aquisição de conhecimentos práticos para lidar com o doente nas atividades de vida diária (levantar, cuidados de higiene, alimentação, entre outros), lidar com as perturbações de comportamento (agressividade, agitação, perturbações afetivas, entre outras), conhecimentos acerca da própria doença e dependência (causa, evolução, tratamento) e ambiente físico e social (Melo, 2004, cit. por França, 2010).

Cabos, F. & Rodrigues, M (2012) relevam a existência de poucos estudos que envolvem os familiares cuidadores e que, os existentes se focalizam na intervenção direta aos mesmos, nomeadamente na aplicação de estratégias de coping, exercício físico ou programas de resolução de problemas, com o objetivo de reduzir os seus níveis de sobrecarga e/ou prevenir estados depressivos. Salientando a quase inexistência de estudos que, de uma forma eficaz providenciem aos cuidadores habilidades específicas para lidar com as situações problema com os doentes, ou ajuda e treino para manterem as habilidades básicas dos seus familiares doentes. Vidovich (2011) reforça ainda afirmando uma escassez de trabalhos de investigação que tenham utilizado técnicas de EC de uma forma facilmente utilizada no contexto domiciliário e implementada pelo cuidador familiar.

Na verdade, e de acordo com a experiência em prática clínica, todas as informações e programas de capacitação são direcionados a pessoas mais velhas dependentes em contexto domiciliário, nomeadamente no que concerne à sua dependência física, fornecendo ao cuidador estratégias para facilitar e melhorar os cuidados. Neste sentido acaba-se por descurar a parte cognitiva da pessoa mais velha, esquecendo que como pessoa deveríamos observa-la de uma forma mais holística.

Neste contexto surge este estudo, que tem como meta perceber e analisar o estado da arte no que concerne a programas de capacitação de familiares cuidadores para a implementação de EC ao seu familiar, no contexto domiciliário.

## PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO



## 1. CONTEXTO E PERTINÊNCIA DO ESTUDO

Compreendendo o fenómeno crescente nas taxas de envelhecimento a nível mundial, mas mais particularmente em Portugal, entende-se o aumento crescente das fragilidades associadas a essa faixa etária, quer na saúde física quer mental, com agravamento das doenças crónicas e conseqüente aumento dos níveis de dependência (DGS, 2013).

De entre as doenças crónicas com maior prevalência pode-se incluir as síndromes demenciais, caracterizados pelo declínio cognitivo e funcional progressivo. São igualmente reconhecidas pelo seu grande impacto não só na pessoa mais velha mas também nos seus familiares, pelas suas conseqüências a nível pessoal, social e económico (Brucki, S. et al., 2011).

Sabendo que o DCL é o estado intermediário entre o envelhecimento cognitivo esperado para a idade e a fase inicial da demência, é cada vez mais reconhecido como um importante problema de saúde, associado a um aumento do risco de desenvolvimento de demência. (Apóstolo, J., et al., 2011).

Indicadores atuais salientam que aproximadamente 12% das pessoas com mais de 70 anos têm DCL, com 3 a 4 vezes mais probabilidade de desenvolver DA. Segundo alguns autores, entre 10 a 15% dos indivíduos com DCL desenvolvem demência no período de um ano (Petersen et al., cit. por Simon e Ribeiro, 2011), enquanto pessoas saudáveis evoluem entre 1 a 2% ao ano. A maioria dos indivíduos com DCL apresenta um maior risco de desenvolver demência em 3 a 6 anos (Troyer et al., 2008).

Neste sentido, entende-se a necessidade de investir em intervenções terapêuticas que potenciem a independência do idoso, facilitando a sua manutenção no contexto familiar, diminuindo a progressão da doença e reduzindo a sobrecarga familiar.

Não havendo no entanto uma terapêutica completamente eficaz na resolução do DCL, a intervenção terapêutica deve ser focada na manutenção do funcionamento cognitivo e comportamental pelo maior tempo possível. Surge assim, defendida por vários

autores, a terapia “combinada” em que se associa a componente farmacológica focalizada no controlo sintomatológico da doença com a componente não-farmacológica focalizada na manutenção da capacidade cognitiva e consequentemente diminuição da progressão da demência. A intervenção não-farmacológica mais amplamente estudada neste contexto é a EC, estando associada à diminuição do declínio cognitivo e à melhoria da autonomia do idosos, sendo uma intervenção com bom rácio custo-benefício. Envolvendo aspetos cognitivos, emocionais, comportamentais e relacionais, fornece ao idoso e aos cuidadores familiares um conjunto de estratégias que permitem uma adaptação mais saudável à nova condição de saúde, melhorando o seu desempenho nas atividades de vida diária, promovendo a sua independência, diminuindo o risco de sobrecarga dos familiares cuidadores e facilitando a interação social.

Segundo Vidovich, M., et al. (2011), há uma escassez de trabalhos de investigação que tenham utilizado técnicas de EC de uma forma facilmente utilizada no contexto domiciliário e implementada pelo familiar cuidador. Assim salienta-se a importância do desenvolvimento e implementação de programas de EC para idosos com DCL, adaptados às suas necessidades e passíveis de serem implementadas neste contexto. Tendo em conta o atrás referido em conta e dada a falta de conhecimento sobre o estado da arte neste contexto, surge a necessidade de uma revisão integrativa da literatura.

## 2. OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto, e tem como finalidade:

- Contribuir para a criação de programas de capacitação de familiares cuidadores no contexto da EC no domicílio para idosos com DCL.

O objetivo é avaliar a existência de programas de EC aplicáveis no contexto domiciliário a idosos com DCL, pelos familiares cuidadores.

Como objetivos específicos salienta-se:

- Efetuar uma revisão integrativa da literatura;
- Descrever as principais características dos programas de EC executadas por familiares cuidadores.



### 3. ASPETOS METODOLÓGICOS

*“A investigação científica é um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para questões precisas. Ela consiste em descrever, explicar, prever e verificar factos, acontecimentos ou fenómenos.” (Fortin, 2009).*

#### 3.1. Revisão integrativa da literatura

Dado o crescente desenvolvimento no conhecimento científico e à necessidade de minimizar o distanciamento entre os avanços científicos e a prática assistencial, surgiu, inicialmente, no campo da Medicina, e, posteriormente, na Enfermagem, a Prática Baseada em Evidências (PBE). É uma abordagem que encoraja a procura da melhor e mais recente evidência para a tomada de decisão na prática clínica. Envolve a definição de um problema, a pesquisa e a avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação das evidências na prática e a avaliação dos resultados obtidos (Mendes, et al. 2008).

Integrado neste movimento de PBE, surge a necessidade de produção de métodos de revisão da literatura, os quais permitam a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis face ao tema investigado. De entre estes métodos destacam-se a revisão sistemática e a revisão integrativa (Mendes, et al. 2008).

Face aos critérios necessários para o uso da Revisão Sistemática da Literatura como método, nomeadamente ao que concerne ao número de investigadores necessários (mínimo de dois), optou-se pelo uso da Revisão Integrativa sendo o método que melhor respondia ao objetivo pretendido integrado nas condições existentes.

Assim antes de mais importa clarificar este método. A Revisão Integrativa da Literatura, método de pesquisa relatado desde 1980, é um dos métodos utilizados na PBE, que tem como finalidade sintetizar os resultados da pesquisa sobre um delimitado tema ou

questão de partida, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (Mendes, et al. 2008).

*“A revisão integrativa sintetiza resultados de pesquisas anteriores, ou seja, já realizadas e mostra sobretudo as conclusões do corpus da literatura sobre um fenômeno específico (...). Segue um processo de análise sistemático e sumarizado da literatura, o que se bem conduzido qualifica seus resultados o que possibilita identificar lacunas do conhecimento em relação ao fenômeno em estudo, identificar a necessidade de futuras pesquisas, revelar questões centrais da área em foco, identificar marcos conceituais ou teóricos, mostrar o estado da arte da produção científica resultante de pesquisas sobre um determinado tema” (Crossetti, M., 2012, p.8)*

Estando integrada no conceito de método, compreende-se que necessite de respeitar e seguir de forma rigorosa determinados passos, de forma a garantir a relevância dos seus resultados para a prática clínica. Assim, pode afirmar-se como sendo composta por seis passos ou etapas (Mendes, et al. 2008):

- 1º) Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de partida;
- 2º) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos;
- 3º) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos;
- 4º) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa;
- 5º) Interpretação dos resultados;
- 6º) Apresentação da revisão/ síntese do conhecimento.

Tal como qualquer outro método, a Revisão Integrativa apresenta algumas vantagens e limitações a considerar.

Não obstante, a Revisão Integrativa da Literatura tem-se firmado no campo da saúde como uma ferramenta ímpar, pois sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico (Souza, et al., 2010).

### 3.2. Protocolo de colheita de dados

Tomando por base o referido no subcapítulo anterior, nomeadamente no que concerne às etapas do método selecionado, e começando pela **primeira etapa**, clarifica-se a questão de partida, utilizando por base a estratégia PICO.

PICO representa um acrónimo para **P**aciente, **I**ntervenção, **C**omparação (item não obrigatório) e **O**utcomes (resultados). Assim, analisando o objetivo deste estudo, obteve-se a seguinte questão de partida:

“Que programas de Intervenção Cognitiva (**I**), aplicados por familiares cuidadores de pessoas mais velhas com DCL (**P**), para melhoria da capacidade cognitiva (**O**)?”

Assim definiram-se critérios de inclusão e exclusão dos artigos, **segunda etapa**, nomeadamente:

- Artigos publicados entre 2004 e 2014;
- Artigos apresentados em texto completo;
- Artigos escritos em Francês, Inglês, Espanhol e Português;
- Adequação ao tema da pesquisa devendo ser referentes a programas de intervenção na cognição aplicados a pessoas mais velhas com DCL, por familiares cuidadores, em contexto domiciliário;
- Revisões sistemáticas ou estudos experimentais, pelo seu nível de evidência científica (nível um).

A pesquisa foi realizada utilizando as seguintes bases de dados apresentados na Tabela 3, tendo sido realizada durante o mês de Abril de 2014:

Quadro 3: Base de dados utilizada	Bases de dados integradas na utilizada
EbscoHost Web	Academic Search Complete, Business Source Complete, CINAHL Complete, CINAHL plus with full text, ERIC (Educational Resource Information Center), Library Information Science & Technology Abstracts, MediaLatina, MEDLINE with full text, Psychology and Behavioral Sciences Collection; Regional Business News, SPORTDiscus with full text.

B-On	Biomed Central, BioOne, Bionline Internacional, DOAS, Future Science Group, Informs, MedLine/PubMed, Project Gutenberg, PubMed Central, Public Library of Science, Scielo Global, Universidade de La Riuja, DialNet, RCAAP.
------	---

Tabela 4 - Bases de dados na pesquisa

Foram utilizados os seguintes Operadores booleanos de pesquisa, acoplados pelo separador AND:

- Mild cognitive impairment;
- Cognitive stimulation program;
- Caregiver;
- Aging.

Aos operadores booleanos foram associados expansores de pesquisa, nomeadamente “aplicar palavras relacionadas” e “pesquisa no texto completo”, de forma a garantir uma pesquisa completa sobre a temática em estudo.

Os artigos encontrados e selecionados podem ser observados na tabela 5.

Artigos	Encontrados	Selecionados
Base de dados		
EbscoHost Web	36	6
B- on	37	5
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>11</b>

Tabela 5 - Artigos encontrados vs. Artigos selecionados

A seleção dos artigos foi obtida através da aplicação dos critérios de inclusão/exclusão inicialmente definidos, tal como o apresentado na ilustração 3 apresentada:

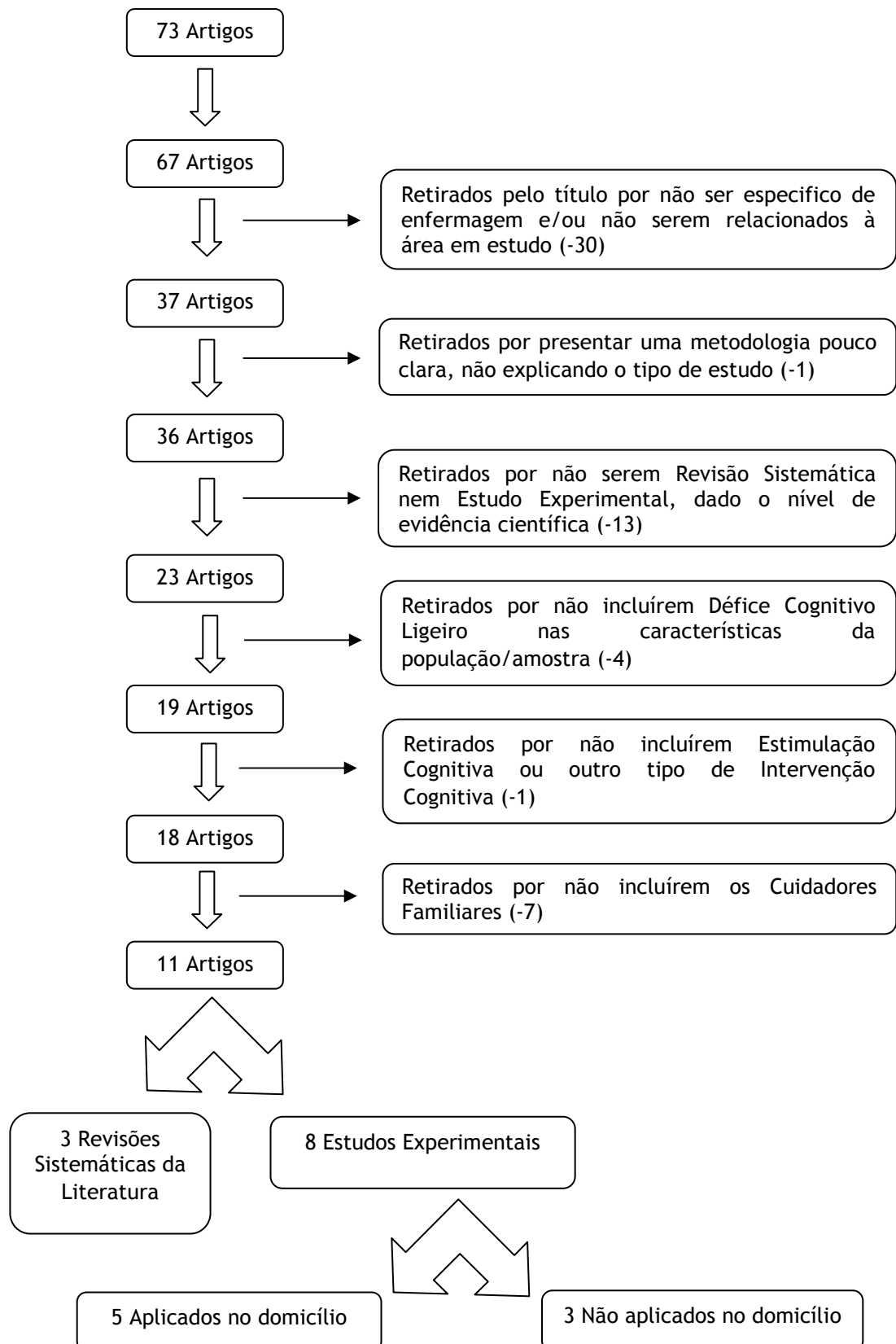


Ilustração 3 - Esquema de exclusão e inclusão dos artigos obtidos

### 3.3. Estratégias de análise de dados

Para a análise dos dados extraídos dos estudos encontrados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo.

*“A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações, visando obter, por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (Bardin, 1977, cit. por Oliveira, 2008, p.570).*

Assim, de forma a garantir o seu valor científico, deve seguir regras precisas de forma a diferenciar-se das análises meramente intuitivas. Estas etapas são (Oliveira, 2008):

- 1º) Pré-análise, que consiste no processo de escolha dos documentos e definição dos objetivos da análise;
- 2º) Exploração do material ou codificação, sendo o processo no qual os dados brutos dos documentos são sistematicamente transformados e agregados em unidades (categorias);
- 3º) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Importa ainda perceber quais as características de uma boa Categoria no momento da sua construção, salientando-se então a homogeneidade, a exaustividade, a exclusividade, a objetividade e a pertinência.

Tendo em conta o supra referido e o contexto dos artigos analisados definiram-se as seguintes categorias de análise:

- ✓ Participantes/amostra;
- ✓ Metodologia;
- ✓ Duração e nº de sessões;
- ✓ Intervenções;
- ✓ Temas abordados;
- ✓ Inclusão dos cuidadores familiares;

- ✓ Momentos de avaliação;
- ✓ Instrumentos de avaliação;
- ✓ Follow-up;
- ✓ Resultados.

De forma a facilitar a análise comparativa dos artigos nas diferentes categorias, utilizou-se uma tabela, apresentada no capítulo seguinte, que permite uma visualização e leitura mais organizada do conteúdo, seguida de análise e discussão dos aspetos de maior relevância face ao objetivo do presente estudo.

### **3.4. Limitações do estudo**

A escolha da metodologia seguida no estudo é sempre um ponto crucial de tomada de decisão, sendo que quando devidamente justificada e ponderada se torna tão válida como qualquer outra. Não obstante, neste caminho de construção encontram-se algumas limitações que importam ter em conta de maneira a fazer uma análise real e objetiva do resultado da investigação.

Assim, uma das limitações pode estar associada à definição das palavras - chaves de pesquisa dos artigos que, limitaram os artigos encontrados e conseqüentemente os resultados obtidos.



### **PARTE III - RESULTADOS**



## 1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo a apresenta-se uma análise dos artigos selecionados, fazendo referência a aspetos considerados pertinentes, nomeadamente aos participantes/amostra utilizada, a metodologia do estudo, intervenções implementadas, atividades utilizadas, duração e número de sessões, inclusão dos cuidadores, momentos e instrumentos de avaliação, a utilização ou não de momentos follow-up e os principais resultados obtidos, de forma a possibilitar a comparação entre os diferentes estudos analisados.

De forma a tornar mais claros os dados obtidos da análise total dos artigos apresenta-se, antes de cada categoria abordada, uma tabela resumo com as principais características extraídas.



Após análise dos artigos quanto às características da população/amostra, podemos inferir que maioritariamente são mulheres, acima dos 65 anos de idade, por isso consideradas como pessoas mais velhas, mas com uma escolaridade média, acima dos 6 anos. Quanto ao tamanho da amostra é bastante díspar, sendo um dos pontos fracos de alguns dos estudos em que a amostra é muito diminuta. A informação resumida apresenta-se na tabela 6, e nas tabelas 6A e 6B apresenta-se de forma mais detalhada a informação referente a cada artigo analisado.

Características	Estudos Experimentais	Revisões Sistemáticas da Literatura
Número/tamanho amostra	Média de 113,43 participantes. Amplitude de 12-306	Média de 34,8 participantes
Idade	Média de 74,4 anos	Varia dos 38 aos 97 anos
Escolaridade	Média de 6,9 anos de escolaridade	Apenas uma das Revisões refere 82% de participantes com mais de 12 anos
Género	62,6% Mulheres	Não apresentado

Tabela 6 - Resumo da caracterização da População/amostra dos estudos analisados

Participantes - Amostra por Autor/Ano				
BINNETI, 2012	FARINAND, 2006	GATES, 2011	VIDOVICH, 2011	CRUZ, 2013
145 Participantes com DA, vascular, frontotemporal; doença de corpos de Lewy e DCL; Idade média de 74,2 anos, sendo 66,2% mulheres, apresentando escolaridade média de 6,3 anos; 37,9% com DCL e 62,1% com demência; MMSE em T0 em média 21,7. 131 Cuidadores familiares com idade média 57,6 anos e escolaridade média 9,1 anos, 72,7% mulheres.	32 Participantes, divididos em 8 grupos de 4 elementos cada, tendo em conta o género e a severidade da demência. A idade média varia entre os 72,7 e os 73,2 no grupo de estimulação global e treino cognitivo específico respetivamente, assim como a escolaridade com média entre 7,06 anos no 1º grupo e 10,56 anos no 2º. 62,5% mulheres.	O tamanho da amostra varia entre 10 e 59 participantes, sendo em média de 30,5. As idades variam entre os 62,3 e os 76,2. A função cognitiva de base foi medida, em 8 dos estudos através do MMSE, tendo os scores variado entre 28,9 e 17,2, com uma média de 26,32.	Os participantes eram voluntários da comunidade, recrutados a partir de clínicas de memória locais. Os companheiros foram definidos como sendo as pessoas que passam no mínimo 10 horas por semana com a pessoa doente, incluindo tempo em sua casa. Não apresentam no estudo, outras características	80 Participantes selecionados consecutivamente numa clínica de memória de ambulatório. Divididos em 4 grupos nosológicos: 25% queixas subjetivas de memória, 25% traumatismo crânio-encefálico, 25% enfarte e outras lesões cerebrais estáticas e 25% com DA leve. Idade média 60 anos (41-78 anos), 44% mulheres, escolaridade média 6 anos (4-17anos), 66% já tinham utilizado o computador. Apenas 48 completaram o estudo.

Tabela 6 A - Caracterização da População/amostra dos estudos analisados

Participantes - Amostra por Autor/Ano					
UKAWA, 2011	Simon, 2012	LIM, 2012	ORREL, 2012	BRUNELLE-HAMANN, 2014	AGUIRRE, 2013
<p>199 Participantes concluíram o estudo, sendo 60 homens e 139 mulheres, com idade média 78,6 anos (65 a 95 anos). O MMSE apresentou em média, em T0, valor de 24,2.</p>	<p>90% dos estudos incluíram mais de 30 participantes com DCL amnésico no grupo experimental (numa amplitude de 8 a 193); Face à escolaridade 82% apresentavam escolaridade igual ou superior a 12 anos (3 dos estudos não continham essa informação);</p>	<p>20 Participantes com DCL. Idade média de 80,10 anos, sendo 60% mulheres e tendo escolaridade média de 2,23 anos (variando de 0 a 4 anos). Foram selecionados de 4 instituições de cuidados de dia, atendimento domiciliário aprimorado e serviços comunitários. Os scores obtidos no MMSE variaram entre 21 e 26. Para a aplicação do programa foram utilizados pequenos grupos de 6 a 8 participantes.</p>	<p>306 Participantes + cuidadores familiares. Não apresentadas características socio demográficas.</p>	<p>No final do estudo foram avaliados 12 participantes sendo que o n° inicial era de 20. Todos os participantes tinham diagnosticado DA em estadio leve a moderado; 40% viviam em casa e 60% moravam em casas residenciais para idosos. Idade média de 80,47 anos, escolaridade média de 11 anos, sendo 73,3% mulheres. O MMSE apresentou um score médio de 21,6, a escala NPI-12 apresentou uma média de 11.</p>	<p><b>Estado cognitivo/patológico:</b> participantes com demência associada a défice cognitivo ligeiro a moderado. <b>Idade:</b> média de 78,8 anos (38 a 97 anos). 50% dos estudos incluíram participantes com idade igual ou superior a 90 anos. <b>Contexto:</b> 6 estudos com participantes que viviam em casa, 9 estudos com participantes que viviam em residências geriátricas ou hospitais. <b>N° total de participantes:</b> 657 (377 em grupo experimental e 281 em grupo de controlo).</p>

Tabela 6 B - Caraterização da População/amostra dos estudos analisados (continuação)

Na tabela 7 é possível verificar que os estudos encontrados e selecionados são maioritariamente experimentais e, mesmo dentro das revisões sistemáticas são os estudos experimentais randomizados que prevalecem, pelo seu nível de evidência científica.

Metodologia	
8 Estudos experimentais	3 Revisões sistemáticas com 45 estudos experimentais dos quais 27 controlados e randomizados

Tabela 7 - Resumo da metodologia dos artigos analisados

Metodologia por Autor/Ano				
BINNETI, 2012	FARINAND, 2006	GATES, 2011	VIDOVICH, 2011	CRUZ, 2013
Estudo experimental longitudinal	Estudo experimental para comparação de duas intervenções.	Revisão sistemática. 10 estudos, dos quais 6 estudos experimentais com exercícios cognitivos (3 randomizados e controlados, 2 não controlados e 1 não randomizado) e 4 estudos experimentais com treino de estratégias de memória (2 randomizados e controlados e 2 não randomizados)	Estudo experimental randomizado, duplo-cego, de 6 meses, para aplicação de uma intervenção cognitiva em idosos com Doença de Alzheimer ligeiro e seus companheiros comparativamente a uma intervenção aplicada apenas aos companheiros	Estudo experimental que tem como objetivo desenvolver e testar uma nova ferramenta de reabilitação computadorizada, que providencie treino cognitivo intensivo no contexto domiciliário, por prescrição e com monitorização clínica, a preço acessível.

Tabela 7 A - Caracterização da metodologia dos artigos analisados

Metodologia por Autor/Ano					
UKAWA, 2011	Simon, 2012	LIM, 2012	ORREL, 2012	BRUNELLE-HAMANN, 2014	AGUIRRE, 2013
Estudo experimental randomizado, de aplicação de um programa de visita domiciliária FIT (functioning improvement tool).	Foram analisados 20 artigos, dos quais 7 são estudos experimentais randomizados e controlados e os restantes variam entre estudos experimentais não controlados e estudos de caso.	Estudo experimental baseado no desenho pré e pós teste, sendo os participantes recrutados por conveniência.	Estudo experimental controlado, randomizado, cego e multi-centrado	Estudo experimental duplo-cego, randomizado, crossover, controlado, de 6 meses.	Revisão sistemática da literatura de 2000 a Dezembro de 2011, com análise de 15 estudos experimentais controlados e randomizados.

Tabela 7 B - Caracterização da metodologia dos artigos analisados (continuação)

Analisando as sessões implementadas nos programas de intervenção cognitiva, como salientado na tabela 8 e pormenorizado nas tabelas 8A e 8B, a média ronda os 60 e os 90 minutos, numa amplitude que varia dos 30 aos 150 minutos. Tal diferença prende-se ao tipo de exercícios implementados. Quanto ao número de sessões, a média que se salienta é a de 3 sessões/semana.

	Estudos experimentais	Revisões sistemáticas da Literatura.
Duração das sessões	Média de 85 minutos/sessão. Amplitude de 30 minutos a 180 minutos.	Amplitude de 30 a 150 minutos. Uma revisão apresenta média de 56 minutos; outro apresenta 35,3% de estudos com 120 minutos. Outro refere apenas duração total do programa.
Número de sessões	Média de 22,1 sessões no total da intervenção. Um dos estudos com plano de treino personalizado online. 42,9% dos estudos utiliza 3 sessões/semana, variando de 1 sessão/mês a 3 sessões/semana.	Médias variáveis de 3,2 a 5,6 sessões/semana. Um dos estudos apresenta volume total de programa de 57,6 sessões de treino cognitivo e 8 sessões de treino de memória.

Tabela 8 - Resumo da duração e número das sessões dos artigos analisados.

Duração - Nº sessões por Autor/Ano				
BINNETI, 2012	FARINAND, 2006	GATES, 2011	VIDOVICH, 2011	CRUZ, 2013
<p><b>Terapia de orientação para a realidade:</b> 12 sessões, 3x semana, 1h cada;</p> <p><b>Terapia de reativação global:</b> 12 sessões, 3xsemana, 1h cada;</p> <p><b>Treino memória:</b> 8 sessões, 2x semana, 150 minutos;</p> <p><b>Estimulação motora:</b> 4 sessões de 1 h cada após sessões cognitivas;</p> <p><b>Psicoeducação:</b> 10 sessões de 1h cada (apenas para o cuidador).</p>	<p>Cada programa composto por 15 sessões de 3horas cada seguidas de refeição em grupo. Nas primeiras 4 semanas, sessões 3 vezes por semana, na 5ª semana 2 sessões e na 6ª semana 1 sessão.</p>	<p>Variável, passando de 1 hora de treino de estratégias de memória pra mais de 8 horas de exercícios cognitivos. A duração dos exercícios cognitivos variou de 3 semanas até 1 ano enquanto o treino de estratégias de memória foi de 6 a 26 semanas. Em média os treinos apresentaram um volume (sessão/semana x nº de semanas) de 8 sessões para estratégias de memória e 57,5 sessões de exercícios cognitivos.</p>	<p>12 sessões de 90 minutos cada. Uma sessão por semana.</p>	<p><b>Sessão inicial</b> com 3 partes de 20 minutos cada. Depois cada participante terá o seu plano de treino no domicílio, supervisionado por um profissional de saúde via online e contato esporádico (presencial e telefónico).</p>

Tabela 8 A - Caraterização da duração e número das sessões dos artigos analisados.

Duração - Nº sessões por Autor/Ano					
UKAWA, 2011	Simon, 2012	LIM, 2012	ORREL, 2012	BRUNELLE-HAMANN, 2014	AGUIRRE, 2013
<p>O programa de visita domiciliária FIT é composto por uma visita mensal, durante três meses. Cada visita com duração de 60 minutos.</p>	<p><b>Nº sessões:</b> A média de sessões foi de 5,6, sendo que 50% utilizaram 5 sessões ou menos (amplitude de 1 a 12). O nº de sessões mais utilizado foi 5, 6 e 8.</p> <p><b>Duração:</b> amplitude de 45 a 150 minutos. Dos 17 estudos que referiram o tempo de sessão, 35,3% utilizaram sessões de 120 minutos, sendo o tipo de sessão mais repetido.</p>	<p>10 sessões profissionais de 1 hora cada + 10 sessões com cuidadores de 30 minutos cada + 10 sessões com voluntários de 30 minutos cada (1 sessão de cada por semana num total de 2h)</p>	<p>3 sessões/semana, 30 minutos cada, por 25 semanas</p>	<p>Cada sessão apresenta duração de 45 a 60 minutos, no domicílio do participante, 2 vezes por semana durante 4 semanas.</p>	<p><b>Nº de sessões:</b> 42,9% dos estudos utilizaram 5 sessões/semana, 21,4% utilizaram 3 sessões/semana, 21,4% utilizaram 2 sessões/semana e apenas 14,3% utilizaram 1 sessão por semana. Um dos estudos utilizou 2 a 3 sessões/semana. O valor médio de nº de sessões é de 3,2.</p> <p><b>Duração:</b> Em média as sessões duraram 56 minutos, tendo uma amplitude dos 30 aos 120 minutos. A maior parte dos estudos utilizaram sessões entre 30 a 60 minutos (4 estudos cada).</p>

Tabela 8 B - Caracterização da duração e número das sessões dos artigos analisados (continuação)

Nas tabelas 9, 9A e 9B expõem-se as intervenções utilizadas nos diferentes estudos. É de salientar que na sua maioria utilizam intervenções cognitivas com treino específico. Alguns estudos apresentam o uso de programas computadorizados específicos como método possível de aplicação domiciliária. Quando aplicadas intervenções de treino de memória, estas associam-se na sua maioria a atividades de vida diárias.

Intervenções Utilizadas	Estudos experimentais	Revisões sistemáticas da Literatura
Intervenção cognitiva	37,5% Treino cognitivo específico; Intervenções variáveis: Terapia de Orientação para a Realidade, Método de Loci, Terapia de Reativação global, Treino cognitivo computadorizado.	Treino computadorizado Estimulação cognitiva
Treino de memória	37,5% dos estudos, com utilização em atividades de vida diárias.	Referido em duas das revisões, especificamente com estratégias compensatórias e restaurativas.

Tabela 9 - Resumo das intervenções utilizadas nos artigos analisados

Intervenções Utilizadas por Autor/Ano				
BINNETI, 2012	FARINAND, 2006	GATES, 2011	VIDOVICH, 2011	CRUZ, 2013
Intervenção cognitiva composta por Terapia de orientação para a realidade + Terapia de reativação global + treino de memória; Estimulação motora; Psicoeducação.	<b>Programa de Estimulação Global + Programa Cognitivo Específico:</b> treino de memória em atividades de vida diária + reabilitação neuropsicológica de funções residuais (estimulação na atenção, estimulação da memória a curto prazo, linguagem, habilidades visio-espaciais e categorização). <b>Suporte psicológico:</b> participantes (antes e após sessão) e cuidadores (antes,	<b>Treino cognitivo:</b> exercícios computadorizados através dos programas NeuroPsychological Training e Cogpack para treino multi-modal e multi-domínio, e o POSIT Science Corporation para treino de um único domínio cognitivo. Exercícios de papel e caneta com exercícios matemáticos, de ordenação e cancelamento (1 estudo). <b>Treino de estratégias de memória:</b> prática escrita e verbal de estratégias de	<b>Sessão 1:</b> introdução do programa, apresentação dos participantes e partilha de experiências. <b>Sessões 2 a 6:</b> definição de atenção, velocidade de processamento, memória, linguagem, e funções executivas. Abordado a forma como estas funções são afetadas na DA e providencia estratégias e técnicas, aos participantes, para lidar com o declínio da capacidade em cada um	<b>Sessão inicial</b> com 3 partes de 20 minutos cada: <b>1ª parte</b> apresentação do programa e fornecimento das credenciais a cada participante para aceder ao programa online; <b>2ª parte</b> o par participante-cuidador experimenta o programa num dos computadores em linha na sala, simulando uma sessão de treino de 8 exercícios diferentes; <b>3ª parte</b> é pedido que, na ausência do psicólogo,

	<p>durante e após sessão);</p> <p><b>Programa educacional breve:</b> para cuidadores.</p>	<p>memória incluindo imagem visual (3 dos estudos), associação/categorização (todos os estudos) e recuperação espaçada (um dos estudos).</p>	<p>dos domínios referidos. Aplicação das técnicas abordadas e fornecidos exemplos práticos. Trabalho de casa de cerca de 1hora, a ser realizado pela dupla participante-companheiro no contexto domiciliário.</p> <p><b>Sessões 7 a 11</b> são realizadas pelos participantes e companheiros no contexto domiciliário. É-lhes providenciado um livro com instruções e exemplos e são feitos telefonemas, pelo facilitador, uma vez por semana, para esclarecimento de dúvidas e monitorização das tarefas completas.</p> <p><b>Sessão 12</b> oferece uma visão global e discussão de estratégias para maximizar a participação.</p>	<p>respostam a um questionário de opinião acerca da facilidade do uso do programa assim como da motivação para o fazer em casa. Depois cada participante terá o seu plano de treino no domicílio, supervisionado por um profissional de saúde via online e contacto esporádico (presencial e telefónico).</p> <p>O sistema integrado de treino cognitivo é composto por 2 componentes: uma plataforma online COGWEB e uma série de ferramentas na forma clássica de um caderno de exercícios.</p>
--	---	--	---	---

Tabela 9 A - Caraterização das intervenções utilizadas nos artigos analisados

Intervenções Utilizadas por Autor/Ano					
UKAWA, 2011	Simon, 2012	LIM, 2012	ORREL, 2012	BRUNELLE-HAMANN, 2014	AGUIRRE, 2013
<p>O programa consiste em 6 passos a realizar pelo participante e apresentar aquando da visita:</p> <p><b>Passo 1</b> - o participante regista as suas atividades desde que se levanta até que se deita de forma a clarificar que atividades diárias realizou no dia anterior; <b>Passo 2</b> - de forma a clarificar o objetivo de cada tarefa descrita no passo 1, o participante regista para quem foram realizadas as tarefas. De forma a considerar o significado de cada tarefa diária o participante escreve se a tarefa foi realizada como um “dever” ou segundo a “sua vontade”; <b>Passo 3</b> - o participante divide as tarefas diárias de acordo com as seguintes categorias: foi “dever” mas realizado segundo “a sua vontade”; foi “dever” e não foi realizado segundo “a sua vontade”; não foi “dever” mas foi</p>	<p>Todos os estudos tiveram como alvo principal a memória episódica, apesar de alguns associarem também atenção, velocidade de processamento, linguagem, habilidades visio-espaciais e funções executivas;</p> <p>Treino cognitivo computadorizado (facilitou a abordagem individual mas sem melhores resultados); Treino de memória incluiu ensino de estratégias compensatórias e restaurativas como: aprendizagem com e sem erro, recuperação espaçada, imagens visuais, associação face-nome, mapeamento mental, categorização, organização por hierarquia e método de loci; Auxiliares externos de memória como calendário e agenda. 9 estudos utilizaram o método de intervenção individual, 10 utilizaram o método em grupo e 1</p>	<p><b>Estratégia baseada em imagens</b>, utilizando o método de loci e as imagens mentais para fazer uso da localização e/ou pistas de objetos para associação e recordação.</p> <p><b>Estratégia da associação a tarefas diárias específicas</b>, que liga passos formando uma história (conceito de favo-de-mel) de forma a elaborar e codificar os passos de uma determinada tarefa e sua sequência. Nesta estratégia foram utilizadas as técnicas de pistas verbais e categorização para ajudar os participantes a criar uma rede conceptual associada às pistas.</p>	<p><b>Participante:</b> Ajustadas à capacidade, interesse e necessidade individual. <b>Cuidadores:</b> treino padrão em grupo através de uso de DVD explicativo, em casa através da supervisão e feedback na aplicação de uma sessão de iCST.</p>	<p>Os participantes foram divididos em 5 blocos de 4 participantes cada (2 no grupo experimental/grupo 1 e 2 no grupo de controlo/grupo 2, que fica em lista de espera pela intervenção, ou seja, receberá a intervenção após o grupo 1).</p> <p><b>O programa:</b> aplicação das técnicas de aprendizagem sem erro e recuperação espaçada para reaprender uma atividade instrumental de vida diária escolhida pelo participante com DA e seu cuidador.</p>	<p>Não há referência em todo o estudo sobre as intervenções específicas utilizadas, fazendo referência apenas à Intervenção de Estimulação Cognitiva.</p>

<p>realizado segundo “a sua vontade”; não foi “dever” e não foi realizado segundo “a sua vontade”. No final o participante contabiliza o número de tarefas associadas a cada categoria; <b>Passo 4</b> - o participante calcula a percentagem de tarefas em cada categoria; <b>Passo 5</b> - o participante regista as percentagens calculadas segundo um gráfico, fazendo um balanço das suas tarefas diárias; <b>Passo 6</b> - o participante escreve as suas impressões acerca das suas tarefas enquanto realizou o FIT.</p>	<p>o método em pares (doente-cuidador familiar); 50% dos estudos incluíram aspetos psicoeducativos em que foi fornecida informação sobre memória e alterações expectáveis com a idade, quer a participantes quer a cuidadores;</p>				
---	--	--	--	--	--

Tabela 9 B - Caraterização das intervenções utilizadas nos artigos analisados (continuação)

Independentemente do tipo de estudo, salienta-se que os familiares cuidadores são associados aos programas como suporte aos participantes e avaliadores secundários dos resultados das intervenções. Dos artigos analisados, apenas dois implementam intervenções em que os familiares cuidadores são os dinamizadores das intervenções cognitivas, no entanto, dado ainda estarem em curso, não apresentam resultados.

Inclusão dos Cuidadores Familiares	
Estudos experimentais	62,5% como suporte /avaliação dos participantes; 25% com intervenções específicas (psicoeducação e suporte psicológico)
Revisões sistemáticas da Literatura	Incluído apenas numa revisão e deste apenas num dos 15 artigos analisados, como aplicadores das intervenções (sem outras referências)

Tabela 10 - Resumo da inclusão dos cuidadores familiares nos artigos analisados

Inclusão dos cuidadores familiares por Autor/Ano				
BINNETI, 2012	FARINAND, 2006	GATES, 2011	VIDOVICH, 2011	CRUZ, 2013
Sim, com intervenções específicas.	Sim, apenas com suporte psicológico e programa educacional breve.	Não referido	Sim, de forma a aplicarem as estratégias e técnicas aprendidas no contexto domiciliário.	Sim, sessão inicial de apresentação e contacto com o programa e no contexto domiciliário como fonte de apoio.

Tabela 10 A - Caracterização da inclusão dos cuidadores familiares nos artigos analisados

Inclusão dos cuidadores familiares por Autor/Ano					
UKAWA, 2011	Simon, 2012	LIM, 2012	ORREL, 2012	BRUNELLE-HAMANN, 2014	AGUIRRE, 2013
Apenas como suporte ao participante	Não referido em nenhum dos artigos analisados	Sim, mas apenas como suporte	Sim, como participante nas sessões	Sim, mas apenas como avaliadores e suporte.	Um estudo (6,7%) inclui os cuidadores familiares treinados para aplicação da intervenção no domicílio

Tabela 10 B - Caracterização da inclusão dos cuidadores familiares nos artigos analisados (continuação)

Temas abordados por Autor/Ano				
BINNETI, 2012	FARINAND, 2006	GATES, 2011	VIDOVICH, 2011	CRUZ, 2013
<p><b>Terapia de Reativação Global:</b> Treino de memória, atenção e linguagem; Raciocínio e aquisição de estratégias de treino e preservação da orientação temporal; treino de ajudas externas e internas para preservação da autonomia; Reforço positivo; Encorajamento para manifestação de emoções.</p> <p><b>Treino de Memória:</b> treino e manutenção da memória, atenção e capacidade linguística com computador.</p> <p><b>Psicoeducação:</b> aspectos patológicos/clínicos e estratégias de tratamento da demência; habilidades comunicacionais; estratégias de coping; orientação sobre exercícios físicos e cognitivos para o familiar doente; conselhos financeiros, jurídicos e éticos.</p>	<p><b>Programa de Estimulação Global:</b> diferentes atividades recreativas (conversar, cantar, dançar, jogar cartas, entre outras), comentar imagens em grupo, colagem e criação de um póster;</p> <p><b>Programa Cognitivo Específico:</b> treino de memória em atividades de vida diária numa cozinha (lavar as mãos, colocar e tirar a mesa da refeição, preparar um chá, etc.) e noutra divisão (escrever uma carta a si mesmo, identificar dinheiro, olhar para um número de telefone específico na lista telefónica e repeti-lo num papel, etc.) + reabilitação neuropsicológica de funções residuais focada na estimulação na atenção (com matrizes de atenção com símbolos, cartas e números), estimulação da memória a curto prazo (recordação imediata de números, histórias, entre outros), linguagem (compreensão de frases e fluência verbal fonética e semântica), habilidades visio-espaciais (identificação do estímulo visual-auditivo específico, comparação de diferentes itens visuais) e categorização.</p>	Não referido	Explicadas as definições de atenção, velocidade de processamento, memória, linguagem, e funções executivas assim como a DA as afeta. Estratégias e técnicas para lidar com o declínio de cada um dos domínios referidos.	<p>A <b>plataforma online</b> com exercícios das sessões em formato de jogo de computador, tendo como alvo várias funções cognitivas, entre as quais a atenção, funções executivas, memória, linguagem, práxis, gnosia e cálculo.</p> <p><b>Livro de exercícios</b> composto por diferentes temas de exercícios: atenção à carta, atenção ao número, encontrar a letra, cores da água, memória de atenção às notícias, olho rápido, memória rápida, memória longa, números em ordem, cubos inquietos, reverso da estrelas, o supermercado, quem mexeu, onde estão eles, a linguagem arranja as palavras, seguindo a ordem com estrelas, coincide a cor, contrário, dentro e fora, mente lógica, cálculo mente rápida, vamos às compras, mesa matemática, puzzles, arte cogweb.</p>

Tabela 11 A - Caracterização dos temas abordados nos artigos analisados

Temas abordados por Autor/Ano					
UKAWA, 2011	Simon, 2012	LIM, 2012	ORREL, 2012	BRUNELLE-HAMANN, 2014	AGUIRRE, 2013
As atividades de vida diárias individuais.	Não foram descritos ou analisados no estudo.	Atividades de vida diária. O treino cobre 15 tarefas diárias comuns tais como dobrar roupa ou cozinhar.	A minha vida, assuntos atuais, comida, ser criativo, jogo de números, jogos quis, sons, jogos físicos, categorização de objetos, tesouros domésticos, dicas úteis, pensando em cartões, discussão de clips visuais, discussão de arte, rostos/cenas; jogo de palavras, publicidades, discussão associada a palavras, orientação, uso de dinheiro, infância.	Atividade instrumental de vida diária escolhida pelo participante com DA e seu cuidador.	Não há referência em todo o estudo sobre as temáticas utilizadas.

Tabela 11 B - Caracterização dos temas abordados nos artigos analisados (continuação)

Quanto ao follow-up, praticamente todos os artigos analisados utilizaram este momento de avaliação, sendo que maioritariamente optaram por realiza-lo ou no 3º ou no 6º mês após intervenção.

	<b>Momentos de avaliação (follow-up)</b>
Estudos experimentais	50% utilizaram momento follow-up aos 6 meses; 25% utilizaram avaliações frequentes ao longo da intervenção.
Revisões sistemáticas da Literatura	33,3% dos artigos analisados utilizaram follow-up aos três meses. Variaram na avaliação de 1 mês a 6 meses.

Tabela 12 - Resumo do follow-up apresentado nos artigos analisados

<b>Momentos de avaliação (follow-up) por Autor/Ano</b>				
BINNETI, 2012	FARINAND, 2006	GATES, 2011	VIDOVICH, 2011	CRUZ, 2013
T0 inicial, T1 no fim do programa e T2 6 meses após.	T0 inicial, T1 no fim do programa (8 semanas após o inicio) e T2 seis meses após o programa (follow-up).	3 Estudos randomizados e controlados: follow-up aos 3 meses (2 estudos) e 6 meses (um estudo). 1 Estudo não controlado: follow-up aos 5 meses.	T0 inicial (1 a 2 semanas antes da intervenção; T1 2 semanas após fim da intervenção e T2 26 semanas após T0.	T0 com Caracterização neuropsicológica detalhada do défice cognitivo e caracterização sociodemográfica. A restante avaliação é feita de uma forma constante pelo sistema de avaliação integrado na plataforma e acessível apenas ao profissional de referência do doente.

Tabela 12 A - Caraterização do follow-up apresentado nos artigos analisados

Momentos de avaliação (follow-up) por Autor/Ano					
UKAWA, 2011	Simon, 2012	LIM, 2012	ORREL, 2012	BRUNELLE-HAMANN, 2014	AGUIRRE, 2013
No início (T0) e no fim da intervenção de 3 meses (T1).	Variou de 1 semana a 2 anos (sem outras referências no estudo).	Não referidos no estudo	T0 inicial, T1 às 13 semanas e T2 às 26 semanas	<p><b>7 momentos de avaliação:</b> T0 foi o momento de seleção e avaliações de base; T1 que ocorre 5 semanas após início (fim da intervenção); T2 e T3 nas semanas 9 e 13 (nesta semana inicia a intervenção o grupo 2); T4 na semana 16 e marca o fim da intervenção no grupo 2, e todos os participantes (grupo 1 e 2) são reavaliados; T5 e T6 nas semanas 20 e 24 respectivamente.</p>	<p>Identificados dois tipos de follow-up:</p> <p><b>Curto-prazo:</b> follow-up imediatamente após intervenção (n=52) foi utilizado em 3 estudos. Dois utilizaram após 1 mês e um após 3 meses, tendo obtido resultados positivos na avaliação cognitiva;</p> <p><b>Longo prazo:</b> utilizado num estudo com 54 participantes, com um follow-up ao fim de 10 meses, não tendo obtido diferenças significativas nem no MMSE nem no ADAS-Cog.</p>

Tabela 12 B - Caracterização do follow-up apresentado nos artigos analisados (continuação)

Face aos instrumentos de avaliação utilizados, a escolha mostrou-se bastante distinta, dependendo maioritariamente de onde o estudo foi feito e do tipo de intervenção implementada. Assim salientam-se o MMSE e o ADAS-Cog, como os instrumentos de avaliação da cognição comum à maioria dos estudos. Face a outras áreas avaliadas é de salientar o Humor (GDS), a Qualidade de Vida (QoL-AD), as Atividades Instrumentais de Vida Diária (IADL) e Sintomatologia Psiquiátrica (NPI).

Instrumentos de avaliação	Estudos experimentais e Revisões sistemáticas da Literatura
Cognição	63,6% MMSE 36,4% ADAS-Cog
Secundários	45,5% GDS 36,4% QoL-AD e NPI 27,3% Escala IADL

Tabela 13 - Resumo dos principais Instrumentos de avaliação utilizados nos artigos analisados

Instrumentos de avaliação por Autor/Ano				
BINNETI, 2012	FARINAND, 2006	GATES, 2011	VIDOVICH, 2011	CRUZ, 2013
<b>Primários:</b> MMSE, ADAS-Cog e Entrevista Clínica baseada na impressão de mudança mais entrevista ao cuidador familiar (CIBIC-plus); <b>Secundários:</b> Escala CRD, Escala IADL, escalas de entrevista com cuidadores e Escala DAFS, diretrizes GRAD, escala CIR,	<b>Performance cognitiva - MMSE,</b> Teste de memória comportamental de Rivermead (RBMY), Matrizes de atenção, Fluência verbal para cartas e categorias, Figura exemplar e recordação de Rey. <b>Grau de independência nas atividades de vida diária -</b>	Os estudos apresentaram uma grande variedade quer no tipo quer na qualidade das medidas de avaliação. Face a testes de avaliação de domínio específico a lista de palavras e a recordação de história ou parágrafo foram os mais utilizados; na avaliação global	<b>Primários:</b> ADAS-Cog. <b>Secundários, para o participante:</b> Rivermead Behavioural Memory Test-Third edition (RBMT-3) para avaliação da avaliação da memória; Tower of London (ToL) para avaliação das habilidades de planificação executiva; Controlled Word Association Test (COWAT) para avaliar a função executiva. <b>Secundários, para participantes e companheiros:</b> MMSE par avaliação cognitiva;	Sistema de monitorização com bioestatística e um sistema de análise a longo termo para gravar a performance dos participantes, constantemente, incorporando os resultados no sistema para supervisão clínica e ajustamento do programa de acordo com a progressão.

<p>escala GDS, escala QoL-AD, Inventário neuropsiquiátrico, inventário de sobrecarga do cuidador e avaliação de informação demográfica.</p>	<p>Avaliação funcional das habilidades de vida (FLSA), Atividades de vida diária (ADL), Atividades instrumentais de vida diária (IADL), Escala de observação de enfermagem para pacientes geriátricos (NOSGER).</p> <p><b>Perturbações comportamentais</b></p> <p>- Inventário Neuropsiquiátrico (NPI), Check-list revista de problemas comportamentais e de memória (RMBPC), Escala de depressão geriátrica (GDS) escala de classificação de insight clínico (CIR).</p>	<p>o teste mais utilizado foi o MMSE.</p>	<p>PHQ-9 para avaliação do humor; DEMQOL- versão 4 para avaliar a percepção da qualidade de vida relativamente a saúde na última semana; Modified Short Form of Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (Short-form IQ Code) para uma avaliar as habilidades cognitivas individuais.</p> <p><b>Secundárias para companheiros:</b> Escala de Lawton para avaliação das atividades instrumentais de vida diária; Questionário Neuropsiquiátrico para avaliar a frequência e severidade de perturbações psicocomportamentais; AUDIT para avaliar o risco ou consumo perigoso de bebidas alcoólicas; Short-Form 12 Item Health Survey (SF-12) para avaliar a percepção individual do seu funcionamento geral físico e de saúde.</p>	
---	--	---	---	--

Tabela 13 A - Caraterização dos principais Instrumentos de avaliação utilizados nos artigos analisados

Instrumentos de avaliação por Autor/Ano					
UKAWA, 2011	Simon, 2012	LIM, 2012	ORREL, 2012	BRUNELLE-HAMANN, 2014	AGUIRRE, 2013
<p><b>Função cognitiva:</b> Versão Japonesa do MMSE (scores de 0 a 30);</p> <p><b>Informação demográfica:</b> idade, gênero, nível educacional, estado civil, local de residência, medicação para depressão e/ou demência e participação em atividades regionais, através de questionário.</p>	<p><b>Humor:</b> Inventário de depressão de Beck; Escala de depressão Geriátrica; Inventário de Ansiedade de STATE e TRAIT.</p> <p><b>Capacidade Funcional:</b> Escala de Atividades Básicas de Vida Diária; Escala de Bem-estar; Escala de Qualidade de Vida na DA (QoLAD); Avaliação Canadiana da Performance Ocupacional.</p>	<p><b>Avaliação funcional:</b> Versão chinesa da escala de avaliação de deficiência na demência (avaliação pelo cuidador de 19 ABVD e 26 AIVD); Escala de avaliação das AIVD.</p> <p><b>Avaliação cognitiva e neuropsicológica:</b> Teste Digit Span de Wechsler (atenção); Subteste da memória da lista de palavras do teste Neuropsicológico do Consórcio para estabelecer um registo para a DA (memória); Instrumento Cognistat (nível de déficit cognitivo quanto à linguagem, habilidade construtiva, memória, cálculo e raciocínio).</p>	<p><b>Participantes:</b> ADAS-Cog (cognição); QoL-AD (qualidade de vida na doença de Alzheimer); DEMQoL (qualidade de vida na demência); Escala de Atividade Bristol para a vida diária (capacidade funcional); GDS-15 (sintomas depressivos geriátricos); QCPR (qualidade da relação paciente-cuidador).</p> <p><b>Cuidadores:</b> SF-12 (qualidade de vida relativa à saúde); HADS (ansiedade e depressão); EQ - 5D (autorrelato de qualidade de vida face à saúde); Escala de resiliência</p>	<p><b>Sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD):</b> Versão Francesa do Inventário Neuropsicológico (NPI-12), respondida pelo cuidador em todos os momentos de avaliação.</p> <p><b>Sobrecarga do cuidador:</b> versão de 22 item do Questionário de sobrecarga de Zarit (ZBI-22);</p> <p><b>Cognição:</b> MMSE.</p>	<p>Os estudos apresentaram uma grande heterogeneidade quanto aos instrumentos de avaliação, salientando-se assim os mais utilizados: <b>Cognição:</b> ADAS-Cog (7 estudos), Escala de memória de Wechsler (1 estudo) e MMSE (2 estudos); <b>Comunicação e interação social:</b> Escala de comunicação de Holden (3 estudos), Escala MOSES (1 estudo); <b>Comportamento:</b> Escala instrumental ADL (1 estudo), Escala de autocuidado MOSES (1 estudo), Escala Crichton modificada (2 estudos), Escala CAPE (4 estudos); <b>Humor:</b> Escala de depressão geriátrica 30 itens (3 estudos) e 14 itens (1 estudo), Escala de avaliação da depressão de Montgomery Asberg (1 estudo);</p> <p><b>Qualidade de vida e bem-estar:</b> Índice de satisfação de vida (1 estudo), QoL-AD (3 estudos).</p>

Tabela 13 B - Caracterização dos principais Instrumentos de avaliação utilizados nos artigos analisados (continuação)

Referindo os resultados obtidos, tal como apresentado na tabela 14 em resumo e detalhadamente nas tabelas 14A e 14B, as intervenções cognitivas aplicadas apresentaram, na sua maioria, melhorias cognitivas, sendo que alguns estudos referiram as melhorias específicas nos participantes com DCL. Não obstante, é de salientar também as melhorias no humor e sintomas comportamentais e psicológicos da demência dos participantes, que se reflete na diminuição da sobrecarga dos familiares cuidadores.

Resultados obtidos	Estudos experimentais e Revisões sistemáticas da Literatura
Cognição	54,5% apresentaram melhorias cognitivas, sendo que 36,4% referem melhorias específicas aos participantes com DCL.
Secundários	18,2% referiram melhoria no humor, memória e sintomas comportamentais e psicológicos da demência; 18,2% apresentaram diminuição da sobrecarga do cuidador.

Tabela 14 - Resumo dos resultados mais significativos nos artigos analisados

Resultados por Autor/Ano				
BINNETI, 2012	FARINAND, 2006	GATES, 2011	VIDOVICH, 2011	CRUZ, 2013
68 Participantes que responderam à intervenção cognitiva (46,9%), enquanto 77 não responderam; Melhoria na cognição com uma subida no MMSE de cerca de 1,7 pontos assim como uma descida no ADAS-Cog em cerca de 1,9 pontos; Melhoria das perturbações comportamentais na sua categoria e severidade no follow-up;	Redução mais significativa das perturbações comportamentais no grupo de Estimulação Global; Estimulação Global apresentou melhor performance na escala FLSA e na Fluência Verbal para cartas, o grupo de Estimulação Cognitiva Específica apresentaram melhor resultado na Escala NOSGER, sendo estas melhorias perdidas no follow-up de 6 meses; pacientes	Exercícios cognitivos envolvendo múltiplos domínios demonstram maior eficácia que os exercícios de treino de memória unimodais. Treino de estratégias de memória tem uma generalização limitada face à função cognitiva global, talvez dada a sua natureza específica e por depender da capacidade dos indivíduos em aplicar adequadamente as estratégias. Os	Não existem resultados ainda. Estudo em aplicação.	Dos 80 participantes iniciais, apenas 48 completaram as sessões de grupo psicoeducacionais e o teste de uso proposto; Apenas 4% desses 48 participantes não considerou os exercícios úteis para o seu estado clínico e 4% não estavam motivados para usar o programa em casa; Após a 1ª sessão de treino, 39%

<p>tendência observada para a redução da sobrecarga do cuidador.</p>	<p>tratados com o Programa de Estimulação Global apresentaram melhorias significativas nas perturbações comportamentais com redução evidente do stress do prestador de cuidados no follow-up; suporte e educação para os cuidadores apresentou efeitos positivos no humor dos pacientes.</p>	<p>exercícios cognitivos multi-domínio parecem mais adequados para estimularem mudanças neuroplásticas no cérebro. Volumes de treino cognitivo maiores parecem resultar em maior benefício, apesar de não ter sido apresentado nenhum estudo dose-resposta. Os estudos com exercícios cognitivos apresentam maior frequência nas sessões de treino, em cerca de 4 a 5 sessões por semana, no entanto dada a grande variedade observada não é possível determinar uma frequência mínima de sessões, bem como volume ou duração do treino cognitivo. Este estudo sugere que o exercício cognitivo tem potencial na melhoria da função cognitiva no DCL assim como no retardamento no declínio nos indivíduos de risco (prevenção secundária). Não foram encontrados efeitos negativos ou adversos na aplicação de treino cognitivo, comparativamente com aos encontrados em estudos com fármacos no DCL.</p>	<p>afirmaram precisar de mais ajuda dos cuidadores para utilizar o sistema em casa. Destes, 74% eram homens, 79% nunca tinham utilizado computadores e 16% tinham apenas contacto esporádico com computadores;</p> <p>A simplicidade de uso e conforto foram os aspetos mais enfatizados pelos participantes e cuidadores; Considerando a idade média, nível de instrução e défices cognitivos, apenas 39% necessitavam de mais treino para atingirem a independência no uso do sistema.</p>
--	--	--	--

Tabela 14 A- Caraterização dos resultados mais significativos nos artigos analisados

Resultados por Autor/Ano					
UKAWA, 2011	Simon, 2012	LIM, 2012	ORREL, 2012	BRUNELLE-HAMANN, 2014	AGUIRRE, 2013
<p>O programa não aumenta a sobrecarga familiar nem afeta os défices físicos dos participantes dado ser aplicado no domicílio por profissionais de saúde qualificados; Os participantes apresentaram melhoria nos scores de MMSE em cerca de 0,8 pontos. Particularmente no grupo de participantes com DCL a melhoria do MMSE apresentou resultados mais significativos em cerca de 1,9 pontos;</p> <p>Os resultados positivos sugerem a possibilidade de reduzir os custos dos cuidados a longo prazo, no entanto mais estudos de custo-eficácia são necessário; O programa pode permitir uma maior oportunidade de deteção precoce de doenças dadas as visitas mensais por profissionais de saúde.</p>	<p>Dada a combinação de técnicas utilizadas nos estudos, torna impossível distinguir qual tem maior impacto nos resultados;</p> <p>Os resultados do treino cognitivo computadorizado mostram baixa generalização quando objetivamente avaliados, neste tipo de doentes;</p> <p>Efeitos de intervenções psicoeducativas em doentes com DCL amnésico e/ou familiares ainda não é bem conhecida, no entanto parece aumentar a adesão ao tratamento e ajuda os cuidadores a lidarem com as dificuldades que surgem durante o follow-up.</p> <p>Apesar da heterogeneidade dos estudos avaliados, a maioria dos resultados indicam que as melhorias observadas após intervenção são mantidas quer na avaliação objetiva quer na subjetiva de memória, o que sugere que as pessoas com DCL amnésico são capazes de</p>	<p>Apresentaram melhoria na memória e função cognitiva após o programa, provavelmente associado ao treino de estratégias de memória específicos e ao uso do contexto das atividades de vida diária;</p> <p>O programa ajudou os participantes com DCL a remedia a atenção e memória, resultante da perda de memória episódica, através do uso do sistema de memória implícita intacta;</p> <p>Não apresentaram melhorias significativas na performance funcional, no entanto o estado funcional quase intacto era critério de inclusão no estudo .</p>	<p>Não apresentados</p>	<p>O comportamento motor aberrante piorou durante a intervenção, no entanto tal não mostrou incomodar quer os cuidadores quer os participantes, dado que a taxa de sobrecarga do cuidador também se manteve estável ao longo do mesmo período;</p> <p>Todos os outros SCPD permaneceram inalteráveis entre os dois grupos;</p> <p>Um efeito significativo num dos SCPD pode ser camuflado pela análise global do instrumento de avaliação utilizado;</p> <p>A performance cognitiva não registou alterações significativas do período dos 6 meses do estudo;</p> <p>Os participantes do grupo 2 apresentaram redução dos delírios, sendo que, nenhum dos participantes tomava antipsicóticos. Este efeito positivo poderá estar associado a componentes não</p>	<p>Estimulação cognitiva foi associada a melhorias significativas através da gama de instrumentos de avaliação utilizadas, sendo que os efeitos mais significativos;</p> <p>4 estudos incluíram a avaliação da comunicação e interação social (n=223), sendo que os participantes nos grupos de estimulação cognitiva apresentaram melhorias nesta área;</p> <p>4 estudos (n=219) avaliaram a Auto percepção de bem-estar e qualidade de vida, tendo obtido valores positivos significativos</p>

	<p>manter o aprendido, sendo este efeito potenciado com sessões de reforço esporádicas;</p> <p>6 dos estudos utilizaram a avaliação subjetiva de memória como instrumento, tendo obtido resultados significativos, que demonstram que após intervenção pessoas com DCL apresentam melhor percepção e controlo das suas capacidades mnésicas; 50% dos estudos investigaram o efeito da intervenção no humor, apresentando melhoras significativas principalmente nos sintomas depressivos; A evidência mostrou que pacientes com DCL aprendem melhor com a técnica sem erros comparativamente com a técnica com erros (resultados obtidos com a associação à técnica de recuperação espaçada);</p>			<p>específicas da intervenção tal como a estimulação, empatia, contacto social;</p> <p>O programa de intervenção no domicílio apresentou-se como bem tolerado quer pelos participantes quer pelos cuidadores familiares.</p>	<p>após intervenção;</p> <p>Nenhuma relação significativa entre o nº sessões e duração das mesmas, mas o estudo com resultados mais significativos utilizada 5 sessões/semana de 45 minutos cada e por mais tempo;</p> <p>Os benefícios a longo prazo, da estimulação cognitiva permanece pouco claro.</p>
--	---	--	--	--	--

Tabela 14 B- Caraterização dos resultados mais significativos nos artigos analisados (continuação)

## 2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a análise individual dos artigos, segue-se uma análise comparativa entre os mesmos, tendo em conta algumas categorias.

Quanto aos **participantes/amostra**, dois dos estudos experimentais analisados não referiram características sociodemográficas (Vidovich, 2011; Orrell, 2012) e uma das revisões sistemáticas abordou apenas um ponto de quebra, analisando os artigos em percentagem acima e abaixo desse ponto, quanto ao número de participantes e à escolaridade dos mesmos.

Assim, quanto ao número de participantes (9 artigos), a média foi de 96,48, com uma amplitude de 12 a 306. É de salientar a grande disparidade neste item, sendo que em grande parte dos artigos a amostra utilizada foi pequena, variando entre os 10 e os 50 participantes, o que se revela como uma fraqueza visto dificultar a generalização dos resultados. Quanto à idade (7 artigos), apresentaram uma média de 75 anos (60-80,5 anos), sendo que na revisão sistemática de Aguirre (2013) 50% dos artigos analisados apresentavam amostras com idade igual ou superior a 90 anos. Dos 6 artigos que referiram o género dos participantes, 83,3% referiram que na sua maioria os participantes eram mulheres numa percentagem assim dos 60% na amostra utilizada. Quanto à escolaridade, apenas 5 artigos analisaram este item, apresentando uma média de 6,9 anos.

Comparando o **tipo de abordagem utilizada** (individual ou em grupo), face aos estudos experimentais (8), 50% utilizou o método individual de aplicação da intervenção no contexto domiciliário, enquanto apenas um estudo (12,5%) utilizou o método misto (sessões em grupo e sessões individuais) e os restantes 37,5% dos estudos utilizou o método em grupo. Nas revisões sistemáticas analisadas, apenas duas fazem referência a este aspeto, apresentando na sua totalidade 16 artigos com método em grupo, 10 artigos com método individual e apenas um com método misto. Assim, na sua maioria, os estudos optaram pelo método individual tal como defendido por Rodríguez & Antequera (2004, cit. por Cabos, 2012) de que o tratamento individualizado ajuda a manter a motivação do doente, evitar a frustração face às tarefas e favorece a perceção de emoções positivas ao completar a tarefa, para além de reforçar o vínculo, doente-cuidador familiar. E ainda

defendido por Moniz-Cook (1998, cit. por Orrell, 2012:8) que demonstra que o contexto domiciliário em que é envolvido o cuidador familiar promove melhorias mais significativas no doente assim como o bem-estar do cuidador diminuindo as taxas de admissão de instituições de cuidados permanentes como lares.

Face à **metodologia** utilizada, 8 dos artigos analisados são estudos experimentais e 3 são revisões sistemáticas da literatura. Dos 45 artigos analisados pelas revisões sistemáticas, 60% são estudos experimentais randomizados e controlados sendo os restantes 40% divididos em estudos experimentais não controlados, não randomizados e estudos de caso. Este resultando vai de encontro ao nível de evidência procurado, sendo os estudos controlados e randomizados integrados no nível 1 de evidência científica (Souza, 2010).

Quanto ao **nº e duração das sessões** os estudos foram bastante heterogêneos, apresentando uma variação quanto ao nº de 1 sessão/semana a 5 sessões/semana, tendo um estudo que utilizou 1 sessão/mês; quanto à duração variou de 30 minutos a 120 minutos. É de ter em conta que o artigo com programa computadorizado não aborda nº ou duração de sessão, visto o programa ser individual e desenhado de acordo com as necessidades do doente e uma das revisões sistemáticas aborda esta questão referindo-se ao volume do programa (sessão/semana x nº de semanas).

Abordando o tipo de **intervenção implementada**, 63,6% utilizaram exercícios e/ou estratégias de treino de memória. Este resultado é compreensível, tal como diz Petersen (2004) que salienta que embora independentemente do subtipo de DCL, um défice de memória subtil é muitas vezes a queixa inicial mais comum. Reforça ainda Nunes (2008), a memória é a primeira capacidade cognitiva afetada na maioria dos casos de demência degenerativa.

Não obstante também utilizaram o treino cognitivo, sendo as áreas de maior relevo a atenção, velocidade de processamento, funções executivas e habilidades visuo-espaciais. De forma a atualizar as intervenções cognitivas à realidade cada vez mais informatizada da sociedade, dois dos artigos utilizaram um programa de EC computadorizada. Os restantes utilizaram exercícios de papel-caneta e/ou aplicação direta a atividades de vida diárias. Outras intervenções também foram abordadas, num ou noutro artigo, nomeadamente a Terapia de Orientação para a Realidade, a Estimulação motora e o suporte psicológico, o que reforça a conclusão de Brucki (2011) quando destaca que na literatura, as intervenções que mais se destacam são: a Terapia de Orientação para a Realidade (TOR), a terapia por Reminiscências (TR) e o treino cognitivo (TC), isto para além de propostas centradas no cuidador como programas educativos, programas de suporte e de informação (Brucki, 2011).

Face aos **principais resultados obtidos**, tendo em conta os 9 artigos com apresentação dos resultados salientam-se:

- ✓ Melhoria cognitiva corroborada por instrumentos de avaliação, nomeadamente no Mini-exame do Estado Mental (55,6%);
- ✓ Melhoria dos Sintomas Comportamentais e Psicológico da Demência apresentados na avaliação prévia à intervenção (22,2%);
- ✓ Diminuição da sobrecarga do cuidador familiar (33,3%)
- ✓ Melhoria do humor, e percepção de bem-estar e qualidade de vida (33,3%)

Em quase todos os estudos são evidentes as melhorias no desempenho cognitivo e de memória a curto e médio prazo, podendo inferir-se que mantendo as sessões de forma frequente após follow-up, as melhorias tornar-se-iam mais permanentes.

Analisando a **Integração do cuidador familiar na execução da intervenção**, ponto-chave desde estudo, verifica-se que a inclusão dos cuidadores é realizada de diferentes formas. Face aos estudos experimentais 50% inclui o cuidador apenas como fonte de suporte para o participante na realização das tarefas, aproveitando o seu feedback para avaliação dos resultados; 25% incluem os cuidadores no sentido de lhes fornecer uma intervenção específica, em complemento às intervenções aplicadas aos participantes, nomeadamente a Psicoeducação. Apenas 25% incluem os cuidadores como principais intervenientes na aplicação da intervenção em casa sendo que ambos os estudos se encontram ainda em aplicação, não apresentando resultados. Este resultado reforça o afirmado por Vidovich (2011) quando realça a escassez de trabalhos de investigação que tenham utilizado técnicas de EC de uma forma facilmente utilizada no contexto domiciliário e implementada pelo cuidador familiar.

Na verdade, tendo em conta a atual conjuntura do país e do mundo no que concerne a problemas económicos acoplados à crescente taxa de idosos com DCL e DA e, percebendo que o caminho apresentado é o aumento do nº cuidadores familiares e a crescente dificuldade do SNS para respostas de qualidade e em número suficiente, torna-se cada vez mais premente envolver e otimizar os cuidados familiares no sentido de prover as necessidades desses mesmos idosos, não só físicas como cognitivas e de socialização de forma a fomentar a sua independência pelo maior tempo possível, reduzindo assim a carga familiar. De facto, pensado em programas de EC aplicados por cuidadores podemos pensar que tal poderia resultar num aumento da carga para os mesmos, no entanto, devemos de igual forma questionar se o tempo despendido na realização de sessões de EC com os familiares é maior e mais “pesado” do que o despendido nos cuidados de substituição do idoso e ainda se é preferível despende esse tempo na EC sendo esta potencialmente retardadora dos efeitos negativos da doença ou deixar o idoso perder suas capacidades e conseqüente autonomia, tornando-se depende de forma mais insidiosa e aumentando conseqüentemente a carga de cuidados associados.

Nesta fase é de salientar a heterogeneidade dos artigos, face ao tipo de intervenções, aos instrumentos de avaliação e aos timings de follow-up. Muitos deles tornam-se pobres nos aspetos descritos, tornando difícil a sua análise comparativa. Neste tipo de estudos/programas, seria importante haver alguma padronização dos aspetos a descrever de forma a permitir comparar a evidência científica e a tirar conclusões mais fiáveis.

### 3. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

A realização deste estudo permitiu analisar a evidência científica existente face a programas de intervenção na cognição, efetuados por familiares cuidadores de pessoas com défice cognitivo, tornando evidente a falta de estudos científicos focados na capacitação do cuidador familiar de doentes com DCL, face à possibilidade intervenção cognitiva no contexto domiciliário, apesar de alguns teóricos o defenderem como uma possibilidade com bom rácio custo-benefício e potenciadora no vínculo familiar e qualidade de vida do idoso doente.

Assim, permite abrir uma porta a novos estudos que visem elaborar programas neste âmbito, potencializando os recursos humanos familiares na realização de intervenções cognitivas caracterizadas como eficazes e potenciadoras de independência num tão vasto leque de estudos.



## CONCLUSÕES

O envelhecimento é um processo dinâmico e singular, compreendido por um conjunto de alteração em vários domínios, nomeadamente no domínio cognitivo. Este processo nem sempre ocorre de forma esperada, levando a um continuum até à demência. Neste continuum identificamos o DCL, como sendo uma fase transitória, em que o traço mais comum é a queixa subjetiva de memória, independentemente dos diferentes subtipos de DCL existentes.

Com o objetivo de combater/retardar os efeitos cognitivos deste envelhecer patológico, surgem associados a tratamentos farmacológicos uma nova linha de tratamento não-farmacológicos, de entre os quais se salientam as intervenções cognitivas, nomeadamente a EC. Esta última visa capacitar o doente e sua família a lidarem e conviverem com as alterações cognitivas, de uma forma mais eficaz e eficiente, dotando-os de informação e estratégias capazes de melhorar o seu quotidiano.

Assim, a melhoria destas funções, ou pelo menos a sua manutenção, aumenta a performance do doente nas suas atividades de vida diária e permite que ele se mantenha autónomo por mais tempo, aumentando a sua autoestima, sensação de bem-estar e qualidade de vida, diminuindo conseqüentemente a sobrecarga do cuidador familiar e reduzindo a integração dos doentes em instituições de longa permanência, como lares geriátricos.

Dada a conjuntura atual reconhecida pela dificuldade económica, associada ao aumento das taxas de doentes com DCL e demência, percebe-se o maior número de cuidadores familiares que surgiram nos últimos tempos. Esta realidade, associada à dificuldade dos sistemas de saúde em conseguirem dar uma resposta eficaz e de qualidade a este novo quadro social fazem surgir novas necessidades de intervenção. Assim, pensando na eficácia, defendida por vários autores, da intervenção na cognição, torna-se fulcral envolver os cuidadores familiares na implementação da mesma, através de programas de capacitação simples e práticos, adequados quer às necessidades individuais do doente quer ao contexto domiciliário.

Neste sentido e dada a falta de conhecimento sobre o estado da arte no que concerne a programas de intervenção na cognição, efetuados por familiares cuidadores de pessoas com défice cognitivo, surge este trabalho, que vem permitir perceber qual o ponto de situação nesta temática.

Assim, percebe-se que existem muitos programas de intervenção na cognição, quer através de programas de treino de memória, quer através de programas de treino cognitivo e de EC, sendo que quase todos evidenciam melhorias no follow-up quer a nível cognitivo quer no humor, bem-estar e qualidade de vida. Não obstante grande parte fazer referência à inclusão do cuidador familiar, a maioria fê-lo apenas como suporte ao participante, sendo que os que entrevistaram com estes cuidadores fizeram-no com intervenções psicoeducativas. A psicoeducação é um aspeto importante, que permite dotar o cuidador de conhecimento face à doença, alterações espectáveis e possíveis estratégias, no entanto, percebendo que uma estimulação cognitiva do doente no seu contexto domiciliário, com uma pessoa com a qual te uma relação emocional e de forma mais frequente pode ser potenciadora de melhorias mais significativas e permanentes, existem poucos estudos que invistam nesta área.

É assim importante que, futuros estudos invistam na construção e avaliação de programas neste contexto.

Assim, após a elaboração deste estudo destacam-se alguns pontos de interesse que poderiam ser continuados em futuros estudos neste âmbito tais como:

- 1) Desenvolver estudos mais focalizados nos prestadores de cuidados de doentes com DCL;
- 2) Desenvolver e avaliar programas de intervenção na cognição a ser implementados pelos cuidadores familiares de doentes com DCL.

Neste contexto, dentro dos vários profissionais de saúde existentes, na área da estimulação cognitiva, pode-se destacar o enfermeiro, mais especificamente o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria que, dentro das suas competências tem o potencial de implementação deste tipo de programas. Salienta-se ainda a especificidade dos enfermeiros especialistas que exercem funções no contexto de saúde primários visto conhecerem de forma mais pormenorizada e individualizada o contexto familiar do doente com défice.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A PREVALÊNCIA DA DEMÊNCIA. [Em linha]. [s.l.]: ALZHEIMER PORTUGAL, [s.d.]. [Consultado a 08.11.2014]. Disponível em: WWW: <http://www.alzheimerportugal.org/scid/webAZprt/defaultCategoryViewOne.asp?categoryID=898>>.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Manual de Diagnóstico e estatística das perturbações mentais - DSM-5 TM*. 5ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2013.

ABREU, V. e TAMAI, S. - Reabilitação Cognitiva. In: FREITAS, E.V. et al. - *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2002. P.882 a 891.

AGUIRRE, E. et al. (2013). *Cognitive stimulation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trials*. In Ageing Research Reviews. [Consultado a 01.04.2014]. Disponível em WWW: <URL: [http://ac.els-cdn.com/S1568163712000955/1-s2.0-S1568163712000955-main.pdf?\\_tid=e2aa38a2-aaca-11e4-a7c5-0000aab0f02&acdnat=1422875089\\_82fba3f8a4a7e906d3cff8c02c6c1be2](http://ac.els-cdn.com/S1568163712000955/1-s2.0-S1568163712000955-main.pdf?_tid=e2aa38a2-aaca-11e4-a7c5-0000aab0f02&acdnat=1422875089_82fba3f8a4a7e906d3cff8c02c6c1be2)>.

ANDRADE, Fernanda (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Tese de Mestrado. Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia, 2009.

APÓSTOLO, J., et al. (2011). *Efeito da estimulação cognitiva em idosos*. In Revista de Enfermagem Referência, III série, nº5.

ÁVILA e MIOTTO - *Reabilitação neuropsicológica de déficits de memória em pacientes com demência de Alzheimer*. [Em linha]. Revista de Psiquiatria Clínica. São Paulo: [s.n.], 2002. p.190-196. [Consultado a 08.11.2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol29/n4/pdf/190.pdf>>.

BARDIN, L. (2014). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, lda, 2014.

BINETTI, Giuliano et al. (2012). *Predictors of comprehensive stimulation program efficacy in patients with cognitive impairment: clinical practice recommendations*. In International Journal of Geriatric Psychiatry. [Consultado em 01.04.2014] Disponível em WWW: <URL: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=4d44c7e4-6370-4530-886f-59198a74ac97%40sessionmgr111&hid=101>>.

BRUCKI, S. et al. (2011). *Demências: Enfoque multidisciplinar*. São Paulo: Editora Atheneu, 2011. ISBN: 978-85-388-0190-0.

BRUNELLE-HAMANN, L.; THIVIERGE, S.; SIMARD, M. (2014). *Impact of a cognitive rehabilitation intervention on neuropsychiatric symptoms in mild to moderate Alzheimer's disease*. In Neuropsychological Rehabilitation. [Consultado a 01.04.2014]. Disponível em: WWW: <URL: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09602011.2014.964731#tabModule>>.

CAMÕES, C.; PEREIRA, F.; GONÇALVES, A.. *Reabilitação na Doença de Alzheimer*. Em linha]. [s.n.]: [s.l.]: [s.d.], p. 1 a 15. [Consultado a 08.11.2014]. Disponível em: WWW: <URL: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0244.pdf>>.

CANCELA, D. - *O Processo de Envelhecimento*. [Em linha]. [s.n.]: [s.l.], 2007. p. 1 a 15. [Consultado a 08.11.2014]. Disponível em: WWW: <URL: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>>

CASTRO-CALDAS, A.; MENDONÇA, A. (2005). *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Coimbra: Lidel Edições Técnicas, Lda, 2005.

CÍCERO, M. *Frases sobre Memória*. [Em linha]. [s.l.]: [s.d.]. [Consultado a 12.12.2014]. Disponível em: WWW: <URL: <http://www.citador.pt/frases/citacoes/t/memoria/10>>.

COBOS, F., RODRÍGUEZ, M. (2012). *A review of Psychological Intervention in Alzheimer's Disease*. In *Internacional Journal of Psychology & Psychological Therapy*. [Consultado a 26.03.2014]. Disponível em: WWW: <URL: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b34300ed-ccf9-4f7c-b72c-bc76a57f1626%40sessionmgr4003&vid=11&hid=4104>>.

COLLIÈRE, Marie Françoise (2003). *Cuidar...a primeira arte da vida*. 2ª edição. Loures: Lusociência, 2003.

COSTA, A.; SEQUEIRA, C. (2013). *Efetividade de um Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos com Défice Cognitivo Ligeiro*. In *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Nº9, p. 14-20. [Consultado a 08.11.2014]. Disponível em: WWW: <URL: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpesm/n9/n9a03.pdf>>.

CRUZ, V. et al. (2013). *A rehabilitation toll designed for intensive web-based cognitive training: description and usability study*. In *SMIR Research protocols*, vol.2. [Consultado a

01.04.2014]. Disponível em: WWW: <URL: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/command/detail?sid=58cd7705-2b4f-4ef9-9f1c-d2216a422fd8%40sessionmgr4005&vid=27&hid=4207>>.

CUNHA, Luís et al. (2010). *Recomendações Terapêuticas para o tratamento da demência*. Sintra: Novartis, 2010.

FARINAND, E et al. (2006). *Evaluating two group programmes of cognitive training in mild to moderate AD: is there any difference between a global stimulation and a cognitive specific one?*. In *Aging & Mental Health* n° 10. [Consultado a 26.03.2014]. Disponível em: WWW: <URL: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b34300ed-ccf9-4f7c-b72c-bc76a57f1626%40sessionmgr4003&vid=23&hid=4104>>.

FERRÉ-GRAU, C. et al. (2013). *Effectiveness of a problem-solving technique in caring for family caregivers: a clinical trial study in a urban area of Catalonia (Spain)*. In *Journal of Clinical Nursing*, N° 23, p. 288-295.

FERREIRA, Sérgio (2008). *Papel dos Cuidadores Informais ao Idoso com Doença de Alzheimer*. Tese de Mestrado. Universidade de Aveiro: Secção Autónoma de Ciências da Saúde, 2008.

FILHO, Wilson; GORZONI, Milton (2008). *Geriatrics e Gerontologia: o que todos devem saber*. São Paulo: Editora Roca, Ltda., 2008.

FIGUEIREDO, Daniela (2007). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência*. Tese de Doutoramento. Aveiro: Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro, 2007.

FORTIN, M. et al. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.

FRANÇA, Joana (2010). *Saúde Mental e Necessidades nos Cuidadores de Familiares com Demência*. Tese de Mestrado. Porto: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, 2010.

Freitas, E., & Py, L. (2011). *Tratado de Geriatrics e Gerontologia*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda, 2011.

GATES, N. et al. (2011). *Cognitive and memory training in adults at risk of dementia: A systematic Review*. In *BMC Geriatrics*, N° 11, p. 55. [Consultado a 01.04.2014]. Disponível em: WWW: <URL: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=58cd7705-2b4f-4ef9-9f1c-d2216a422fd8%40sessionmgr4005&vid=20&hid=4207>>.

GRILO, Pedro (2009). *Doença de Alzheimer: epidemiologia, etiologia, diagnóstico clínico e intervenções terapêuticas*. Lisboa: coisas de ler edições, 2009.

HAY, Jennifer (2008). *Doença de Alzheimer e Demência*. 2ª Edição. Lisboa: Plátano Editora S.A., 2008.

IMAGINÁRIO, Cristina [s.d.]. *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.

Karina Mendes, R. S. MENDES, K.; SILVEIRA, R.; GALVÃO, C. (2008). *Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidência na saúde e na enfermagem*. In Textos Contexto Enfermagem. Out-Dez; nº 17. 758-64. Florianópolis, 2008.

LAGE, Maria Isabel (2007). *Avaliação dos cuidadores informais aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal*. Dissertação de Mestrado. Porto: Edição do autor, 2007.

LIM, M. et al. (2012). *Effectiveness of a Multifaceted Cognitive Training Programme for People with Mild Cognitive Impairment: a One-Group Pre-and Posttest Design*. In Hong Kong Journal of Occupational Therapy, Nº 22, p. 3-8. [Consultado a 01.04.2014]. Disponível em: WWW: <URL: [http://ac.els-cdn.com/S1569186112000198/1-s2.0-S1569186112000198-main.pdf?\\_tid=b8622da4-aacd-11e4-8093-00000aab0f01&acdnat=1422876306\\_09ff1e33803e757549250fe08eaabf93](http://ac.els-cdn.com/S1569186112000198/1-s2.0-S1569186112000198-main.pdf?_tid=b8622da4-aacd-11e4-8093-00000aab0f01&acdnat=1422876306_09ff1e33803e757549250fe08eaabf93)>.

MARQUES, Sónia (2007). *Os cuidadores informais de doentes com acidente vascular cerebral*. Coimbra: Formasau, 2007.

MELO, G.; MAROCO, J.; MENDONÇA, A. (2011). *Influence of personality on caregiver's burden, depression and distress related to the BPSD*. In Journal Geriatric Psychiatry, Nº 26, p 1275-1282. [Consultado a 11.12.2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=da12cf3e-4320-4955-a470-9f1265613010%40sessionmgr4002&vid=5&hid=4207>>.

NUNES, B. et al. (2008). *Memória, funcionamento, perturbações e treino*. Lisboa: Lidel-edições técnicas Lda., 2008.

OLIVEIRA, Denize (2008). *Análise de conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização*. In Revista de Enfermagem UERJ. Nº16. 569-76. Rio de Janeiro, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Ageing*. [s.l.]: [s.d.] [Consultado a 04.12.2014]. Disponível em: WWW: <URL: <http://www.who.int/topics/ageing/en/>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2014). *Facts about Ageing*. [s.l.] [Consultado a 04.12.2014]. Disponível em: WWW: <URL: <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/>>.

ORREL, M., YATES, L., BURNS, A. (2012). *Individual Cognitive Stimulation Therapy for dementia (iCST): study protocol for a randomized controlled trial*. [Consultado a 26.03.2014]. Disponível em: WWW: <URL:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=25&sid=b34300ed-ccf9-4f7c-b72c-bc76a57f1626%40sessionmgr4003&hid=4104>>.

PAÚL, C.; FONSECA, A. (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

Petersen, Ronald (2004). *Défice Cognitivo Ligeiro: o envelhecimento e a doença de Alzheimer*. Lisboa: Climepsi Editores, 2004.

PHIPPS, W.; SANDS, J.; MAREK, J. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*. 6ª Edição. Loures: Lusociência editora, 2003.

PORTUGAL. INSTITUO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2012). *Censos 2011: Resultados definitivos* Lisboa, 2012.

PORTUGAL. DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE. (2013). Envelhecimento. [Consultado em 08.11.2014]. Disponível em: WWW: <URL: <http://www.dgs.pt/pagina.aspx?f=1&lws=1&mcna=0&lnc=&mid=5005&codigoms=0&codigo no=683368347779AAAAAAAAAAAAA>>.

PORTUGAL. DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2004.

RABELO, Dóris Firmino (2009). *Comprometimento cognitivo leve em idosos: avaliação, factores associados e possibilidades de intervenção*. In Revista Kairós Gerontologia. V.12. [s.n.]: São Paulo, Nov. 2009. p.65-79. [Consultado em 08.11.2014]. Disponível em: WWW: <URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/4414>>.

SEQUEIRA, Carlos (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel-edições técnicas Lda., 2010.

SEQUEIRA, Carlos (2013). *Difficulties, copingstrategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers*. In Journal of Clinical Nursing, N°22, p.491-500.

SHIMON, Rabi. *Frases sobre a Velhice*. [Em linha]. [s.d.][s.l.]. In textos Judaicos. [Consult. em 12.12.2014]. Disponível em: WWW: <http://www.citador.pt/frases/o-anciao-merece-respeito-nao-pelos-cabelos-branco-textos-judaicos-7947>>.

SIMON, Sharon Sanz e RIBEIRO, Marilda Pierro de Oliveira - “Comprometimento cognitivo leve e reabilitação neuropsicológica: uma revisão bibliográfica”. [Em linha]. Revista de Psicologia. Vol. 20. N°1. [s.n.]: São Paulo, 2011. p. 93-122. [Consult. em 08.11.2014]. Disponível em: WWW:< <http://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/viewFile/6795/4918>>.

SIMON, S.; YOKOMIZO, J.; BOTTINO, C. (2012). *Cognitive intervention in amnesic Mild Cognitive Impairment: A systematic review*. In Neuroscience and Biobehavioral Reviews, N°36, p. 1163-1178. [Consultado em 01.04.2014]. Disponível em: WWW: <URL:

[http://ac.els-cdn.com/S0149763412000164/1-s2.0-S0149763412000164-main.pdf?\\_tid=1480f6a0-aacf-11e4-ba37-00000aab0f6b&acdnat=1422876890\\_cbaad208dd4fd2ddf9d9d8bec83543d2](http://ac.els-cdn.com/S0149763412000164/1-s2.0-S0149763412000164-main.pdf?_tid=1480f6a0-aacf-11e4-ba37-00000aab0f6b&acdnat=1422876890_cbaad208dd4fd2ddf9d9d8bec83543d2)>.

SOUSA, Lia (2011). *Programa de Intervenção na Memória para Idosos com Défice Cognitivo Ligeiro*. Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011.

SOUSA, L.; SEQUEIRA, C. (2012). *Conceção de um programa de intervenção na memória para idosos com défice cognitivo ligeiro*. In Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, N°8, p7-15. [Consultado em 08.11.2014]. Disponível em: WWW: <URL: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpesm/n8/n8a02.pdf>>.

SOUZA, M.; SILVA, M.; CARVALHO, R. (2010). *Revisão Integrativa: o que é e como fazer*. In Revista Einstein, N°8, p.102-6. [S.l.], 2010.

SPAR, J.; LA RUE, A. (1998). *Guia de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores, 1998.

TSOLAKI, M. et al. (2010). *Effectiveness of nonpharmacological approaches in patients with Mild Cognitive Impairment*. In Neurodegenerative diseases, 2011, N°8, p. 138-145.

UKAWA, S. et al. (2012). *A randomized controlled trial of a Functioning Improvement Tool home visit program and its effect on cognitive function in older persons*. In Journal Geriatric Psychiatry, N°27, p.557-564. [Consultado em 01.04.2014]. Disponível em: WWW: <URL: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=58cd7705-2b4f-4ef9-9f1c-d2216a422fd8%40sessionmgr4005&vid=31&hid=4207>>.

VIDOVICH, M., et al. (2011). *Cognitive activity for the treatment of older adults with mild Alzheimer's disease (AD) - PACE AD: study protocol for a randomized controlled trial*. [Consultado em 01.04.2014]. Disponível em: WWW: <URL: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=58cd7705-2b4f-4ef9-9f1c-d2216a422fd8%40sessionmgr4005&vid=23&hid=4207>>.

## ANEXOS



**Anexo I - Tabela de inclusão/exclusão dos artigos**



Nº	Ano	Título	Autor	Descrição	Critérios de inclusão/exclusão
1	2012	Predictors of comprehensive stimulation program efficacy in patients with cognitive impairment. Clinical practice recommendations	BINETTI, G; MORETTI, D; SCALVINI, C; et al.	Estudo longitudinal de 6 meses com T0, T1 (após fim do programa) e T2 (6 meses depois). 145 participantes (55 com DCL e 90 com demência) e 131 cuidadores.	Estudo experimental com cuidadores fora do contexto domiciliário.
2	2011	Effects of a newly developed cognitive intervention in amnesic mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease: A pilot study	BUSCHERT, V.; FRIESE, U.; TEIPEL, S., et al.	Estudo randomizado longitudinal de 6 meses. 39 participantes (24 DCL 15 demência) divididos em dois grupos: controlo (12 DCL, 7 demência) e experimental (12DCL, 8 demência).	Excluído. Estudo experimental sem cuidadores.
3	2012	A review of psychological intervention in Alzheimer's disease	COBOS, F; RODRÍGUEZ; M.	Análise e interpretação de artigos referentes à doença de Alzheimer, publicado em jornais de psicologia Espanhóis, nos últimos 20 anos (1990-2010). O objetivo é sumarizar as aplicações ou propostas relacionadas com intervenções psicológicas para as alterações não cognitivas da doença, nomeadamente depressão, psicose e alterações de comportamento.	Excluído. Não é revisão sistemática nem estudo experimental.
4	2006	Evaluating two group programmes of cognitive training in mild-to-moderate AD: Is there any difference between a "global" stimulation and a "cognitive-specific" one?	FARINAMD, E.; MANTOVANI, F.; FIORAVANTI, R., et al.	Estudo clinico quase-experimental com o objetivo de avaliar a eficácia de dois programas de tratamento não farmacológico nos estadios leve a moderada da doença de Alzheimer (programa de estimulação global vs. programa de estimulação cognitiva especifica). Participaram 32 pacientes divididos em 8 grupos de 4. Envolvidos pacientes e cuidadores. 6 semanas de programa.	Estudo experimental com cuidadores fora do contexto domiciliário.

5	2010	Successful practices for developing cognitive stimulation programs	WINNINGHAM, R.; DINIUS, C.	Este artigo baseia-se nas experiências de comunidades de cuidados continuados e outros grupos que tenham adotado com sucesso programas de EC.	Excluído. Metodologia pouco clara.
6	2012	Use of physical and intellectual activities and socialization in the management of cognitive decline of aging and in dementia: a review.	RUTHIRAKUHAN, M.; LUEDKE, A.; TAM, A., et al.	Pesquisa eletrônica em bases de dados (PubMed, Web of science, MedLine) no período compreendido entre 1980 e 2012 através do uso de palavras-chave. Estudos incluídos: os que abordavam a preservação da cognição na doença de Alzheimer e a incidência desta doença.	Excluído. Não é revisão sistemática nem estudo experimental.
7	2011	Cognitive and memory training in adults at risk of dementia: a systematic review.	GATES, N.; SACHDEV, P.; SINGH, M., et al.	Revisão sistemática através de bases de dados: MedLine (1996-Março 2011), EMBASE (1980 - Março 2011), CINAHL (1980 - Março 2011), PsychINFO( 1984 - Março 2011).População alvo: idosos com déficit cognitivo mas sem demência. Avaliadas intervenções cognitivas que incluíam exercícios cognitivos e estratégias de memória.	Revisão sistemática.
8	2013	Common Curbsides and Conundrums in Geriatric Medicine	Tung, E.; Chen, C.; Takahashi; P.	Revisão da literatura (não especificando protocolo de colheita de dados) que destaca os cenários clínicos comumente encontrados e de maior importância para os cuidados a pacientes mais velhos, nomeadamente o diagnóstico e tratamento de DCL, rastreio de cancro e sarcopenia.	Excluído Pelo título.
9	2011	Cognitive activity for the treatment of older adults with mild Alzheimer's disease (AD) - PACE AD: study protocol for a randomised controlled trial.	VIDOVICH, M.; SHAW, J.; FLIXKER, L., et al.	Estudo clínico randomizado, duplamente cego, de 6 meses, que visa a aplicação de uma intervenção de atividade cognitiva a adultos idosos com doença de Alzheimer ligeiro a moderada e seus cuidadores, comparativamente com uma intervenção aplicada apenas aos cuidadores. Programa de 12 semanas com uma sessão por semana de cerca de 90 minutos. Associa entrega de um manual. Participantes divididos em 2 grupos de 64 participantes.	Estudo experimental com cuidadores fora do contexto domiciliário.

10	2010	A rehabilitation tool designed for intensive web-based cognitive training: description and usability study	CRUZ, V.; PAIS, J.; BENTO, V., et al.	Desenvolvimento de um programa composto por 27 exercícios de computador, em formato jogo com ajustamento do nível de dificuldade automático. Abrange vários domínios cognitivos: atenção, memória, linguagem, cálculo, prática e função executiva (programa COGWEB). Não necessita de contacto pessoal, sendo a duração, intensidade e composição das sessões individualizada pelo terapeuta responsável.	Estudo experimental com cuidadores no contexto domiciliário.
11	2011	A randomized controlled trial of a functioning improvement tool home-visit program and its effect on cognitive function in older persons	UKAWA, S.; SATOH, H.; YUASA, M., et al.	Estudo randomizado com grupo de controlo e experimental assim como cuidadores. Programa aplicado 1 vez mês, por três meses, com cerca de 60 minutos cada sessão. Equipa composta por 5 enfermeiros e um dentista. O objetivo do programa é estimular a memória, atenção, emoção, orientação, cálculo e discurso através do diálogo. 252 participantes (128 grupo intervenção + 124 grupo controlo)	Estudo experimental com cuidadores no contexto domiciliário.
12	2009	A cognitive training program based on principles of brain plasticity: results from improvement in memory with plasticity based adaptative cognitive training (IMPACT) study	SMITH, G.; HOUSEN, P.; YAFFE, K., et al.	Estudo controlado, randomizado e duplamente cego com 2 grupos: controlo e experimental. Participantes adultos da comunidade com idade igual ou superior a 65 anos, sem diagnóstico de défice cognitivo significativo (MMSE igual ou maior 26). Programa computadorizado para participantes utilizarem em casa em 40 sessões (8 semanas, 5 dias por semana, 1 h por dia).	Excluído. Por não incluir DCL.
13	2009	Cognitive changes among institutionalized elderly people	Navarro, J.; Menacho, I.; Alcalde, C., et al.	Estudo clínico com o objetivo de comparar dois métodos de treino cognitivo: baseado nas novas tecnologias e baseado em atividades de papel e caneta. Participaram 36 idosos com envelhecimento dito "normal", com idades compreendidas entre os 68 e 94 anos.	Excluído. Por não incluir DCL.

14	2011	Study protocol for the recreational stimulation for elders as a vehicle to resolve delirium superimposed on dementia (reserve-DSD) trial.	KOLANOWKI, A.; FICK, D.; LITAKER, M., et al.	Estudo clínico randomizado de medidas repetidas. Participaram 256 idosos divididos em grupo de controlo (terapia usual) e grupo experimental (programa de Reserve-DSD). O programa é composto por atividades recreativas cognitivamente estimulantes aplicadas em sessões de 30 minutos, durante 30 dias.	Excluído. Pelo título.
15	2010	An intervention for delirium superimposed on dementia based on cognitive reserve theory.	KOLANOWKI, A.; FICK, D.; CLARE, L., et al.	Proposta de intervenção no delirium sobreposto à demência, baseado na literatura sobre reserva cognitiva e neuroplasticidade. Utilizado o método de revisão da literatura.	Excluído. Pelo título.
16	2004	Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: a review.	CLARA, L.; WOODS, R.	Revisão da literatura com o objetivo de clarificar os conceitos e descrições de três abordagens de intervenção focadas na cognição, para pessoas com demência: a estimulação cognitiva, treino cognitivo e reabilitação cognitiva.	Excluído. Não é revisão sistemática nem estudo experimental.
17	2011	39th Congress of the European Association of Geriatric Psychiatry (EAGP), 11th Congress of the Gerontopsychiatric Portuguese Association (APG)	European Association of Geriatric Psychiatry (EAGP); Gerontopsychiatric Portuguese Association	Resumos integrados no programa do Congresso.	Excluído. Pelo título.
18	2010	This house believes in cognitive therapy	JOHN, V.; LESLIE, P.	Debate sobre terapia cognitiva em pessoas com demência. Analisados vários estudos, nomeadamente focalizando nos seus objetivos e limitações.	Excluído. Não é revisão sistemática nem estudo experimental.
19	2012	65nd Annual Scientific Meeting	Gerontological Society of America	Resumos do encontro científico anual da Sociedade Americana de Gerontologia (Simpósio).	Excluído. Pelo título.

20	2012	Loss of semantic associative categories in patients with Alzheimer's disease.	PASSAFIUME, D.; FEDERICIS, L.; CARBANE, G. et al.	Estudo experimental para avaliação da hipótese de a repartição da memória semântica nos estadios leve a moderados da doença de Alzheimer se deve ao rompimento da rede semântica que associa os conceitos. Utilizados 22 participantes (11 participantes nos estadios leve a moderados da doença e 11 participantes idosos saudáveis).	Excluído. Pelo título.
21	2011	64nd Annual Scientific Meeting - inequalities and health: explorations of gender, race and education.	Gerontological Society of America	Resumos da sessão 5 do encontro científico anual da Sociedade Americana de Gerontologia.	Excluído. Pelo título.
22	2011	39th Congress of the European Association of Geriatric Psychiatry (EAGP), 11th Congress of the Gerontopsychiatric Portuguese Association (APG)	European Association of Geriatric Psychiatry (EAGP); Gerontopsychiatric Portuguese Association	Resumos integrados no programa do Congresso.	Excluído. Artigo repetido (artigo 17).
23	2009	Current status of dementia in Asia Country.	2nd Asian Society Against Dementia Congress; 3rd Annual Meeting of Taiwan Dementia Society.	Resumo de trabalhos realizados na Ásia, no contexto da demência, nomeadamente na caracterização da situação em diferentes zonas do continente, assim como pesquisas feitas na área de diagnóstico e tratamento.	Excluído. Pelo título.
24	2008	Patient and Caregiver Characteristics associates with depression in dementia caregivers.	WONG, P.; CHEUNG, G.; FUNG, R., et al.	Estudo com objetivo de analisar se as características do paciente com demência e do cuidador estão associadas com os níveis de depressão dos cuidadores. Avaliado através de entrevista utilizando a escada da depressão de 20 itens do Centro de Estudos Epidemiológicos.	Excluído. Pelo título.

25	2008	Review of Exemplar Programs for Adults with early-stage Alzheimer's disease	BURGENER, S.; BUETTNER, L.; BUCKWALTER, K., et al.	Revisão da literatura interdisciplinar com seguintes critérios: Intervenções unimodais ou multimodais; apropriado a adultos na fase inicial da DA; Demostrem potencial de suporte, manutenção ou melhoria de funções independentes; apresentem efeitos positivos numa variedade de resultados incluindo Qualidade de Vida. Decorreu de 26 de Dezembro 2006 a 21 de Janeiro de 2007 através das bases de dados PubMed, Cochrane e CINAHL. Termos utilizados: Terapia para doença de Alzheimer, Controlo e prevenção da doença de Alzheimer, fatores psicossociais, programas para DA e intervenções comportamentais na DA.	Excluído. Não é revisão sistemática nem estudo experimental.
26	2010	Current awareness in geriatric psychiatry.	International Journal of Geriatric Psychiatry	Aglomera por temas todos os autores e seus trabalhos no contexto das preocupações atuais da psiquiatria geriátrica.	Excluído. Pelo título.
27	2012	Diagnostic and economic evaluation of new biomarkers for Alzheimer's disease: the research protocol of a prospective cohort study.	HANDELS, R.; AALTEN, P.; WOLFS, C., et al.	Estudo com desenho de grupo com 241 pacientes consecutivos com suspeita de sofrerem de uma doença neurodegenerativa primária. Foram abordados e avaliados por 2 anos. O objetivo foi avaliar a precisão de diagnóstico da clinica atual e biomarcadores emergentes dos testes diagnóstico; realizar uma análise de custo-consequência e avaliar a longo prazo de custo-efetividade de um modelo econômico.	Excluído. Pelo título.
28	2009	Packages of care for dementia in low- and middle-income countries.	PRINCE, M.; ACOSTA, D.; CASTRO-COSTA, E., et al.	Revisão da literatura focada na gestão eficaz da demência em países de baixo-médio rendimento, nomeadamente na eficácia das intervenções e sua distribuição.	Excluído Pelo título.
29	2009	62nd Annual Scientific Meeting - Aging and technology: friends.	Gerontological Society of America	Resumos da sessão 5 do encontro científico anual da Sociedade Americana de Gerontologia.	Excluído Pelo título.

30	2008	Ageing and Dementia 2	European Journal of Neurology	Conjunto de resumos de estudos abordados numa sessão e publicados no Jornal Europeu de Neurologia.	Excluído. Não é revisão sistemática nem estudo experimental.
31	2011	39th Congress of the European Association of Geriatric Psychiatry (EAGP), 11th Congress of the Gerontopsychiatric Portuguese Association (APG)	European Association of Geriatric Psychiatry (EAGP); Gerontopsychiatric Portuguese Association	Resumos integrados no programa do Congresso	Excluído. Artigo repetido (artigo 17).
32	2004	Ageing and Dementia.	European Journal of Neurology	Conjunto de resumos de estudos abordados numa sessão e publicados no Jornal Europeu de Neurologia.	Excluído. Não é revisão sistemática nem estudo experimental.
33	2004	Current awareness in geriatric psychiatry.	International Journal of Geriatric Psychiatry	Resumo dos temas abordados num simpósio sobre a temática. Aglomera por temas todos os autores e seus trabalhos	Excluído. Não é revisão sistemática nem estudo experimental.
34	2008	A European consensus on outcome measures for psychosocial intervention research in dementia care.	MONIZ-COOK, E.; VERNOOIJ-DASSEN, M., WOODS, R., et al.	Estudo que utilizou uma abordagem baseada em evidência interativa e colaborativa, através dos métodos de consensos, revisão sistemática da literatura, consulta pan-europeu baseada na web e uma avaliação rigorosa utilizando os critérios de utilidade em toda a Europa, viabilidade e propriedades psicométricas. O seu objetivo é identificar a melhor medida de resultado da investigação da intervenção psicossocial Europeia, das atualmente disponíveis.	Excluído Pelo título.

35	2007	Recognizing apathy in Alzheimer's disease	LERNER, A.; STRAUSS, M.; SAMI.S.	Revisão da literatura sobre os aspetos clínicos da apatia na doença de Alzheimer, rastreio, diagnóstico diferencial incluindo depressão, comorbidades clínicas, DCL, modalidades de tratamentos e questões associadas.	Excluído Pelo título.
36	2007	Quality of life in Dementia	NAGLIE, G.	Revisão da literatura sobre a avaliação da qualidade de vida na demência	Excluído Pelo título.
37	2012	Predictors of comprehensive stimulation program efficacy in patients with cognitive impairment. Clinical practice recommendations	BINETTI, G; MORETTI, D; SCALVINI, C, et al.	Estudo longitudinal de 6 meses com T0, T1 (após fim do programa) e T2 (6 meses depois). 145 participantes (55 com DCL e 90 com demência) e 131 cuidadores.	Retirado por estar repetido na base de dados Ebsco (artigo nº 1)
38	2011	Caregiver's estimation of patients' quality of life (QoL) in Alzheimer's disease (AD): an approach using the ADRQL.	SALAS-LEÓN, B.; OLAZARÁN, J.; MUÑIZ, R., et al.	Estudo transversal com 92 doentes com doença de Alzheimer nos estádios de DCL a demência severa. Avaliada a qualidade de vida percebida pelos familiares dos doentes com doença de Alzheimer (utilizada a escala de qualidade de vida relativa à doença - ADRQL). Outras variáveis analisadas: variáveis sociais, clínicas, cognitivas, AVD's, comportamento, humor e sobrecarga do cuidador.	Excluído Pelo título.
39	2012	Cognitive intervention in amnesic mild cognitive impairment: a systematic review	SIMON, S.; YOKOMIZO, E.; BOTTINO, C.	Revisão sistemática da literatura compreendida de Janeiro de 1990 a Março de 2011, nas bases de dados MedLine e EMBASE, utilizando os seguintes termos combinados com "Défice Cognitivo Ligeiro": reabilitação neuropsicológica, reabilitação cognitiva, treino cognitivo, reabilitação da memória, treino de memória e neuroimagem. Critérios de inclusão: o estudo primeiramente avalia o efeito da intervenção cognitiva, a amostra de doentes encaixa nos critérios de Petersen para DCL mnésico, os testes cognitivos foram completos antes e após intervenção e os artigos estão disponíveis em Inglês, Francês,	Revisão sistemática.

				Português e Espanhol. Incluídos 20 estudos.	
40	2012	Cognitive	ICP	Conjunto de resumos de simpósios com diferentes temáticas na área cognitiva	Excluído. Não é revisão sistemática nem estudo experimental.
41	2011	The cortical neuroanatomy of neurophysiological deficits in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: A surface-based morphometric analysis.	AHN, H.; SEO, S.; CHIN, J., et al.	Estudo quantitativo, quase experimental, com o objetivo de investigar se diferentes padrões anatômicos de atrofia cortical estão associados a défices neuropsicológicos. Participantes: 170 pacientes com Demência de Alzheimer e 99 pacientes com DCL.	Excluído Pelo título.
42	2013	Effects of cognitive stimulation therapy Japanese version (CST-J) for people with dementia: a single-blind, controlled clinical trial.	YAMANAKA, K.; KAWANO, Y.; NOGUCHI, D., et al.	Estudo clínico controlado e duplamente cego. Programa de EC composto por 14 sessões, 2 vezes por semana durante 7 semanas. Grupo experimental composto por 26 participantes e grupo de controlo composto por 30. Itens avaliados: cognição e humor.	Excluído. Estudo experimental sem cuidadores.
43	2012	Training the brain: Fact and fad in cognitive and behavioral remediation.	RABIPOUR, S.; RAZ, A.	Revisão da literatura.	Excluído. Não é revisão sistemática nem estudo experimental.

44	2013	Nigral stimulation for resistant axial motor impairment in Parkinson's disease? A randomized controlled trial.	WEISS, D.; WALACH, M; MEISNER, C., et al.	Estudo clinico controlado, randomizado e duplamente cego com objetivo de avaliar a eficácia da estimulação do núcleo subtalâmico quando combinada com a estimulação da substância nigra pars reticulata.	Excluído. Pelo título.
45	2006	Evaluating two group programmes of cognitive training in mild-to-moderate AD: Is there any difference between a "global" stimulation and a "cognitive-specific" one?	FARINAMD, E.; MANTOVANI, F.; FIORAVANTI, R., et al.	Estudo clinico quase-experimental com o objetivo de avaliar a eficácia de dois programas de tratamento não farmacológico nos estadios leve a moderada da doença de Alzheimer (programa de estimulação global vs. programa de estimulação cognitiva especifica). Participaram 32 pacientes divididos em 8 grupos de 4. Envolvidos pacientes e cuidadores. 6 semanas de programa.	Excluído Por ser repetido (artigo 4 Ebscho)
46	2014	Implications of a longitudinal cognitive intervention program in mild Alzheimer's disease.	TSANTAL, E.; ECONOMIDIS, D.	Estudo de caso longitudinal (5 anos) com o objetivo de avaliar um programa de intervenção do estadio leve da doença de Alzheimer, mais especificamente nos défices de linguagem. Programa individual, dividido em duas partes: o primeiro ano de treino de estratégias e tarefas, nomeadamente memória, nomeação e compreensão e os restantes 4 anos sem nenhuma linha de orientação ou ensino.	Excluído. Não é revisão sistemática nem estudo experimental.
47	2011	Altered self-referential network in resting-state amnesic type mild cognitive impairment.	BAI, F.; SHI, Y.; YUAN. Y., et al.	Estudo clinico longitudinal com o objetivo de avaliar a alteração da rede de autorreferencia nos doentes com DCL amnésico, particularmente nos estadios não evolutivos. A avaliação foi realizada através da administração de ressonância magnética funcional a 26 participantes com aDCL em estadio não evolutivo comparando com 18 participantes saudáveis (grupo controlo).	Excluído Pelo título.
48	2006	Improved quality of life and cognitive stimulation therapy in dementia.	WOODS, B.; THORGRIMSEN, L.; SPECTOR, A.	Estudo experimental controlado randomizado com grupo de controlo para aplicação de tratamento usual e grupo experimental para aplicação do programa e de EC. 201 participantes na totalidade, integrados em casas residenciais ou centros de dia.	Excluído. Estudo experimental sem cuidadores.

49	2004	Effects of cognitive communication stimulation for Alzheimer's disease patients treated with donepezil.	CHAPMAN, S.; WEINER, M.; RACKLEY, A., et al.	Estudo randomizado com o objetivo de avaliar a combinação de um programa cognitivo-comunicacional com um inibidor de colinesterase (donepezil), comparativamente com a ação isolada deste mesmo inibidor. Amostra de 54 participantes com Alzheimer em estadios leve a moderada (28 no grupo experimental e 26 no grupo de controlo). Programa composto por 12h de sessão num período de 8 semanas. Follow-up no 8º e 12º mês. Sessões com trabalho de casa, discussão sobre DA e histórias de vida.	Excluído. Estudo experimental sem cuidadores.
50	2013	Frontolimbic atrophy is associated with agitation and aggression in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease.	TRZEPACZ, P.; YU, P.; BHAMIDIPATI, P. et al.	Análise de 24 meses de dados da Iniciativa de Neuroimagem de Doença de Alzheimer, sobre doentes com Alzheimer e DCL estável e evolutivo, utilizando o inventário neuropsiquiátrico de agitação e agressão.	Excluído. Pelo título.
51	2012	Gender differences in sexual behaviors of AD patients and their relationship to spousal caregiver well being.	DAVIES, H.; SRIDHAR, S.; NEWKIRK, L., et al.	Estudo de caracterização e avaliação das diferenças de género nas medidas de intimidade, bem-estar do cuidador e comportamento sexual do doente, que decorreu entre 2001 e 2009 com 162 participantes e seus cuidadores inscritos.	Excluído. Pelo título.
52	2012	Effectiveness of a multifaceted cognitive training programme for people with mild cognitive impairment: a one-group pre-and posttest design.	LIM, M.; LIU, K.; CHEUNG, G., et al.	Aplicação de um programa de treino cognitivo a 20 idosos com DCL, integrados no domicílio e/ou programa de capacitação institucional, focalizado na performance de tarefas diárias. Consiste no ensino de estratégias de EC e codificação da memória, durante 10 semanas, por Terapeutas ocupacionais, pessoas não profissionais ou cuidadores da comunidade.	Estudo experimental com cuidadores no contexto domiciliário.

53	2014	Non pharmacological strategies to delay cognitive decline	LAUTENSCHLAGER, N.; ANSTEY, K.; KURZ, A.	Revisão da literatura, de 2004 a 2014, utilizando as bases de dados MedLine, PsylINFO, PubMed e Google Scholar. Termos de busca: prevention of dementia, cognitive decline, dementia, exercise, physical activity, motor activity, physical exertion, physical fitness, cognitive activity, cognitive stimulation, cognitive rehabilitation and cognitive training. Textos em Inglês. O objetivo foi avaliar o uso de atividade física e cognitiva na redução do risco de déficit cognitivo e demência na idade avançada.	Excluído. Não é revisão sistemática nem estudo experimental.
54	2012	Individual cognitive stimulation therapy for dementia (iCST): study protocol for a randomized controlled trial.	ORREL, M.; YATES, L.; BURNS, A., et al.	Estudo experimental controlado e randomizado, com o objetivo de avaliar a eficácia e eficiência de uma Terapia de Estimulação Cognitiva Individual (iCST) em pessoas com demência. Grupo experimental: aplicado programa de iCST; Grupo de controle: aplicado tratamento usual. O programa de iCST consiste em sessões de 30 minutos, 3 vezes por semana, durante 25 semanas, aplicadas pelo cuidador.	Estudo experimental com cuidadores no contexto domiciliário.
55	2011	Trends in the incidence and prevalence of Alzheimer's disease, dementia and cognitive impairment in the United States	ROCCA, W.; PETERSEN, R.; KNOPMAN, D., et al.	Análise de dados sobre a prevalência e incidência de doença de Alzheimer, demência e déficit cognitivo nos Estados Unidos.	Excluído Pelo título.
56	2014	Memory intervention: the value of a clinical holistic program for elder adults with memory impairments.	HYER, L.; SCOTT, C.; LYLES, J., et al.	Estudo experimental com aplicação de um programa holístico, dividido em 7 sessões que focam a atenção, concentração, exercício, diminuição do stress, socialização, dieta, técnicas de valores e identidade. Aplicação de pré e pós teste para memória e função. 112 participantes.	Excluído. Estudo experimental sem cuidadores.

57	2007	Use of computer assisted and interactive cognitive training programmes with moderate to severely demented individuals: a preliminary study.	MATE-KOLE, C.; FELLOWS, R.; SAID, P. et al.	Estudo experimental com aplicação de um programa de treino cognitivo interativo e assistido por computador, com o objetivo de diminuir o declínio em idosos com demência. Aplicado a 6 idosos residentes numa instituição de assistência de vida. Treino intensivo de 6 semanas.	Excluído Por não incluir DCL.
58	2014	Occipital sources of resting-state alpha rhythm are related to local gray matter density in subjects with amnesic mild cognitive impairment and Alzheimer's disease.	BABILONI, C.; PERCIO, C.; BOCCARDI, M., et al.	Estudo quantitativo para avaliação da hipótese de a amplitude das fontes occipitais do estado de repouso do ritmo alpha do eletroencefalograma estão relacionadas com a neurodegeneração do lobo occipital, mensurado por RMN. Foram avaliados 45 idosos saudáveis, 100 idosos com DCL e 90 com doença de Alzheimer.	Excluído Pelo título.
59	2011	Cognitive activity for the treatment of older adults with mild Alzheimer's disease (AD) - PACE AD: study protocol for a randomized controlled trial.	VIDOVICH, M.; SH, et al.	Estudo clínico randomizado, duplamente cego, de 6 meses, que visa a aplicação de uma intervenção de atividade cognitiva a adultos idosos com doença de Alzheimer ligeiro a moderada e seus cuidadores, comparativamente com uma intervenção aplicada apenas aos cuidadores. Programa de 12 semanas com uma sessão por semana de cerca de 90 minutos. Associa entrega de um manual. Participantes divididos em 2 grupos de 64 participantes.	Excluído Por estar repetido (artigo 9)
60	2014	Leisure-time physical activity and neuropsychiatric symptoms of community dwelling persons with cognitive impairment.	CHIU, Y.; KOLANOWSKI, A.; HUANG, C. et al.	Estudo transversal com o objetivo de examinar o efeito de tempo de lazer, em atividade física, em pessoas com défice cognitivo e sintomas neuropsiquiátricos assim como no stress do cuidador familiar. Forma avaliados 58 pares de doentes e seus cuidadores familiares.	Excluído Pelo título.
61	2014	Impact of a cognitive rehabilitation intervention on neuropsychiatric symptoms in mild to moderate Alzheimer's	BRUNELLE- HAMANN, L.; THIVIEREE, S.; SIMARD, M., et al.	Estudo controlado, randomizado, duplo-cego e crossover de 6 meses de duração com 15 participantes com doença de Alzheimer em estadios leve a moderado e seus cuidadores. O objetivo é avaliar o impacto de um programa de reabilitação cognitivo, em contexto domiciliário, em	Estudo experimental com cuidadores no contexto domiciliário.

		disease.		12 sintomas comportamentais e psicológicos da demência.	
62	2013	Cognitive stimulation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials	AGUIRRE, E.; WOODS, R.; SPECTOR, A., et al.	Revisão sistemática da literatura nas bases de dados Cognitive Improvement group (ALOIS) e Specialized register of the Cochrane Dementia. Encontrados 94 estudos e retirados 15 estudos controlados e randomizados para análise.	Revisão sistemática.
63	2010	Neuropsychological and clinical heterogeneity of cognitive impairment and dementia in patients with Parkinson's disease	KEHAGIA, A.; BARKER, r.; ROBBINS, T.	Revisão da literatura sobre a heterogeneidade do déficit cognitivo na doença de Parkinson nomeadamente nas suas várias vias neuroquímicas e neuropsicológicas. Utilizados vários termos relacionados com o critério de busca, utilizando a base de dados PubMed nas datas compreendidas de 1966 a 2010.	Excluído Pelo título.
64	2013	An evidence-based systematic review on cognitive interventions for individuals with dementia.	HOPPER, T.; BOURGEOIS, M.; PIMENTEL, J., et al.	Revisão sistemática da literatura em 27 bases de dados, utilizando um conjunto de questões à priori, critérios de inclusão/exclusão e parâmetros de busca. O objetivo é avaliar o estado do conhecimento relativamente a intervenções cognitivas para pessoas com demência de Alzheimer ou outras demências relacionadas.	Excluído. Por não incluir DCL.
65	2010	Maintenance cognitive stimulation therapy (CST) for dementia: a single-blind, multi-centre, randomized controlled trial of maintenance CST vs. CST for dementia.	AGUIRRE, E.; SPECTOR, A.; HOE, J., et al.	Estudo controlado, randomizado, multicentrado, duplo-cego e pragmático com o objetivo de comparar a eficiência e eficácia de um programa de terapia de EC de 7 semanas seguido de programa de manutenção de EC uma vez por semana durante 24 semanas quando comparado com a aplicação do programa de terapia de EC de 7 semanas seguido de tratamento habitual por 24 semanas.	Excluído. Estudo experimental sem cuidadores.

66	2012	Cognitive behavioral therapy (CBT) for anxiety in people with dementia: study protocol for a randomized controlled trial.	SPECTOR, A.; ORRELL, M.; LATTIMER, M., et al.	Desenvolvimento de uma terapia cognitivo-comportamental para a ansiedade em pessoas com demência. Estudo dividido em duas partes: 1ª) criação da Terapia Cognitivo-comportamental para a ansiedade, num manual para demência, e sua validação com peritos; 2ª) validação da terapia, num estudo controlado, randomizado com 50 idosos com demência leve a moderada e ansiedade (cuidadores envolvidos).	Excluído Pelo título.
67	2013	Prevention, Rehabilitation and mitigation strategies of cognitive deficits in aging with HIV: implications for practice and research.	VANCE, D.	Revisão da literatura focada na etiologia dos défices cognitivos no contexto de reserva cognitiva e neuroplasticidade assim como na revisão de estratégias baseadas na prevenção hipotética (receitas cognitivas), reabilitação (treino de velocidade de processamento) e mitigação (método de recuperação espaçada).	Excluído Pelo título.
68	2012	Use of physical and intellectual activities and socialization in the management of cognitive decline of aging and in dementia: a review.	RUTHIRAKUHAN, M.; LUEDKE, A.; TAM, A., et al.	Pesquisa eletrónica em bases de dados (PubMed, Web of science, MedLine) no período compreendido entre 1980 e 2012 através do uso de palavras-chave. Estudos incluídos: os que abordavam a preservação da cognição na doença de alzheimer e a incidência desta doença.	Excluído Por estar repetido (artigo 6)
69	2012	The feasibility of a structures cognitive training protocol to address progressive cognitive decline in individuals with vascular dementia.	MAYER, J.; BISHOP, L.; MURRAY, L.	Estudo experimental, com um participante, com o objetivo de avaliar o uso de uma versão modificada de Treino do processo de atenção (APTII Sohlberg, Johnson, Paule, Raskin & Mateer, 2001), nos casos iniciais de CADASIL (Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy), conhecido por ser um tipo de demência vascular rara e genética.	Excluído Por não abordar EC.

70	2009	The PACE Study: a randomized clinical trial of cognitive activity (CA) for older adults with mild cognitive impairment (MCI).	VIDOVICH, M.; SHAW, J.; FLIXKER, L., et al.	Estudo controlado e randomizado para aplicação de um programa PACE (Promoting Healthy Aging with Cognitive Exercise). Estudo aplicado a 160 participantes com 65 anos ou mais e DCL. Formados dois grupos, um para aplicação de educação não-específica (grupo de controlo) e outro para aplicação do PACE, em 10 sessões de 90 minutos cada, 2 vezes por semana, durante 5 semanas.	Excluído. Estudo experimental sem cuidadores.
71	2009	The basis for disease modifying treatments for alzheimer's disease. The sixth Annual Mild Cognitive Impairment Symposium.	DUARA, R.; BARKER, W.; LOEWENSTEIN, D., et al.	Relatório das discussões realizadas no simpósio.	Excluído Pelo título.
72	2012	Cognitive profiles in Parkinson's Disease and their relation to dementia: a data driven approach.	LIEPELT-SCARFONE, I.; GRÄBER, S.; BERGER, M. et al.	Estudo analítico que introduziu uma abordagem a dados de forma a detetar diferentes perfis de estadios e perfis cognitivos na doença de Parkinson. Utilizando um conjunto de dados neuropsicológicos abrangentes, de uma coorte de 121 pacientes com doença de Parkinson com e sem demência, para análise fatorial.	Excluído Pelo título.
73	2008	Alzheimer's disease, Amnestic mild cognitive impairment and age associated memory impairment: current understanding and progress toward integrative prevention.	KIDD, P.	Revisão da literatura focada na compreensão da doença de Alzheimer, DCL mnésico e défice de memória associada a idade. Aborda assim a evolução do estudo nestas áreas no que concerne ao tratamento e prevenção	Excluído. Não é revisão sistemática nem estudo experimental.

Tabela 15 - Critérios de inclusão/exclusão dos artigos encontrados.

## Anexo II - Resumo dos artigos analisados



**Artigo 1: BINNETI, Giuliano; MORETTI, Davide; SCALVINI, Chiara et. al. - “Predictors of comprehensive stimulation program efficacy in patients with cognitive impairment. Clinical practice recommendations”. 2012**

Este artigo consiste num estudo experimental longitudinal de 6 meses, conduzido na Clinica de Memória do Instituto Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e Centro S. Giovanni-Fatebenefratelli em Brescia (Itália). A duração total do programa, desde o recrutamento até ao follow-up de 6 meses, fez um período de 15 meses.

Os **participantes** selecionados foram submetidos a aplicação de testes neuropsicológicos através de entrevista estruturada e detalhada assim como exames clínico e testes neurorradiológicos morfológicos e/ou funcionais. No final o grupo foi composto por 145 participantes, com média de idade compreendida nos 74,2 anos, sendo maioritariamente do género feminino (66,2%), 62,1% com demência leve a moderada (tipo Alzheimer, vascular, frontotemporal ou corpos d Lewy) e 37,9% com DCL e 131 cuidadores familiares, sendo 72,7% do género feminino na sua maioria com nível de educação elevado. Destes 43,9% eram cônjuges, 43,9% filhos, 6,8% eram parentes distantes e 5,3% irmãos.

A intervenção avaliada neste estudo é um programa de estimulação compreensiva constituído por intervenções para os participantes, dividida em intervenção cognitiva e estimulação motora e intervenções para os cuidadores, nomeadamente psicoeducação e informação. O programa é explicado de forma sintética na tabela seguinte:

Destinatários	Intervenção	Composição	Formato	Atividades
Participantes	Cognitiva	Terapia de Orientação para a Realidade (TOR)	Aplicado em grupos de 6 participantes com demência (MMSE 10-19). 12 sessões, 2x semana, sessão de 1 h. Participantes com demência (MMSE 10-19).	
		Terapia de Reativação Global (TRG)	Aplicado em grupos de 6 participantes com demência (MMSE 20-24). 12 sessões, 3x semana, 1 hora cada sessão.	Treino de memória, atenção e linguagem; Raciocínio e aquisição de estratégias de treino e preservação da orientação temporal;

				treino de ajudas externas e internas para preservação da autonomia; Reforço positivo; Encorajamento para manifestação de emoções.
		Treino de Memória (TM)	Aplicado em sessões individuais com participantes com demência leve ou DCL (MMSE 23-28). 8 sessões de 150 minutos cada.	Aplicados exercícios frontais e práticos através do uso de computador (software REHACOM) e suportes de papel e audiovisuais. Aplicação de trabalhos para casa. Sessões focadas no treino e manutenção da memória, atenção e capacidade linguística.
	Estimulação motora	-----	Aplicada em sessões de grupo com todos os participantes. 4 sessões, 1x semana, por 1 h, após as atividades cognitivas. Aplicadas também sessões individuais para deficits motores específicos.	-----

Cuidadores	Psicoeducaçã o Informação	-----	Aplicada em sessões de grupo. 10 sessões de 1 hora cada	Fornecida informação sobre demência (aspectos patológicos/clínicos e estratégias de tratamento); habilidades comunicacionais; estratégias de coping; orientações sobre exercícios físicos e cognitivos para o familiar doente; conselhos financeiros, jurídicos e éticos.
------------	---------------------------------	-------	---	---

Tabela 16 - Intervenções aplicadas no estudo

A equipa de profissionais na aplicação deste programa foi composta por um neurologista, um psicólogo, um terapeuta ocupacional, um enfermeiro, um assistente social, um fisioterapeuta, um nutricionista, um biólogo, um especialista em relação interpessoal e um especialista em bioética.

Foram aplicados três **momentos de avaliação**: T0 no início do programa, T1 no final do programa e T2 6 meses após programa (follow-up).

Os **instrumentos de avaliação primários** aplicados foram: MMSE, ADAS-Cog e Entrevista Clínica baseada na impressão de mudança mais entrevista ao cuidador familiar (CIBIC-plus). Os **instrumentos de avaliação secundários** foram: Escala CRD (estadiamento da demência), Escala de avaliação das atividades instrumentais de vida diária (IADL), escalas de entrevista com cuidadores e Escala funcional de avaliação direta (DAFS), diretrizes para a classificação de défices de consciência (GRAD, específico para deficits de memória), escala de classificação de insight clínico (CIR), escala de depressão geriátrica 15 itens (GDS), escala de qualidade de vida na doença de Alzheimer (QoL-AD), Inventário neuropsiquiátrico (NPI), inventário de sobrecarga do cuidador e avaliação de informação demográfica.

Os **principais resultados** obtidos da aplicação deste programa identificaram 68 participantes que responderam à intervenção cognitiva (46,9%), enquanto 77 não responderam. Os participantes que responderam à intervenção apresentaram melhoria na cognição com uma subida no MMSE de cerca de 1,7 pontos assim como uma descida no ADAS-Cog em cerca de 1,9 pontos. Melhoria das perturbações comportamentais na sua categoria e severidade no follow-up. Comparando os resultados das avaliações realizadas em T0 e T2, nos

grupos de participantes com resposta e sem resposta, salienta-se que este primeiro grupo apresentava em T0 menor insight do seu declínio e maior manutenção da capacidade funcional.

Quanto aos cuidadores, não apresentaram diferenças quando ao stress ou sobrecarga percebida, não obstante, nos cuidadores dos participantes que responderam à intervenção apresentaram uma tendência observada para a redução da sobrecarga ( $p= 0,066$ ), assim como os cuidadores dos participantes com DCL em que a sua sobrecarga se reduziu em 3,6 pontos.

As conclusões retiradas deste estudo indicam que:

- ✓ Elevados níveis de consciência (insight sobre o seu próprio défice, uma capacidade funcional preservada assim como ausência alucinações severas, euforia, e comportamento motor aberrante) são preditores de resposta ao programa de estimulação.

**Artigo 2: FARINAND, E.; MANTOVANI, F.; FIORAVANTI, R. et al. - “Evaluating two group programmes of cognitive training in mild-to-moderate AD: Is there any difference between a ‘global’ stimulation and a ‘cognitive-specific’ one?”. 2006**

O estudo acima referido é um estudo experimental com o objetivo de avaliar dois grupos de tratamento associados a suporte com psicoterapia: um treino cognitivo orientado/específico vs. uma estimulação global.

Os **participantes** foram recrutados de forma consecutiva, numa Unidade de avaliação de Alzheimer, respeitando os seguintes critérios de inclusão: diagnóstico ou provável diagnóstico de DA, com ou sem lesões cerebrovasculares associados segundo o critério de NINCDS-ADRDA; Déficit cognitivo leve a moderado segundo a escala CDR (Avaliação clínica da demência), com resultado entre 0,5 e 2. Os participantes com resultados de MMSE abaixo de 15, afasia severa, alterações visuais e/ou auditivas graves e distúrbios comportamentais (alucinações, delírios, agitação) foram excluídos. Obtiveram uma amostra de 32 participantes, divididos em 8 grupos de 4 elementos cada, tendo em conta o género e a severidade da demência. Cada grupo foi distribuído no grupo da estimulação global e no grupo do programa cognitivo específico de forma sequencial.

Cada programa é composto por 15 sessões, sendo cada sessão de 3 horas seguida de refeição em grupo, aplicadas segundo o esquema de: nas primeiras 4 semanas as sessões foram 3 vezes por semana, na quinta semana foram aplicadas duas sessões e na última

semana foi aplicada a última sessão (total de 6 semanas). As sessões foram decrescendo de forma a evitar possíveis desconfortos por parte dos participantes, que assim forma fazendo um desmame.

O programa de Estimulação Global é composto por diferentes atividades recreativas, das quais conversar, cantar, dançar, jogar (cartas, Scrabble, bingo, entre outros), comentar imagens em grupo, colagem e criação de um póster. As sessões foram aplicadas por voluntários treinados com supervisão de terapeutas em reabilitação.

O programa Cognitivo Específico, por sua vez, é composto por treino de memória em atividades da vida diária, realizado quer numa cozinha (lavar as mãos, colocar e tirar a mesa da refeição, preparar um chá ou um café, entre outros), quer noutra divisão (escrever uma carta a si mesmo, identificar dinheiro, olhar para um número de telefone específico na lista telefónica e repeti-lo num papel, entre outros) em combinação com reabilitação neuropsicológica de funções residuais focada na estimulação na atenção (com matrizes de atenção com símbolos, cartas e números), estimulação da memória a curto prazo (recordação imediata de números, histórias, entre outros), linguagem (compreensão de frases e fluência verbal fonética e semântica), habilidades visio-espaciais (identificação do estímulo visual-auditivo específico, comparação de diferentes itens visuais) e categorização. Este programa foi aplicado apenas por especialistas na área da reabilitação cognitiva.

Todos os participantes tinham entrevista de suporte com um psicólogo, no início e fim de cada sessão, enquanto os cuidadores familiares tinham o mesmo tipo de entrevista no início, meio e fim de cada sessão seguidamente de um programa educacional padrão de curta duração com um terapeuta de reabilitação.

Foram aplicados três momentos de avaliação, T0 no início do programa, T1 no fim do programa, cerca de 8 semanas após o início e T2 seis meses após o programa (follow-up), no intuito de avaliar a performance cognitiva, o grau de independência nas atividades de vida diária, perturbações comportamentais e a sobrecarga do cuidador.

Para tal foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação:

- ✓ Performance cognitiva - MMSE, Teste de memória comportamental de Rivermead (RBMV), Matrizes de atenção, Fluência verbal para cartas e categorias, Figura exemplar e recordação de Rey.
- ✓ Grau de independência nas atividades de vida diária - Avaliação funcional das habilidades de vida (FLSA), Atividades de vida diária (ADL), Atividades instrumentais de vida diária (IADL), Escala de observação de enfermagem para pacientes geriátricos (NOSGER).

- ✓ Perturbações comportamentais - Inventário Neuropsiquiátrico (NPI), Checklist revista de problemas comportamentais e de memória (RMBPC), Escala de depressão geriátrica (GDS) escala de classificação de insight clínico (CIR).
- ✓ Sobrecarga do cuidador - Inventário de sobrecarga do cuidador (CBI) e Escala de depressão de Beck.

Os principais resultados obtidos comparando T0 e T1 ressaltam uma redução das perturbações comportamentais, quer no grupo de Estimulação Global quer no grupo de Estimulação cognitiva específica, não obstante neste último os resultados não foram estatisticamente significativos. Face à escala FLSA e à Fluência Verbal para cartas, o grupo de Estimulação Global apresentou melhor performance enquanto o grupo de Estimulação Cognitiva Específica apresentaram melhor resultado na Escala NOSGER., sendo estas melhorias perdidas no follow-up de 6 meses. Face à comparação entre T0 e T2, o resultado mais significativo foi que os pacientes tratados com o Programa de Estimulação Global apresentaram melhorias significativas nas perturbações comportamentais com redução evidente do stress do prestador de cuidados no follow-up. Não obstante ambos os grupos apresentaram melhorias nas escalas comportamentais, possivelmente face ao fator socialização e ao suporte psicológico e educacional.

Quanto aos cuidadores, mais suporte e educação para estes apresentou efeitos positivos no humor dos pacientes.

Em suma, os resultados sugerem que um Programa de Estimulação Global, facilmente aplicado por pessoas não especializadas está associado a melhorias significativas em pacientes com DA leve a moderada tanto nos aspetos comportamentais como funcionais, possibilitando o treino dos cuidadores familiares para a aplicação deste tipo de programas no domicílio.

**Artigo 3: GATES, Nicola; SACHDEV, Perminder; SINGH, Maria, et al. - “Cognitive and memory training in adults at risk of dementia: A systematic review.” 2011**

Este estudo consiste numa revisão sistemática da literatura com os **objetivos** de: determinar a eficácia global do treino cognitivo em indivíduos de risco; comparar resultados entre exercícios cognitivos e treino de estratégias de memória; analisar a questão da generalização do treino; identificar e analisar as limitações da investigação atual; e providenciar recomendações para investigações futuras.

Assim, a pesquisa utilizou as **bases de dados** Medline (1996- 18/03/2011), EMBASE (1980-18/03/2011), CINAHL (11980-18/03/2011), e PsychINFO (1984-18/03/2011). A pesquisa foi realizada apenas por um dos investigadores, utilizando os seguintes **termos de pesquisa**: “cognitive training”, “cognitive intervention”, “cognitive rehabilitation”, “cognitive stimulation”, “cognitive enrichment”, “memory training” e “memory rehabilitation”, sendo que quanto à população alvo foram integrados os termos “MCI”, mild cognitive impairment”, “pre-dementia”, “mild cognitive disorder”; “age associated cognitive decline”, ou “cognitive impairment no dementia”. Os artigos identificados foram revistos pelo título e abstract por um dos investigadores de forma a identificar os artigos potencialmente relevantes e cruzados com a lista de referência de estudos recuperados.

Foram definidos como **critérios de inclusão dos artigos**: descrever uma intervenção de treino cognitivo consistente com a definição dos investigadores; artigo completo publicado num artigo de jornal Inglês, revisto por pares; o desenho do estudo é um estudo experimental controlado e randomizado, ou não randomizado, ou não controlado; a amostra utilizada definida como tendo DCL, ou se a amostra é mista os dados para os participantes com DCL é apresentado separadamente; não apresentar treino em ajudas de memória externa; e resultados de avaliação pré e pós intervenção de pelo menos um item de avaliação da cognição.

A análise de conteúdo dos artigos foi realizada por dois dos investigadores sendo as diferenças encontradas na análise decididas por consenso com os restantes investigadores deste estudo. Da pesquisa de artigo através dos termos de intervenção e população foram encontrados 175 potenciais artigos. Da análise de título e resumo foram selecionados apenas 34 artigos. Após leitura completa apenas 10 estudos respondiam aos critérios iniciais, dos quais 6 estudos experimentais com exercícios cognitivos (3 randomizados e controlados, 2 não controlados e 1 não randomizado) e 4 estudos experimentais com treino de estratégias de memória (2 randomizados e controlados e 2 não randomizados).

Analisada a qualidade dos estudos através da Escala Consort 2001, tendo sido encontrada grande disparidade nos resultados quer por apresentarem metodologia pobremente explicada, assim como o processo de randomização. O score mais elevado foi de 18 e 17 (no máximo de 22 da escala) obtido em dois dos estudos, sendo a média total dos artigos de 13,5.

Os resultados obtidos foram:

- ✓ Face à **população/amostra** - o tamanho da amostra varia entre 10 e 59 participantes, sendo em média de 30,5. As idades variam entre os 62,3 e os 76,2. Predominantemente, os participantes eram mulheres com idade média nos 70 anos, e que completaram o ensino secundário. Todos os participantes

eram indivíduos residentes na comunidade, recrutados na sua maioria, de clínicas geriátricas, psiquiátricas e de memória, unidades de neurologia. Os estudos apresentaram disparidade no tipo e qualidade na informação demográfica apresentada, impedindo o cálculo de médias. Dos 10 estudos 9 apresentaram critérios claros de DCL, na sua maioria utilizando os critérios de Petersen (7 dos estudos), apresentando a medidas para avaliação de 3 dos critérios de DCL, nomeadamente, défice de memória objetivo, função cognitiva geral intacta e défices funcionais. A função cognitiva de base foi medida, em 8 dos estudos através do MMSE, tendo os scores variado entre 28,9 e 17,2, com uma média de 26,32, o que sugere diferenças significativas no nível de défice cognitivo.

- ✓ Face à **intervenção** - Abordando o treino cognitivo o método mais utilizado foi o recurso ao computador. Os programas NeuroPsychological Training e Cogpack providenciam treino multi-modal e multi-dominio, enquanto o POSIT Science Corporation oferece treino de um único domínio cognitivo. Apenas um dos estudos incluiu exercícios matemáticos, de ordenação e cancelamento, utilizando papel e caneta, com sessões de 30 minutos. Em contraste, o treino de estratégias de memória (4 dos estudos) utilizou a prática escrita e verbal de estratégias de memória incluindo imagem visual (3 dos estudos), associação/categorização (todos os estudos) e recuperação espaçada (um dos estudos). Ambas as intervenções foram, na maioria dos estudos, aplicadas em grupo ou em combinação com sessões individuais. Apenas um dos estudos utilizou exclusivamente sessões individuais no domicílio. Quanto a utilização de trabalho para casa, apenas dois estudos utilizando estratégias de memória o fizeram.
- ✓ Face ao **volume e duração** do programa - O volume do treino cognitivo por horas e semanas foi muito variável, passando de 1 hora de treino de estratégias de memória pra mais de 8 horas de exercícios cognitivos. A duração dos exercícios cognitivos variou de 3 semanas até 1 ano enquanto o treino de estratégias de memória foi de 6 a 26 semanas. Em média os treinos apresentaram um volume (sessão/semana x nº de semanas) de 8 sessões de estratégias de memória e 57,5 sessões de exercícios cognitivos.
- ✓ Face às **medidas de avaliação** - os estudos apresentaram uma grande variedade quer o tipo quer na qualidade das medidas de avaliação, o que limitando a possibilidade de avaliação da eficácia do treino cognitivo no DCL. As listas de palavras e a recordação de história ou parágrafo foram os domínios específicos mais avaliados. Nenhum dos estudos avaliou a qualidade de vida e/ou incidência da demência

- ✓ Face ao follow-up - 3 dos estudos randomizados e controlados apresentaram follow-up aos 3 meses (2 estudos) e 6 meses (um estudo). Apenas um dos estudos não controlados apresentou follow-up aos 5 meses.

As conclusões retiradas da análise dos artigos foram:

- ✓ Exercícios cognitivos envolvendo múltiplos domínios demonstram maior eficácia que os exercícios de treino de memória uni-modais.
- ✓ Treino de estratégias de memória tem uma generalização limitada face à função cognitiva global, talvez dada a sua natureza específica e por depender da capacidade dos indivíduos em aplicar adequadamente as estratégias.
- ✓ Os exercícios cognitivos multi-domínio parecem mais adequados para estimularem mudanças neuroplásticas no cérebro.
- ✓ Volumes de treino cognitivo maiores parecem resultar em maior benefício, apesar de não ter sido apresentado nenhum estudo dose-resposta. Os estudos com exercícios cognitivos apresentam maior frequência nas sessões de treino, em cerca de 4 a 5 sessões por semana, no entanto dada a grande variedade observada não é possível determinar uma frequência mínima de sessões, bem como volume ou duração do treino cognitivo.
- ✓ Este estudo sugere que o exercício cognitivo tem potencial na melhoria da função cognitiva no DCL assim como no retardamento no declínio nos indivíduos de risco (prevenção secundária). Não foram encontrados efeitos negativos ou adversos na aplicação de treino cognitivo, comparativamente com aos encontrados em estudos com fármacos no DCL.

Em sumas, os artigos encontrados apresentam grande variedade quer no tipo de intervenções, quer na frequência e duração das mesmas, assim como no tipo de instrumentos, impossibilitando assim um consenso nos dados obtidos. É de ressaltar que não foram abordados os cuidadores familiares neste estudo.

**Artigo 4: VIDOVICH, Mandy; SHAW, Josephine; FLICKER, Leon, et al. - "Cognitive activity for the treatment of older adults with mild Alzheimer's disease (AD) - PACE AD: study protocol for a randomized controlled trial." 2011**

O presente estudo é um estudo experimental randomizado, duplo-cego, de 6 meses, que teve início em Outubro de 2009, para aplicação de uma intervenção cognitiva (PACE-AD) em idosos com Doença de Alzheimer ligeira e seus companheiros comparativamente a uma intervenção aplicada apenas aos companheiros.

Os **participantes** eram voluntários da comunidade, recrutados a partir de clínicas de memória locais. O primeiro contacto foi realizado por telefone ou correio eletrónico e utilizado uma entrevista semiestruturada de forma a uma primeira seleção. Foram questionados acerca da sua saúde em geral, educação, habilidade em literacia Inglesa, e consumo atual de álcool e/ou tabaco, num total de 10 a 20 minutos. O segundo contacto foi realizado no Hospital Mercy de forma a realizar um exame clínico detalhado, uma entrevista mais pormenorizada e obter o consentimento informado. Foram aplicados as escalas MMSE quer ao participante (score entre 18-26) quer ao companheiro (score igual ou maior que 26) e PHQ-9 de igual forma ao participante e ao companheiro (score menor que 15). Adicionalmente preencheram um questionário sobre a sua história clínica que incluiu o uso de medicação. A entrevista durou cerca de 30 minutos para ambos, participante e companheiro.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão/exclusão dos participantes:

#### Inclusão

- ✓ Diagnóstico de Doença de Alzheimer de acordo com o INSTITUTO Nacional De Neurologia e perturbações comunicacionais e enfarte e a Associação da Doença de Alzheimer e Perturbações Associadas;
- ✓ MMSE com scores entre 18 e 26 no momento da avaliação;
- ✓ Saber Inglês fluente falado e escrito.

#### Exclusão:

- ✓ Perturbações psiquiátricas prevalentes;
- ✓ História atual de consumo abusivo de álcool;
- ✓ Não ter companheiro disponível para participar;
- ✓ Condição médica que impede participação nas tarefas (deficit sensorial severo) ou sobrevivência reduzida por menos de 6 meses (p.ex. cancro avançado).

Os **instrumentos de avaliação** utilizados dividem-se em primários em que foi utilizada apenas a Escala ADAS-Cog para avaliação cognitiva e secundários, segundo mostra a tabela seguinte.

GRUPO APLICADO	INSTRUMENTOS SECUNDÁRIOS
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Rivermead Behavioural Memory Test-Third edition (RBMT-3) para avaliação da avaliação da memória;</li> <li>✓ Tower of London (ToL) para avaliação das habilidades de planificação executiva;</li> <li>✓ Controlled Word Association Test (COWAT) para avaliar a função executiva.</li> </ul>
Companheiros e participantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ MMSE para avaliação cognitiva;</li> <li>✓ PHQ-9 para avaliação do humor;</li> <li>✓ DEMQOL- versão 4 para avaliar a percepção da qualidade de vida relativamente a saúde na última semana;</li> <li>✓ Modified Short Form of Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (Short-form IQ Code) para avaliar as habilidades cognitivas individuais.</li> </ul>
Companheiros	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Escala de Lawton para avaliação das atividades instrumentais de vida diária;</li> <li>✓ Questionário Neuropsiquiátrico para avaliar a frequência e severidade de perturbações psicocomportamentais;</li> <li>✓ AUDIT para avaliar o risco ou consumo perigoso de bebidas alcoólicas;</li> <li>✓ Short-Form 12 Item Health Survey (SF-12) para avaliar a percepção individual do seu funcionamento geral físico e de saúde.</li> </ul>

Tabela 17 - Instrumentos utilizados no estudo

Foram definidos três **momentos de avaliação** sendo T0 aplicado uma a duas semanas antes da intervenção, T1 aplicado 2 semanas após intervenção e T2 aplicado 26 semanas após T0.

A **intervenção** consiste num programa cognitivo de 12 semanas executado por facilitadores experientes, apresentadas de forma estruturada e gravadas.

Os participantes foram divididos em dois grupos:

- ✓ Grupo 1 composto por participantes com DA ligeiro e companheiros num máximo de 5 pares. Cada sessão com duração de 90 minutos. A Sessão 1 para introdução do programa e promover contacto entre o grupo através da apresentação de cada participante e partilha de histórias e experiências. As sessões 2 a 6 focadas na definição de atenção, velocidade de processamento, memória, linguagem, e funções

executivas. Nestas sessões é abordado a forma como estas funções são afetadas na DA e providencia estratégias e técnicas, aos participantes, para lidar com o declínio da capacidade em cada um dos domínios referidos. Em cada uma das sessões é dada a oportunidade aos participantes de aplicarem as técnicas as abordadas e fornecidos exemplos práticos. Utiliza-se a estratégias de trabalho de casa de cerca de 1 hora, a ser realizado pela dupla participante-companheiro no contexto domiciliário. As Sessões 7 a 11 são realizadas pelos participantes e companheiros no contexto domiciliário. É-lhes providenciado um livro com instruções e exemplos e são feitos telefonemas feitos pelo facilitador, uma vez por semana, para esclarecimento de dúvidas e monitorização das tarefas completas. A sessão 12 oferece uma visão global e discussão de estratégias para maximizar a participação.

- ✓ Grupo 2 composto apenas pelos companheiros dos participantes com AD leve. Tal como no grupo 1 também participam no máximo 5 pares. As sessões são as mesmas que as aplicadas no grupo 1. A única diferença é a presença apenas dos companheiros que são instruídos para transmitir o que aprenderam nas sessões aos participantes com DA durante as atividades em casa.

Os resultados obtidos ainda não existem dado o estudo ainda estar em aplicação.

**Artigo 5: CRUZ, V; PAIS, J.; BENTO, V., et. al. - "A rehabilitation tool designed for intensive web-based cognitive training: description and usability." 2013**

Este é um estudo experimental que tem como objetivo desenvolver e testar uma nova ferramenta de reabilitação computadorizada, que providencie treino cognitivo intensivo no contexto domiciliário, por prescrição e com monitorização clínica, a preço acessível.

Foram identificados pré-requisitos para o uso do programa COGWEB, nomeadamente:

- ✓ Existência de diagnóstico médico;
- ✓ Caracterização neuropsicológica detalhada do défice cognitivo;
- ✓ Um profissional de saúde que queira gerir o programa de tratamento.

Neste programa, o terapeuta de gere o sistema tem um papel fundamental dado definir o nível de supervisão e o tipo de tratamento através do sistema computadorizado. É ele que define os objetivos, as áreas cognitivas a intervir a composição das sessões de treino e a

duração e intensidade do tratamento. Esta interação não é obrigatoriamente presencial, podendo ser realizada via online em associação a contacto pessoal periódico ou telefónico quer com o doente quer com o cuidador familiar.

Os **participantes** foram seleccionados consecutivamente numa clínica de memória de ambulatório, num total de 80. Estes foram divididos em quatro grupos nosológicos: 25% com queixas subjetivas de memória, 25% com traumatismo crânio-encefálico, 25% com enfarte e outras lesões cerebrais estáticas e 25% com Doença de Alzheimer leve. Em média, apresentavam 60 anos (41-78 anos), 44% eram mulheres, a média de escolaridade eram os 6 anos (4-17anos), 66% já tinham utilizado o computador. Dos 80 participantes, apenas 48 completaram o estudo.

Os **critérios de inclusão** utilizados foram:

- ✓ Diagnóstico médico compatível com um dos 4 grupos nosológicos definidos;
- ✓ Pelo menos 4 anos de escolaridade completos;
- ✓ Uma avaliação positiva do neurologista
- ✓ Ausência de défices sensoriais e/ou físicos que impeçam o uso regular e autónomo de computadores;
- ✓ Consentimento informado tanto do participante como do cuidador familiar.

A sessão inicial é estruturada em 3 partes com 20 minutos cada. Na 1ª parte um psicólogo apresenta de uma forma geral o programa e fornece as credenciais a cada participante para aceder ao programa online; na 2ª parte é permitido ao par participante-cuidador experimentar o programa num dos dez computadores em linha na sala; na 3ª parte, após completar uma sessão de treino regular com 8 exercícios diferentes é pedido, quer ao participante quer ao cuidador familiar, na ausência do psicólogo, a resposta a um questionário de opinião acerca da facilidade do uso do programa assim como da motivação para o fazer em casa.

O sistema integrado de treino cognitivo é composto por 2 componentes: uma plataforma online COGWEB e uma série de ferramentas na forma clássica de um caderno de exercícios.

A plataforma online é aplicada através da prescrição e supervisão de um profissional de saúde, sendo os exercícios das sessões em formato de jogo de computador, tendo como alvo várias funções cognitivas, entre as quais a atenção, funções executivas, memória, linguagem, práxis, gnosia e cálculo. Este sistema cobre diferentes graus de défice cognitivo sendo que todos os exercícios têm níveis sequenciais de dificuldade e foi desenhado para abranger diferentes doenças e idades. Apresenta ainda um sistema de monitorização com

bioestatística e um sistema de análise a longo termo para gravar a performance dos participantes, constantemente, incorporando os resultados no sistema para supervisão clínica e ajustamento do programa de acordo com a progressão. É composto na sua totalidade por 27 exercícios independentes.

O livro de exercícios por sua vez, foi desenhado em paralelo com a plataforma online, tendo utilidade nas fases iniciais do treino. Também pode ser utilizado para trocar entre outras metodologias de estimulação se avaliado como necessário pelo profissional de saúde e para ajudar as pessoas que, por vários motivos, não têm acesso a Internet. Assim quem tem dificuldade com computador pode iniciar o treino com exercícios de papel e caneta, adquirindo rotinas e depois passar para um sistema mais intensivo.

Este livro é composto por diferentes temas de exercícios: atenção à carta, atenção ao número, encontrar a letra, cores da água, memória de atenção às notícias, olho rápido, memória rápida, memória longa, números em ordem, cubos inquietos, reverso da estrelas, o supermercado, quem mexeu, onde estão eles, a linguagem arranja as palavras, seguindo a ordem com estrelas, coincide a cor, contrário, dentro e fora, mente lógica, cálculo mente rápida, vamos às compras, mesa matemática, puzzles, arte cogweb.

Os principais resultados obtidos mostram que:

- ✓ Dos 80 participantes iniciais, apenas 48 completaram as sessões de grupo psicoeducacionais e o teste de uso proposto;
- ✓ Apenas 4% desses 48 participantes não considerou os exercícios úteis para o seu estado clínico e 4% não estavam motivados para usar o programa em casa;
- ✓ Após a 1ª sessão de treino, 39% afirmaram precisar de mais ajuda dos cuidadores para utilizar o sistema em casa. Destes, 74% eram homens, 79% nunca tinham utilizado computadores e 16% tinham apenas contacto esporádico com computadores;
- ✓ A simplicidade de uso e conforto foram os aspetos mais enfatizados pelos participantes e cuidadores;
- ✓ Considerando a idade média, nível de instrução e défices cognitivos, apenas 39% necessitavam de mais treino para atingirem independência no uso do sistema.

Após este estudo a equipa apresenta-se pronta pra iniciar estudos clínicos para testar e medir protocolos de treino cognitivo intensivo e avaliar seus efeitos positivos e negativos numa variedade de doenças e contextos, vem como a quantificação do impacto económico e ganhos em saúde desta estratégia, para o sistema de saúde.

**Artigo 6: UKAWA, Shigekazu; SATOH, Hiroki; YUASA, Mtotyuki, et. al. - “A randomized controlled trial of a Functioning Improvement Toll home-visit program and its effect on cognitive function in older persons”. 2011**

Este é um estudo experimental randomizado, de aplicação de um programa de visita domiciliária FIT (functioning improvement tool), com o objetivo de determinar de o score de MMSE.

**Crítérios de inclusão dos participantes:**

- ✓ Idade igual ou superior a 65 anos;
- ✓ Viver em casa;
- ✓ Receber serviços preventivos ou projeto comunitário preventivo de cuidados a longo termo de acordo com o sistema de segurança social Japonês de cuidados a longo prazo;

Os dados dos participantes no que concerne a idade, género e nível de necessidade de cuidados foram obtidos através do governo municipal e questionário. O consentimento informado foi obtido numa entrevista presencial, em conjunto com o cuidador familiar, sendo permitido a este último assistir às intervenções. De 630 possíveis participantes, 252 acordaram participar no estudo sendo divididos 128 no grupo experimental e 124 no grupo de controlo. Após algumas desistências, 199 participantes concluíram o estudo, sendo 60 homens e 139 mulheres, com idade média 78,6 anos (65 a 95 anos), já o MMSE apresentou em média em T0 valor de 24,2.

O programa de visita domiciliária FIT é composto por uma visita mensal, durante três meses. Cada visita com duração de 60 minutos. O programa é conduzido por 5 enfermeiros e um dentista. Com o objetivo de padronizar a intervenção, estes foram treinados quanto à forma correta de aplicação do programa através de leituras e role play. O programa em si consiste em 6 passos a serem realizados pelo participante de forma a apresentar os resultados aquando da visita:

- ✓ **Passo 1** - o participante regista as suas atividades desde que se levanta até que se deita de forma a clarificar que atividades diárias realizou no dia anterior;
- ✓ **Passo 2** - de forma a clarificar o objetivo de cada tarefa descrita no passo 1, o participante regista para quem foram realizadas as tarefas. De forma a considerar o significado de cada tarefa diária o participante escreve se a tarefa foi realizada como um “dever” ou segundo a “sua vontade”;

- ✓ **Passo 3** - o participante divide as tarefas diárias de acordo com as seguintes categorias: foi “dever” mas realizado segundo “a sua vontade”; foi “dever” e não foi realizado segundo “a sua vontade”; não foi “dever” mas foi realizado segundo “a sua vontade”; não foi “dever” e não foi realizado segundo “a sua vontade”. No final o participante contabiliza o número de tarefa associada a cada categoria.
- ✓ **Passo 4** - o participante calcula a percentagem de tarefas em cada categoria;
- ✓ **Passo 5** - o participante regista as percentagens calculadas segundo um gráfico, fazendo um balanço das suas tarefas diárias;
- ✓ **Passo 6** - o participante escreve as suas impressões acerca das suas tarefas enquanto realizou o FIT.

Este programa baseia-se na hipótese de o programa FIT estimula a cognição do participante no domínio da memória, orientação, emoção, atenção, cálculo, e discurso através do diálogo.

De forma a avaliar o programa foram utilizados alguns **instrumentos de avaliação**:

- ✓ **Função cognitiva:** Versão Japonesa do MMSE (scores de 0 a 30);
- ✓ **Informação demográfica:** idade, género, nível educacional, estado civil, local de residência, medicação para depressão e/ou demência e participação em atividades regionais, através de questionário

Os instrumentos de avaliação foram aplicados no início (T0) e no fim da intervenção dos 3 meses (T1).

Os resultados obtidos destacam-se seguidamente:

- ✓ O programa não aumenta a sobrecarga familiar nem afeta os défices físicos dos participantes dado ser aplicado no domicilio por profissionais de saúde qualificados;
- ✓ Os participantes apresentaram melhoria nos scores de MMSE em cerca de 0,8 pontos. Particularmente no grupo de participantes com DCL a melhoria do MMSE apresentou resultados mais significativos em cerca de 1,9 pontos;
- ✓ Os resultados positivos sugerem a possibilidade de reduzir os custos dos cuidados a longo prazo, no entanto mais estudos de custo-eficácia são necessário;
- ✓ O programa pode permitir uma maior oportunidade de deteção precoce de doenças dadas as visitas mensais por profissionais de saúde.

**Artigo 7: SIMON, Sharon; YOKOMIZO, Juliana; BOTTINO, Cássio - “Cognitive intervention in amnesic Mild Cognitive Impairment: A systematic review”. 2012**

Este artigo consiste numa revisão sistemática da literatura de Janeiro de 1990 a Março de 2011 utilizando as bases de dados MEDLINE e EMBASE através dos seguintes termos de pesquisa associados ao termo “défice cognitivo ligeiro”: “reabilitação neuropsicológica”, “reabilitação cognitiva”, “treino cognitivo”, “reabilitação da memória”, “treino de memória” e “neuroimagem”.

Os critérios de inclusão dos artigos encontrados foram:

- ✓ O estudo primeiramente avalia os efeitos da intervenção cognitiva;
- ✓ A amostra de participantes segue os critérios de Petersen para DCL amnésico;
- ✓ As avaliações cognitivas foram completas, pré e pós intervenção;
- ✓ Os artigos estão disponíveis em Inglês, Francês, Espanhol e Português.

Com os critérios acima referidos foram encontrados 20 artigos, dos quais 7 são Estudos experimentais randomizados e controlados e os restantes variam entre estudos experimentais não controlados e estudos de caso. Os principais dados extraídos são expostos na tabela:

CATEGORIAS	ANÁLISE DOS ARTIGOS
Participantes	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ 90% dos estudos incluíram mais de 30 participantes com DCL amnésico no grupo experimental (numa amplitude de 8 a 193);</li><li>✓ Face à escolaridade 82% apresentavam escolaridade igual ou superior a 12 anos (3 dos estudos não continham essa informação);</li></ul>
Nº de sessões e duração	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ A média de sessões foi de 5,6, sendo que 50% utilizaram 5 sessões ou menos (amplitude de 1 a 12). O nº de sessões mais utilizado foi 5, 6 e 8.</li><li>✓ A duração das sessões apresentou uma amplitude de 45 a 150 minutos (tendo um estudo apenas que refere 264 minutos/4,4horas por sessão). Dos 17 estudos que referiram o tempo de sessão, 35,3% utilizaram sessões de 120 minutos, sendo o tipo de sessão mais repetido.</li></ul>

Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Todos os estudos tiveram como alvo principal a memória episódica, apesar de alguns associarem também atenção, velocidade de processamento, linguagem, habilidades visio-espaciais e funções executivas;</li> <li>✓ Alguns estudos apresentaram programas multifacetados com implementação de treino cognitivo computadorizado (facilitou abordagem individual mas sem melhores resultados);</li> <li>✓ Treino de memória incluiu ensino de estratégias compensatórias e restaurativas como: aprendizagem com e sem erro, recuperação espaçada, imagens visuais, associação face-nome, mapeamento mental, categorização, organização por hierarquia e método de loci;</li> <li>✓ Alguns estudos investigaram o efeito de auxiliares externos de memória como calendário e agenda, resultando em evidência de capacidade de aprendizagem de estratégias internas e benefício com estratégias externas, por pacientes com DCL;</li> <li>✓ 9 estudos utilizaram o método de intervenção individual, 10 utilizaram o método em grupo e 1 o método em pares (doente-cuidador familiar);</li> <li>✓ 50% dos estudos incluíram aspetos psicoeducativos em que foi fornecida informação sobre memória e alterações expectáveis com a idade, quer participantes quer a cuidadores;</li> </ul>
Instrumentos de avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <u>Humor</u>: Inventário de depressão de Beck; Escala de depressão Geriátrica; Inventário de Ansiedade de STATE e TRAIT.</li> <li>✓ <u>Capacidade Funcional</u>: Escala de Atividades Básicas de Vida Diária; Escala de Bem-estar; Escala de Qualidade de Vida na DA (QoLAD); Avaliação Canadiana da Performance Ocupacional.</li> </ul>
Follow-up	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Variou de 1 semana a 2 anos;</li> </ul>
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ A evidência mostrou que pacientes com DCL aprendem melhor com a técnica sem erros comparativamente com a técnica com erros (resultados obtidos com a associação à técnica de recuperação espaçada);</li> <li>✓ Pistas visuais e verbais como imagens e apelidos contribuem para a capacidade do participante associar faces e nomes;</li> <li>✓ 50% dos estudos investigaram o efeito da intervenção no humor, apresentando melhoras significativas principalmente nos sintomas depressivos;</li> <li>✓ 6 dos estudos utilizaram a avaliação subjetiva de memória como instrumento, tendo obtido resultados significativos, que demonstram que após intervenção pessoas com DCL apresentam</li> </ul>

	<p>melhor percepção e controlo das suas capacidades mnésicas;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Apesar da heterogeneidade dos estudos avaliados, a maioria dos resultados indicam que as melhorias observadas após intervenção são mantidas quer na avaliação objetiva quer na subjetiva de memória, o que sugere que as pessoas com DCL amnésico são capazes de manter o aprendido, sendo este efeito potenciado com sessões de reforço esporádicas.</li> <li>✓ Efeitos de intervenções psicoeducativas em doentes com DCL amnésico e/ou familiares ainda não é bem conhecida, no entanto parece aumentar a adesão ao tratamento e ajuda os cuidadores a lidarem com as dificuldades que surgem durante o follow-up.</li> <li>✓ Os resultados do treino cognitivo computadorizado mostram baixa generalização quando objetivamente avaliados, neste tipo de doentes;</li> <li>✓ Dada a combinação de técnicas utilizadas nos estudos, torna impossível distinguir qual tem maior impacto nos resultados.</li> </ul>
--	---

Tabela 18 - Análise dos artigos por categorias

**Artigo 8: LIM, Michelle; LIU, Karen; CHEUNG, Gloria, et. al. - “Effectiveness of a Multifaceted Cognitive Training Programme for People with Mild Cognitive Impairment: a one-group pre and posttest design”. 2012**

Este estudo consiste num estudo experimental baseado no desenho pré e pós teste, sendo os participantes recrutados por conveniência.

Foram selecionados 20 participantes com DCL. Idade média de 80,10 anos, sendo 60% mulheres e tendo escolaridade média de 2,23 anos (variando de 0 a 4 anos) Foram selecionados de 4 instituições de cuidados de dia, atendimento domiciliário aprimorado e serviços comunitários. Os scores obtidos no MMSE variaram entre 21 e 26.

Os critérios de inclusão selecionados foram:

- ✓ Idade igual ou superior a 60 anos;
- ✓ Diagnóstico de DCL segundo os critérios de Petersen;
- ✓ Queixas de memória corroboradas por outro participante ou familiar;
- ✓ DCL indicado por escala clinica de demência com valor igual ou inferior a 0,5;

- ✓ Estado funcional praticamente intacto;
- ✓ Sem diagnóstico de demência;
- ✓ Resultados do MMSE iguais ou inferiores a 26.

A intervenção consiste em 10 sessões profissionalmente guiadas por 10 semanas. Cada sessão com duração de 1 hora. Em associação, cuidadores formais conduzem 10 sessões de treino cognitivo no domicílio e é pedido a voluntários que façam 10 sessões de reforço do treino também no domicílio, sendo que estas sessões realizadas pelos cuidadores formais e pelos voluntários têm uma duração de 30 minutos. Assim, semanalmente os participantes recebiam uma sessão de treino cognitivo por profissionais e duas sessões domiciliárias, perfazendo um total de 2 horas de treino por semana e 20 horas no final do programa. Os cuidadores familiares foram convidados a estarem presentes nas sessões de treino e incentivados a continuar o reforço nas atividades de vida diária com o participante. Previamente ao início do programa, os terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, assistentes de saúde, voluntários e cuidadores foram envolvidos e participaram em sessões de treino e foi-lhes fornecido um livro guia, notas e instruções.

As atividades utilizadas foram a codificação, o conto de histórias e recordação de detalhes com incentivos esporádicos.

Assim, nas primeiras 5 sessões focam a atenção visual-memória, a atenção auditiva-memória e suas aplicações nas atividades de vida diárias. As restantes 5 sessões enfatizam duas estratégias de memória:

- ✓ Estratégia baseada em imagens, utilizando o método de loci e as imagens mentais para fazer uso da localização e/ou pistas de objetos para associação e recordação
- ✓ Estratégia da associação a tarefas diárias específicas, que liga passos formando uma história (conceito de favo-de-mel) de forma a elaborar e codificar os passos de uma determinada tarefa e sua sequência. Nesta estratégia foram utilizadas as técnicas de pistas verbais e categorização para ajudar os participantes a criar uma rede conceptual associada às pistas.

Assim, com ambas as estratégias, os passos da tarefa são transformados numa história de acordo com um sítio, tempo, problema e solução, e essa história é verbalizada com ajuda das imagens dos passos da tarefa. Em ambas as estratégias as imagens são gradualmente retiradas, tendo o participante que recordar e verbalizar os passos.

Os participantes são incentivados a realizar a tarefa abordada no contexto real, de forma a promover a compreensão (e dos cuidadores) de como aplicar as estratégias nas suas atividades. Neste sentido, as sessões lideradas pelos cuidadores e voluntários têm como objetivo treinar a tarefa abordada nas sessões profissionais.

O treino cobre 15 tarefas diárias comuns tais como dobrar roupa ou cozinhar.

Para a aplicação do programa foram utilizados pequenos grupos de 6 a 8 participantes.

Para a avaliação dos parâmetros desejados foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação:

- ✓ Avaliação funcional: Versão chinesa da escala de avaliação de deficiência na demência (avaliação pelo cuidador de 19 ABVD e 26 AIVD); Escala de avaliação das AIVD.
- ✓ Avaliação cognitiva e neuropsicológica: Teste Digit Span de Wechsler (atenção); Subteste da memória da lista de palavras do teste Neuropsicológico do Consórcio para estabelecer um registo para a DA (memória); Instrumento Cognistat (nível de défice cognitivo quanto à linguagem, habilidade construtiva, memória, cálculo e raciocínio).

Após análise dos dados obtidos salientam-se os seguintes resultados:

- ✓ Apresentaram melhoria na memória e função cognitiva após o programa, provavelmente associado ao treino de estratégias de memória específicas e ao uso do contexto das atividades de vida diária;
- ✓ O programa ajudou os participantes com DCL a remediar a atenção e memória, resultante da perda de memória episódica, através do uso do sistema de memória implícita intacta;
- ✓ Não apresentaram melhorias significativas na performance funcional, no entanto o estado funcional quase intacto era critério de inclusão no estudo

**Artigo 9: ORREL, Martin; YATES, Lauren; BURNS, Alistair et. Al - “Individual Cognitive Therapy for dementia (iCST): study protocol for a randomized controlled trial”. 2012**

Este artigo consiste num estudo experimental controlado, randomizado, cego e multicêntrico com o objetivo de comparar a eficácia e eficiência do programa iCST para pessoas com demência com o tratamento usual (iCST de 25 semanas vs. Tratamento usual).

Foram selecionados 306 participantes e seus cuidadores familiares, respeitando os seguintes critérios de seleção: ter demência leve a moderada, capacidade de comunicação e

compreensão conservadas, sem alterações auditivas ou visuais impeditivas, terem cuidador familiar, viver no domicílio, não ter outras patologias que possam afetar a sua participação e tomar inibidor de colinesterase. Os participantes e seus cuidadores foram divididos, em pares, de forma randomizada pelos grupos experimental e de controlo.

O programa iCST é baseado numa modificação do manual de Terapia de Estimulação Cognitiva em associação à revisão Cochrane sobre estimulação cognitiva, ao programa Onder's e consulta com cuidadores familiares e idosos com demência. Assim é composto por 3 sessões por semana, de 30 minutos cada, no total de 25 semanas. O programa é aplicado pelo cuidador familiar, no total de 75 sessões estruturadas por temas adaptados às habilidades, interesses e necessidades individuais. Aos cuidadores é fornecido um Manual de instruções, assim como um Caderno de atividades. O Manual providencia um guia de como gerir as sessões, os princípios chave do programa iCST e ideias para atividades para cada sessão. O caderno de atividades por sua vez é composto por recursos papel-caneta para as atividades sugeridas no Manual. É ainda fornecido um kit denominado KIT iCST, contendo recursos adicionais para a realização das sessões, nomeadamente um conjunto de cartas, dominó, cartão de aumento, cd's com sons, mapas do país e do mundo. Este conjunto foi avaliado previamente através da técnica de Delphi e aplicado num pré-teste com 20 participantes.

Aos cuidadores é fornecido treino padrão quer em casa quer em grupo consoante a conveniência dos mesmos, para esclarecer como usar o Manual e o Caderno de atividades, implementando os princípios do programa e estratégias de resolução de problemas. Nas sessões em grupo é utilizado um Disco de Video Digital (DVD) de treino, no contexto domiciliário o cuidador é convidado a aplicar a sessão com suporte e feedback do investigador. Ao longo do programa é ainda fornecido suporte ao cuidador, no total de 10 horas, pelo período de 6 meses (suporte telefónico e duas visitas domiciliárias).

Foram planeados três **momentos de avaliação**: T0 aplicado no início do programa, T1 aplicado às 13 semanas e T2 aplicado às 26 semanas do programa.

Quanto aos **instrumentos de avaliação**, estes foram divididos em primários e secundários e foram aplicados aos participantes e aos cuidadores de acordo com a tabela

GRUPO APLICADO	INSTRUMENTOS PRIMÁRIOS	INSTRUMENTOS SECUNDÁRIOS
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ADAS-Cog (cognição);</li> <li>✓ Escala de Qualidade de vida na doença de Alzheimer - QoL-AD (qualidade de vida).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Escala de qualidade de vida na demência - DEMQoL;</li> <li>✓ Escala de Atividade Bristol para a vida diária (capacidade funcional);</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Escala da depressão geriátrica - GDS-15 (sintomas depressivos);</li> <li>✓ QCPR (qualidade da relação paciente-cuidador).</li> </ul>
Cuidadores familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Inquérito de saúde simplificado - SF-12 (qualidade de vida relativa à saúde);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Escala de Ansiedade e Depressão do hospital - HADS (ansiedade e depressão);</li> <li>✓ EQ - 5D (autorrelato de qualidade de vida face à saúde);</li> <li>✓ Escala de resiliência (resiliência dos cuidadores).</li> </ul>

Tabela 19 - Instrumentos de avaliação utilizados no estudo.

Os resultados deste estudo não estão publicados sendo que o estudo ainda decorre.

**Artigo 10: BRUNELLE-HAMANN, Laurence; THIVIERGE, Stéphanie; SIMARD, Martine - "Impact of a cognitive rehabilitation intervention on neuropsychiatric symptoms in mild to moderate Alzheimer's disease". 2014**

Este é um estudo experimental duplo-cego, randomizado, cross-over, controlado, de 6 meses de duração. O seu objetivo é avaliar o impacto de um programa de reabilitação cognitivo em 12 comportamentos e sintomas psicológicos de demência, em pacientes com Doença de Alzheimer leve a moderada.

Os **participantes** incluídos no estudo perfizeram os 20, dos quais 17 completaram o estudo e 3 desistiram. Destes 17, 2 não tinham cuidador sendo que a escala de avaliação dos SCPD foi aplicada apenas a 15. Destes 15, 7 receberam a intervenção em primeiro lugar (grupo 1) e 8 receberam a intervenção em segundo lugar (grupo 2). Aquando da avaliação T6, três participantes tinham saído do estudo por razões médicas ou mudado de instituição (2 participantes do grupo 1 e um participante do grupo 2).

Quanto às características demográficas, todos os participantes tinham diagnosticado DA em estadio leve a moderado, 40% viviam em casa sendo que os restantes moravam em casas residências para idosos. Apresentaram idade média de 80,47 anos, escolaridade média de 11 anos, sendo 73,3% mulheres. A avaliação do MMSE apresentou um score médio de 21,6, a escala NPI-12 apresentou uma média de 11. Em T0 não se apresentaram diferenças significativas nas características demográficas assim como no score de MMSE, de NPI e Escala de Zarit. 80% dos participantes apresentavam pelo menos um SCPD e 60% apresentavam sintoma clínico significativo em pelo menos um domínio. Os SCPD mais frequentes foram apatia (46,7%), ansiedade (46,7%) e depressão (33,3%).

Os critérios de inclusão no estudo foram:

- ✓ Enquadrar nos critérios de diagnóstico de DA, confirmado por registo médico, história e avaliação neuropsicológica realizada na entrevista;
- ✓ Estar nos estadios leve ou moderado da DA (em T0);
- ✓ Apresentar um défice numa das atividades instrumentais de vida diárias que possa ser reaprendida com o programa;
- ✓ O participante deve estar estabilizado pelo menos 3 meses, na toma de psicotrópicos e/ou qualquer outra medicação;
- ✓ Presença de um cuidador familiar para providenciar informação fiável sobre história do paciente, sintomas e do seu próprio stress ou sobrecarga.

Qualquer participante com outras perturbações conhecidas por alterarem a integridade cerebral e/ou cognitiva, que anti psicóticos ou outra medicação que afete a cognição ou ainda com história atual de consumo abusivo de álcool ou drogas são imediatamente excluídos. Os participantes foram divididos em 5 blocos de 4 participantes cada (2 no grupo experimental/grupo 1 e 2 no grupo de controlo/grupo 2, que fica em lista de espera pela intervenção, ou seja, receberá a intervenção após o grupo 1)

Assim, o **programa** per si envolve a aplicação das técnicas de aprendizagem sem erros e recuperação espaçada para reaprender uma atividade instrumental de vida diária escolhida pelo participante com DA e seu cuidador. Durante o processo de aprendizagem são aplicados 4 níveis de assistência: 1º) o treinador oferece modelagem visual; 2º) o treinador oferece assistência verbal; 3º) ensaio verbal da tarefa, pelo participante; 4º) execução autónoma da atividade instrumental de vida diária, pelo participante. Este nível de assistência é fornecido consoante a prestação do participante de forma a diminuir a possibilidade de erro. Cada sessão apresenta duração de 45 a 60 minutos, acontecem no domicílio do participante, 2 vezes por semana durante 4 semanas.

Foram agendados 7 **momentos de avaliação**: T0 foi o momento de seleção e avaliações de base; T1 que ocorre 5 semanas após início (fim da intervenção); T2e T3 nas

semanas 9 e 13 (nesta semana inicia a intervenção o grupo 2); T4 na semana 16 e marca o fim da intervenção no grupo 2, e todos os participantes (grupo 1 e 2) são reavaliados; T5 e T6 nas semanas 20 e 24 respetivamente.

O instrumento de avaliação utilizado, para avaliação dos Sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD) foi a Versão Francesa do Inventário Neuropsicológico (NPI-12), respondida pelo cuidador em todos os momentos de avaliação. Para avaliação da sobrecarga do cuidador foi utilizada versão de 22 item do Questionário de sobrecarga de Zarit (ZBI-22). Em T0 foi aplicado também o MMSE na avaliação neuropsicológica incluída nos critérios.

Os principais resultados obtidos referem que:

- ✓ Ao contrário do expectável, os resultados obtidos mostram que o comportamento motor aberrante piorou durante a intervenção, no entanto tal não mostrou incomodar quer os cuidadores quer os participantes, dado que a taxa de sobrecarga do cuidador também se manteve estável ao longo do mesmo período;
- ✓ Todos os outros SCPD permaneceram inalteráveis entre os dois grupos;
- ✓ Um efeito significativo num dos SCPD pode ser camuflado pela análise global do instrumento de avaliação utilizado;
- ✓ A performance cognitiva não registou alterações significativas do período dos 6 meses do estudo;
- ✓ Os participantes do grupo 2 apresentaram redução dos delírios, sendo que, nenhum dos participantes tomava antipsicóticos. Este efeito positivo poderá estar associado a componentes não específicas da intervenção tal como a estimulação, empatia, contacto social;
- ✓ O programa de intervenção no domicílio apresentou-se como bem tolerado quer pelos participantes quer pelos cuidadores familiares

**Artigo 11: AGUIRRE, Elisa; WOODS, Robert; SPECTOR, Aimee, et. al. - “Cognitive stimulation for dementia: A Systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials”. 2013**

Este artigo consiste numa revisão sistemática com o grupo de colaboração do déficit cognitivo e demência de Cochrane. O seu objetivo é avaliar a efetividade de estudos clínicos com estimulação cognitiva.

Neste sentido foi conduzida a pesquisa de estudos clínicos randomizados e controlados que avaliassem a efetividade de programas de estimulação cognitiva na demência. A pesquisa foi realizada tendo por base a revisão sistemática de Spector (2000) sobre a Terapia de Orientação para a Realidade, sendo os artigos pesquisados a partir dessa data até 6 de Dezembro de 2011.

As bases de dados utilizadas foram as apresentadas na tabela:

TIPO DE BASE DE DADOS	BASES DE DADOS UTILIZADAS
Bases de dados de cuidados de saúde	Medline, Embase, Cinahl, Psycinfo e Lilacs.
Registos de ensaios	Meta register of controlled trials, Umin Japan Trial Register; Portal da OMS (ClinicalTrials.gov; ISRCTN; Registo de ensaios clínicos Chinês, Alemão, Iraniano e Holandês, entre outros)
Biblioteca Cochrane	Registo central de ensaios controlados (CENTRAL).
Fontes de números de Literatura cinzentos	ISI Web dos procedimentos de conferência do conhecimento, Indez para teses e Teses Australianas digitais

Tabela 20 - Bases de dados utilizados na pesquisa.

Foram selecionados 94 artigos dos 670 encontrados, após uma primeira avaliação e exclusão de repetições, tendo em conta os seguintes critérios:

- ✓ Artigos publicados em Inglês, num jornal revisto por pares;
- ✓ Os participantes apresentam diagnóstico de demência, incluindo todos os níveis de déficit cognitivo;
- ✓ A intervenção pode ser ministrada numa variedade de contextos;
- ✓ Os participantes frequentam sessões de terapia regular (envolvendo um grupo ou cuidador familiar) por um período mínimo de 4 semanas;

- ✓ A intervenção deve enquadrar-se nos critérios de estimulação cognitiva descritos por Clare & Woods (2004);
- ✓ A intervenção implementada deve ser comparada com grupo de controlo;
- ✓ Os instrumentos de avaliação devem avaliar a performance de pelo menos uma medida cognitiva do participante e pode incluir a avaliação de qualquer uma das seguintes variáveis: humor, qualidade de vida, bem-estar, atividades de vida diárias, comunicação, comportamento, sintomas neuropsiquiátricos e interação social;

Características descritivas assim como os resultados obtidos em cada estudo são retirados, gravados e inseridos num software chamado RevMan 5.1. Nos casos de falta de alguns dados, foram enviadas cartas e e-mails aos autores dos respetivos estudos pedindo informação adicional.

Após leitura dos artigos de forma independente por um investigador e co-investigador, 9 artigos foram considerados como enquadrados nos critérios e incluídos na análise. A revisão de Spector (2000) incluiu 8 estudos na sua meta-análise sendo que 6 destes respondem aos critérios deste estudo, sendo por isso incluídos, perfazendo um total de 15 artigos, estando a análise dos mesmos apresentada na tabela seguinte.

CATEGORIAS	ANÁLISE DOS ARTIGOS
Participantes	Quanto ao <u>estado cognitivo/patológicos</u> estudos incluíram participantes com demência associada a défice cognitivo ligeiro a moderado. A medida de <u>idades</u> foi de 78,8 anos (38 a 97 anos), sendo que 50% dos estudos incluíram participantes com idade igual ou superior a 90 anos. Quanto ao <u>contexto</u> , em 6 dos estudos os participantes viviam em casa, sendo que nos restantes estudos (9), os participantes viviam em residências geriátricas ou hospitalares. No total dos artigos o <u>número de participantes</u> foi de 657 (377 em grupo experimental e 281 em grupo de controlo)
Metodologia	Todos os estudos são randomizados. Quanto à taxa de desistência dos participantes, esta apresentou-se muito baixa, sendo que em 6 dos estudos foi nula. Os estudos apresentam falta de detalhe dos protocolos de tratamento/intervenção, assim a extensão em que a intervenção foi entregue como pretendido, em cada estudo, pode ser questionada. Quando mais do que um instrumento de avaliação cognitiva foi usado, considerou-se apenas o instrumento mais detalhado.
Nº de sessões e duração	<u>Nº de sessões</u> : 42,9% dos estudos utilizaram 5 sessões/semana, 21,4% utilizaram 3 sessões/semana, 21,4% utilizaram 2 sessões/semana e apenas

	<p>14,3% utilizaram 1 sessão por semana. Um dos estudos utilizou 2 a 3 sessões/semana. O valor médio de nº de sessões é de 3,2.</p> <p><u>Duração:</u> Em médias as sessões duraram 56 minutos, tendo uma amplitude dos 30 aos 120 minutos. A maior parte dos estudos utilizaram sessões entre 30 a 60 minutos (4 estudos cada).</p>
Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Apenas um estudo inclui os cuidadores familiares treinados para aplicação da intervenção no domicílio, sendo que todos os outros estudos (93,3%) apresentaram a intervenção no formato de grupo e aplicado por terapeutas.</li> </ul>
Instrumentos de avaliação	<p>Os estudos apresentaram uma grande heterogeneidade quanto aos instrumentos de avaliação, salientando-se assim os mais utilizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <u>Cognição:</u> ADAS-Cog (7 estudos), Escala de memória de Wechsler (1 estudo) e MMSE (2 estudos);</li> <li>✓ <u>Comunicação e interação social:</u> Escala de comunicação de Holden (3 estudos), Escala MOSES (1 estudo);</li> <li>✓ <u>Comportamento:</u> Escala instrumental ADL (1 estudo), Escala de autocuidado MOSES (1 estudo), Escala Crichton modificada (2 estudos), Escala CAPE (4 estudos);</li> <li>✓ <u>Humor:</u> Escala de depressão geriátrica 30 itens (3 estudos) e 14 itens (1 estudo), Escala de avaliação da depressão de Montgomery Asberg (1 estudo);</li> <li>✓ <u>Qualidade de vida e bem-estar:</u> Índice de satisfação de vida (1 estudo), QoL-AD (3 estudos).</li> </ul>
Follow-up	<p>Identificados dois tipos de follow-up:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <u>Curto-prazo:</u> follow-up imediatamente após intervenção (n=52) foi utilizado em 3 estudos. Dois utilizaram após 1 mês e um após 3 meses, tendo obtido resultados positivos na avaliação cognitiva;</li> <li>✓ <u>Longo prazo:</u> utilizado num estudo com 54 participantes, com um follow-up ao fim de 10 meses, não tendo obtido diferenças significativas nem no MMSE nem no ADAS-Cog.</li> </ul>
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Comparando grupo experimental e de controlo, na avaliação após intervenção, a Estimulação cognitiva foi associada a melhorias significativas através da gama de instrumentos de avaliação utilizadas, sendo que os efeitos mais significativos foram apresentados nos estudos mais longos (12 meses).</li> <li>✓ 4 estudos incluíram a avaliação da comunicação e interação social (n=223), sendo que os participantes nos grupos de estimulação cognitiva apresentaram melhorias nesta área.</li> <li>✓ Iguamente em 4 estudos (n=219) avaliaram a auto-perceção de bem-estar e qualidade de vida, tendo obtido valores positivos</li> </ul>

	<p>significativos após intervenção, quando comparado com grupo de controlo;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Os resultados apresentados não mostraram nenhuma relação significativa entre o nº sessões e duração das mesmas, não obstante, o estudo com resultados mais significativos utilizada 5 sessões/semana de 45 minutos cada e por mais tempo.</li><li>✓ Os benefícios a longo prazo, da estimulação cognitiva permanece pouco claro. O follow-up a curto-prazo mostra de os efeitos positivos podem ser mantidos pelo menos 3 meses, no entanto, para apresentar efeitos mais duradouros deve haver um cronograma detalhado de reforço, a ser aplicado num estudo em curso.</li></ul>
--	---

Tabela 21 - Análise dos artigos por categorias