



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA DE
ESTIMULAÇÃO COGNITIVA EM IDOSOS COM
DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Ana Rita Dias Costa

PORTO | 2012

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

**EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO
COGNITIVA EM IDOSOS COM DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientação:

Professor Doutor Carlos Sequeira

Ana Rita Dias Costa

PORTO | 2012

DEDICATÓRIA

À minha querida avó.

AGRADECIMENTOS

Aos idosos que participaram neste estudo, o meu mais sincero agradecimento, pela participação, pelo empenho e simpatia.

Ao meu orientador, Professor Doutor Carlos Sequeira por todo o apoio, incentivo e otimismo que sempre me transmitiu.

Ao Conselho de Administração e Direção de Enfermagem da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Aos Enfermeiros da Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora pela colaboração na realização deste estudo.

Às equipas de saúde familiar pela referenciação dos utentes.

Ao Pedro e à Lia por terem feito este percurso comigo.

Aos amigos pela amizade, pelos abraços de carinho, incentivo e coragem ao longo deste percurso.

Ao Manuel, por me amares e percorreres sempre ao meu lado todo este percurso.

Aos meus pais, à minha irmã por todo o amor e apoio incondicional.

Aos meus sobrinhos pelas ausências da tia.

À minha avó, onde estiveres... pelo teu incentivo para a concretização desta nova etapa, pelo teu abraço e o teu sorriso de felicidade com cada uma das minhas vitórias.

A todos as outras pessoas que estiveram presentes e que direta ou indiretamente colaboraram na realização deste trabalho.

A todos o meu sincero agradecimento!

*“A vida está cheia de desafios que, se aproveitados de forma criativa,
transformam-se em oportunidades.”*

(Maxwell Maltz)

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

% - Percentagem

AAACD – Aged Associated Cognitive Decline

AAMI – Age Associated Memory Impairment (Défice da Memória Associado à Idade)

AEPOE-4 – Apolipoproteína E e4

DCAI – Declínio Cognitivo Associado à Idade

DCL – Défice Cognitivo Ligeiro

DMS –IV - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - IV

DP – Desvio Padrão

EAD – Escala de Avaliação de Demência

EDG – Escala de Deterioração Global

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

MMSE – Exame Breve do Estado mental

MOANS – Mayo Older American Normative Studies

PASQUID – Personnes Agées Quid

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCSH - Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	25
PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	29
1.ENVELHECIMENTO NORMAL VERSUS ENVELHECIMENTO PATOLÓGICO	31
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO.....	35
3. ASPETOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	41
4. DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO E PROGRAMAS DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA.....	43
5. AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DO DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO	47
6. ESTADO DA ARTE	51
PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	59
1. METODOLOGIA	61
1.1. Justificação	61
1.2. Finalidade e Objetivos do Estudo	63
2. MATERIAL E MÉTODOS	65
2.1. Tipo de Estudo.....	65
2.2. Questões de Investigação	66
2.3. População e Amostra.....	67
2.4. Variáveis	68
2.5. Instrumento de Colheita de dados	69
2.5.1. Mini Exame do Estado Mental.....	70
2.5.2. Teste do Relógio	72
2.5.3. Escala de Avaliação de Demência.....	73
2.5.4. Índice de Lawton & Brody	73
2.5.5. Índice de Barthel.....	74
2.6. Procedimentos para a Recolha de Dados.....	75
2.7. Programa de Estimulação Cognitiva	76
2.8. Estratégias para Análise dos Dados	84
2.9. Considerações Éticas	85
PARTE III - RESULTADOS.....	87
1.APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	89

1.1.Características sociodemográficas.....	89
1.2.Caracterização cognitiva e funcional dos idosos	94
1.3.Relação entre Variáveis Associadas à Efetividade	98
1.4. Avaliação dos Procedimentos do Programa de Estimulação Cognitiva.....	99
1.5. Efetividade do Programa de Estimulação Cognitiva	104
2.DISSCUSSÃO	109
2.1.Características Sociodemográficas	110
2.2.Caracterização Cognitiva e Funcional dos Idosos	112
2.3. Relação entre Variáveis Associadas à Efetividade	114
2.4.Avaliação dos Procedimentos do Programa de Estimulação Cognitiva	115
2.5.Efetividade do Programa de Estimulação Cognitiva	116
3.CONCLUSÕES	119
4.LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	123
5.BIBLIOGRAFIA.....	125
ANEXOS.....	133
ANEXO I - Documento entregue aos participantes para explicação do estudo, juntamente com o pedido de consentimento informado.....	135
ANEXO II - Formulário de avaliação dos idosos com défice cognitivo ligeiro do grupo experimental e do grupo controlo	141
ANEXO III - Material Informativo entregue aos participantes e familiares e folha de registo de estratégias para os familiares.....	151
ANEXO IV - Pedido de autorização para realização do estudo ao Conselho de Administração da ULS Matosinhos, EPE e à respetiva Comissão de Ética	159
ANEXO V- Autorização do Conselho de Administração da ULS Matosinhos, EPE e Comissão de Ética.....	163

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Continuum cognitivo indicativo da fronteira entre o envelhecimento normal, o déficit cognitivo ligeiro e a doença de Alzheimer	37
Figura 2: Processo de diagnóstico de DCL e subtipos.....	48
Figura 3: Processo de seleção dos estudos de investigação.....	52
Figura 4: Alterações cognitivas, repercussões e alterações do quotidiano, emoções sentidas.....	101

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Revisão da Literatura	53
Tabela 2: Comparação da média de scores do MMSE, entre 1988 e 2010, de acordo com a idade e a escolaridade (adaptado de Morgado et. al., 2010).....	72
Tabela 3: Programa de estimulação da memória para idosos com défice cognitivo ligeiro (DCL)	77
Tabela 4: Distribuição dos participantes pelo sexo	90
Tabela 5: Distribuição dos Participantes pela Idade.....	90
Tabela 6: Distribuição dos participantes pelo nível de escolaridade	90
Tabela 7: Coabitação dos participantes do grupo experimental.....	91
Tabela 8: Distribuição da Escolaridade dos pais.....	91
Tabela 9: Perceção sobre saúde dos participantes	93
Tabela 10: Perceção sobre a capacidade para fazer face ao dia a dia dos participantes.....	93
Tabela 11: Perceção sobre a qualidade de vida dos participantes.....	94
Tabela 12: Distribuição dos resultados do MMSE de acordo com a idade	95
Tabela 13: Resultados do grupo experimental no pré-teste das sub-escalas do MMSE	96
Tabela 14: Resultados do grupo controlo no pré-teste das sub-escalas do MMSE	96
Tabela 15: Resultados no pré-teste do teste do relógio	97
Tabela 16: Resultados médios do pré-teste do Índice de Lawton	97
Tabela 17: Participação dos familiares	98
Tabela 18: Estratégias da memória utilizadas antes e após a intervenção	103
Tabela 19: Relação entre pré e pós-teste em ambos os grupos relativamente ao teste do relógio	104
Tabela 20: Relação entre pré e pós-teste em ambos os grupos relativamente ao MMSE .	105
Tabela 21: Relação entre pré e pós-teste em ambos os grupos relativamente às sub-escalas do MMSE.....	106
Tabela 22: Relação entre pós-testes em ambos os grupos relativamente ao MMSE e suas sub-escalas.....	107
Tabela 23: Relação entre pré e pós-teste em ambos os grupos relativamente ao teste do relógio	108

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Subtipos de DCL.....	39
Quadro 2: Progressão para demência de acordo com os subtipos de DCL (adaptado de Petersen, 2003).....	41
Quadro 3: Scores limites para défice cognitivo ligeiro, de acordo com a validação para a população portuguesa	71
Quadro 4: Classificação do teste do relógio de acordo com Shulman <i>et al.</i> (1993).....	72

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos familiares que vivem com os participantes do grupo experimental, por grau de parentesco.....	91
Gráfico 2: Distribuição dos hábitos lúdicos no grupo controlo	92
Gráfico 3: Distribuição dos hábitos lúdicos no grupo experimental	92
Gráfico 4: Distribuição dos antecedentes pessoais dos participantes	92
Gráfico 5: Relação entre o score do MMSE e escolaridade.....	95
Gráfico 6: Distribuição dos familiares que participaram no programa por grau de parentesco.....	99
Gráfico 7: Resultados ao longo das sessões 6 e 7 da associação face-nome	103

RESUMO

Introdução: Na sociedade atual, com a inversão da pirâmide etária cada vez mais se fala em alterações da cognição, com repercussões graves a nível de saúde.

Atualmente discute-se uma nova entidade diagnóstica que se encontra no estágio entre o envelhecimento normal e patológico, com uma significativa progressão para demência – o défice cognitivo ligeiro.

Nos últimos anos têm surgido alguns investigadores centrados na valorização das intervenções que estimulam a cognição, baseadas no pressuposto de que o défice cognitivo ligeiro (DCL) se constitui como um grande fator de risco para o desenvolvimento de demência. Contudo, ainda não existe um consenso efetivo sobre as técnicas e intervenções que revelam uma maior efetividade. Acresce o facto da maioria das intervenções não serem implementadas de forma sistematizada, o que dificulta a sua avaliação. Deste modo e perante os novos desafios que se colocam em termos de cuidados de saúde e comunitários, este estudo de investigação incide sobre uma avaliação de um programa de estimulação cognitiva para idosos com défice cognitivo ligeiro, com intervenções sistematizadas.

Objetivo: Avaliar a efetividade de um programa de estimulação cognitiva em idosos com défice cognitivo ligeiro.

Método: Optou-se por um estudo quase-experimental, com desenho pré e pós-teste e grupo controlo e de carácter quantitativo. Participaram no estudo 17 idosos com DCL incluídos no grupo experimental e 16 idosos com DCL incluídos no grupo controlo. Os participantes do grupo experimental foram alvo de um programa de estimulação cognitiva. O instrumento utilizado para avaliação no pré e pós-teste permitiu recolher informações sociodemográficas e clínicas, tendo sido utilizados três instrumentos para avaliação cognitiva e dois instrumentos para avaliação funcional: Mini Exame do Estado Mental, Teste do Relógio, Escala de avaliação de Demência, Índice de Lawton & Brody e Índice de Barthel.

Resultados: Os principais resultados demonstraram, após a avaliação entre o pré e pós-teste no grupo experimental e entre o pós-teste de ambos os grupos, uma melhoria a nível da orientação, da memória a curto prazo, da linguagem e da orientação visuo-espacial. Não foram perceptíveis alterações a nível das atividades de vida diárias e instrumentais. No grupo controlo não se verificaram alterações a nível cognitivo e funcional. Foi notória no grupo experimental uma significativa melhoria na utilização das estratégias da memória, essencialmente as externas, bem como uma melhoria na associação face-nome.

Conclusões: A implementação de um programa de estimulação da cognição é fundamental em pessoas com défice cognitivo ligeiro, de modo a potenciar a cognição, melhorar a autonomia e minimizar o impacto dos défices.

A implementação do programa revelou ganhos em saúde, passíveis de serem traduzidos em indicadores de resultados sensíveis à intervenção de Enfermagem.

Palavras-chave: Envelhecimento, Défice Cognitivo Ligeiro, Programa de Estimulação Cognitiva, Efetividade.

ABSTRACT

Introduction: In today's society, with the inversion of the age pyramid, talk about cognitive changes are increasing which has serious repercussions in terms of health.

Nowadays we discuss a new diagnostic entity which is at the stage between normal and pathological aging, with a significant progression to dementia - the mild cognitive impairment.

In recent years some researchers focused on the value of interventions to stimulate cognition, based on the assumption that the mild cognitive impairment (MCI) presents a major risk factor for developing dementia. However, there is still no consensus on effective techniques and interventions recommended that show greater effectiveness. Moreover the fact that most interventions are not implemented in a systematic manner, making it difficult to evaluate. Thus, and facing the new challenges in terms of health care and community, this research study presents focused on an assessment of a cognitive stimulation program for the elderly with mild cognitive impairment, with systematic interventions.

Objective: To evaluate the effectiveness of a program of cognitive stimulation in the elderly with mild cognitive impairment.

Method: A quasi-experimental design with pre and post-test, control group and quantified was chosen. The study involved 17 elderly with MCI included in the experimental group, and 16 elderly with MCI included in the control group. The experimental group participated in a program of cognitive stimulation. The instrument used to evaluate pre-and post-test yielded socio-demographic and clinical information; three instruments were used to assess cognitive and two for functional assessment: Mini State Examination Mental Test, Clock, Dementia Rating Scale, Lawton & Brody Index and Barthel Index.

Results: The main results showed that, after evaluation of pre and post-test in the experimental group, and between the post-test both groups, an improvement in orientation, short-term memory, language and visual-space guidance. There were no substantial changes in activities of instrumental and daily living. In the control group there were no changes in cognitive and functional. Great improvement was verified in the experimental group regarding the use of memory strategies, mainly the external ones, as well an improvement in face- name association.

Conclusions: The implementation of a cognitive stimulation program is essential in people with mild cognitive impairment in order to enhance cognition, improve the autonomy and minimize the impact of deficits.

The implementation of the program showed gains in health, which could be translate into performance indicators sensitive to nursing interventions.

Keywords: Aging, mild cognitive impairment, cognitive stimulation program, Effectiveness.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é hoje um fenômeno que ocorre à escala mundial, que se acentua nas sociedades ditas desenvolvidas, em consequência do aumento da esperança de vida e do declínio da natalidade (INE, 2002). Prevê-se que em 2020, a proporção de idosos (≥ 65 anos) aumente para os 20,6% (Ministério da Saúde, 2011). Houve um aumento na taxa de variância da esperança média de vida do ano de 2008 para o ano de 2010 de 1,5% (Santos, 2012).

Perante esta nova realidade é necessário pensar em novas formas de assistência, novas estratégias de intervenção, novas políticas de saúde e sociais que permitam proporcionar aos idosos uma maior autonomia, uma melhor saúde e uma maior qualidade de vida.

A área da saúde mental no idoso torna-se cada vez mais premente, devendo os especialistas na área, nomeadamente os profissionais de enfermagem, reunir esforços para que se consigam oferecer melhores respostas, ou seja, mais diferenciadas, com maior efetividade, de proximidade e de preferência no seu contexto.

A distinção entre envelhecimento normal e patológico nem sempre é simples, o que leva as famílias e profissionais de saúde a desvalorizarem muitas das queixas manifestadas pelos idosos (Spar *et al.*, 2005), dificultando por sua vez um diagnóstico precoce, bem como o desenvolvimento de intervenções estruturadas e adequadas às necessidades.

Este estudo centra-se no envelhecimento cognitivo, mais propriamente nas situações de défice cognitivo ligeiro (DCL), que constituem uma problemática que apenas nos últimos anos foi instituída como uma entidade diagnóstica, despertando o interesse de vários investigadores.

O DCL constitui-se um estágio de transição entre as alterações cognitivas ditas normais do envelhecimento e um estágio inicial de demência (Petersen, *et al.*, 2008). Ao longo do tempo têm sido definidos critérios de diagnóstico, sendo os estabelecidos por Petersen *et al.* (2001) os mais consensuais na comunidade científica e como tal utilizados neste estudo. Vários estudos de investigação inseridos na comunidade têm vindo a

documentar uma grande taxa de progressão para demência, mais propriamente para doença de Alzheimer, em pessoas com diagnóstico de DCL (Petersen, et al., 2008).

De acordo com estudos efetuados (em pessoas com mais de 65 anos e com diagnóstico de DCL mnésico), estima-se que a prevalência de DCL na população esteja entre 3% a 17% (DeCarli, 2003; Mariani, et al., 2007) e a taxa de incidência de novos casos por ano, entre 9.9% e 21,5% (Mariani, et al., 2007).

Perante estas evidências urge desenvolver esforços para identificar precocemente os défices cognitivos nos idosos para que se possam desenvolver intervenções terapêuticas em fases iniciais (Petersen, et al., 2008), prevenindo assim maiores consequências que irão trazer por si só diminuição da qualidade de vida, da autonomia, tal como maiores custos e problemas sociais.

Nos últimos anos têm surgido alguns investigadores centrados na importância das intervenções de estimulação cognitiva (Postigo, et al., 2010), baseados no forte argumento que indica o DCL como um grande fator de risco para o desenvolvimento de demência. No entanto, ainda não existe um grande consenso quanto às intervenções preconizadas, bem como, à sua efetividade (Guerreiro, 2012). Como refere Kinsella, et al. (2009), perante o atual desenvolvimento de possível terapêutica farmacológica, as intervenções de estimulação cognitiva, sendo bem delineadas e estruturadas, constituem um coadjuvante essencial.

Este trabalho de investigação visa operacionalizar em contexto clínico, a evidência dos programas de estimulação cognitiva em idosos com DCL. A investigação científica constitui-se *“um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para questões específicas”* (Fortin, 2009, p. 4). A Enfermagem como profissão do cuidar tem como matéria-prima o conhecimento proveniente da investigação, centrado nas respostas humanas às transições vividas pelas pessoas e famílias e que é definido como o *“conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação.”* (ICN, 2005, p. 96).

Com base nestes pressupostos e na literatura existente, desenvolveu-se um estudo no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), assentando na necessidade de que os enfermeiros tenham um conhecimento formal sustentado, de forma a exercer a sua prática. Este estudo foi realizado em parceria com dois outros estudos, designados *“Caracterização do Potencial Cognitivo e Funcional dos utentes com idades entre os 65 e 75 anos inscritos numa unidade de saúde familiar Horizonte”* e *“Programa de Estimulação da Memória para Idosos com Défice Cognitivo Ligeiro”*.

Neste sentido, pretendemos neste estudo avaliar a efetividade de um programa de estimulação cognitiva em idosos com DCL, tanto a nível funcional como cognitivo, trazendo assim, para a enfermagem de saúde mental e psiquiatria novos projetos e desafios. Pretendemos adicionar informação que sustente a prática clínica, que tem como alvo os idosos, tendo sempre como base uma parceria de cuidados que se traduz num crescimento empático e maior qualidade nos cuidados. A efetividade e maximização de um programa de intervenção estão dependentes do estabelecimento de procedimentos sensíveis aos seus objetivos e conteúdos, a nível dos processos e dos resultados (Silva, 2009).

Para atingir este objetivo, recorreremos à identificação de idosos com DCL na área de abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora, caracterizando-os a nível sociodemográfico. Foi aplicado um questionário elaborado no estudo “Caracterização do Potencial Cognitivo e Funcional dos utentes com idades entre os 65 e 75 anos inscritos numa unidade de saúde familiar Horizonte”, antes e após dois meses. Foram constituídos dois grupos: um experimental sujeito a um programa de estimulação cognitiva, delineado no estudo “Programa de estimulação da memória para idosos com défice cognitivo ligeiro” e outro de controlo, extraído do estudo de caracterização acima referido.

O estudo será baseado no paradigma quantitativo, de carácter quase-experimental, pré e pós-teste.

Estruturalmente este documento encontra-se dividido em quatro partes. Na primeira parte é realizado o enquadramento teórico do estudo, subdividido em cinco grandes capítulos: uma abordagem sobre o envelhecimento normal versus patológico, o défice cognitivo ligeiro, abordando os aspetos epidemiológicos, os programas de estimulação cognitiva, incluindo a avaliação e diagnóstico do DCL e por fim uma reflexão sobre as teorias que consideramos contribuir para uma boa compreensão do fenómeno.

Na segunda parte é apresentado o enquadramento metodológico, com referência à justificação do estudo, sua finalidade e objetivos.

Na terceira parte são apresentados os materiais e métodos, incluindo o tipo de estudo, e as questões de investigação. É definida a população e amostra e as variáveis, apresentado o instrumento de colheita de dados utilizado, os procedimentos para recolha de dados, as estratégias para a análise de dados, e por fim refletidas algumas considerações éticas.

Na quarta e última parte deste documento são apresentados e analisados os resultados obtidos, seguindo-se para finalizar as conclusões consideradas relevantes e as limitações do estudo.

A bibliografia encontra-se de acordo com a norma ISO690 também esta aceite nas normas para elaboração e apresentação de dissertações e relatórios da ESEP.

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. ENVELHECIMENTO NORMAL VERSUS ENVELHECIMENTO PATOLÓGICO

Assiste-se atualmente a uma realidade mundial na qual se registam profundas alterações das estruturas etárias da população.

Os progressos científicos e tecnológicos das últimas décadas na área da Saúde, em conjunto com as alterações assistidas a nível socioeconómico, contribuíram para uma melhoria significativa na qualidade de vida e no bem-estar dos indivíduos, levando ao aumento da esperança média de vida. Este facto aliado à baixa taxa de natalidade está na base do envelhecimento da população (Martins, 2006).

De acordo com dados do INE (2011), residem em Portugal 10 561 614 habitantes, sendo o índice de envelhecimento em Portugal de 129. Em 2009 o índice de envelhecimento era 117,60 e em 2010 de 120,10. Estes dados significam que por cada 100 jovens há atualmente 129 idosos. É deste modo evidente que se assiste ao fenómeno do duplo envelhecimento da população, com o aumento da população idosa e redução da população jovem. De acordo com os resultados dos Censos de 2011 (INE, 2011), 15% da população residente em Portugal encontra-se no grupo etário mais jovem, com idades iguais ou inferiores a 14 anos, e cerca de 19% inclui-se no grupo dos mais idosos, com 65 ou mais anos de idade. Para 2020, prevê-se que a proporção de jovens (0-14 anos) decresça para os 13,8% e a de idosos (≥ 65 anos) aumente para os 20,6% (Ministério da Saúde, 2011).

No mundo contemporâneo, o envelhecimento transformou-se numa questão social e política, com grande impacto nos mais variados domínios da sociedade, sendo necessário criar novas formas assistenciais e que garantam uma melhor qualidade de vida e bem-estar da população idosa. Apesar de o envelhecimento ser um processo que ocorre ao longo de todo o ciclo de vida, cronologicamente é comum associar a idade dos 65 anos às pessoas idosas, de forma a estabelecer e delimitar critérios e tempos que definam este grupo populacional (Spar, et al., 2005). Fatores como a profissão, o país ou a cultura influenciam nesta delimitação cronológica, mas essencialmente as alterações progressivas das características físicas e mentais fornecem bons indicadores de velhice (Sequeira, 2010).

O envelhecimento é hoje um fenómeno inevitável e irreversível, na medida em que as gerações deixaram de se substituir (INE, 2007). Como uma etapa da vida, deve ser percebido de uma perspetiva multidimensional, atendendo à dimensão biológica, psicológica, sociológica e cronológica (Sequeira, 2010). No entanto, este aumento da longevidade poderá acarretar maior vulnerabilidade e por consequência mais doença, tanto física como psíquica (Barreto, 2010).

Ao se refletir sobre o envelhecimento humano como um processo natural é necessário distinguir entre o que é “normal” e consequência desse processo e o que é secundário, isto é, resultante de processos patológicos (Sequeira, 2010). Desta separação surgem dois conceitos sugeridos por alguns autores: a senescência e a senilidade (Birren e Zarit, 1985 cit por Sequeira, 2010). A senescência constitui-se o desenrolar do tempo biológico (Vaz, 2008), ou seja é o conjunto dos processos orgânicos, morfológicos e funcionais que sofrem alterações em consequência do processo de envelhecimento (Sequeira, 2010). É frequentemente denominado de envelhecimento primário (Spar, et al., 2005). A senilidade, por outro lado, designada também por envelhecimento secundário caracteriza-se pelas alterações que ocorrem devido a situações de doença que possam surgir (Sequeira, 2010).

Na prática esta distinção torna-se mais difícil, levando profissionais de saúde e familiares a não valorizarem algumas queixas do idoso e consequentemente atrasando um diagnóstico correto e precoce. Compreender os modelos do envelhecimento e a definição de um padrão normativo em relação ao qual o desempenho possa ser medido (Petersen, 2003) torna-se fundamental para uma boa avaliação e uma intervenção eficaz.

Numa análise ao envelhecimento cognitivo, sabe-se que com o avançar da idade surgem alterações cognitivas que podem ser mais ligeiras ou mais marcadas, traçando vários perfis cognitivos (Ribeiro, et al., 2006a). A maior parte dos estudos populacionais sobre o envelhecimento demonstram que uma grande maioria de idosos desenvolve com o avançar da idade, um declínio da velocidade do processamento da informação e do funcionamento da memória episódica (Petersen, 2003), que permitem a manutenção de um funcionamento normal, a readaptação e a preservação dos conhecimentos gerais dos idosos (Sequeira, 2010). Alguns fatores como a saúde, a escolaridade, o sexo, os fatores genéticos, a atividade mental e física, a personalidade e humor, o meio social e cultural, o treino cognitivo e conhecimentos especializados, constituem-se como mediadores da cognição, reduzindo assim algumas alterações cognitivas inerentes (Spar, et al., 2005).

Frequentemente se ouvem frases como “quero *dizer o nome de uma pessoa e não me recordo*”, “*nunca sei onde guardo as coisas*” ou “*tenho de escrever tudo para não me esquecer*” (Nunes, 2008). As alterações que ocorrem a nível morfológico, anatómicas e

químicas no cérebro no decorrer do envelhecimento são a causa de tais alterações. No entanto, os testes que avaliam a cognição devem ser rigorosamente aplicados e analisados para que os declínios cognitivos ditos normais não resultem numa patologia cerebral não diagnosticada (Nunes, 2008). Vários estudos se têm debruçado sobre estas questões, diferenciando o déficit subjetivo da memória de um déficit objetivo da memória, no sentido de haver necessidade de normalização da avaliação da memória (Kanh *et al.*, 1975; Pllotkin *et al.*, 1985; Larrabee e Levin, 1986; O'Connor *et al.*, 1989; McGlone *et al.*, 1990; Bolla *et al.*, 1991; Taylor *et al.*, 1992; Hanninen *et al.*, 1994 citado por Petersen, 2003). Um dos estudos relativo a queixas da memória, do humor e da memória longitudinal, que incluiu 294 participantes, com idades compreendidas entre 55 e 97 anos, sugeriu que o estado emocional ou o sentido de auto eficiência constituem-se como melhores indicadores e preditores dos resultados das queixas subjetivas da memória, do que propriamente da alteração objetiva da memória (Petersen, 2003).

Deste modo, a definição de um padrão de normalização e uma avaliação objetiva da memória torna-se essencial para o estabelecimento de um problema de memória, distinguindo o envelhecimento normal de um envelhecimento patológico.

De forma a definir os critérios de normalidade, bem como normas neuropsicológicas para avaliar indivíduos com 55 ou mais anos de idade, os Mayo Older American Normative Studies (MOANS) desenvolveram a partir da década de 1980 vários estudos (Petersen, 2003). Os critérios definidos incluíram: ausência de doença mental ou neurológica; ausência de queixas de dificuldades cognitivas na anamnese e revisão de sistemas, bem como nenhuma alteração no exame físico que potencie a afetação da cognição; ausência de toma de medicação psicotrópica em doses que possam comprometer a cognição ou que sugiram perturbação neuropsiquiátrica; independência de vida integrada na comunidade; história anterior de perturbações (abuso de álcool, por exemplo) com potencial para afetar a cognição não era automaticamente excluída se a perturbação não estivesse ativa e se tivesse ocorrido remissão sem efeitos cognitivos residuais aparentes; história de doença física crónica que o médico não considere que afete a cognição (Petersen, 2003). Vários estudos (Ivnik *et al.*, 1995 citado por Petersen, 2003) foram subsequentes a este, permitindo concluir que a estabilidade de fatores cognitivos como a compreensão verbal, a organização perceptual, a atenção/concentração, a aprendizagem e a retenção varia ao longo do tempo. Num estudo longitudinal (Ivnik *et al.*, 1995 citado por Petersen, 2003) que permitiu compreender melhor o grau de variabilidade dos fatores cognitivos, as conclusões apontaram para os seguintes factos: os conhecimentos verbais adquiridos e o raciocínio verbal são os mais estáveis ao longo do tempo, a atenção e a concentração são menos estáveis e as capacidades dinâmicas para aprender e recordar

informação recentemente adquirida são as menos estáveis. Estes resultados salientam o facto de diferentes capacidades cognitivas apresentarem diferentes graus de instabilidade temporal e que pode ser incerto atribuir toda a instabilidade a erros de medição ou patologia.

Estes dados sugerem a necessidade de existirem cada vez mais estudos longitudinais que caracterizem a população e ajudem a estabelecer com ainda maior rigor o espectro entre envelhecimento normal e envelhecimento patológico, com recurso a testes padronizados e eficazes que reflitam a probabilidade de um indivíduo vir ou não a desenvolver doença (Petersen, 2003).

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO

Durante as últimas décadas foram definidas várias entidades nosológicas que tentaram caracterizar os estádios intermédios entre o envelhecimento normal e a deterioração cognitiva, associada à idade ou a formas precoces de demência (Pelegri-Valero, *et al.*, 2008).

Sinais e sintomas de défice cognitivo têm vindo a ser frequentemente referidos na literatura (Ribeiro, *et al.*, 2006a).

Com o desenvolvimento dos estudos científicos nesta área, em meados do século XX surgiu a primeira definição de défice cognitivo ligeiro sugerida por Karl (1962), propondo o termo “*Esquecimento Benigno de Senescência*”. A designação incluiu indivíduos com dificuldades esporádicas de evocação de acontecimentos remotos, mas sem dificuldades com a memória recente (Ribeiro, *et al.*, 2006a). De forma equivalente, mas com critérios mais rigorosos, surge o conceito de “*Defeito da memória associado à idade*” (Age-Associated Memory Impairment – AAMI) (Crook *et al.*, 1986 citado por Santana, 2003). Os critérios considerados na classificação incluem ausência de doença neurológica, queixas e alterações da memória com potenciais reflexos nas capacidades funcionais dos indivíduos sujeitos (Ribeiro, *et al.*, 2006a).

No entanto, hoje sabe-se que estes conceitos pautaram pela falta de rigorosidade, já que resultaram na inclusão de um grupo populacional bastante abrangente e com elevada prevalência, e com pouco significado clínico (Ribeiro, *et al.*, 2006a). Apesar das limitações conceptuais e metodológicas, estes conceitos permitiram estabelecer o fator idade como fundamental para o desempenho cognitivo e estiveram na base de novas investigações sobre a cognição no envelhecimento. Surgiu assim um novo conceito proposto pela International Psychogeriatric Association (Levy, 1994 citado por Santana, 2003) designado de “*Declínio Cognitivo Associado à Idade*” - DCAI (Aged Associated Cognitive Decline – AAACD). Incluiu indivíduos com desempenhos mais baixos do que o esperado para a sua idade e escolaridade, em qualquer área cognitiva (Ribeiro, *et al.*, 2006a), aproximando-se assim do conceito actual de DCL. Alargou ainda o conceito a outros domínios para além da memória, na medida em que indivíduos com DCAI podem

também apresentar, de acordo com a idade, défices de atenção, de linguagem ou das capacidades visuo-espaciais (Petersen, 2003). Estabelece também como critério evidência de um défice cognitivo objetivo há mais de 6 meses, não se conseguindo no entanto, distinguir se está associado a um envelhecimento normal ou a doença incipiente (Petersen, 2003). O mesmo se verifica na designação proposta no (DMS-IV TR, 2002) - “*declínio cognitivo relacionado com a idade*” que inclui alterações cognitivas que resultam do processo de envelhecimento e que não estejam relacionados com perturbações neurológicas ou mentais.

No Canadian Study of Health and Aging foi desenvolvido o conceito de défice cognitivo – não demencial (Graham *et al.*, 1997 citado por Petersen, 2003), que inclui não só o défice cognitivo ligeiro, como também outras entidades não progressivas como as encefalopatias estáticas.

O conceito de “*Défice cognitivo Ligeiro*” foi originalmente utilizado pelo grupo de trabalho de Reisberg para descrever o estágio 3 da Escala de Deterioração Global, indicando um défice cognitivo muito ligeiro com uma repercussão também muito leve na funcionalidade (Reisberg Ferris, Leon e Crook, 1982; Flicker, Ferris e Reisberg, 1991; Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências, 2003 citado por Ribeiro *et al.*, 2006a). Os indivíduos que preenchiam este critério foram acompanhados num estudo longitudinal, tendo ao fim de 3 anos 16% evoluído para um grupo com deterioração superior, suficiente para ser diagnosticada demência (Reisberg *et al.*, 1996 citado por Ribeiro, *et al.*, 2006a).

Vários estudos se seguiram no sentido de tentar uniformizar conceitos e critérios para o envelhecimento e deteção precoce do DCL. Os investigadores da Clínica Mayo desenvolveram um estudo longitudinal durante 15 anos, acompanhando o envelhecimento de um grupo de indivíduos da cidade de Rochester, Minnesota (Petersen, 2003). Incluiu 1900 participantes, com idade igual ou superior a 65 anos, sujeitos a um exame médico geral. A referência a qualquer alteração a nível cognitivo durante o exame pelo próprio ou familiares, levou a inclusão dos indivíduos em causa no estudo, o que permitiu por um lado identificar as pessoas que mencionam ocasionalmente uma alteração cognitiva, mas que apresentam um funcionamento normal (falsos positivos) e por outro a mobilização para a investigação no momento mais precoce do défice cognitivo. Os restantes indivíduos recrutados provieram do seguimento longitudinal dos sujeitos normais de controlo, dos quais 70 participantes evoluíram ao longo dos anos para o estado de défice cognitivo ligeiro. Os critérios utilizados para défice cognitivo ligeiro incluíram:

- . Queixas da memória, preferencialmente confirmadas por outra pessoa;
- . Déficit de memória objetivo, de acordo com a idade e educação;
- . Funções cognitivas maioritariamente mantidas;

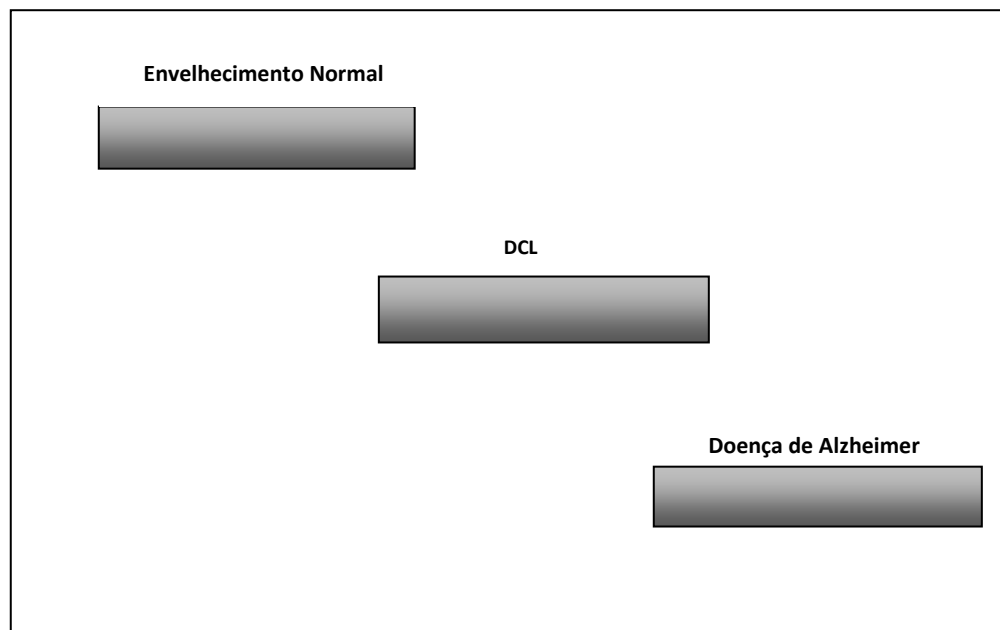
- . Atividades da vida diária essencialmente mantidas;
- . Ausência de demência.

Durante os 15 anos, os investigadores da Clínica Mayo avaliaram mais de 270 indivíduos que preencheram estes critérios, com uma taxa de evolução para demência ou Doença de Alzheimer de 12% por ano (Petersen *et al.*, 1999 citado por Petersen, 2003). Estes números contrastam com os do grupo controlo que desenvolveu demência a uma taxa de 1% a 2% por ano (Petersen *et al.*, 1999 citado por Petersen, 2003). Portanto, no prazo de 6 anos, 80% ou 90% dos indivíduos com défice cognitivo ligeiro evoluiu para demência (Petersen, 2003).

A partir dos estudos dos investigadores da Clínica Mayo, com amostras semelhantes, surgiram mais investigações ,no sentido de caracterizar o défice cognitivo ligeiro e a sua progressão para demência. Deste modo, recentemente o défice cognitivo ligeiro emergiu como uma nova categoria que define uma fase de transição entre envelhecimento normal e patológico, com um elevado risco para desenvolver Doença de Alzheimer ou outras demências (Mathews, et al., 2008).

A figura 1 demonstra este continuum cognitivo indicativo da fronteira entre o envelhecimento normal, o défice cognitivo ligeiro e a doença de Alzheimer.

Figura 1: Continuum cognitivo indicativo da fronteira entre o envelhecimento normal, o défice cognitivo ligeiro e a doença de Alzheimer (adaptado de Petersen, 2003)



Apesar de ainda não haver um consenso quanto aos critérios para o déficit cognitivo ligeiro, os critérios de diagnóstico definidos por Petersen, *et al.* (2001; 2008) representam a mais recente tentativa de padronização dos mesmos (Stephan, *et al.*, 2007). Deste modo, Petersen, *et al.* (2008) definiu cinco critérios essenciais para constituir DCL: queixas de memória, preferencialmente confirmadas por um familiar; déficit objetivo da memória para a idade e escolaridade; função cognitiva geral normal; sem alterações nas atividades de vida diária; ausência de demência, de acordo com os critérios definidos no DMS-IV TR (2002) - desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos que incluem diminuição da memória e, pelo menos, uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia ou perturbação na capacidade de execução; os défices cognitivos deverão ser suficientemente graves para causarem diminuição do funcionamento ocupacional ou social e representam um declínio em relação a um nível prévio de funcionamento; se os défices cognitivos não ocorreram exclusivamente durante a evolução de um delírium. Outro critério definido para o DCL consiste na utilização da Escala de Avaliação de Demência (EAD) com um score final de 0,5 (Portet, *et al.*, 2006). Os indivíduos que apresentam este resultado na escala têm uma taxa de progressão para demência de 20% a 60% em 5 anos (Morris *et al.*, 2001 citado por Ribeiro, *et al.*, 2006a).

Nos estudos da Clínica Mayo, os indivíduos com DCL apresentam uma média na performance cognitiva de 1,5 DP abaixo do normal para a idade e escolaridade. No entanto este critério não é utilizado como ponte de corte, sendo sim mais uma orientação descritiva (Petersen, 2004).

Nos critérios de diagnóstico mais recentes do Grupo de Trabalho de DCL do Consórcio Europeu para a Doença de Alzheimer - EADC (Portet, *et al.*, 2006), admite-se que os indivíduos com DCL poderão apresentar alterações ligeiras ao nível das atividades instrumentais e complexas da vida diária, como é o caso de cozinhar, usar transportes públicos ou planear viagens. Manter o critério de ausência de defeito nas AVD poderia ser demasiado restritivo, resultando numa subestimação da prevalência do DCL (Pernecky, *et al.*, 2006). Estudos demonstram que provavelmente o declínio funcional tem início quando algumas capacidades cognitivas, como a memória, a atenção e funções executivas, estão ligeiramente afetadas (Pedrosa, 2007). Deste modo serão suficientes pequenos níveis de deterioração cognitiva para levar à perda progressiva das atividades de vida diária e atividades de vida instrumentais (Pedrosa, 2007).

No projeto de PAQUID (Personnes Agées QUID) constatou-se que doentes com DCL que apresentam déficit a nível das atividades de vida instrumentais têm maiores probabilidades de progredir, após dois anos, para demência (30,7%) e menores

possibilidades de retornar ao normal (10,7%) do que os doentes com DCL sem défices funcionais (7,8% e 34,7% respetivamente) (Peres *et al.*, 2006 citado por Pedrosa, 2007).

Com a continuidade na investigação sobre o DCL, tornou-se claro que nem todas as pessoas com DCL evoluíam para Doença de Alzheimer, pelo que o conceito expandiu para incluir défices em outros domínios cognitivos (Petersen, et al., 2008). Emergiram essencialmente dois subtipos: mnésico (inclui défice da memória) e não mnésico (se não existe défice de memória) (Petersen, 2004). Incluído no DCL mnésico, Petersen (2004) definiu dois subtipos: DCL mnésico de domínio único (quando a memória é o único domínio onde existe défice), ou DCL mnésico múltiplos domínios (quando os défices estão presentes em outros domínios cognitivos, como a linguagem, a atenção, ou a capacidade executiva, para além da memória). Do mesmo modo, definiu o DCL não mnésico em único domínio e múltiplos domínios, no caso de existir défice num único ou vários domínios, com exclusão da memória. A apresentação de DCL mais comum é em larga escala o tipo mnésico (Petersen, 2003). O Quadro 1 resume esquematicamente os diferentes tipos de DCL.

Quadro 1: Subtipos de DCL (adaptado de Magalhães, 2007)

Subtipos de DCL	
Mnésico	O défice da memória é o fator predominante, sendo a forma mais comum de DCL e a de maior risco para evolução para Doença de Alzheimer.
Múltiplos domínios	Declínio em vários domínios cognitivos, mas não de gravidade suficiente para constituir demência. É considerado mnésico múltiplos domínios quando um dos défices é na memória e não mnésico quando a memória não é afetada.
Domínio único não mnésico	Défice num único domínio que não a memória, como a função executiva, visuo-espacial, de processamento ou linguagem.

Estes critérios devem ser completados com a realização de uma entrevista rigorosa à pessoa idosa ou informante que confirme a presença de alterações cognitivas, despistando outras possíveis co-morbilidades causais e com o uso de testes que determinem se a pessoa apresenta défices cognitivos de acordo com a idade e escolaridade. A manutenção das atividades básicas de vida diária deve ser corroborada na entrevista e com instrumentos de avaliação adequados (Petersen, 2005).

3. ASPETOS EPIDEMIOLÓGICOS

A prevalência de DCL na população, de acordo com vários estudos (Ritchie, 2001; Mariani, *et al.*, 2007) com indivíduos com idades superiores a 60 anos, está entre os 3% a 17% e a taxa de incidência de novos casos por ano, considerando pessoas com mais de 65 anos e com diagnóstico de DCL mnésico está entre 9,9% e 21,5% (Mariani, *et al.*, 2007).

De acordo com os estudos de Bischkopf (2002), a incidência de DCL mnésico encontra-se entre 12 a 15/1000 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, atingindo acima dos 75 anos 54/1000 indivíduos.

Apesar de o diagnóstico de DCL poder indicar um estado de pré-demência, o prognóstico leva a maiores questões, já que alguns indivíduos com DCL permanecem estáveis e outros reverterem para um estado cognitivo normal (Petersen, 2003).

Porém, recentes estudos demonstram que o DCL constitui-se como uma entidade diagnóstica (Petersen, 2004) que tende a progredir para um quadro demencial. Estudos demonstram taxas de evolução para demência de 3% para 48%, de 1 a 5 anos (Fischer *et al.*, 2007 citado por Jean, *et al.*, 2010), pelo que se torna essencial desenvolver intervenções apropriadas para esta população com características tão específicas (Jean, *et al.*, 2010).

Perante a heterogeneidade do DCL, como já referido, a sua evolução pode apresentar vários estados clínicos como demonstrado no quadro 2 (Petersen, 2003).

Quadro 2: Progressão para demência de acordo com os subtipos de DCL (adaptado de Petersen, 2003)

Tipos de déficit cognitivo ligeiro	Pode progredir para
Mnésico	Doença de Alzheimer
Múltiplos domínios	Doença de Alzheimer Demência Vascular Envelhecimento Normal
Domínio único não- mnésico	Demência Frontotemporal Demência dos corpos de Lewy Afasia progressiva primária Demência Vascular

De acordo com o estado da arte atual, vários são os fatores intrínsecos e extrínsecos que propiciam o desenvolvimento de DCL. Fatores como a idade avançada, hipertensão arterial, diabetes, traumatismos cranianos, obesidade e história de depressão podem ser considerados como preditores de DCL (Ghetu, et al., 2010). Outros fatores como a idade avançada, a baixa escolaridade, o tabagismo, o sedentarismo e o pouco contacto social podem igualmente aumentar o risco de DCL, verificando-se também uma maior predominância nas mulheres (Magalhães, 2007). Outro fator revelou-se importante como preditor de uma progressão mais rápida para demência ou doença de alzheimer. Os estudos da clínica Mayo (Petersen, 2003) demonstraram que os indivíduos portadores da apolipoproteína E e4 (APOE-4) apresentam maior probabilidade de evoluir para doença de alzheimer do que os não portadores.

Por outro lado, estudos como os de Ribeiro e Yassuda (2007) citados por Rabelo (2009) demonstram que certos estilos de vida podem ser fatores protetores para DCL, nomeadamente a interação social, o envolvimento em atividades mentais, lúdicas e físicas, que por sua vez melhoram funções cognitivas como a memória, linguagem e atenção, bem como a qualidade de vida, muitas vezes diminuída nestes indivíduos (Muangpaisan *et al.*, 2008).

4. DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO E PROGRAMAS DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

O desenvolvimento de intervenções no âmbito da reabilitação cognitiva ganhou uma maior importância nos últimos anos, sendo utilizado em vários campos, como na demência, no DCL, traumatismos cranianos, entre outros (Postigo, et al., 2010).

Os programas de estimulação cognitiva têm sido desenvolvidos para melhorar as dificuldades cognitivas sentidas pelos idosos, no sentido de maximizar as suas capacidades funcionais e diminuir o risco de declínio cognitivo (Faucounau, et al., 2010). Mais recentemente têm sido utilizados em pessoas com fases iniciais de demência (Clare e Woods, 2004 citado por Faucounau, *et al.*, 2010).

Na literatura distinguem-se três pilares fundamentais no desenvolvimento das intervenções cognitivas (Clare, 2003 citado por Faucounau, *et al.*, 2010):

- A estimulação cognitiva promove frequentemente atividades em grupo, com o intuito de aumentar o funcionamento cognitivo e social. A estimulação cognitiva é um método conceptual baseado na ideia de que as capacidades cognitivas, juntamente com factores psicológicos contribuem para a realização pessoal. Engloba também terapia de orientação para a realidade e treino cognitivo;

- O treino cognitivo envolve um conjunto de atividades, frequentemente realizadas em grupo, que visam abordar áreas específicas da cognição, como a memória, linguagem, atenção ou funções executivas. Envolve estratégias como imagens visuais e otimização da memória, com o objetivo de aproveitar as capacidades cognitivas e diminuir os défices;

- A reabilitação cognitiva envolve programas personalizados que englobam atividades específicas da vida diária. Destina-se a identificar e culmatar necessidades relevantes para a vida quotidiana.

No âmbito do DCL, vários estudos sobre a eficácia de intervenções em grupo de estimulação cognitiva demonstram resultados encorajadores (Faucounau, et al., 2010). Estudos sugerem que pessoas com DCL mantêm a plasticidade neuronal pelo que a sua

performance cognitiva pode ser mantida ou melhorada através de programas de estimulação cognitiva (Belleville, et al., 2006). O foco incide sobre os processos e funcionalidades que apresentam déficit, construindo as capacidades remanescentes e pontos fortes (Belleville, et al., 2006). Torna-se também essencial o acompanhamento constante da pessoa com DCL, no sentido de informar sobre o déficit cognitivo ligeiro, explicar a importância de acompanhar o seu desempenho ao longo do tempo, incentivando a compensação ativa do impacto funcional do déficit (Cancela, 2007). A avaliação e monitorização das alterações e evolução tornam-se preponderantes como base para o desenvolvimento de intervenções eficazes e com garantia da qualidade.

Os estudos mais frequentes sobre intervenções focadas na cognição dirigem-se ao treino cognitivo que pode envolver sessões individuais ou em grupo, orientadas por profissionais treinados, com enfoque no treino de funções como a memória, a atenção ou linguagem (Martin *et al.*, 2011). Facilitam e promovem oportunidades de ensino de estratégias e permitem o treino e correção das mesmas (Rebok *et al.*, 2007 citado por Faucounau, *et al.*, 2010)

A estimulação e treino da memória foca-se na análise da potencialidade cognitiva de acordo com o funcionamento normal do envelhecimento e permite determinar os limites da plasticidade cognitiva, ou seja, de mudança e adaptação (Hoyer 2006; Kliegl 1989; Verhaeghen 1992 citado por Martin *et al.*, 2011).

Para além de poderem ser individuais ou em grupo, as intervenções cognitivas diferem no que diz respeito ao tipo das habilidades alvo de treino, na especificidade do treino (treino de um conjunto de habilidades, com uma abordagem holística ou treino da memória com recordação de textos, por exemplo), nas estratégias utilizadas, na duração e frequência das sessões e do programa na sua totalidade, no tamanho do grupo, bem como nas características dos participantes (Martin *et al.*, 2011). De acordo com o mesmo autor, os programas de intervenção podem ir de poucas horas a um ano, baseadas essencialmente numa intervenção em grupo, com incidência no treino de técnicas baseadas na memória e multifatoriais, com recurso a vários métodos. Outros programas incluem grupos de apoio, atividade física e tratamento medicamentoso, isoladamente ou em simultâneo com o treino cognitivo. As técnicas utilizadas podem ter enfoque em vários domínios cognitivos como a memória, as capacidades funcionais, atenção e velocidade de processamento (Martin *et al.*, 2011). Para a estimulação da memória são utilizadas técnicas como: educação da memória, treino de competências de relaxamento, de mnemónicas, reestruturação cognitiva de forma a alterar crenças sobre o controlo da memória e gestão de stress (Rapp *et al.*, 2002), recordação imediata ou tardia da associação face-nome, treino da memória visuo-espacial e da memória a curto prazo, associados a uma aprendizagem

por associação ou recordação (Martin *et al.*, 2011), treino de atividades de vida diária, exercícios cognitivos (Olazarán *et al.*, 2004 citado por Faucounau, *et al.*, 2010), treino de atenção, da memória episódica e de estratégias da memória (Belleville, *et al.*, 2006), com possível recurso aos paradigmas de aprendizagem por erro e aprendizagem sem erro (Jean, *et al.*, 2010).

Outros estudos baseiam-se no treino/estimulação cognitiva com recurso aos computadores, o que permite uma maior relação entre custo e eficácia, permite uma gestão individual e o acesso a um conjunto de plataformas que por sua vez facilitam uma maior flexibilidade de treino, bem como uma maior acessibilidade (Faucounau, *et al.*, 2010). Estes programas incluem tarefas definidas de forma a proporcionar a melhoria da atenção, da capacidade visuo-motora, da capacidade e tempo de resposta, da memória, da concentração, da capacidade de expressão verbal, entre outras, tentando igualmente recriar em alguns exercícios, tarefas do quotidiano, de forma a aumentar a motivação (Günther *et al.*, 2003).

As questões chave para estes programas de estimulação, independente das técnicas utilizadas, residem no potencial de melhoria, na manutenção dos progressos e na repercussão a nível do funcionamento diário, comprovando juntamente com os resultados objetivos dos testes cognitivos aplicados, a efetividade das intervenções. Igualmente, perceber os fatores que levam a resultados positivos após o desenvolvimento da estimulação cognitiva torna-se de grande importância, já que permite o planeamento e realização de intervenções mais eficazes (Martin *et al.*, 2011).

No capítulo 6 referente ao estado da arte demonstramos com base na evidência, a importância dos programas de estimulação cognitiva em pessoas com DCL, recorrendo a estudos que comprovam a sua eficácia.

5. AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DO DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO

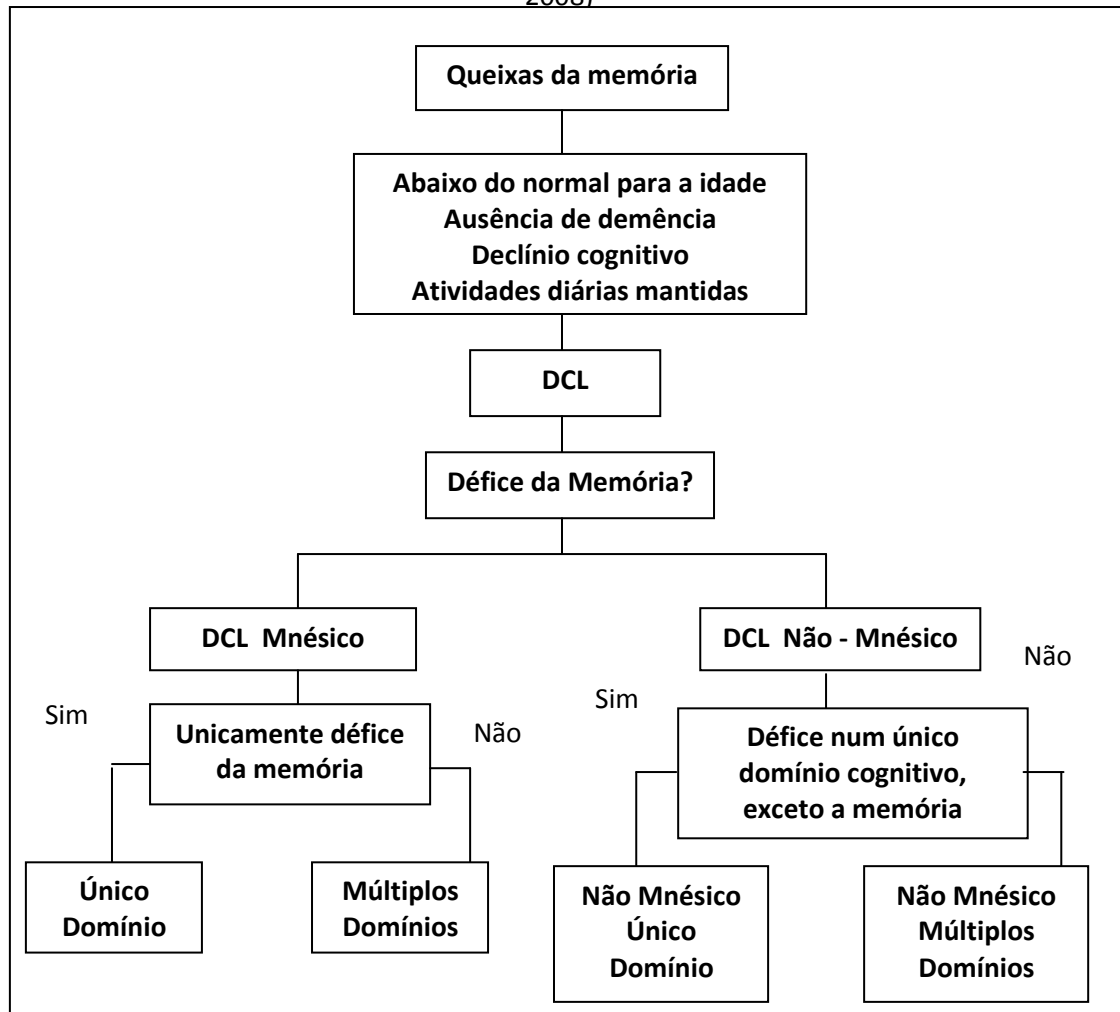
A avaliação e atribuição do diagnóstico de DCL não deve ser o resultado de apenas ter uma classificação menor na memória, de acordo com a idade, mas também e essencialmente que coloque a pessoa numa posição de aumento do risco de desenvolver demência (Petersen, 2003). Deste modo, a definição de critérios específicos e de normas diagnósticas, através do uso de escalas de classificação torna-se fundamental para uma avaliação eficaz e conseqüentemente uma correta intervenção.

A avaliação da pessoa com DCL deve-se basear numa completa anamnese e exame mental, de preferência com a confirmação de um familiar ou cuidador.

As queixas da memória constituem um importante fator a ter em conta na anamnese ao individuo com suspeita de DCL, devendo ser dada particular atenção às queixas espontâneas, sobretudo às que surgem pela primeira vez com a idade e que levam a alterações referidas pelo próprio e familiares (Petersen, 2004). Deverão ser excluídas queixas de memória cuja causa possa estar relacionada com sintomatologia depressiva, ansiosa ou do estado de saúde em geral (Derouesné *et al.*, 1999 e Gagnon *et al.*, 1994 citado por Ribeiro, *et al.*, 2006a).

Com a confirmação da ausência de normalidade relativamente à idade, ausência de demência e manutenção da funcionalidade nas atividades de vida diária, a decisão baseia-se na confirmação da presença de DCL (Petersen, 2004). A figura 2 ilustra o fluxograma do processo de diagnóstico de DCL e dos seus subtipos (Petersen *et al.*, 2008).

Figura 2: Processo de diagnóstico de DCL e subtipos (adaptado de Petersen *et al.*, 2008)



Com a definição dos critérios de diagnóstico, o recurso a instrumentos de avaliação tornam-se fundamentais para a confirmação de défices objetivos da memória ou outras funções cognitivas, confirmando assim as queixas verbalizadas.

Um dos instrumentos utilizados é a Escala de Avaliação de Demência (EAD), através da qual os autores Hughes *et al.*, 1982 (Hughes, C. P *et al.*, 1982) (Ribeiro, *et al.*, 2006b) apresentaram o conceito de defeito cognitivo questionável, aplicando-o a indivíduos com uma pontuação de 0,5 na escala. Com esta classificação, a taxa de progressão para demência foram de 20 a 60% em 5 anos (Morris *et al.*, 2001 citado por Ribeiro, *et al.*, 2006b). Como referido, atualmente é consenso que o resultado de 0,5 na escala constitui-se como critério de diagnóstico (Petersen, *et al.*, 2008). A escala varia entre o normal (EAD =0), suspeita de demência (EAD=0,5) e vários estádios de demência: ligeira (EAD =1), moderada (ESD =2) e severa (EAD=3) (Petersen, 2004). Atualmente vários estudos mantêm este mesmo critério e têm vindo a demonstrar que indivíduos com EAD =0,5 podem

representar a presença de défice cognitivo ligeiro ou demência ligeira (Petersen, et al., 2008).

O Mini Exame do Estado Mental elaborado por Folstein et.al. (1975) e validado para a população portuguesa por Guerreiro *et al.* (1994) é um dos testes mais utilizado e estudado a nível mundial, permitindo a avaliação do funcionamento cognitivo. (Apóstolo, 2011). Este teste avalia várias dimensões, nomeadamente orientação, repetição (de palavras), atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva (Maia *et al.*, 2009). Pode ser utilizado para rastreio cognitivo, possibilitando identificar alterações cognitivas e não se constituindo por si só como meio de diagnóstico (Petersen, et al., 2008). A evocação após 10 minutos de interferência do material verbal aprendido em prova demonstrou ser uma medida susceptível e seletiva para distinguir envelhecimento normal de fases iniciais de doença de Alzheimer (Welsh, *et al.*, 1991 citado por Ribeiro, *et al.*, 2006a). No entanto algumas investigações têm demonstrado algumas limitações na medida em que alguns défices cognitivos ligeiros podem não ser detetados pelo MMSE (Nasreddine *et al.*, 2005). Em vários estudos os participantes preenchiem os critérios de DCL, mas apresentavam resultados no MMSE acima de 26 (considerado normal em idosos sem alterações) (Tombaugh *et al.*, 1992). No entanto, de acordo com Ismail e Shulman (2006), o MMSE continua a ser o teste mais utilizado no mundo, tendo já sido referenciado em mais de 13 000 situações na literatura sobre psiquiatria.

Na deteção de DCL, os scores de cada item devem ser analisados, já que podemos ter resultados totais bastante elevados. Uma pessoa pode apresentar um défice da memória e ter um bom desempenho em outros domínios cognitivos (Petersen, 2003).

O teste do relógio pode também ser utilizado na identificação da presença de défice cognitivo. É de fácil aplicação e não sofre grande influência do grau de alfabetização. Avalia diversas funções cognitivas, como a memória semântica, a função executiva (planeamento), a linguagem (compreensão do comando), praxia e função visuo-espacial. É um teste com grande especificidade e sensibilidade para detetar Doença de Alzheimer (Jean, *et al.*, 2010).

De acordo com Ismail e Shulman (2006) umas das grandes vantagens deste teste consiste na relativa independência da interferência de fatores intelectuais, culturais ou de linguagem. Estudos desenvolvidos por Samton *et al.* (2005) demonstraram que o teste do relógio foi sensível ao ponto de detetar défices cognitivos frontais/executivos em pessoas com resultados normais no MMSE.

A interpretação do teste é eminentemente qualitativa. O teste do relógio constitui um bom instrumento para rastreio de demência ou défice cognitivo (Agrell e Dehlin, 1998). O teste considera-se bastante alterado quando o resultado é 0,1 ou 2 (Apóstolo, 2011) ou

abaixo de 3 (Shulman *et al.*, 1993), podendo ser relacionado com o MMSE (Agrell e Dehlin, 1998).

A Escala de Deterioração Global (EDG) constitui-se uma escala de sete pontos que foi desenvolvida por Reisberg e col. (1982), tendo vindo a ser utilizada para classificar a gravidade de indivíduos dentro dos padrões normais e com demência (Petersen, 2003). A EDG varia entre 1 (normal), 2 (normal com queixas subjetivas), incluindo também as fases de 3 a 7, que significam níveis de défice crescente. De acordo com investigadores da Universidade de Nova Iorque, um resultado de 3 é equivalente a défice cognitivo ligeiro (Petersen, 2003). Nos estudos da Clínica Mayo, a média do resultado da escala referida, em indivíduos com DCL foi de 2,7, o que significa que alguns apresentaram um resultado de 2 e outros de 3. O mesmo ocorreu num estudo desenvolvido pelo National Institute on Aging através do Alzheimer's Disease Cooperative Study (Petersen, 2003). Deste modo, de acordo com o mesmo autor e de acordo com os critérios clínicos definidos, nenhum estágio da EDG se aplica diretamente a indivíduos com DCL. No entanto num estudo longitudinal desenvolvido por Reisberg *et al.* (1996 citado por Petersen, 2003) ao fim de 3 anos, 16% dos indivíduos com resultado de 3 na EDG evoluíram para um nível de deterioração superior, enquanto que apenas 5,5% dos que se encontravam no grau 2 tiveram uma evolução negativa. Estes resultados indicam que uma grande percentagem já apresentava deterioração cognitiva que mais tarde evoluiu para situações de demência.

Sendo um dos critérios a manutenção das atividades de vida diárias, importa igualmente classificar os indivíduos estudados a este nível.

A escala de Lawton e Brody foi desenvolvida para avaliar o nível de independência nas atividades de vida instrumentais, compreendendo oito itens: usar o telefone, fazer compras, preparação da alimentação, arranjo da casa, cuidados com a roupa, uso de transportes, preparação da medicação e gestão do dinheiro (Sequeira, 2007). Défices a nível da capacidade de deslocação, da toma dos medicamentos, da gestão do dinheiro e do uso do telefone podem ser preditores de declínio cognitivo (Barberger-Gateau *et al.*, 1993 citado por Ribeiro, *et al.*, 2006a).

Estudos demonstram que a combinação de vários testes cognitivos e de funcionalidade permitem uma melhor precisão no diagnóstico de défices cognitivos, essencialmente de suspeita de demência (Bustamante, *et al.*, 2003).

As escalas de avaliação são de facto bastante úteis para definir o nível de deterioração cognitiva, mas não são suficientes para caracterizar os indivíduos com défice cognitivo ligeiro, devendo ser complementares, como referido de um exame global rigoroso e de critérios bem definidos.

6. ESTADO DA ARTE

No sentido de sistematizar o estado do conhecimento sobre o DCL e programas de estimulação cognitiva foi realizada uma revisão da literatura. Para tal utilizamos uma abordagem baseada na evidência, com recurso ao modelo PICO: participantes; intervenção; contexto do estudo; resultados (*outcomes*) (Craig, et al., 2003) e tipo de estudo.

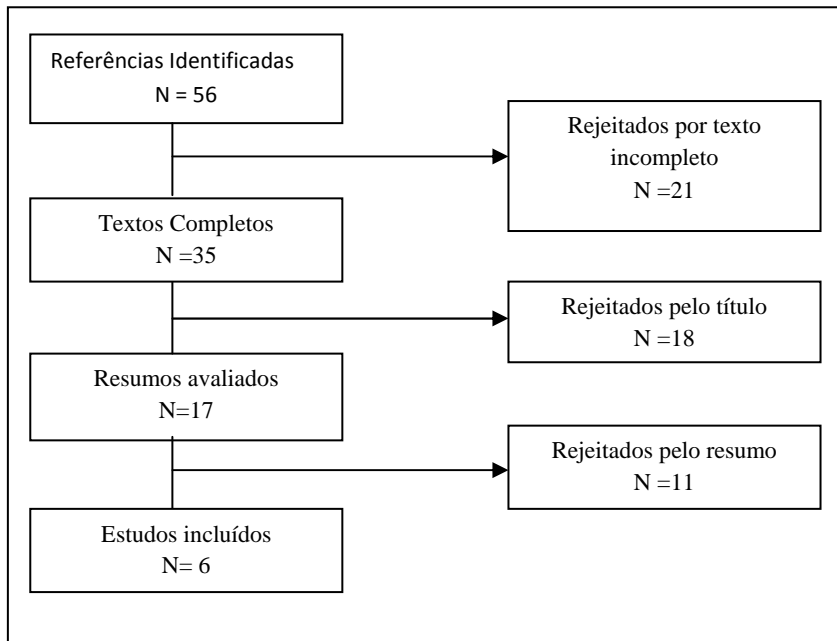
De acordo com este método e de forma a dar resposta às questões de investigação foram consultadas várias bases de dados, com estudos que demonstrassem evidência científica sobre o tema a abordar, estabelecendo critérios de inclusão e de exclusão. Nos primeiros seleccionámos estudos com participantes com DCL, com programas de intervenção para DCL e estudos com evidência científica relevante. Os critérios de exclusão englobaram estudos que não demonstrem evidência científica relevante, sem aplicabilidade prática, nos quais os participantes apenas apresentem diagnóstico de demência, ou os estudos se apliquem a crianças ou adolescentes (*children or adolescent*).

Para a identificação e seleção dos estudos relevantes a incluir neste artigo, isolaram-se os conceitos referentes aos participantes, à intervenção e ao desenho dos estudos pretendidos, de modo a definir um conjunto de palavras-chave e de termos relacionados que da sua intersecção resultaria a obtenção da expressão de pesquisa pretendida.

A pesquisa foi realizada através de bases de dados eletrónicas, como MedLine, Psychology and Behavioral Sciences Collection e CINAHL Plus (via EBSCOhost), utilizando o inglês como idioma preferencial e com datas compreendidas entre o ano de 2000 e 2012. De acordo com a questão de investigação foram escolhidas as palavras-chave: défice cognitivo ligeiro (*mild cognitive impairment*), reabilitação cognitiva (*cognitive rehabilitation*) ou programas de intervenção cognitiva (*cognitive intervention programmes/program*) ou programas de treino cognitivo (*cognitive training programme*).

Da pesquisa foram encontrados 56 estudos, dos quais 21 foram eliminados por se encontrarem em texto incompleto, 18 foram eliminados pelo título e 12 foram excluídos pelo resumo. Foram seleccionados os 6 estudos restantes. O processo de seleção encontra-se esquematizado na figura 3.

Figura 3: Processo de seleção dos estudos de investigação



Na tabela 3 apresentam-se os artigos analisados, com referência ao estudo (autor, ano de publicação e país), aos participantes, a intervenção, a metodologia utilizada e os resultados encontrados.

Tabela 1: Revisão da Literatura

Autor, Ano, Fonte, País	Tsolaki et al, 2011, Neurodegenerative diseases, Grécia	Jean et al, 2010, Neuropsychological Rehabilitation, Canada	Kinsella et al, 2009, Journal Neurol Neurosurg Psychiatry, Austrália	Kurz et al, 2009, International Journal of Geriatric Psychiatry, Alemanha	Talassi et al, 2007, Archives of Gerontology and Geriatric, Itália	Belleville et al, 2006, Dementia and Geriatric Cognitive Disorders
Participantes - Amostra	176 participantes com DCL mnésico de múltiplos domínios, de acordo com os critérios de Petersen <i>et al.</i> (2001), distribuídos por dois grupos: um grupo experimental de 104 participantes alvo de terapia não farmacológica, e um grupo controlo de 72 participantes, sem qualquer tipo de terapia.	22 participantes com DCL do tipo mnésico de único ou múltiplos domínios (de acordo com os critérios de Petersen <i>et al.</i> (2001): 11 incluídos no grupo experimental e 11 incluídos no grupo controlo	44 participantes com DCL mnésico, de acordo com os critérios de Petersen <i>et al.</i> (2001) e seus familiares mais próximos: um grupo experimental (10 homens e 12 mulheres) e um grupo controlo (9 homens e 13 mulheres)	40 participantes, dos quais 30 apresentam DCL, de acordo com os critérios de Petersen <i>et al.</i> (2001) e dez demência ligeira. Do grupo experimental fizeram parte 18 participantes com DCL e 10 com demência ligeira. No grupo controlo foram incluídos 10 participantes com DCL.	30 participantes com DCL, de acordo com os critérios de Petersen <i>et al.</i> (2001) e 24 com demência ligeira incluídos no grupo experimental; - No grupo controlo foram incluídos 7 participantes com DCL e 5 com demência ligeira.	47 participantes foram incluídos no estudo: 26 com DCL, de acordo com os critérios de Petersen <i>et al.</i> (2001) e 17 participantes sem alterações cognitivas. No grupo experimental foram incluídos 20 participantes com DCL e 9 participantes saudáveis; No grupo controlo foram integrados 8 participantes com DCL e 8 participantes saudáveis.
Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> · Avaliar a efetividade de um programa holístico de reabilitação cognitiva em pessoas com DCL; · O programa incluiu treino cognitivo, estimulação cognitiva e técnicas psicoterapêuticas, durante 60 sessões, 90 minutos cada, com dois intervalos de 15 minutos. Cada grupo era constituído por cinco participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> · Avaliar a eficácia de um programa de treino cognitivo de 10 semanas, com duração de 3 meses. · Os participantes do grupo experimental foram alvo de um programa que combinou técnicas como aprendizagem sem erro · Os participantes incluídos no grupo controlo foram alvo que um programa de treino cognitivo baseado num paradigma de aprendizagem com erro · Foram proporcionadas sessões de psicoeducação a todos os participantes. · Follow-up uma e quatro semanas após a intervenção (aplicado ao grupo experimental). 	<ul style="list-style-type: none"> · Investigar a utilidade de uma intervenção precoce para os défices de memória sentidos pelos indivíduos com DCL mnésico; · Programa de 5 semanas, 90 minutos por sessão, com uma abordagem de resolução de problemas para ilustrar dificuldades diárias e comuns de memória, e treinar estratégias para responder a estes problemas. · Foi disponibilizado material informativo para as famílias, de forma a facilitar o treino das estratégias para aplicação nas atividades diárias. · Follow-up após 2 semanas da intervenção e 4 meses após. 	<ul style="list-style-type: none"> · Avaliar os benefícios de um programa de reabilitação cognitiva com múltiplos domínios em indivíduos com DCL; · O programa teve a duração de quatro semanas, 22 horas por semana, em grupos de 10; · O programa incluiu planeamento de atividades, treino de auto-assertividade, técnicas de relaxamento, gestão de stress, uso de estratégias externas da memória, treino da memória e exercício físico. · Uma vez por semana os familiares foram convidados a participar num grupo de suporte e informativo; · A medicação psicotrópica foi mantida em todo o programa. 	<ul style="list-style-type: none"> · Avaliar a efetividade da reabilitação neuropsicológica nos sintomas cognitivos, comportamentais e funcionais em indivíduos com DCL e demência ligeira; · O programa teve a duração de 3 semanas, quatro dias por semana · O grupo experimental foi sujeito a um programa de reabilitação cognitiva. Incluiu treino cognitivo computadorizado, terapia ocupacional e terapia comportamental; · O grupo controlo foi alvo de reabilitação física, terapia ocupacional e terapia comportamental. 	<ul style="list-style-type: none"> · Avaliar a eficácia do treino cognitivo em indivíduos com DCL; · O programa foi realizado em oito sessões semanais, 120 minutos cada, em grupos de 4 a 5 participantes; · O programa foi centrado no ensino de estratégias para a memória episódica (recordação de listas, associação faces-nomes)

Autor, Ano, Fonte, País	Tsolaki et al, 2011, Neurodegenerative diseases, Grécia	Jean et al, 2010, Neuropsychological Rehabilitation, Canada	Kinsella et al, 2009, Journal Neurol Neurosurg Psychiatry, Australia	Kurz et al, 2009, International Journal of Geriatric Psychiatry, Alemanha	Talassi et al, 2007, Archives of Gerontology and Geriatric, Itália	Belleville et al, 2006, Dementia and Geriatric Cognitive Disorders
Metodologia	Estudo experimental controlado cego, numa abordagem quantitativa	Estudo experimental controlado, numa abordagem quantitativa	Estudo experimental controlado cego, numa abordagem quantitativa	Estudo experimental controlado, numa abordagem quantitativa	Estudo experimental controlado, numa abordagem quantitativa	Estudo experimental controlado, numa abordagem quantitativa
Resultados Major	<ul style="list-style-type: none"> · Os participantes incluídos no grupo experimental demonstraram no pós-teste, relativamente aos participantes do grupo controlo, melhoria nas funções executivas, na memória verbal, praxis, habilidade construtiva, nas capacidades cognitivas em geral e atividades de vida diária ; · A análise do pré e pós-teste do grupo experimental revelou melhoria no desempenho cognitivo em geral, na atenção, linguagem, memória verbal, funções executivas, percepção visual e nas atividades de vida diária. No grupo controlo houve deterioração das atividades de vida diária e instrumentais e pior desempenho cognitivo que no grupo experimental; · O estudo demonstrou que uma abordagem não farmacológica e holística pode melhorar a performance cognitiva e funcional dos indivíduos com DCL. 	<ul style="list-style-type: none"> · Todos os participantes do grupo experimental melhoraram na capacidade de aprendizagem relativa à associação face-nome; · Foi observada uma significativa melhoria na satisfação sentida pelos participantes relativamente ao funcionamento da memória e na frequência com que cada participante utilizou estratégias de memória diárias ; · O facto de ambos os grupos terem sido alvo de sessões de psicoeducação pode ter contribuído para não ser possível detectar diferenças entre os grupos · A dimensão dos grupos foi um fator limitador. 	<ul style="list-style-type: none"> · A deteção precoce dos défices de memória nos indivíduos com DCL, com recurso à reabilitação cognitiva é essencial, contribuindo para a diminuição das dificuldades mnésicas diárias, bem como para a melhoria da utilização de estratégias de memória; · Os participantes do grupo experimental demonstraram ganhos significativos no desempenho diário a nível memória e na utilização de estratégias da memória, comparativamente ao grupo controlo · As famílias também demonstraram um maior conhecimento das estratégias de memória · Contribuiu para manutenção da autonomia e melhoria da qualidade de vida dos participantes do grupo experimental · Os ganhos a nível de utilização de estratégias no grupo experimental foram evidentes 2 semanas após a intervenção, mas dissiparam-se 4 meses depois. 	<ul style="list-style-type: none"> · O estudo demonstrou que os participantes com DCL beneficiaram com o programa de reabilitação cognitiva; · Os participantes com DCL incluídos no grupo experimental melhoraram após as 4 semanas, a nível das atividades de vida diária, das capacidades e habilidades cognitivas, bem como a nível do humor; · Nos participantes do grupo controlo as atividades de vida diária não sofreram alterações, os sintomas depressivos aumentaram ligeiramente e foi observado um significativo efeito “re-teste” na memória verbal episódica. 	<ul style="list-style-type: none"> · O estudo demonstrou que um programa sistemático de reabilitação neuropsicológica, que promove um programa de treino cognitivo computarizado, produz uma melhoria das capacidades cognitivas em indivíduos com DCL e demência ligeira; · Os participantes do grupo experimental obtiveram melhoria na apraxia construtiva e na evocação. Os sintomas de depressão e ansiedade reduziram significativamente; · No grupo controlo não foram evidenciadas diferenças significativas no pré e pós-teste, a nível das funções cognitivas, dos sintomas comportamentais e a nível funcional. 	<ul style="list-style-type: none"> · O estudo demonstrou que uma intervenção multifatorial é vantajosa para os indivíduos com DCL; · Os participantes com DCL sujeitos à intervenção apresentaram melhorias na recordação de listas de palavras, memorização e recordação de nome de pessoas. Foi notório o aumento da memória episódica

Verifica-se cada vez mais uma maior necessidade em serem desenvolvidos estudos na área do DCL e da estimulação precoce, dada a elevada taxa de progressão para demência. Dos estudos seleccionados podemos retirar algumas conclusões.

O estudo de Jean, *et al.*(2010) demonstrou a eficácia de um programa de treino cognitivo, de 10 semanas, em idosos com DCL, realçando a importância do ensino e treino de estratégias compensatórias da memória. Foi notória a melhoria na capacidade de utilização das estratégias de memória no quotidiano de cada um, de forma a atenuarem e culmatarem as dificuldades sentidas. Igualmente foi observada uma melhoria da auto-estima dos participantes do grupo experimental, apesar de não ter sido estatisticamente significativa.

Os participantes incluídos no estudo obedeceram aos critérios definidos por Petersen *et. al* (2001), juntamente com os seguintes parâmetros de inclusão: idade superior ou igual a 50 anos de idade, ausência ou ligeiras dificuldades nas atividades de vida diária e queixas na dificuldade em recordar no dia-a-dia a associação face-nome. Relativamente aos critérios de exclusão, os participantes não poderiam apresentar diagnóstico ou probabilidade de ter Doença de Alzheimer ou outro tipo de demência de acordo com o DSM –IV-TR (2002), não ser portador de algum tipo de patologia sistémica ou neurológica que possa provocar défice cognitivo (por exemplo, Doença de Parkinson, Síndrome de Huntington, esclerose múltipla, etc.), presente ou tenha história de abuso de álcool ou drogas), tenha uma doença mental crónica ou um episódio agudo de depressão major ou esteja medicado com terapêutica psicotrópica ou que provoque défice cognitivo (por exemplo benzodiazepinas, inibidores da colinesterase, etc.). Uso de terapêutica antidepressiva foi aceite, no caso de não haver alteração de dosagem nos últimos 6 meses.

Uma das limitações do estudo foi o facto de ambos os grupos terem sido alvo de sessões de psicoeducação. Por outro lado, a interação social proporcionada e o contacto com um profissional especializado permitiu a partilha de experiências e receios, bem como a diminuição da ansiedade relacionada com os problemas de memória. Outra limitação do estudo foi o número de participantes, o que é justificado pela dificuldade em sinalizar indivíduos com DCL mnésico, devido à falta de atenção dada pelos profissionais de saúde aos declínios cognitivos que não causam alteração nas atividades de vida diária. É necessária uma maior educação dos profissionais de saúde e da população em geral, no sentido de limitar o impacto em futuros estudos.

No estudo de Tsolaki *et al.* (2011) foi igualmente demonstrada a eficácia de uma terapia holística não farmacológica a nível cognitivo e funcional, de 60 sessões, nomeadamente a nível das atividades de vida diárias, das funções executivas, da memória verbal, praxis, e habilidades cognitivas em geral. Foi evidente uma melhoria a nível cognitivo com repercussões nas atividades de vida diária, tal como referido pelos próprios e suas famílias. O programa foi orientado para o treino de estratégias da memória, incluindo o ensino e treino de estratégias, educando também sobre as funções cerebrais e os fatores que podem interferir com a memória.

O diagnóstico de DCL foi igualmente definido pelos critérios de Petersen *et al.* (2001), com os seguintes critérios de exclusão: evidência ou história de doença isquémica, uso de inibidores da colinesterase, diagnóstico de demência e alterações a nível da capacidade visual, acuidade auditiva, bem como dificuldades na leitura e escrita a um nível suficiente para interferir no treino. De notar que 90% dos participantes apresentaram fatores de risco para DCL, nomeadamente hipertensão arterial, diabetes mellitus e hiperdislipidémia.

Uma das limitações do estudo residiu no facto de não ter sido incluída uma escala de avaliação da ansiedade, no sentido de perceber se houve uma diminuição após intervenção.

O estudo de Kinsella, *et al.* (2009) pretendeu avaliar a importância de uma intervenção precoce para as dificuldades de memória experienciadas pelos indivíduos com DCL, tendo sido desenvolvida no período de 5 semanas (1 sessão por semana). Houve melhoria significativa no desempenho diário a nível da memória, bem como na utilização das estratégias da memória. O resultado final demonstrou que a é essencial uma deteção precoce dos défices de memória nos indivíduos DCL, sendo a reabilitação cognitiva igualmente essencial.

O diagnóstico de DCL foi realizado através dos critérios de Petersen *et al.* (2001) e das escalas de avaliação utilizadas. Os critérios de exclusão incluíram: patologias associadas que provoquem défice cognitivo, doença mental grave ou problemas comportamentais, doença cerebro-vascular significativa, tal como défice significativo a nível da visão, audição e comunicação. De notar que neste estudo foram incluídas as famílias dos participantes do grupo experimental, tendo sido alvo de uma intervenção em grupo para aprenderem a lidar com as dificuldades da memória. Foi igualmente fornecido material informativo para facilitar o treino das estratégias e aplicação nas atividades diárias. Dada a elevada taxa de progressão para demência, o conhecimento e aquisição de competências da família sobre a gestão de estratégias de memória e comportamento, pode ser um factor facilitador na otimização do funcionamento diário familiar.

O estudo de Kurz, *et al.* (2009) pretendeu avaliar os benefícios de um programa de reabilitação cognitiva com múltiplos domínios em indivíduos com DCL, com duração de quatro semanas, 22 horas por semana. O estudo demonstrou que os participantes do grupo experimental beneficiaram com o programa de reabilitação cognitiva, a nível das atividades de vida diária, das capacidades e habilidades cognitivas, bem como a nível do humor. De notar que os participantes mantiveram terapêutica psicoativa, o que torna pouco provável que as melhorias a nível cognitivo, funcional e humor estejam relacionadas com o tratamento farmacológico. Igualmente neste estudo também os familiares ou outras pessoas próximas foram incluídas, tendo sido convidadas a participar uma vez por semana num grupo de suporte. Os resultados indicaram uma maior envolvimento dos familiares, garantindo a continuação da utilização das competências e estratégias diárias.

O estudo de Talassi, *et al.* (2007) pretendeu avaliar a efetividade da reabilitação neuropsicológica nos sintomas cognitivos, comportamentais e funcionais em indivíduos com DCL e demência ligeira. O programa teve a duração de 3 semanas, quatro dias por semana. Neste estudo ambos os grupos, experimental e controlo foram sujeitos a intervenção. O primeiro foi alvo de um programa de treino cognitivo baseado na utilização do computador. O grupo controlo foi alvo de reabilitação física, terapia ocupacional e terapia comportamental, que proporcionou uma indireta estimulação cognitiva. Os participantes com DCL do grupo experimental obtiveram melhoria na apraxia construtiva e na evocação, bem como os sintomas de depressão e ansiedade reduziram significativamente. No grupo controlo não foram evidenciadas diferenças significativas no pré e pós-teste dos participantes com DCL, a nível das funções cognitivas, dos sintomas comportamentais e a nível funcional.

Belleville, *et al.* (2006) desenvolveu no seu estudo um programa de treino cognitivo para indivíduos com DCL e idosos sem alterações para a idade, com duração de em oito sessões semanais, 120 minutos cada. A intervenção baseada no ensino de estratégias para a memória episódica, promoveu nos participantes com DCL melhorias na recordação de listas de palavras, memorização e associação face-nome. Foi notório o aumento da memória episódica.

De um modo global, em todos os estudos os critérios de Petersen *et al.* (2001) estiveram presentes na selecção dos participantes com DCL, o que permite a uniformização de critérios para podermos obter resultados com maior evidência no desenvolvimento dos programas de intervenções cognitivas.

O ensino e treino de estratégias da memória revela-se de grande importância na melhoria das funções cognitivas, bem como a manutenção das mesmas no quotidiano de cada participante e sua influência no desenvolvimento das atividades diárias.

A família assume igualmente um papel preponderante, tendo sido incluído em 3 dos estudos apresentados, no sentido de aumentar a utilização de estratégias da memória, bem como na aquisição de competências para lidar com as dificuldades mnésicas sentidas pelos indivíduos com DCL.

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. METODOLOGIA

A investigação científica é um método de aquisição de conhecimentos, de forma a encontrar respostas para questões objetivas (Fortin, 2009). Vários são os estudos no âmbito das demências e programas de reabilitação cognitiva. No entanto, a investigação em enfermagem em fases mais precoces de défice cognitivo torna-se cada vez mais premente dado os elevados índices de envelhecimento e a incidência de demências na nossa população. O estudo de uma fase antecipatória à demência – o DCL - e o desenvolvimento de medidas para intervenção precoce deverá ser cada vez mais estruturado com base na evidência e na investigação de novas práticas adequadas às necessidades e realidades de uma população.

No presente capítulo apresenta-se a justificação do estudo, sua finalidade e objetivos.

1.1. Justificação

O estudo aqui apresentado decorreu no contexto profissional da Unidade de Cuidados na Comunidade Senhora da Hora (UCCSH). A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), é uma unidade que assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas, de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população, visando a melhoria da saúde da população e consequentemente a obtenção de ganhos em saúde (Ministério da Saúde, 2008).

Segundo o Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, artigo 11º,

A Unidade de Cuidados na Comunidade presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento

próximo. Atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

O mesmo decreto-lei promove o centro de saúde como primeira entrada no Serviço Nacional de Saúde, onde os enfermeiros devem assumir, o que é, de facto, o *core* da disciplina de enfermagem – assistir as pessoas de modo a constituírem-se como facilitadores dos processos de transição.

A UCCSH encontra-se em estreita articulação com as restantes unidades funcionais do Centro de Saúde Senhora da Hora do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Matosinhos num sentido de partilha e complementaridade, contribuindo assim para a garantia na continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

Deste modo, sendo os Cuidados de Saúde Primários, o pilar da pirâmide de atuação na saúde, com este estudo de investigação pretendemos contribuir para a maior integração dos cuidados de saúde mental nos cuidados de saúde primários, uma área de atuação fundamental e na maioria das vezes esquecida, no âmbito das atividades diárias.

Importa ainda minimizar as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de ações cada vez mais próximas dos cidadãos.

Baseado no contexto e âmbito de estudo, salientamos alguns pressupostos que justificam a sua pertinência:

- As alterações nas necessidades em cuidados de saúde motivadas pelo envelhecimento da população e pelo aparecimento de doenças crónicas e incapacitantes originam novos desafios aos sistemas de saúde;
- A atual situação económica, associada ao aumento da procura dos cuidados de saúde, torna urgente a adoção de medidas estratégicas que permitam assegurar a continuidade, a qualidade e o custo, ou seja, garantir a eficácia dos cuidados (Padilha, 2006);
- “Os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais.” (Ministério da Saúde, 2008);
- A enfermagem de saúde mental e psiquiatria integra as realidades biológica, psicológica, sociocultural, ambiental e ético-legal da vida, evoluindo no sentido da valorização das intervenções não farmacológicas, nomeadamente as que visam alterações cognitivas, emocionais e comportamentais (Castro, 2009).

- Em Portugal ainda não existem dados definitivos de prevalência de DCL, mas estudos recentemente realizados demonstram um valor estimado de 12,8% na população com idades compreendidas entre os 55 e os 79 anos (Nunes, 2005 citado por Firmino, 2006).
- Conhecer o perfil da população idosa é essencial para planejar intervenções adequadas (Rabelo, 2009);
- Atualmente o DCL é considerado uma entidade de risco para Doença de Alzheimer e daí o grande interesse no seu estudo, tendo em vista um possível tratamento preventivo. (Magalhães, 2007)
- Dado o risco aumentado de progressão do DCL para demência, o seu diagnóstico poderá resultar numa intervenção adequada precoce, num melhor planeamento de longo prazo e acompanhamento dos doentes e seus familiares (Luis, et al., 2003).
- Desenvolver estratégias de intervenção alternativas como a estimulação cognitiva torna-se um investimento essencial a nível clínico e científico (Belleville, et al., 2006)
- Estudos demonstram que o potencial da estimulação cognitiva em pessoas com défice cognitivo ligeiro deve ser mais explorado (Kurz, et al., 2009).

1.2. Finalidade e Objetivos do Estudo

A finalidade deste estudo prende-se com a importância de cada vez mais a aposta incidir em estratégias de intervenção baseadas na promoção da saúde e prevenção da doença, num contexto de proximidade, conduzindo à manutenção ou melhoria da saúde mental da população idosa com défice cognitivo ligeiro. Uma caracterização eficaz da população alvo, o planeamento, desenvolvimento, a avaliação e monitorização de intervenções estruturadas permite conhecer e delimitar os ganhos em saúde, contribuindo assim para uma melhoria eficaz da qualidade dos cuidados prestados.

Essencialmente irá permitir analisar a efetividade de um programa de estimulação da memória em idosos com DCL, percebendo quais as implicações a nível cognitivo e funcional, bem como no seu quotidiano, quais sejam os seus efeitos (melhoria ou manutenção do mesmo estado).

Assim, a finalidade é contribuir para a criação de padrões de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros no âmbito da implementação de programas de estimulação cognitiva em idosos com DCL.

Objetivo geral: Avaliar a efetividade de um programa de estimulação cognitiva em idosos com DCL a nível cognitivo e funcional.

Objetivos específicos:

- Identificar as características sociodemográficas dos idosos com DCL da área de abrangência da UCCSH;
- Caracterizar o perfil cognitivo dos idosos com DCL da área de abrangência da UCCSH;
- Caracterizar o nível funcional dos idosos com DCL da área de abrangência da UCCSH;
- Avaliar o impacto na cognição associada à implementação de um programa de estimulação
- Analisar a relação entre o perfil cognitivo, o nível funcional e a efetividade de um programa de estimulação cognitiva.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Após uma revisão da literatura e enquadramento da problemática de investigação, importa identificar o desenho de estudo, o contexto e os participantes, os materiais e procedimentos para recolha de dados, bem como as técnicas adotadas no tratamento estatístico dos dados. Terminamos com as considerações éticas que foram tidas em atenção na elaboração deste estudo de investigação.

2.1. Tipo de Estudo

A seleção de um desenho de investigação permite responder às questões ou verificar hipóteses e define mecanismos de controlo, tendo por objeto minimizar os riscos de erro (Fortin, 2009).

O estudo é de carácter quase-experimental, uma vez que se pretende estudar as relações de causalidade entre uma determinada intervenção e o seu efeito (Silva, 2009).

De acordo com Fortin (2009), o desenho experimental é uma estrutura que contém variáveis dispostas de modo que uma delas produza um efeito sobre a outra. Uma verdadeira experimentação deve incluir a manipulação (introdução de uma intervenção ou de um tratamento), o controlo (utilização de pelo menos um grupo controlo) e a randomização (repartição dos sujeitos nos grupos experimental e de controlo) (Fortin, 2009). De acordo com o mesmo autor, o desenho quase-experimental difere do experimental pela ausência do grupo de controlo ou da repartição aleatória).

A sua validade experimental compreende a validade interna que corresponde às conclusões extraídas da relação de causalidade, associando a variável independente à mudança na variável dependente e a validade externa que está relacionada com a amplitude da generalização dos resultados (Fortin, 2009).

Quanto ao tempo, é um estudo prospetivo, já que os fatores e variáveis identificadas no presente são relacionados a resultados possíveis no futuro (Silva, 2009).

O estudo prende-se com o paradigma quantitativo, orientado para os resultados e sua generalização, visando obter a aplicabilidade dos mesmos no plano prático e potenciar melhorias em situações práticas (Fortin, 2009).

O estudo obedece a um desenho pré-teste/pós-teste com grupo controlo não equivalente, no qual um grupo experimental e um grupo-controlo são sujeitos a avaliação pré-teste e pós-teste. Apenas o grupo experimental é exposto à intervenção. Esta avaliação em dois momentos permite verificar se ocorreu alguma mudança com a intervenção (Almeida, et al., 2003).

2.2. Questões de Investigação

As questões de investigação surgem diretamente do objetivo e demonstram o que o investigador quer obter como informação, descrevendo conceitos ou populações, ou o estabelecimento de relações entre as variáveis (Fortin, 2009).

Tendo com base a pesquisa efetuada, o referencial teórico e os objetivos deste estudo, propomos as seguintes questões de investigação, às quais pretendemos conseguir dar resposta no final do estudo:

1. Qual a efetividade de um programa de estimulação cognitiva em idosos entre os 65 e os 75 anos com DCL da área de abrangência da UCCSH a nível das capacidades cognitivas?
2. Qual a efetividade de um programa de estimulação cognitiva em idosos entre os 65 e os 75 anos com DCL da área de abrangência da UCCSH a nível das capacidades funcionais?

2.3. População e Amostra

A população é “o conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns” (Fortin, 2009, p. 311). A população alvo é o “conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações.” (Fortin, 2009, p. 311). Deste modo, a população alvo neste estudo é constituída pelos idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos de idade da área de abrangência da UCCSH, com DCL mnésico: único domínio e múltiplos domínios. Como nem sempre se tem a possibilidade de estudar integralmente a população alvo, examina-se a população acessível (Fortin, 2009), que neste estudo corresponde aos idosos entre os 65 e os 75 anos de idade com DCL que se encontram identificados pelas equipas de saúde familiar da área de abrangência.

O método de amostragem é não probabilística por seleção racional, ou seja, os elementos da população não têm a mesma probabilidade de ser incluídos na amostra, tendo sido escolhidos de acordo com as características e objetivos do estudo (Fortin, 2009). Deste modo, selecionamos os seguintes critérios de inclusão da amostra:

- Idosos da área de abrangência da UCCSH;
- Idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos;
- Idosos com critérios para DCL de acordo com os critérios de Petersen, *et al.* (2001) referidos no enquadramento conceptual;
- Idosos sem diagnóstico de depressão;
- Idosos referenciados pelas equipas de saúde familiar do Centro de Saúde Senhora da Hora e que aceitem participar no estudo através de consentimento informado.

De acordo com estes critérios estabelecemos dois grupos: o grupo experimental (N= 17) e o grupo controlo (N=16). O grupo experimental, pela sua dimensão foi dividido em dois grupos, com nomeadamente 9 e 8 participantes. Nos estudos ditos experimentais, a existência de vários grupos deve-se à ao fato de necessitarmos de pelo menos um grupo para cada condição experimental, ou como no estudo em causa para estabelecer uma comparação (Almeida, et al., 2003). O grupo experimental será constituído de acordo com os critérios e método de amostragem definidos e será alvo da intervenção. O grupo controlo não sujeito à intervenção, será decorrente da caracterização efetuada no estudo “Caracterização do Potencial Cognitivo e Funcional dos utentes com idades entre os 65 e 75

anos inscritos numa unidade de saúde familiar Horizonte. Os indivíduos constituintes do grupo controlo terão de preencher os mesmos critérios, exceto estarem inseridos na área de abrangência da UCCSH.

2.4.Variáveis

As variáveis constituem as unidades de base da investigação e são representadas por qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos ou situações passíveis de mudar ou variar no tempo (Polit, et al., 2011)

As variáveis podem ser analisadas de acordo com o papel ou estatuto que desempenham , em relação com as hipóteses formuladas (Almeida, et al., 2003).

A variável independente consiste num elemento que é introduzido e manipulado numa situação de investigação, sendo considerada como a causa do efeito produzido na variável dependente (Polit, et al., 2011). Neste estudo corresponde ao nível cognitivo, funcional, à dependência nas atividades básicas de vida diária, à idade, sexo, escolaridade do participante e dos pais, coabitação, hábitos lúdicos/recreativos, antecedentes pessoais, os consumos nocivos e participação dos familiares.

A variável dependente é definida como a característica que surge ou muda quando o investigador aplica, suprime ou modifica a variável independente (Polit, et al., 2011). No estudo a variável dependente corresponde à efetividade, ou seja aos resultados (positivos ou ausência de melhoria) que se prevê nos participantes, nomeadamente ao nível das capacidades cognitivas e funcionais. Implica perceber as evidências que demonstrem os resultados da intervenção realizada junto da população, para que se obtenha mudanças e ganhos em saúde. Para tal são necessários estabelecer parâmetros claros e objetivos que possibilitem a mensuração das possíveis mudanças nos critérios eleitos como determinantes da saúde e como tal a sua efetividade (Oliveira, 2006).

A efetividade é avaliada pela evidência dos testes aplicados antes e após a intervenção: MMSE, Teste do relógio, escala de avaliação de demência para a efetividade a nível cognitivo, o índice de Lawton & Brody e Índice de Barthel, a nível funcional.

2.5. Instrumento de Colheita de dados

O instrumento foi elaborado no estudo “Caracterização do Potencial Cognitivo e Funcional dos utentes com idades entre os 65 e 75 anos inscritos numa unidade de saúde familiar Horizonte”, bem como o modo de operacionalização das variáveis.

De acordo com o investigador, não se considerou necessário efetuar pré-teste, pois o questionário utilizado é composto por um conjunto de perguntas de caracterização geral dos idosos e por um conjunto de testes e escalas que estão no domínio público. Sendo de acesso livre para fins clínicos e de investigação, são amplamente utilizadas.

Deste modo, o questionário inclui variáveis de carácter sociodemográfico, como a idade, escolaridade, sexo, escolaridade dos pais, consumos nocivos, antecedentes pessoais e hábitos lúdicos, permitindo assim dar resposta ao primeiro objetivo específico do estudo. A idade foi descrita em anos completos, o sexo definido em feminino e masculino e a escolaridade seguiu o critério dos limites estabelecidos na validação do MMSE para a população portuguesa (1 – Analfabeto, 2 – de 1 a 4 anos de ensino, 3 – entre 5 a 11 anos de ensino, 4 – mais de 11 anos de ensino). Sendo uma variável apenas de caracterização a escolaridade dos pais foi definida de forma dicotómica: sabe ler/escrever ou não sabe ler/escrever. A classificação dos antecedentes pessoais divide-se em: doenças cardiovasculares, obesidade, depressão ou outra doença do foro mental, neoplasia, diabetes, doença osteo-articular ou muscular, multipatologia e nada a assinalar. Os hábitos lúdicos são classificados de acordo com os recursos utilizados: apenas utilização de recursos cognitivos, apenas utilização de recursos físicos, utilização de recursos cognitivos e físicos e sem atividades lúdicas enunciadas.

Outras questões foram incluídas de forma a perceber a percepção do utente relativamente à sua saúde, capacidade para fazer face ao dia a dia e qualidade de vida.

Importa antes contextualizar estas variáveis para que se possa mais facilmente as operacionalizar.

A saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde (1998) como *um estado de bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença*. Sabe-se que uma percepção positiva da saúde nos idosos, constitui-se como um fator protetor para as alterações da cognição. Este conceito está diretamente relacionado com a capacidade para fazer face ao dia a dia e com a qualidade de vida, que por sua vez, implica no idoso a capacidade de organizar a vida de acordo com as limitações físicas, psicológicas e implica ainda a garantia da assistência à saúde, liberdade de escolha, amigos, local para morar e presença de atividades lúdicas (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003)

A qualidade de vida está diretamente relacionada com a forma como cada um se vê e como vê o mundo, de acordo com as influências externas e outros parâmetros, como a educação, a escolaridade, as necessidades de cada um e a saúde que divergem de pessoa para pessoa, pois há grande diversidade de condições sociais, de níveis de vida, estados psíquicos, físicos e de crenças (Santos, 2008). Estudos desenvolvidos demonstram que nos idosos com DCL apresentam menor qualidade de vida, dependendo a sua percepção de fatores externos anteriormente mencionados (Muangpaisan et. al., 2008).

Deste modo, de forma a perceber se nos participantes estes fatores funcionam como promotores ou protetores, foi avaliada a percepção sobre a saúde, a qualidade de vida e a capacidade para fazer face ao dia a dia através de uma escala de Likert, variando de 1 a 5: 1- Muito Má, 2 – Má, 3 – Razoável, 4 – Boa, 5 – Muito Boa.

Vários autores defendem que a avaliação e análise da presença de DCL devem ser feitas usando algumas escalas em conjunto, como o MMSE, o teste do relógio e a Escala de Avaliação de Demência, permitindo assim um maior precisão na deteção (Pinto, E; Peters, R, 2009).

Os testes e escalas aplicados incluem o MMSE, o teste do relógio, a Escala de avaliação de demência, o Índice de Lawton e Brody e o Índice de Barthel.

A utilização combinada do MMSE e do teste do relógio constitui um instrumento válido de avaliação de défices cognitivos ligeiros e eventuais demências (Zhou *et al.*,2008). Parece correto afirmar-se que a utilização conjunta destes instrumentos acaba por potenciar as capacidades avaliativas individuais de cada um, compensando eventuais limitações na avaliação de alterações cognitivas (Petersen, 2008).

2.5.1. Mini Exame do Estado Mental

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) foi originalmente elaborado por Folstein *et al.* (1975) e traduzido e validado para a população portuguesa por Guerreiro et. al. (1994) (Sequeira, 2007).

O MMSE foi utilizado neste estudo por ser um dos instrumentos utilizados no diagnóstico de DCL, pois permite a avaliação da função cognitiva e rastreio de quadros demenciais. Permite avaliar orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, atenção e cálculo, coordenação dos movimentos,

habilidades de linguagem e viso-espaciais (Apóstolo, 2011). O MMSE é composto por 11 questões e o tempo de aplicação estimado é entre 5 e 10 minutos.

O score pode variar entre 0 e 30. As pontuações de limiar para défice cognitivo encontram-se descritas no quadro 3 (Nunes 2005 citado por Apóstolo, 2011):

Quadro 3: Scores limites para défice cognitivo ligeiro, de acordo com a validação para a população portuguesa

Escolaridade	Pontuação
Analfabetos	Inferior ou igual a 15
1 a 11 anos	Inferior ou igual a 22
Mais de 11 anos	Inferior ou igual a 27

Na deteção de défice cognitivo ligeiro, os scores de cada item devem ser analisados, já que podemos ter resultados totais bastante elevados – entre 24 e 26. Uma pessoa pode apresentar um défice da memória e ter um bom desempenho em outros domínios cognitivos (Petersen, 2003; Mathews, *et al.*, 2008). Num estudo populacional desenvolvido por Nunes, *et al.* (2004) foram incluídos indivíduos com DCL que apresentaram alterações subjetivas da memória identificadas pelo participante e/ou limitação em pelo menos uma área da função cognitiva, mas que evidenciaram níveis normais de função cognitiva global no MMSE, sem repercussão a nível das atividades de vida diária. Deste modo, neste estudo foram considerados os resultados finais e cada item isoladamente, tendo em conta os défices verificados em cada um.

A evocação foi realizada após 10 minutos de interferência do material verbal aprendido, pois em alguns estudos desenvolvidos demonstrou ser sensível para a deteção de défices cognitivos ligeiros (Ribeiro, *et al.*, 2006a).

Morgado, *et al.* (2010) desenvolveu um estudo no sentido de comparar os pontos de corte do MMSE entre 1988 e 2010. As conclusões sugerem que as capacidades cognitivas da população idosa portuguesa evoluiu nos últimos anos, associado a uma maior literacia, a um aumento da esperança de vida e alterações culturais. Isto sugere que os resultados dos testes cognitivos, nomeadamente do MMSE devem ser adaptados a esta nova realidade. Na tabela 2 encontram-se as médias dos scores do MMSE de acordo com a idade e escolaridade, resultados estes que também serão tidos em conta neste estudo. Devido à pertinência e delimitação do estudo, de acordo com a idade, serão apenas apresentados os resultados das faixas etárias compreendidas entre 60-69 e 70-79.

Tabela 2: Comparação da média de scores do MMSE, entre 1988 e 2010, de acordo com a idade e a escolaridade (adaptado de Morgado et. al., 2010)

Idade (anos)	Escolaridade (anos)	1988		2008		Mann-Whitney test
		N	Média (DP)	N	Média (DP)	
60-69	0-2	13	22,85 (3,13)	10	25,40 (1,96)	P=0,03
	3-6	11	27,09 (1,22)	90	28,02 (1,74)	P= 0,02
	>6	8	29,25 (1,17)	74	29,03 (1,03)	P =0,40
70-79	0-2	16	20,19 (3,06)	20	24,70 (2,25)	P=0,00
	3-6	19	26,37 (3,37)	71	27,10 (1,68)	P=0,17
	>6	11	28,55 (0,93)	27	28,74 (1,38)	P=0,36

Os valores a negrito apresentados denotam as diferenças significativas entre os valores médios ($P < 0,05$), N – número de participantes.

2.5.2. Teste do Relógio

O teste do relógio permite identificar a presença de défice cognitivo, sendo bastante útil nas fases de DCL ou demência ligeira (Pinto, E; Peters, R, 2009). A realização do teste implica compreensão verbal, memória, orientação visuo-espacial e habilidade construtiva (Agrell, et al., 1998), bem como pensamento abstrato e concentração (Pinto, E; Peters, R, 2009)

O teste do relógio é de fácil aplicação e sofre menor interferência do grau de escolaridade, aumentando assim a sua fidedignidade independentemente do nível de literacia. Shulman *et al.*(1993) definiu a classificação descrita no quadro 4 e que é utilizada neste estudo.

Quadro 4: Classificação do teste do relógio de acordo com Shulman *et al.*(1993)

0	Inabilidade absoluta de representar o relógio
1	O desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuo-espacial grave
2	Desorganização visuo-espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, números que faltam, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiro em excesso
3	Distribuição visuo-espacial correta com marcação errada da hora
4	Pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos
5	Relógio perfeito, sem erros

É considerada a presença de déficit cognitivo se resultado inferior a 3 (Shulman et. al, 1996 citado por Pinto, E; Peters, R, 2009).

2.5.3. Escala de Avaliação de Demência

A escala de avaliação de demência (EAD) foi desenvolvida por Hughes, et. al. (1982) como um instrumento de avaliação global, para analisar prospectivamente a demência. Os autores deram ênfase à importância de associar medidas psicométricas e comportamentais para permitir a avaliação de várias características. É um escala amplamente utilizada em contexto clínico e de investigação para avaliação clínica da demência, que permite quantificar a severidade da demência em seis áreas específicas: memória, orientação, juízo e resolução de problemas, atividades na comunidade, em casa e passatempos, e cuidado pessoal (Pedrosa, 2007). A tradução para português foi elaborada pelo Grupo de Estudos do Envelhecimento Cerebral e Demências, em 2003 (Garret *et. al.*, 2003). Montañó e Ramos (2005) desenvolveram também um processo de validação da versão português do Brasil.

A escala encontra-se classificada em: normal (0),suspeita de demência (0,5) e vários estádios de demência: ligeira (1), moderada (2) e severa (3) (Petersen, 2004). A categoria da memória é considerada principal, sendo as restantes de caráter secundário (Sequeira, 2010). Como referido uma classificação de 0,5 na escala é considerada como critério para DCL.

Com alguma prática a EAD pode ser utilizada como instrumento de diagnóstico e classificação da demência quanto ao seu grau de severidade, além de poder ser utilizada para deteção do comprometimento cognitivo ligeiro, ou exclusão de ambos quando utilizada juntamente com o MMSE (Maia *et. al.*, 2006).

2.5.4. Índice de Lawton & Brody

Lawton e Brody (1969) desenvolveram uma escala com o intuito de medir a incapacidade e avaliar o nível de independência a nível do desempenho nas atividades de vida instrumentais, nomeadamente: usar o telefone, fazer compras, preparação da alimentação, cuidar da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparação de medicamentos e gestão do dinheiro (Sequeira, 2007).

A pertinência da utilização desta escala no estudo prende-se com a possibilidade de diminuição na funcionalidade à medida que o declínio cognitivo aumenta.

A escala utilizada prende-se com a versão apresentada por Sequeira (2007), cujo score se classifica de 8 a 30 pontos, com variação em cada item de três, quatro ou cinco níveis, correspondendo a maior pontuação a um maior grau de dependência.

Os pontos de corte indicam que: 8 pontos – independente, 9 a 20 pontos – moderadamente dependente (necessita de alguma ajuda), maior que 20 pontos – severamente dependente (necessita de muita ajuda).

2.5.5. Índice de Barthel

O Índice de Barthel, originalmente desenvolvido por Mahoney e Barthel (1965), avalia o nível de independência do indivíduo para a realização de dez atividades básicas de vida diária: comer, higiene pessoal, uso de sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo dos esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Sequeira, 2007).

No estudo de validação do índice de Barthel (Araújo et. al., 2007), esta escala revelou um nível de fidelidade elevado (alfa de Cronbach de 0,96) e correlação forte e positiva (0,84) com o Índice de Lawton e Brody.

Sequeira (2007) demonstrou no seu estudo uma consistência interna do total da escala de 0,89. A classificação sugerida e aplicada no estudo, pela sua maior pertinência, consiste na seguinte divisão: 90-100 independente, 60-90 ligeiramente dependente, 40-55 moderadamente dependente, 20-35 severamente dependente, <20 totalmente dependente.

A pertinência da utilização desta escala neste estudo prende-se com a necessidade de perceber a existência ou não de alteração nas atividades básicas de vida diária. A ausência de alteração é um dos critérios para DCL.

2.6. Procedimentos para a Recolha de Dados

A colheita de dados e o desenvolvimento deste estudo encontra-se dividida em duas fases:

Fase 1 (De Fevereiro a Março de 2012):

- Identificação de utentes através de uma lista de utentes da USF Lagoa – contactos telefónicos (118);
- Dos contactados 17 referiram alterações de memória pelo que lhes foi aplicado o formulário de avaliação. Dos 17 apenas 11 preencheram critérios para DCL. OS restantes 6 indivíduos que constituíram a amostra foram referenciados pelas equipas de saúde familiar das unidades funcionais do Centro de Saúde Senhora da Hora (CSSH) de acordo com os critérios de inclusão no estudo e consentimento da pessoa envolvida;
- Nos 6 participantes o primeiro contacto e referência ao estudo foi realizado pela equipa de saúde familiar. Nos restantes 11 o primeiro contacto foi realizado pelo investigador.

Fase 2 (De Abril a Junho de 2012):

- Foi efetuado um primeiro contacto entre o investigador e a pessoa envolvida para obter o consentimento informado (Anexo I) relativamente à aplicação do formulário e da participação no programa de estimulação cognitiva;
- Após constituída a amostra para o grupo experimental foi aplicado um formulário (Anexo II) que permitiu identificar, para além das características sociodemográficas, o perfil cognitivo e funcional dos indivíduos integrados no estudo (pré-teste). O formulário foi aplicado ao grupo controlo pelo investigador que desenvolveu o estudo de caracterização na USF Horizonte da ULSM.
- O programa de estimulação cognitiva foi realizado com dois grupos experimentais em local, horas e dias definidos.
- No final do programa de estimulação cognitiva foi aplicado o mesmo formulário (pós-teste) ao grupo experimental e ao grupo controlo.

2.7. Programa de Estimulação Cognitiva

O programa foi elaborado no estudo “Programa de treino da memória para idosos com défice cognitivo ligeiro” (Sousa, 2012) Foi validado em termos concetuais através de um estudo delphi.

O principal objetivo do programa é estimular a memória de idosos com DCL e dotar o utente e a sua família/cuidadores de conhecimentos e estratégias que permitam treinar a sua memória no quotidiano e, conseqüentemente, potenciar a sua autonomia. É também objetivo aumentar a interação social de forma a também potenciar as capacidades cognitivas e funcionais (Faucounau, et al., 2010).

O programa foi elaborado e desenvolvido em grupo, com a duração de 8 semanas, 1 sessão por semana, durante 90 minutos. Duas das sessões foram preconizadas para os familiares. Pela dimensão do grupo experimental, foi dividido em dois grupos, constituídos respetivamente por 9 e 8 participantes. Os contactos individuais para avaliação inicial e final foram contemplados e incluídos no programa, sendo igualmente preconizada uma avaliação de follow-up, 3 meses após o término do programa.

Durante o programa foi fornecido material de suporte informativo e de apoio aos participantes e seus familiares (Anexo III).

Tabela 3: Programa de estimulação da memória para idosos com défice cognitivo ligeiro (DCL)

Sessão	Objetivos	Procedimentos	Material necessário
<p>1º Contacto (individual) – <u>participante e familiar</u> - A REALIZAR DURANTE O MÊS ANTERIOR AO INICIO DO PROGRAMA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer o primeiro contacto com o participante e família/cuidador; • Avaliar a cognição e funcionalidade dos utentes; • Apresentar o programa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos participantes e investigadores. • Apresentação do programa de estimulação da memória. • Verificação da disponibilidade do participante e do familiar/cuidador para integrarem o programa. • Avaliação inicial e caracterização dos participantes, através de um questionário que contém a caracterização sociodemográfica e os antecedentes de saúde dos participantes; a avaliação cognitiva (exame breve do estado mental, teste do relógio e escala de avaliação da demência) e avaliação funcional (índice de Lawton e índice de Barthel). • Assinatura do consentimento livre e informado. • Agendamento da primeira sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário de caracterização sociodemográfica e de avaliação cognitiva e funcional. • Documento de consentimento livre e informado (ver apêndice 1.1).
Sessão	Objetivos	Procedimentos	Material necessário
<p>Sessão 1 (em grupo) – 1ª SEMANA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o conhecimento e a interação entre os elementos do grupo. • Estimular a memória a longo prazo episódica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais e apresentação do grupo. • Dum conjunto de cores, cada participante escolhe uma cor, não podendo existir cores repetidas, e justifica a escolha associando-lhe um episódio da sua vida (Da-Silva, <i>et al.</i>, 2011). • Pedir a cada utente que fale sobre esse acontecimento da sua vida (Da-Silva, <i>et al.</i>, 2011). • Distribuir a cada participante uma folha de cartolina da cor que escolheram, eles devem recortá-la (ou serem ajudados a recortar) em forma circular e escrever o seu 	<ul style="list-style-type: none"> • Cartolina de diferentes cores, • Tesoura, • Canetas, • Fita-cola de dupla face.

		<p>nome no centro. Este passa a ser o marcador identificativo de cada um deles que deve ser colado à sua roupa no início de cada sessão, lembrando o porque da escolha daquela cor (Da-Silva, <i>et al.</i>, 2011).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tarefa de casa: refletir sobre as alterações cognitivas que sentem no seu cotidiano, escrevê-las num papel (ou pedir a alguém que as escreva) e trazer para a próxima sessão. • Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais. 	
Sessão	Objectivos	Procedimentos	Material necessário
<p>Sessão 2 (em grupo) – 2ª SEMANA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a memória a longo prazo episódica. • Informar sobre o DCL e suas implicações no quotidiano dos utentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais e colocação dos círculos coloridos com o nome de cada participante, lembrando porque cada um escolheu aquela cor (Da-Silva, <i>et. al.</i>, 2011). • Verificação da tarefa de casa, em que cada participante deve ler (ou ser lido) as alterações cognitivas que sente no seu dia-a-dia. • Abordar o tema défice cognitivo ligeiro (Kurz <i>et. al.</i>, 2009 e TROYER, A. <i>et al.</i>, 2008). • Discutir em grupo quais os sinais que cada um apresenta e de que forma influenciam o seu quotidiano (Kurz <i>et al.</i>, 2009 e Troyer <i>et al.</i>, 2008). • Distribuição de material didático sobre DCL (Kurz <i>et al.</i>, 2009 e Troyer, <i>et al.</i>, 2008). • Tarefa de casa: discutir com a família os efeitos dos sinais 	<ul style="list-style-type: none"> • Suporte informativo sobre o DCL (ver apêndice 1.2.).

Sessão	Objetivos	Procedimentos	Material necessário
<u>Sessão 1 para os familiares - 2ª SEMANA</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre o DCL e suas implicações no quotidiano dos utentes. • Perceber a perspetiva dos familiares sobre o DCL. • Informar sobre as estratégias compensatórias de memória que podem ser utilizadas no quotidiano. • Incentivar a utilização diária das estratégias compensatórias de memória. 	<p>e sintomas que apresentam no seu quotidiano e mostrar o material didático fornecido.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais. <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do grupo e cumprimentos iniciais. • Abordar o tema défice cognitivo ligeiro. • Obter o feedback sobre o material didático que os seus familiares levaram para casa no final da última sessão. • Discutir em grupo quais os sinais que os seus familiares apresentam e de que forma influenciam o quotidiano da família. • Informar sobre estilos de vida e gestão do regime terapêutico (Troyer, <i>et al.</i>, 2008 e Kurz et al., 2009). • Discussão sobre como os défices de memória interferem no dia-a-dia dos seus familiares. • Apresentação de estratégias de compensação para os défices de memória (listas, mnemónicas, agendas, alarmes, diários, etc.) (Troyer, <i>et al.</i>, 2008 e Kurz, <i>et.al.</i>, 2009). • Incentivar a partilha de sentimentos entre o grupo de familiares. • Tarefa de casa para os familiares: executar diariamente uma das estratégias de memória e registar no quadro de registo fornecido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de estratégias e quadro de registo semanal (ver apêndice 1.3.).

Sessão	Objetivos	Procedimentos	
Sessão 3 (em grupo) – 3ª SEMANA	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a memória a longo prazo episódica. • Informar sobre as estratégias que podem ser utilizadas no quotidiano para lidar com os problemas de memória. • Promover a aceitação do DCL por parte dos utentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais e colocação dos círculos coloridos com o nome de cada participante, lembrando porque cada um escolheu aquela cor (Da-Silva, <i>et al.</i>, 2011). • Avaliação da tarefa de casa: aferir qual a opinião dos familiares sobre as alterações de memória dos utentes e quais os principais problemas que provocam. • Discussão sobre como os défices de memória interferem no seu dia-a-dia. • Apresentação de estratégias de compensação para os défices de memória (listas, mnemónicas, agendas, alarmes, diários, etc.) (Troyer, <i>et al.</i>, 2008). • Tarefa de casa: discutir as estratégias apresentadas com os familiares. • Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais. 	
Sessão	Objetivos	Procedimentos	Material necessário
Sessão 4 (em grupo) – 4ª SEMANA	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a memória a longo prazo episódica. • Treinar as estratégias de compensação de memória. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais e colocação dos círculos coloridos com o nome de cada participante, lembrando porque cada um escolheu aquela cor (Da-Silva, <i>et al.</i>, 2011). • Obter o feedback sobre a tarefa de casa. • Treinar o uso dos auxiliares internos de memória (mnemónicas e repetição de palavras e números) (NUNES, 2008). • Tarefa de casa: treinar as estratégias apreendidas com os familiares. • Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exercícios de mnemónicas e de repetições de palavras e números.
Sessão	Objetivos	Procedimentos	Material necessário
Sessão 5 (em grupo) – 5ª SEMANA	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a memória a longo prazo episódica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais e colocação dos círculos coloridos com o nome de cada participante, lembrando porque 	<ul style="list-style-type: none"> • Folha de agenda para o dia seguinte.

	<ul style="list-style-type: none"> Treinar as estratégias de compensação de memória. 	<p>cada um escolheu aquela cor (Da-Silva, <i>et al.</i>, 2011).</p> <ul style="list-style-type: none"> Obter o feedback sobre a tarefa de casa. Treinar o uso dos auxiliares externos de memória (listas, diários, agendas) (Nunes, 2008): <ul style="list-style-type: none"> Fazer a lista de ingredientes para um bolo. Escrever numa folha de agenda, as atividades para o dia seguinte. (Greenaway <i>et al.</i>, 2008) Tarefa de casa: treinar as estratégias aprendidas com os familiares. Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais. 	
Sessão	Objetivos	Procedimentos	Material necessário
<p>Sessão 6 (em grupo) – 6ª SEMANA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Estimular a memória. Promover a interação grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais e colocação dos círculos coloridos com o nome de cada participante, lembrando porque cada um escolheu aquela cor (Da-Silva, <i>et al.</i>, 2011). Avaliação da tarefa de casa: qual a opinião da família sobre as estratégias compensatórias e como pretendem utilizá-las. Associar fotografias de 10 figuras históricas/públicas (fotografias com o mesmo tamanho) ao nome e lembrar algo que tenham feito: qual o nome desta pessoa? Qual a sua profissão? Recorde algo que esta pessoa tenha feito? (Jean, <i>et al.</i>, 2010). Tarefa de casa: trazer 1 notícia/artigo recente de jornal ou revista para a próxima sessão. Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais. 	<ul style="list-style-type: none"> 10 fotografias de figuras históricas/públicas antigas e recentes, com as mesmas dimensões e formato e a preto e branco.

Sessão	Objetivos	Procedimentos	
<u>Sessão 2 para os familiares</u> - 6ª SEMANA	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer dúvidas. • Rever estratégias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais. • Obtenção do feedback sobre o programa. • Obtenção de feedback sobre a implementação das estratégias de compensação de memória. • Reforço de estratégias de compensação da memória. • Partilha de experiências. • Agendamento do follow-up dos utentes. • Cumprimentos finais. 	
Sessão	Objetivos	Procedimentos	Material necessário
<u>Sessão 7 (em grupo)</u> – 7ª SEMANA	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a orientação temporal. • Estimular a memória. • Promover a interação grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais e colocação dos círculos coloridos com o nome de cada participante, relembrando porque cada um escolheu aquela cor (Da-Silva, <i>et. al.</i>, 2011). • Avaliação da tarefa de casa: pedir a cada utente para falar sobre a notícia/artigo que trouxe. • Leitura de 2 notícias de jornais/revistas da semana (Wenisch <i>et. al.</i>, citado por Simon e Ribeiro, 2011). • Realização de algumas perguntas sobre o que foi lido. • Evocação de acontecimentos sociais marcantes de que os utentes se lembrem. • Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 notícias de jornal/revista, da semana.
Sessão	Objetivos	Procedimentos	
<u>Sessão 8 (em grupo)</u> – 8ª SEMANA	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a memória. • Promover a interação grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais e colocação dos círculos coloridos com o nome de cada participante, relembrando porque cada um escolheu aquela cor (Da-Silva, <i>et. al.</i>, 2011). • Reforço de algumas estratégias de compensação de memória aprendidas. 	

		<ul style="list-style-type: none"> Tarefa de casa: pedir aos familiares que venham com eles à última sessão, que será individual. Cumprimentos finais entre o grupo. 	
Sessão	Objetivos	Procedimentos	Material necessário
<p>Contacto Final (individual)</p> <ul style="list-style-type: none"> Na semana seguinte ao fim do programa, marcar a hora individualmente com as famílias. 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a evolução funcional e cognitiva de cada utente. Avaliar o feedback sobre o programa de estimulação cognitiva. 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação final dos utentes, através do mesmo questionário utilizado na avaliação inicial. Verificação da opinião dos utentes e família sobre o programa. Reforço da importância de continuar com as estratégias de estimulação cognitiva no domicílio. Orientação para o follow-up. Cumprimentos finais. 	<ul style="list-style-type: none"> Questionário de caracterização sócio-demográfica e de avaliação cognitiva e funcional.
Sessão	Objetivos	Procedimentos	Material necessário
<p>Follow up (individual) (3 meses após o fim do programa)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a evolução funcional e cognitiva de cada utente. Avaliar a manutenção do utente no domicílio. 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação dos utentes, através do mesmo questionário utilizado nas outras avaliações. Verificação das estratégias de estimulação que a família tem utilizado. Esclarecimento de dúvidas. Marcação de nova consulta de follow up, se necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> Questionário de caracterização sócio-demográfica e de avaliação cognitiva e funcional.

2.8. Estratégias para Análise dos Dados

Os dados recolhidos por si só não traduzem os problemas da comunidade, precisam de ser tratados estatisticamente.

O tratamento dos dados foi efetuado baseado no paradigma quantitativo, com recurso a testes estatísticos definidos. Foi utilizado o programa informático Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20, onde foram inseridos e tratados os dados colhidos através da aplicação do instrumento supra-mencionado.

Para a análise da variação e relações entre as variáveis em estudo recorremos a testes de significância estatística, tendo em conta as características métricas das mesmas. As variáveis quantitativas são expressas em média; desvio padrão; mínimo e máximo. As variáveis categóricas/dicotómicas são apresentadas em frequências relativas e absolutas.

O tratamento estatístico, é baseado na análise inferencial. O teste de *Kolmogorov-Smirnov* foi usado para se testar a normalidade da distribuição das variáveis.

Após o resultado negativo e para descobrir relações entre variáveis utilizaram-se os testes não-paramétricos, *Mann-Whitney* na comparação dos dois grupos independentes no pré-teste e o teste de Wilcoxon na comparação intra-grupos, ou seja, entre o pré e pós-teste em cada amostra. De seguida foi novamente utilizado o teste de Mann-Whitney para comparação do grupo experimental com o grupo controlo, após a intervenção.

O coeficiente de correlação de *Spearman* foi utilizado como medida de associação entre duas variáveis, tendo em consideração o não cumprimento dos pressupostos para a aplicação da estatística paramétrica correspondente. Referindo-se a valores absolutos, os coeficientes de correlação inferiores ou iguais a 0,3 indicam uma associação fraca, os valores entre 0,4 e 0,7 apontam para uma correlação moderada. Acima deste valor pode considerar-se uma correlação forte (Pestana e Gageiro, 2003).

Neste estudo, assume-se que nos testes estatísticos efetuados o nível de confiança foi de 95%, com o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Com este nível de significância admitiu-se uma probabilidade de apenas 5% de que a diferença encontrada nos resultados do estudo não seja verdadeira (Polit *et. al*, 2004).

2.9. Considerações Éticas

A prática de investigação exige que sejam respeitados princípios éticos, devendo ser conduzida, independente dos aspetos estudados, no respeito dos direitos das pessoas (Fortin, 2009). Assenta essencialmente em dois sistemas de valores: a crença no valor e na necessidade da investigação em si mesma e por outro lado a crença na dignidade humana, nos seus contextos de vida e no direito à privacidade (Almeida, *et al.*, 2003).

Vários princípios éticos que garantem a dignidade humana devem ser tidos em conta em todo o percurso de investigação: o respeito pelo consentimento informado livre e esclarecido, o respeito pelos grupos vulneráveis, o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, o respeito pela justiça e pela equidade, o equilíbrio entre vantagens, sua otimização e inconvenientes, com a redução dos mesmos (Polit, *et al.*, 2011).

O estudo de investigação implica deste modo, a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar um desenho de estudo sólido do ponto de vista ético e moral, com base no princípio do respeito pela pessoa e pela beneficência (Polit, *et al.*, 2011). Num estudo experimental as considerações devem não só assentar no estudo em si, mas também na vida pessoal de cada participante sujeita à intromissão do investigador para obter informação científica (Polit, *et al.*, 2011). Deve ser salvaguardada a integridade física, mental e moral dos participantes.

O investigador tem a responsabilidade de realizar uma avaliação cuidadosa da aceitabilidade ética do estudo, garantindo que os sujeitos que participem na investigação não sejam prejudicados. De igual modo, deve ser estabelecido um contrato com os participantes que seja o mais claro e preciso possível, de forma a clarificar obrigações, direitos e responsabilidades mútuas. Só desta forma se consegue assegurar um consentimento informado. No caso de recusa de participação na investigação, a liberdade do sujeito deve ser respeitada (Almeida, *et al.*, 2003).

O investigador deve ainda assumir a confidencialidade dos dados colhidos e informações pessoais dos participantes, garantindo o direito ao anonimato (Polit, *et al.*, 2011). Consequentemente deve também ser respeitada a confidencialidade dos resultados, salvo a existência de algum acordo com os participantes que indiquem o contrário (Almeida, *et al.*, 2003).

Neste estudo o cumprimento destes princípios éticos foi uma preocupação constante. Deste modo, foi pedido autorização ao Conselho de Administração da ULSM e

respetiva comissão de ética (Anexo IV) para a realização do estudo, a qual foi concedida, com informação via e-mail (Anexo V).

Após autorização foram estabelecidos os primeiros contactos com os participantes, no sentido de serem esclarecidos os objetivos do estudo, processo de colheita de dados, acesso aos resultados e confidencialidade. Foi acordado com o participante um tempo de reflexão que lhe permitiu ter toda a liberdade de espírito, examinar o que lhe foi apresentado e solicitar esclarecimentos se necessário (Fortin, 2009), estando assim em condições ótimas para assinar o consentimento informado (Anexo I). Juntamente com o consentimento informado foi entregue um documento (Anexo I) com as etapas e objetivos do estudo, sua finalidade, os investigadores envolvidos, a garantia do respeito pela vontade dos participantes em colaborar ou não no estudo, independentemente da fase em que se encontre e a garantia do anonimato das informações colhidas, servindo apenas para a realização do estudo.

De forma a manter a continuidade de cuidados foi transmitido à equipa de saúde familiar dos utentes incluídos nos estudos, os dados colhidos e os resultados obtidos.

PARTE III - RESULTADOS

1.APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são descritos os cálculos estatísticos utilizados, assim como os resultados obtidos no sentido de ir ao encontro dos objetivos traçados para este estudo. Assim, organizámos a apresentação dos resultados em quatro partes: na primeira parte, apresentam-se os resultados relativos aos idosos do grupo experimental e controlo, em termos da sua caracterização sociodemográfica (sexo, grupo etário, estado civil, grau de escolaridade), hábitos lúdicos, antecedentes pessoais, perceção sobre a saúde, capacidade para fazer face ao dia a dia e perceção sobre qualidade de vida.

Na segunda parte apresentamos a caracterização cognitiva e funcional dos idosos do grupo experimental e controlo.

Na terceira parte, apresentamos a relação entre algumas variáveis que são importantes para a compreensão da efetividade da intervenção.

Na quarta e quinta parte são apresentados os resultados relativos à efetividade da intervenção, com a avaliação dos procedimentos aplicados no programa e diferenças das variáveis entre o pré e pós-teste, em cada grupo. Por fim estabelecemos a relação dos pós-testes entre as amostras independentes.

1.1.Características sociodemográficas

Neste subcapítulo pretende-se apresentar e analisar as características sociodemográficas dos idosos participantes no grupo experimental e grupo controlo, cumprindo assim um dos objetivos propostos.

Do grupo experimental fizeram parte 17 idosos com DCL, correspondendo a 51,5% da amostra e 16 idosos com DCL do grupo controlo (48,5%).

No grupo experimental (tabela 4), na sua maioria são do sexo feminino, com 13 (76,5%) participantes, sendo apenas 4 do sexo masculino (23,5%). No grupo controlo, verifica-se igualmente uma maior percentagem do sexo feminino (87,5%) relativamente ao

sexo masculino (12,5%). Apesar do número de participantes não ser significativo, este resultado vai ao encontro do fato de haver uma maior incidência de DCL nas mulheres, como refere Magalhães *et. al.* (2008).

Tabela 4: Distribuição dos participantes pelo sexo

Grupo	Sexo	N	%
Grupo experimental	Feminino	13	76,5%
	Masculino	4	23,5%
Grupo controlo	Feminino	14	87,5%
	Masculino	2	12,5%

Relativamente à idade, os idosos do grupo experimental apresentam uma média de idades de 71 (DP =3), variando entre 66 e 75 anos. No grupo controlo a média de idades é de 69 anos, variando entre os 65 e os 75 anos de idade (DP=3) (tabela 5).

Tabela 5: Distribuição dos Participantes pela Idade

Grupo	Média	Máximo	Mínimo	DP
Grupo experimental	71	75	66	3
Grupo controlo	70	75	65	3

No grupo experimental todos os participantes têm escolaridade entre 1 a 4 anos de escolaridade (100%), enquanto no grupo controlo 2 idosos são analfabetos (12,5%) e 13 têm entre 1 a 4 anos de escolaridade (87,5%). Nenhum dos participantes tem escolaridade entre 5 a 11 anos ou mais de 11 anos (tabela 6).

Tabela 6: Distribuição dos participantes pelo nível de escolaridade

Grupo	Escolaridade			
	Analfabeto	Entre 1 a 4 anos de ensino	Entre 5 a 11 anos de ensino	Mais de 11 anos de ensino
	N	N	N	N
Grupo experimental	0	17	0	0
Grupo controlo	2	14	0	0

Relativamente à coabitação, apenas são apresentados os resultados do grupo experimental, já que não foi possível, pelas características do estudo de origem, recolher

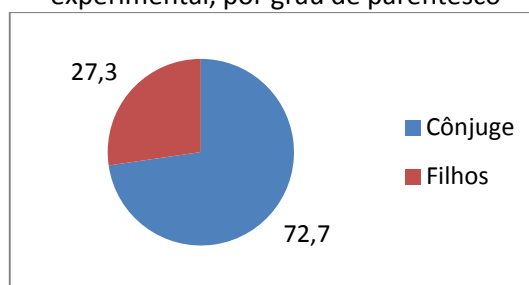
este dado no grupo controlo. Deste modo, 35,3 % dos idosos (n=6) vivem sozinhos, contrapondo com 64,7% (n=11) que vivem acompanhados (tabela 7).

Tabela 7: Coabitação dos participantes do grupo experimental

	N	%
Vive sozinho	6	35,3
Não vive sozinho	11	64,7
Total	17	100

Dos idosos que vivem acompanhados, 72,7% vivem com o cônjuge e 27,3% vivem com os filhos (gráfico 1).

Gráfico 1: Distribuição dos familiares que vivem com os participantes do grupo experimental, por grau de parentesco



Relativamente à escolaridade dos pais (tabela 8), no grupo experimental o número de pais que sabem ler e escrever é maior do que os que não sabem ler /escrever, respetivamente 58,8% para 41,2%. Por outro lado, no grupo controlo, a maior percentagem incide nos que não sabem ler/escrever, com 75% dos casos, contrapondo com os 25% que sabem ler/escrever.

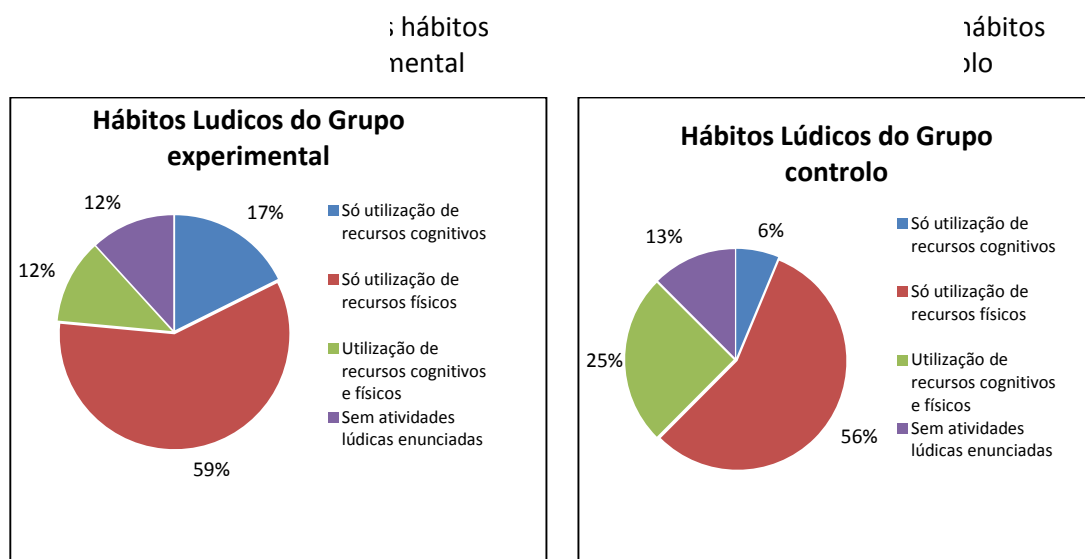
Tabela 8: Distribuição da Escolaridade dos pais

Grupo	Sabe ler/escrever		Não sabe ler/escrever	
	N	%	N	%
Grupo experimental	10	58,8	7	41,2
Grupo Controlo	4	25	12	75

Quanto aos hábitos lúdicos, tanto no grupo experimental como no grupo controlo, a maior percentagem incide na utilização de recursos físicos, com 58,8 % e 56,3 % respetivamente.

No grupo experimental, 17,6 % utilizam apenas recursos cognitivos, 11,8% utilizam ambos e outros 11,8% não enunciaram atividades lúdicas (gráfico 2).

No grupo controlo uma percentagem significativa (25%) utiliza recursos cognitivos e físicos. 12,5% não referem atividades lúdicas e apenas 6,3% utilizam apenas recursos cognitivos (gráfico 3).

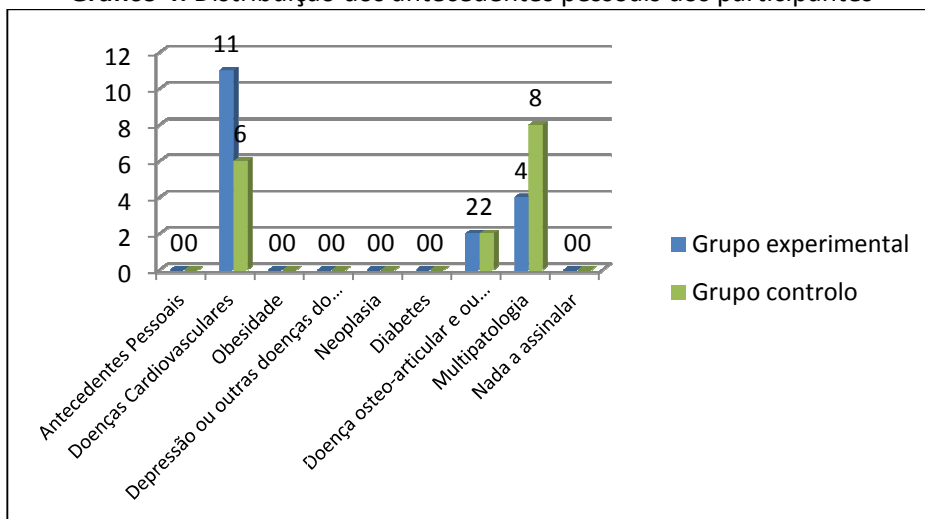


Os participantes do grupo experimental sofrem na sua maioria, de doenças cardiovasculares, com 64,7%. 23,5% dos participantes apresentam multipatologia e 11,8% sofrem de doença osteo-articular e/ou muscular (gráfico 4).

No grupo controlo, a multipatologia é o antecedente mais frequente, com 50% dos participantes. 37,5% apresenta doenças cardiovasculares e 12,5% apresenta doença cardiovascular (gráfico 4).

Em ambos os grupos não foram verificados antecedentes como a obesidade, depressão ou outras doenças do foro mental, neoplasia, diabetes, ou mesmo ausência de antecedentes pessoais.

Gráfico 4: Distribuição dos antecedentes pessoais dos participantes



No que diz respeito aos hábitos nocivos, nomeadamente álcool e tabaco, nenhum dos idosos, tanto do grupo experimental, como do grupo controlo não apresentam hábitos nocivos.

No grupo experimental, a perceção sobre a saúde é considerada na sua maioria Razoável, com 58,8% dos idosos participantes. 23,5% dos idosos consideram má e 17,6% consideram Boa. No grupo controlo, 75% dos idosos incluídos considera a sua saúde, razoável e 25% considera boa (tabela 9).

Tabela 9: Perceção sobre saúde dos participantes

	Perceção sobre saúde			
	Grupo Experimental		Grupo Controlo	
	N	%	N	%
Muito Má	0	0	0	0
Má	4	23,5	0	0
Razoável	10	58,8	12	75,0
Boa	3	17,6	4	25,0
Muito Boa	0	0	0	0

Na capacidade para fazer face ao dia a dia 70,6 % do grupo experimental considera que é razoável, 23,5% considera boa e apenas 5,9% considera má. No grupo controlo, 62,5% considera que é razoável e 37,5% refere ser boa (tabela 10)

Tabela 10: Perceção sobre a capacidade para fazer face ao dia a dia dos participantes

	Capacidade para fazer face ao dia a dia			
	Grupo Experimental		Grupo Controlo	
	N	%	N	%
Muito Má	0	0	0	0
Má	1	5,9	0	0
Razoável	12	70,6	10	62,5
Boa	4	23,5	6	37,5
Muito Boa	0	0	0	0

Na perceção de qualidade de vida, de forma decrescente consideram razoável (64,7%), má (23,5%) e boa (11,8%). No grupo controlo, a qualidade de vida é considerada razoável por 75% dos idosos e boa por 25% dos idosos (tabela 11).

Tabela 11: Perceção sobre a qualidade de vida dos participantes

	Perceção sobre Qualidade de Vida			
	Grupo Experimental		Grupo Controlo	
	N	%	N	%
Muito Má	0	0	0	0
Má	4	23,5	0	0
Razoável	11	64,7	12	75,0
Boa	2	11,8	4	25,0
Muito Boa	0	0	0	0

Todos os participantes apresentaram queixas da memória, referidas pelo próprio ou por um acompanhante.

1.2.Caracterização cognitiva e funcional dos idosos

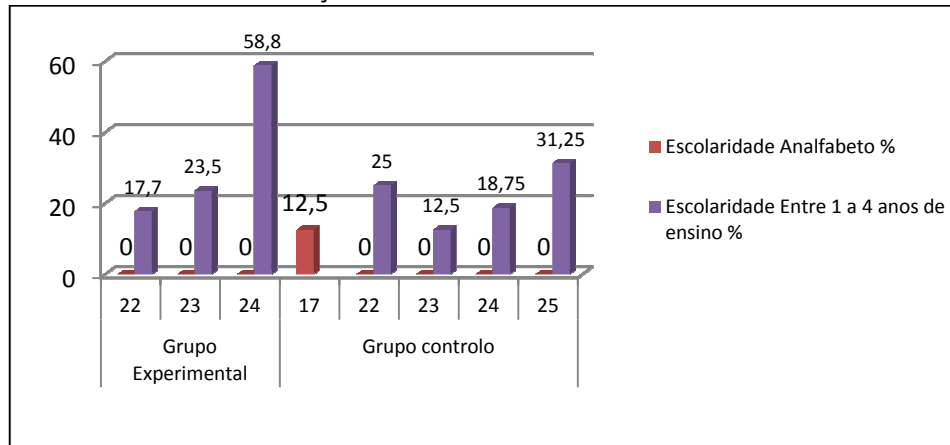
Perante o baixo número da amostra, foi testada a normalidade das variáveis de forma a cumprir um dos requisitos para uso de testes paramétricos, através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Como não foi identificada uma distribuição normal das variáveis, já que $p < 0,05$, optamos pelo uso de testes não paramétricos.

Pretendemos neste sub-capítulo caracterizar os idosos incluídos no grupo experimental e grupo controlo, a nível cognitivo e funcional, através dos dados recolhidos no pré-teste.

A aplicação do MMSE permite-nos aferir os limites do score do MMSE em relação à escolaridade.

O gráfico 5 apresenta os scores finais do MMSE em relação à escolaridade, em cada um dos grupos. No grupo experimental, com 1 a 4 anos de escolaridade, 17,7% tem um score de 22, 23,5% um score de 23 e 58,8% apresenta um resultado de 24. No grupo controlo, nos participantes analfabetos, 12,5% apresenta um score de 17. Nos participantes com 1 a 4 anos de escolaridade, 25% apresentam um resultado de 22, 12,5% de 23, 18,75% de 24 e 31,25% de 25.

Gráfico 2: Relação entre o score do MMSE e escolaridade



No grupo experimental a média do MMSE foi de 23 (DP =1), variando entre 22 e 25, com escolaridade entre 1 a 4 anos. No grupo controlo, a média para os participantes analfabetos foi de 17 (DP=0), e de 24 (DP= 1) nos idosos com 1 a 4 anos de escolaridade, variando o score entre 22 e 25 (tabela 12).

Tabela 12: Distribuição dos resultados do MMSE de acordo com a idade

Grupo	Escolaridade	Exame Breve do Estado Mental			
		Média	Máximo	Mínimo	Desvio Padrão
Grupo experimental	Entre 1 a 4 anos de ensino	23	24	22	1
Grupo controlo	Analfabeto	17	17	17	0
	Entre 1 a 4 anos de ensino	24	25	22	1

Importa analisar cada item do MMSE, de forma a traçar um perfil cognitivo mais rigoroso.

No grupo experimental, a nível da orientação a média foi de 8,59 (DP=0,62), variando entre 8 e 10. Na retenção verificou-se uma média de 3 (DP= 0), tendo todos os participantes atingido o máximo da pontuação do item da escala. Na atenção e cálculo, os valores variaram entre 1 e 5, com uma média de 3,71 (DP=0,99). Na evocação a média foi de 0,59 (DP= 0,51), tendo os valores variado entre 0 e 1. A nível da linguagem a média foi de 7,29 (DP=0,47), variando o score entre 7 e 8. Relativamente à habilidade construtiva, os valores variaram entre 0 e 1, com uma média de 0,12 (DP= 0,33) (tabela 13).

Tabela 13: Resultados do grupo experimental no pré-teste das sub-escalas do MMSE

	Orientação	Retenção	Atenção e cálculo	Evocação	Linguagem	Habilidade construtiva
Média	8,59	3	3,71	0,59	7,29	0,12
Desvio Padrão	0,62	0,001	0,99	0,51	0,47	0,332
Mínimo	8	3	1	0	7	0
Máximo	10	3	5	1	8	1

Relativamente ao grupo controlo, na orientação a média foi de 8,69 (DP= 1,08), variando entre 7 e 10. Na retenção a média foi de 3, tendo todos os participantes atingido o valor máximo possível. Na atenção e cálculo os valores variam entre 0 e 5, com uma média de 2,81 (DP =1,83). Na evocação a média foi de 0 a 3, com uma média de 1,56 (DP= 0,96). Na linguagem a média foi de 6,63 (DP =0,89), variando entre 5 e 8 como valores mínimos e máximos. Na habilidade construtiva a média foi de 0,06 (DP =0,25), variando entre 0 e 1 (tabela 14).

Tabela 14: Resultados do grupo controlo no pré-teste das sub-escalas do MMSE

	Orientação	Retenção	Atenção e cálculo	Evocação	Linguagem	Habilidade construtiva
Média	8,69	3	2,81	1,56	6,63	0,06
Desvio Padrão	1,078	0,001	1,834	0,964	0,89	0,25
Mínimo	7	3	0	0	5	0
Máximo	10	3	5	3	8	1

O teste de Mann-Whitney revela que não existem diferenças significativas entre as duas sub-amostras: $Z = -0,038$; $p = 0,970$ ($P > 0,05$).

No grupo experimental, a média no teste do relógio foi de 2,24 (DP=0,56), variando entre 1 e 3. No grupo controlo a média de score no teste do relógio foi de 1,88 (DP=0,96), variando entre 0 e 3 (tabela 15).

O teste de Mann-Whitney revela que não existem diferenças significativas entre as duas sub-amostras: $U = -1,112$; $p = 0,309$ ($P > 0,05$).

Tabela 15: Resultados no pré-teste do teste do relógio

Grupo	Média	DP	Mínimo	Máximo
Grupo experimental	2,24	0,56	1	3
Grupo controlo	1,88	0,96	0	3

Como descrito na literatura, a relação entre o MMSE e o teste do relógio permite-nos fazer uma avaliação mais correta do DCL. Importa assim avaliar a correlação entre os resultados obtidos nos dois testes. Como não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos será efetuada a análise na globalidade da amostra. Para tal utilizamos a Correlação de Spearman: $r=0,394$; $N=33$; $p=0,023$, que nos indica que há uma correlação positiva entre o MMSE e o teste do relógio.

Relativamente à Escala de Avaliação de Demência, o resultado obtido em todos os participantes foi de 0,5, já que corresponde a um dos critérios para DCL. Deste modo, pelo teste de Mann-Whitney, não existem diferenças significativas entre as duas sub-amostras: $U=-0,001$; $P= 1,00$ ($P>0,05$).

No que diz respeito à funcionalidade, procedemos à análise do Índice de Lawton e o Índice de Barthel, em ambos os grupos, na primeira-avaliação.

No grupo experimental, verificamos no Índice de Lawton & Brody para avaliação das atividades de vida instrumentais, uma média de 9,47 (DP=1,94), variando entre 8 e 14. No grupo controlo a média foi de 10,75 (DP= 3.09), sendo o valor mínimo de 8 e o valor máximo de 17 (tabela 16).

Através do Teste de Mann-Whitney constatamos que não existem diferenças significativas entre as duas sub-amostras: $U=-1,213$; $p=0,225$ ($P>0,05$).

Tabela 16: Resultados do pré-teste do Índice de Lawton

Grupo	Média	DP	Mínimo	Máximo
Grupo experimental	9,47	1,94	8	14
Grupo controlo	10,75	3,088	8	17

Após a análise do índice de Barthel para o nível de dependência nas atividades de vida diária, os resultados em ambas as sub-amostras demonstram que a população é praticamente independente neste domínio.

O teste de Mann-Whitney revela que existem diferenças significativas entre as duas sub-amostras: $Z = -4,021$; $p = 0,001$ ($P < 0,05$).

1.3. Relação entre Variáveis Associadas à Efetividade

Partindo dos resultados apresentados, importa observar as possíveis relações entre variáveis que estão associadas à efetividade, no sentido de obter algumas informações que contribuam para a discussão dos resultados.

Neste sentido, pretendemos compreender qual a relação entre os hábitos lúdicos e a efetividade do programa. Para tal utilizamos o teste de Kruskal-wallis de forma a perceber se existem diferenças significativas entre a utilização de apenas recursos cognitivos, recursos físicos, recursos cognitivos e físicos ou a ausência de hábitos lúdicos nos participantes do grupo experimental, relativamente aos resultados obtidos no fim da intervenção (através do MMSE e teste do relógio)

Deste modo, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os quatro grupos de hábitos lúdicos: apenas utilização de recursos cognitivos, apenas utilização de recursos físicos, utilização de recursos cognitivos e físicos e sem atividades lúdicas enunciadas, comprovado respetivamente através do teste de Kruskal-wallis: $H = 3,014$; $gl = 3$; $p = 0,389$ e $H = 2,072$; $gl = 3$; $p = 0,558$.

Pretendemos também compreender se a participação ou não dos familiares teve relação com os resultados obtidos após a intervenção (através do MMSE e teste do relógio). Importa primeiro conhecer o número de familiares que participaram no programa de estimulação cognitiva.

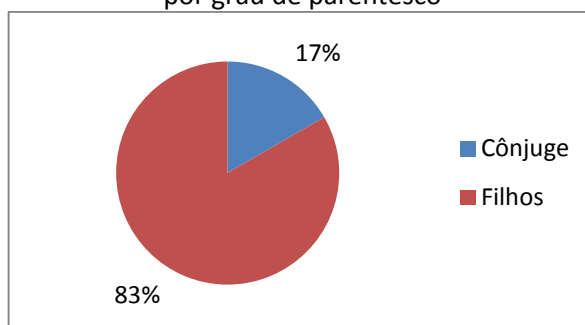
Apenas 6 familiares participaram no programa de intervenção, correspondendo a 35,5% da amostra. Os restantes 64,7% não participaram (tabela 17).

Tabela 17: Participação dos familiares

Participação dos familiares	N	%
Sim	6	35,5
Não	11	64,7

Dos familiares que participaram, na sua maioria (83%) eram filhos e apenas um familiar era o cônjuge. De notar que apenas uma dos filhos que participou vivia com o idoso participante (gráfico 6)

Gráfico 3: Distribuição dos familiares que participaram no programa por grau de parentesco



Deste modo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos participantes em que os familiares participaram e os que não participaram no programa, comprovado respetivamente através do teste de Mann-Whitney: $Z=-0,678$; $p=0,498$; $Z=-1,081$; $p=0,280$.

1.4. Avaliação dos Procedimentos do Programa de Estimulação Cognitiva

Os procedimentos utilizados no desenvolvimento do programa contribuíram para a sua efetividade, sendo sua análise de grande importância.

Durante o programa foram abordados temas como as alterações mnésicas sentidas, seu impacto no quotidiano e para a família, bem como estratégias da memória utilizadas (figura 4).

De notar que todos os participantes foram alvo do programa na sua totalidade. O local foi na sala de reuniões do Centro de Saúde da Senhora da Hora, às terças e sextas-feiras, às 16h00 e 15h00 respetivamente, salvo algumas alterações decorrentes da disponibilidade do investigador ou dos participantes.

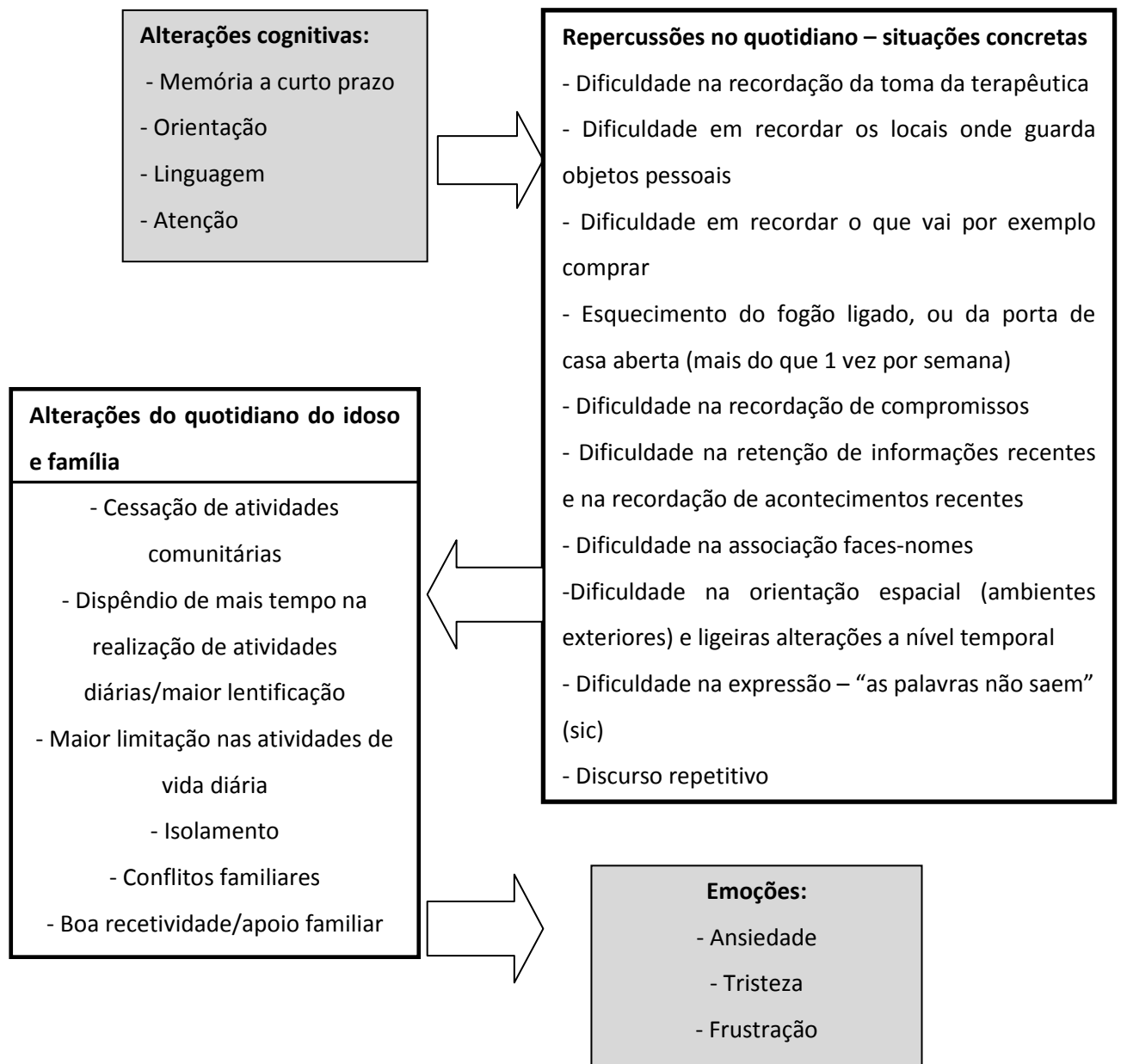
a) Alterações Cognitivas

Como demonstrado na figura 3, as alterações cognitivas mais frequentes mencionadas pelos idosos, incidiram sobre a memória a curto prazo, a orientação, linguagem e atenção. Queixas como “Não me lembro de tomar os medicamentos”, “Arrumo alguma coisa e pouco tempo depois não me lembro onde arrumei”, “Cheguei à mercearia e não me consegui lembrar do que ia comprar”, “É a segunda vez esta semana que me esqueço do fogão ligado”, “Esqueço-me muitas vezes da porta aberta ou da chave por fora da porta. Já deixei o portão da garagem aberto várias vezes (...) se não fossem as vizinhas a avisarem-me ficava aberto”, “Se não apontar esqueço-me dos compromissos”, “Tudo que é novo não consigo reter”, “Sei quem é a pessoa mas não me consigo lembrar do nome”, “Quero dizer alguma coisa e parece que as palavras não saem”, “ Perco-me imensas vezes na rua. Vou na rua e não me lembro para onde vou ou como vou”, “As pessoas dizem que estou sempre a repetir as mesmas coisas. Não me lembro que já contei”(sic).

Todas estas situações reais do quotidiano dos idosos incluídos no grupo experimental provocam alterações no seu quotidiano e da família, como suspensão de atividades comunitárias, como o voluntariado e maior lentificação na realização das atividades diárias. Consequentemente aumenta o isolamento – “Fico envergonhada quando chego à mercearia e não me consigo lembrar do que ia comprar”, “Fico muito envergonhada quando me esqueço em público”, “quando o meu filho diz que já lhe disse várias vezes a mesma coisa, fico chateada e então prefiro não falar”- e os conflitos familiares – “a minha família não entende e refilam comigo”, “a minha família chateia-se comigo quando repito o mesmo várias vezes”. Por outro lado, algumas famílias demonstram recetividade e tentam compreender as alterações cognitivas.

Todas estas alterações geram nos idosos emoções como ansiedade, frustração e tristeza.

Figura 4: Alterações cognitivas, repercussões e alterações do quotidiano, emoções sentidas



O material de leitura fornecido na segunda sessão foi explicado e analisado ao longo de duas sessões, por dificuldade na compreensão.

Em todas as sessões foi pedido aos participantes para trazerem consigo o material fornecido, para auxiliar na revisão das sessões anteriores, bem como no esclarecimento de dúvidas.

b) Participação dos familiares

Na primeira sessão para os familiares, as observações foram semelhantes e ao encontro das alterações referidas pelos idosos. A preocupação foi a emoção partilhada em comum por todos os familiares.

De notar que as sessões com os familiares foram agendadas num horário pós-laboral, de acordo com a disponibilidade dos mesmos.

c) Estratégias da memória e outras atividades desenvolvidas

Como previsto foram realizados ensinamentos dirigidos aos idosos e familiares sobre estratégias da memória: externas e internas.

Todas as estratégias foram treinadas durante as sessões, com situações práticas experienciadas por cada um dos participantes, para que pudessem reproduzir no seu dia a dia.

De notar que as estratégias externas de memória ensinadas e treinadas ao grupo de idosos na Sessão 3 e 5, se basearam no uso de recursos externos como listas, blocos de notas, agendas, calendário, relógios despertadores, telemóveis, pasta/caixas de arquivo para guardar os documentos importantes, separados por áreas e identificadas por palavras, cores ou figuras.

As estratégias internas (Sessão 4) incidiram em técnicas como as imagens visuais, associação, mnemónicas, repetição, técnica da primeira letra e organização da informação. Foi fornecida uma receita de um bolo e foi pedido aos idosos que a retivessem para a sessão seguinte. Foi dada a liberdade para utilizarem qualquer uma das estratégias aprendidas durante as sessões. Na sua maioria utilizaram a repetição verbal ou escrita, enquanto outros utilizaram a técnica da primeira letra, recordando assim os ingredientes do bolo.

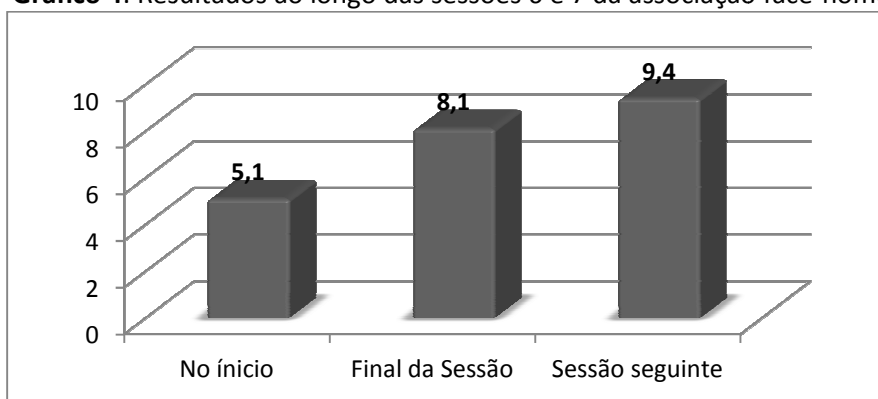
Na tabela 18 encontra-se esquematizadas as estratégias utilizadas inicialmente e após a intervenção pelos idosos e proporcionadas pelas famílias.

Tabela 18: Estratégias da memória utilizadas antes e após a intervenção

Estratégias da memória utilizadas antes da intervenção		Estratégias da memória utilizadas após a intervenção		Intervenção da família
Internas	Externas	Internas	Externas	
Repetição	<ul style="list-style-type: none"> - Utilização de post-its - Utilização de calendário - Utilização de um local único para guardar documentos importantes - Utilização de listas de compras 	<ul style="list-style-type: none"> - Repetição - Associação - Imagens - Técnica da Primeira Letra 	<ul style="list-style-type: none"> - Post-its - Agenda - Utilização de pastas/caixas para separar os documentos importantes por área, arrumados sempre no mesmo local - Listas de compras - Bloco de notas - Alarme no telemóvel (para toma da medicação) - Calendário 	<ul style="list-style-type: none"> - Aquisição de agenda e supervisão do uso da mesma - Incentivo para utilização das estratégias da memória, bem como da realização de exercícios de estimulação da memória, tal como a leitura - Disponibilização de jogos informáticos de estimulação da memória

Na sessão 6 foram distribuídas fotografias de figuras públicas de forma aleatória. A capacidade para recordar e associar o nome à face foi gradual. A maior dificuldade incidu na associação face - nome, sendo na maioria das vezes capazes de identificar a profissão das figuras públicas. Foram utilizadas técnicas como a repetição e a associação de uma característica física à pessoa e conseqüentemente ao nome. No início da sessão 6 (6ª semana) conseguiram em média associar o nome em 5,1 fotografias e no final da sessão em 8,1 figuras. O material foi levado com os idosos para o domicílio de cada um, tendo sido pedido para continuarem a desenvolver esta atividade. Na sessão 7 (7ª semana), conseguiram atingir em média 9,4 de associações corretas (gráfico 7).

Gráfico 4: Resultados ao longo das sessões 6 e 7 da associação face-nome



1.5. Efetividade do Programa de Estimulação Cognitiva

A efetividade do programa é avaliada através das diferenças entre o pré-teste e o pós-teste, em ambos os grupos, recorrendo ao teste de Wilcoxon. O pós-teste é referente às escalas de avaliação cognitiva e funcional utilizadas.

a) Teste do Relógio

Relativamente ao teste do relógio, verifica-se no grupo experimental a média é superior no pós-teste (3,06; DP =0,66), existindo diferenças significativas com a intervenção, comprovada pelo teste de Wilcoxon: $Z = -3,500$; $p = 0,001$ (tabela 19).

No grupo controlo, a média no pós-teste foi ligeiramente inferior (1,81; DP=0,98), não havendo diferenças significativas entre os dois momentos, de acordo com o teste de wilcoxon: $Z = -0,264$; $p = 0,792$ (tabela 19).

Tabela 19: Relação entre pré e pós-teste em ambos os grupos relativamente ao teste do relógio

Grupo	Pré-teste		Pós-teste		Teste de Wilcoxon	
	Média	DP	Média	DP	Z	P
Grupo experimental	2,24	0,56	3,06	0,66	-3,500	0,001
Grupo controlo	1,88	0,96	1,81	0,98	-0,264	0,792

b) Mini Exame do Estado Mental (MMSE)

No grupo experimental a média é superior no pós-teste (26,24; DP =1,20) relativamente ao pré-teste (23,41;DP=0,80), existindo através dos resultados no teste de wilcoxon diferenças significativas após a intervenção.

No grupo controlo as médias antes e após são equivalentes, pelo que não foram observadas alterações significativas entre o pré e pós-teste, como reveladas pelo teste de wilcoxon: $Z = -0,061$; $P = 0,951$ (tabela 20).

Tabela 20: Relação entre pré e pós-teste em ambos os grupos relativamente ao MMSE

Grupo	Pré-teste		Pós-teste		Teste de Wilcoxon	
	Média	DP	Média	DP	Z	P
Grupo experimental	23,41	0,80	26,24	1,20	-3,666	0,001
Grupo controlo	22,81	2,56	22,81	2,79	-0,061	0,951

Importa mais uma vez analisar cada item do MMSE, de forma a perceber as alterações em cada função cognitiva (tabela 21).

A nível da orientação verificou-se no grupo experimental um aumento da média após a intervenção (9,24; DP=0,75), havendo diferenças significativas comprovadas pelo teste de wilcoxon: $Z = -2,810$; $p = 0,005$.

Na retenção não houve diferenças significativas em ambos os grupos, com resultados no teste de wilcoxon idêntico: $Z = 0,000$; $P = 1,000$.

Na atenção e cálculo, no grupo experimental, apesar de um ligeiro aumento da média (4,00; DP=0,71), o teste de wilcoxon não foram verificadas diferenças significativas: $Z = -1,311$; $p = 0,190$. No grupo controlo não houve alterações e como tal não se verificam diferenças significativas: $Z = 0,000$; $p = 1,000$.

No item da evocação, no grupo experimental a média é superior no pós-teste (2,18; DP=0,53), existindo diferenças estatisticamente significativas, demonstradas pelo teste de wilcoxon: $Z = -3,739$; $p = 0,001$. No grupo controlo houve uma diminuição na média (0,96; DP=1,44), não se verificando no entanto diferenças significativas: $Z = -1,000$; $p = 0,317$.

A nível da linguagem, no grupo experimental apesar de um ligeiro aumento da média (7,47; DP=0,52), não se verificaram através do teste de wilcoxon diferenças significativas: $Z = -1,633$; $p = 0,257$. No grupo controlo verificou-se um decréscimo da média (6,62; DP=0,82), mas tal como no grupo experimental, sem diferenças significativas: $Z = -0,378$; $p = 0,71$.

Por fim, na sub-escala habilidade construtiva, verificou-se no grupo experimental um aumento da média (0,35; DP=0,49), não havendo no entanto diferenças significativas após a intervenção, como revela o teste do wilcoxon: $z = -1,633$; $p = 0,102$. No grupo controlo houve um ligeiro aumento da média (0,19; DP=0,40), sem contudo existirem diferenças significativas: $Z = -1,000$; $p = 0,317$.

Tabela 21: Relação entre pré e pós-teste em ambos os grupos relativamente às sub-escalas do MMSE

Grupo	Grupo Experimental						Grupo controlo					
	Pré-teste		Pós-teste		Teste de Wilcoxon		Pré-teste		Pós-teste		Teste de Wilcoxon	
	Média	DP	Média	DP	Z	p	Média	DP	Média	DP	Z	P
Orientação	8,59	0,62	9,24	0,75	-2,810	0,005	8,69	1,08	8,75	0,78	-0,333	0,739
Retenção	3,00	0,00	3,00	0,00	0,000	1,000	3,00	0,00	3,00	0,00	0,000	1,000
Atenção e Cálculo	3,71	0,99	4,00	0,71	-1,311	0,190	2,81	1,83	2,81	1,83	0,000	1,000
Evocação	0,59	0,51	2,18	0,53	-3,739	0,001	1,56	0,96	1,44	0,81	-1,000	0,317
Linguagem	7,29	0,47	7,47	0,52	-1,134	0,257	6,62	0,89	6,69	0,70	-0,378	0,71
Habilidade Construtiva	0,12	0,12	0,35	0,49	-1,633	0,102	0,06	0,25	0,19	0,40	-1,000	0,317

c) Escala de Avaliação de Demência

Na aplicação da escala de avaliação de demência não houve alterações em ambos os grupos, pelo que não existem diferenças estatisticamente significativas, de acordo com o teste de wilcoxon: $Z=0,000$; $p=1,000$.

d) Índice de Lawton e Índice de Barthel

Perante os resultados no pré-teste indicativos de baixo nível de dependência nas atividades de vida diária e instrumentais, assumimos não estabelecer a relação entre o pré e pós-teste, já que não traz novos ganhos para o estudo.

Após a análise intra-grupos, na relação pré e pós intervenção, importa agora apresentar os resultados inter-grupos, relativamente ao pós-teste. Para tal será utilizado o teste Mann-Whitney.

e) Mini Exame do Estado Mental (MMSE)

Após a intervenção, a média no grupo experimental é superior (26,4; DP=1,20) relativamente ao grupo controlo (22,81; DP=2,79), existindo diferenças significativas reveladas através do teste de Mann-Whitney: $U=-4,109$; $P=0,001$ (tabela 22).

Relativamente às sub-escalas que compõem o MMSE, a nível da evocação e da linguagem verificou-se uma diferença estatisticamente significativa, como demonstra respetivamente o teste de Mann-Whitney: $U=-2,785$; $p=0,005$ e $U=-3,166$; $p=0,002$ (tabela 22).

Nas restantes funções cognitivas não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, de acordo com o teste de Mann-Whitney. já que $p>0,05$.

Tabela 22: Relação entre pós-testes em ambos os grupos relativamente ao MMSE e suas sub-escalas

	Grupo Experimental		Grupo controlo		Teste de Man-Whitney	
	Pós-teste		Pós-teste			
	Média	DP	Média	DP	U	p
Orientação	8,59	0,62	8,75	0,78	-1,762	0,078
Retenção	3,00	0,00	3,00	0,00	0,000	1,000
Atenção e Cálculo	4,00	0,71	2,81	1,83	-1,845	0,065
Evocação	2,18	0,53	1,44	0,81	-2,785	0,005
Linguagem	7,47	0,52	6,69	0,70	-3,166	0,002
Habilidade Construtiva	0,35	0,49	0,19	0,40	-1,050	0,294
Total MMSE	26,24	1,20	22,81	2,79	-4,109	0,001

Relativamente ao teste do relógio, a média no grupo experimental (3,06; DP=0,66) é superior à do grupo controlo, verificando-se como tal diferenças estatisticamente significativas, reveladas pelo teste de Mann-Whitney: $U= -3,437$; $p=,001$ (tabela 23).

Tabela 23: Relação entre pré e pós-teste em ambos os grupos relativamente ao teste do relógio

	Grupo Experimental		Grupo controlo		Teste de Man-Whitney	
	Pós-teste		Pós-teste			
	Média	DP	Média	DP	U	p
Teste do Relógio	3,06	0,66	1,81	0,98	-3,437	,001

Relativamente à Escala de Avaliação de Demência, tal como verificado nos testes aplicados e resultados apresentados anteriormente, não houve alterações na Escala de Avaliação de Demência, não havendo como tal diferenças estatisticamente significativas.

Não será igualmente avaliada o pós-teste entre as sub-amostras independentes no Índice de Lawton e Índice de Barthel, já que o nível de dependência a nível das atividades de vida instrumentais e básicas de vida diária é muito baixo ou nulo, como verificado nos resultados apresentados no subcapítulo da caracterização cognitiva e funcional dos idosos.

2.DISSCUSSÃO

Neste capítulo pretende-se interpretar os resultados obtidos, apresentados nos capítulos anteriores, que se considera serem de maior relevância, pelo seu conteúdo e pertinência intrínseca ou pelo paralelismo com estudos anteriores desenvolvidos na área de estudo. Esta fase exige uma reflexão intensa e uma análise profunda em todo o processo de investigação (Fortin, 2009).

Com este capítulo pretende-se analisar os aspetos do estudo empírico que se considera serem mais relevantes, pelo seu significado intrínseco ou pela comparação com estudos desenvolvidos sobre o tema.

Apesar da natureza do estudo quasi-experimental, possibilitar o estabelecimento de relações causa-efeito, neste trabalho o que se pretende essencialmente é analisar o impacto que o programa de intervenção tem a nível cognitivo e funcional dos idosos com DCL.

Para que seja possível verificar qual o efeito da variável independente sobre a variável dependente, é necessário fazer o controlo das variáveis, assegurando que os dois grupos são tão equivalentes quanto possível, no que respeita a todas as outras variáveis. Deste modo assegura-se a validade interna e externa do estudo (Fortin, 2009).

Verificamos através do teste de Mann-Whitney que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis dos grupos. No entanto, como o número que compõe as amostras é reduzido e sem uma seleção aleatória, serão feitas generalizações cautelosas.

Perante a ausência de diferenças significativas das duas sub-amostras, em alguns pontos, a discussão será realizada considerando a amostra global.

A discussão e reflexão encontram-se organizadas de acordo com os resultados apresentados.

2.1. Características Sociodemográficas

Do grupo experimental foram incluídos 17 idosos com DCL, constituindo 51,5% da amostra e do grupo controlo fizeram parte 16 idosos, compondo 48,5% da amostra. Estes dados vão ao encontro da dificuldade sentida em diagnosticar o DCL por não ser dada a devida significância pelos próprios, famílias e profissionais de saúde aos subtis défices cognitivos. Consequentemente não são referenciados a profissionais especializados (Petersen, 2003).

Nas duas sub-amostras verifica-se uma maior prevalência de idosos do sexo feminino, com uma média total de 82%, contrapondo 18% de idosos do sexo masculino, o que corrobora com estudos que referem uma maior prevalência de DCL nas mulheres (Magalhães, 2008).

Relativamente às idades, a média de idades global é de 70,5%, variando entre 65 e 75 anos. Estudos nacionais apontam para idades médias entre 72,2 anos (Nunes, et al., 2004) e internacionais apontam para idades médias entre 66 e 74 anos (Petersen, 2003).

A percentagem de idosos com escolaridade entre 1 a 4 anos é bastante elevada, com uma média global de 93,75%, havendo apenas 12,5% de analfabetos no grupo controlo. De facto de acordo com vários estudos a baixa escolaridade constitui-se como fator de risco para desenvolver DCL, sendo consenso em estudos nacionais (Magalhães, 2007) e internacionais (Petersen, 2004; Ghetu, et al., 2010).

Apenas foi possível recolher a informação no grupo experimental, sobre o facto de os idosos viverem ou não sozinhos, já que pela natureza e origem do estudo do qual foi retirado o grupo controlo não foi possível recolher este dado. Deste modo a maior percentagem de idosos vive acompanhado, correspondendo a 64,7% da sub-amostra e 35,3% vive sozinho. Sendo uma amostra reduzida as afirmações neste sentido devem ser feitas com cautela. De facto existem estudos que vão ao encontro destes resultados sendo na sua maioria a pessoa com quem coabitam o cônjuge (Pedrosa, 2007). Neste estudo, 72,7% vive com o cônjuge e 27,3% vive com os filhos.

A escolaridade dos pais foi um dado recolhido para caracterizar os antecedentes familiares dos idosos, não tendo um significado preditivo para o DCL. Deste modo, na amostra global, 41,9% dos pais sabiam ler/escrever, enquanto 58,1% não sabiam ler ou escrever. Verifica-se também nos pais um baixo nível de escolaridade e literacia.

Quanto aos hábitos lúdicos uma grande maioria utiliza apenas recursos físicos para desenvolver atividades lúdicas, como passear, com uma média global de 57,55%. Segue-se por ordem decrescente a utilização de ambos os recursos (cognitivos e físicos), com 18,4%,

ausência de atividades lúdicas compreendendo 12,15% da amostra e apenas 11,95% que utilizam somente recursos cognitivos. Um dos fatores de risco para o desenvolvimento de DCL e progressão para demência é a atividade intelectual pobre (Rabelo, 2009), indo ao encontro da baixa percentagem apresentada de utilização de recursos cognitivos. No entanto estudos apontam para a importância do desenvolvimento da atividade física na capacidade cognitiva em idosos com DCL (Uffelen et. al., 2009). Outros estudos corroboram com a utilização de recursos físicos e cognitivos fazendo referência ao fator protetor de estilos de vida que incluem interação social e envolvimento em atividades lúdicas cognitivas e físicas (Ribeiro e Yassuda, 2007 citado por Rabelo, 2009).

Relativamente aos antecedentes pessoais, na sua grande maioria apresentam doenças cardiovasculares, com uma média global de 51,1% e multipatologia (na sua maioria doenças cardiovasculares e osteoartioarticulares) numa média de 36,75%. 12,5% dos participantes apresentam doenças osteoarticulares, que parecem estar na origem de alguns défices a nível da funcionalidade. Estes resultados corroboram com os estudos que consideram os antecedentes cardiovasculares como fatores de risco para o desenvolvimento de DCL (Ghetu, *et al.*, 2010).

No que diz respeito à percepção sobre a saúde, os idosos da amostra global consideram ser razoável, com uma média de 66,9% e 21,3% consideram boa. De notar que no grupo experimental 23,5% consideram a sua saúde má. Estes resultados corroboram com estudos na área, nos quais uma grande maioria dos idosos com DCL considera a sua saúde razoável (Argimon e Stein, 2005).

Na capacidade para fazer face-ao-dia-a-dia, uma grande parte dos idosos considera razoável, com uma média global de 66,55%. Segue-se 30,5% da amostra que a considera boa. Estes valores vão ao encontro do fato de um dos critérios de DCL ser a ausência de défices nas atividades de vida diária (Petersen, et al., 2008) e consequentemente na capacidade para lidar com as atividades do quotidiano.

Relativamente à qualidade de vida, 69,85% da amostra global considera a sua qualidade de vida razoável e 18,4% considera boa. De notar que no grupo experimental, 23,5% considera a sua qualidade vida má e nenhum dos participantes considera muito boa. Em estudos realizados existe uma relação entre o défice cognitivo e uma pior percepção sobre qualidade de vida, sobretudo se estiver associado a baixo nível socio-económico, viver sozinho e presença de sintomas depressivos (Muangpaisan, *et al.*, 2008).

2.2. Caracterização Cognitiva e Funcional dos Idosos

Sem perceber as reais necessidades de uma população não é possível intervir eficazmente, de forma a promover uma maior e melhor saúde mental. Deste modo, avaliar os idosos a nível cognitivo e funcional permite-nos conhecer melhor algumas das características presentes nos idosos com DCL.

No pré-teste foi aplicado o instrumento de avaliação em ambas as sub-amostras, traçando o perfil cognitivo e funcional dos idosos incluídos em cada grupo.

Os idosos do grupo experimental, com 1 a 4 anos de escolaridade apresentam um score médio de 23 no MMSE, variando entre 22 e 24. No grupo controlo, o valor médio para os idosos analfabetos é de 17 e para os idosos com 1 a 4 anos de escolaridade é de 24, variando entre 22 e 25. De acordo com a validação para a população portuguesa (Guerreiro, 1994), é preconizado um score limite para défice cognitivo de 15, em analfabetos, 22 para indivíduos com 1 a 11 anos de escolaridade e 27 para indivíduos com mais de 11 anos de escolaridade, tendo deste modo os resultados obtidos ultrapassado estes limites. Novos estudos apontam para médias mais elevadas do resultado final do MMSE, em função da escolaridade (Morgado et. al., 2010). Igualmente estudos nacionais desenvolvidos (Nunes, *et al.*, 2004; Ribeiro, *et al.*, 2006a) e internacionais (Petersen, 2003; Mathews, *et al.*, 2008) apontam para a necessidade de avaliar cada sub-escala do MMSE para se conseguir ser mais preciso na definição do DCL, considerando nas amostras valores acima dos limites preconizados no MMSE. De facto, de acordo com a literatura, um indivíduo com DCL pode apresentar défice do funcionamento da memória e ter bons desempenhos em outros domínios cognitivos, o que está de acordo com a forma mnésica de DCL (Nunes, *et al.*, 2004; Petersen, 2003)

Do mesmo modo salientamos que vários estudos preconizam a utilização de várias escalas e o conjunto dos seus resultados nos dão informação sobre a deteção do DCL (Pinto, E; Peters, R, 2009). Neste estudo verificamos que existe uma correlação positiva entre o MMSE e o teste do relógio.

Desta forma, neste estudo assumimos incluir idosos com um score de MMSE superior aos limites estabelecidos para a população portuguesa, tendo em conta os resultados obtidos em cada sub-escala do mesmo, no teste do relógio e na Escala de Avaliação de Demência, indo assim ao encontro de alguns estudos na área (Nunes et. al, 2004; Zhou, 2007; Petersen *et. al*, 2008).

Relativamente à análise das sub-escalas do MMSE, verificam-se défices nas várias áreas nomeadamente a nível da orientação com uma média global de 8,64, na atenção e

cálculo com uma média global de 3,26, na evocação, com 1,08 de média, na linguagem com 6,96 e na habilidade construtiva com 0,09.

De notar que o maior défice se encontra a nível da evocação, o que coaduna com os critérios estabelecidos para as alterações da memória no DCL mnésico (Petersen, et al., 2008). Apenas na retenção imediata não foi verificado défice. Perante estes resultados, com maior evidência de défice na evocação e menor nas restantes áreas cognitivas, coloca-se aqui a questão de as alterações de memória poderem levar a défices nas outras áreas cognitivas, ou por outro lado, estarmos perante dois tipos de DCL: mnésico de único domínio e mnésico de múltiplos domínios. Esta questão é uma limitação do estudo. Apesar de a diferença entre os dois subtipos estar no grau de défice, isto é, no DCL mnésico de único domínio, a memória é afetada em grau significativo, enquanto que no DCL mnésico de múltiplos domínios pode apresentar défices de memória, mas também ligeiros défices noutras áreas cognitivas, como por exemplo, o funcionamento executivo e a linguagem (Petersen, 2003), de acordo com estudos desenvolvidos, surgem algumas dúvidas relativamente a este subtipo de DCL. Em conjunto com a utilização de instrumentos de avaliação, o seu diagnóstico fica essencialmente a cargo do julgamento clínico. Deste modo, optamos por neste estudo não tecer afirmações e generalizações a este nível.

Na avaliação do teste do relógio, foram notórios os défices, estando todos os resultados abaixo da classificação considerada para défice, isto é abaixo da classificação 3 (Distribuição visuo-espacial correta com marcação errada da hora) (Shulman et. al, 1996 citado por Pinto, E; Peters, R, 2009), o que corrobora com estudos nos quais foi utilizado o teste do relógio como instrumento de avaliação (Tsolaki et. al., 2011).

Todos os participantes preencheram o critério de um resultado de 0,5 na escala de avaliação de Demência, tal como previsto nos estudos desenvolvidos (Portet, et al., 2006; Petersen, 2008).

Relativamente à funcionalidade avaliada pelo Índice de Lawton, associada às atividades de vida instrumentais e ao Índice de Barthel, associado às atividades de vida diária, também não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre as duas sub-amostras, o que se pode justificar pelo reduzido número da amostra. Não se verificaram grandes défices a nível das atividades de vida instrumentais, com uma média global de 10,11%. Dentro das atividades com presença de ligeiros défices, as atividades referidas foram “fazer compras”, usar dinheiro e usar transporte, corroborando assim com alguns estudos a nível da funcionalidade nos idosos com DCL (Portet, et al., 2006).

No nível de dependência nas atividades de vida diária não verificamos diferenças significativas entre as duas sub-amostras, validado através do teste de Mann-Whitney. No grupo experimental nenhum dos participantes apresenta défices a este nível. No grupo

controle, verificaram-se ligeiros níveis de dependência, com um valor médio de 91,25%. Perante o pequeno número da amostra e visto os instrumentos de avaliação terem sido aplicados por diferentes investigadores, não se torna possível estabelecer generalizações ou afirmações verdadeiras.

2.3. Relação entre Variáveis Associadas à Efetividade

Alguns fatores podem interferir com a efetividade do programa, pelo que tentamos compreender a relação dos hábitos lúdicos e da participação dos familiares com a efetividade do programa de intervenção.

Deste modo, recorreremos ao teste de Kruskal-wallis para perceber se o fato de utilizarem recursos cognitivos e simplesmente a presença de hábitos lúdicos teria influência na performance cognitiva. No entanto, não foram verificadas diferenças significativas entre os vários tipos de hábitos lúdicos: utilização de recursos cognitivos, físicos, cognitivos e físicos ou sem atividades lúdicas enunciadas. Estudos demonstram que a prática de atividades lúdicas e uma boa utilização das capacidades intelectuais são fatores protetores para o desenvolvimento de DCL (Ribeiro e Yassuda, 2007 citado por Rabelo, 2009). Neste estudo, pelo pequeno número de participantes não foi possível concluir e estabelecer esta relação.

No que diz respeito à participação dos familiares não se verificaram através do teste de Mann-Whitney diferenças significativas pela participação dos familiares. Estudos na área (Kinsella et. al., 2009) demonstram a importância da família nos programas de estimulação cognitiva para idosos com DCL, já que lhes fornece um conjunto de estratégias para que possam gerir no quotidiano do idoso com DCL. Frequentemente estes familiares tornam-se mais tarde cuidadores. Estudos como o de Seeman et. al (2001) e Keller-Cohen et. al. (2006) citado por Rabelo (2009) revelam que indivíduos com melhor suporte emocional apresentam melhor funcionamento cognitivo. No entanto, no estudo não foi possível chegar às mesmas conclusões, pelo baixo número de familiares que participaram, que por sua vez teve origem na falta de consciencialização sobre o DCL ou pela indisponibilidade laboral, ou ainda pela ausência de suporte emocional.

2.4. Avaliação dos Procedimentos do Programa de Estimulação Cognitiva

Os procedimentos utilizados e as alterações e dinâmicas observadas são preponderantes para efetividade do programa.

Várias foram as queixas de memória repercutidas no dia a dia dos idosos com DCL e nas emoções sentidas. As alterações da memória a curto prazo, bem como de outras funções cognitivas como orientação, linguagem e atenção levaram os participantes a cessar ou diminuir atividades que desenvolviam, bem como a uma maior lentificação nas atividades de vida diária. Por consequência verifica-se um maior isolamento acompanhado de emoções como ansiedade, tristeza e frustração, corroborando assim com estudos desenvolvidos sobre a presença de sintomas de ansiedade nos idosos com DCL (Rozzini, et al., 2009).

Relativamente às estratégias alvo de ensino e de treino, verificamos uma melhoria na utilização das mesmas, estando de acordo com estudos em que se verificou a implementação de estratégias de memória (Kinsella, et al., 2009). No entanto, e apesar de ter sido igualmente notório o aumento da utilização de estratégias internas da memória, a melhoria incidiu especialmente nas estratégias externas da memória. Não foram encontrados estudos que diferenciem a utilização de cada um dos tipos de estratégias. Acreditamos e de acordo com o observado e referido pelos idosos, que as estratégias externas são mais fáceis de aplicar e compreender. Deste modo, sugerimos alargar o número de sessões para o treino de estratégias internas da memória.

Uma das estratégias externas à qual recorreram com mais frequência após a intervenção foi o uso de agenda, seguido de pastas ou caixas para arquivar os documentos importantes e pessoais, por área. O uso de listas de compras e do calendário foram mantidos, tal como referido em alguns estudos internacionais (Kurz, et al., 2009) Dois dos participantes recorreram ao uso do alarme do telemóvel essencialmente para toma daa medicação). Das estratégias internas salientamos o uso da associação, das imagens visuais, da técnica da primeira letra e da repetição, já antes utilizada. Cada participante recorreu às estratégias que mais se adaptaram ao seu quotidiano e às suas características pessoais, tal como preconiza Kinsella *et. al.* (2009).

Com a melhoria da utilização de estratégias da memória no quotidiano, os idosos alvo de intervenção referiram “sentir-se melhor e com maior capacidade para fazer face ao dia a dia” (sic).

Também os familiares que participaram no programa melhoraram no conhecimento das estratégias da memória, reforçando e supervisionando, sempre que possível, a sua aplicação no dia a dia dos idosos, tal como concluído em alguns estudos (Kinsella, *et al.*, 2009). Foram os próprios familiares que adquiriram a agenda para registo diário e planeamento de cada dia, para além de incentivarem e auxiliarem na leitura de livros/revistas. Um dos familiares disponibilizou para o idoso jogos informáticos de estimulação da memória, assistindo-o na sua utilização. No entanto, as folhas para registo de estratégias por parte dos familiares (Anexo III) não foi utilizada, já que todos os familiares, excepto um, que participaram no programa não vivem com o idoso, pelo que não dispõem de tempo suficiente para o preenchimento da mesma.

Verificamos igualmente uma melhoria significativa na associação face-nome, corroborando com alguns estudos que utilizaram esta técnica (Belleville, *et al.*, 2006; Jean, *et al.*, 2010).

2.5.Efetividade do Programa de Estimulação Cognitiva

Ainda poucos estudos existem sobre a efetividade de um programa de estimulação cognitiva em idosos com DCL, não havendo ainda um grande consenso sobre as técnicas e estratégias utilizadas.

Pretendemos com este programa uma melhoria das capacidades cognitivas e funcionais dos idosos com DCL que foram alvo da intervenção, tendo em conta os seus pontos fortes e fracos, bem como as suas limitações.

Deste modo, tendo este estudo um desenho de pré e pós-teste, a avaliação das diferenças nos dois momentos em cada um dos grupos, bem como no pós-teste do grupo experimental e grupo controlo, através de testes objetivos, permite-nos perceber a efetividade do programa de estimulação cognitiva.

Relativamente ao grupo experimental que foi alvo da intervenção verificamos diferenças significativas, a nível cognitivo entre o pré e o pós-teste, reveladas pelo MMSE e teste do relógio. Houve um aumento das médias do pré para o pós-teste a nível de todas as funções cognitivas, exceto a retenção, por ausência de alteração no pré-teste. Salientamos áreas como a orientação, a evocação e a orientação visuo-espacial que apresentaram diferenças estatisticamente significativas após a intervenção, corroborando assim com

estudos que desenvolveram programas de estimulação para idosos com DCL (Belleville, *et al.*(2006); Tsolaki *et. al.* (2011).

Na escala de avaliação de demência não se verificaram alterações desde o início da intervenção, apenas ligeiras melhorias a nível das atividades domésticas e recreativas, no sentido do maior interesse e motivação para o desenvolvimento de passatempos intelectuais, bem como para retomarem algumas atividades sociais.

No grupo controlo, não se verificaram diferenças significativas do pré para o pós-teste, tendo-se verificado um ligeiro decréscimo na média do teste do relógio. Não verificamos alterações nas funções cognitivas avaliadas no MMSE, exceto a nível da evocação que apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas, houve um decréscimo da média, tal como demonstrado em alguns estudos com o mesmo desenho (Talassi, *et. al*, 2007).

Estudos demonstram que o défice cognitivo poderá estar associado a limitações na funcionalidade (Burton *et. al.*, 2009) e que programas de estimulação cognitiva podem melhorar estes défices (Kurz *et. al.*, 2009; Tsolaki *et. al.*, 2011).No entanto, devido à baixa percentagem de dependência a nível das atividades de vida instrumentais refletidas pelo Índice de Lawton e das atividades de vida diária indicadas pelo Índice de Barthel e ao reduzido número da amostra, não nos é possível retirar conclusões a este nível, assumindo não analisar as diferenças entre os dois momentos de avaliação, já que não traria ganhos pertinentes para a investigação.

No pós-teste de ambos os grupos verificamos a nível cognitivo diferenças significativas entre os dois grupos, com uma evolução positiva no grupo experimental, comprovada pelos resultados no teste do relógio e MMSE. As funções cognitivas que sofreram uma maior evolução positiva, com diferenças estatisticamente significativas incidem na evocação e na linguagem. Vários estudos revelam a melhoria na evocação após uma intervenção cognitiva (Belleville, *et al.*, 2006; Kinsella, *et al.*, 2009; Kurz, *et al.*, 2009; Tsolaki *et al.*, 2011). Relativamente à linguagem, estudos revelam possíveis défices a este nível cognitivo no DCL (Saunders, *et al.*, 2010), mas no entanto sem resultados a nível da efetividade de programas de intervenção cognitiva. Deste modo, atribuímos com alguma precaução e sem generalizações, esta melhoria a nível da linguagem, à alteração positiva da memória e à maior utilização de estratégias da memória, corroborando assim com o estudo de Kinsella, *et al.* (2009).

O fato de todos os participantes do grupo experimental terem sido alvo de todo o programa contribuiu para os resultados obtidos, já que tiveram a oportunidade de desenvolver todas as atividades propostas. A facilidade de horário oferecida facilitou a

presença e participação de todos os idosos no programa, sendo deste modo importante, em programas futuros ter sempre em conta estas questões, essencialmente se as intervenções forem desenvolvidas no seio da comunidade, com idosos que não se encontram institucionalizados.

3.CONCLUSÕES

Os quadros demenciais são cada vez mais incidentes na nossa população, levando a grandes alterações na vida do doente e familiares e não deixando nada igual ao que era antes. É um forte fator de dependência nos idosos e de sobrecarga nos cuidadores, implicando alterações de hábitos de vida e diminuição da qualidade de vida, bem como um tratamento farmacológico prolongado e logo maiores custos.

Deste modo, importa intervir o mais precocemente possível, de forma a podermos intervir atempadamente, antes de maiores complicações se instalarem no quotidiano de um doente com demência e sua família. Neste sentido, o enfermeiro de saúde mental e psiquiatria exerce um importante papel na consciencialização de profissionais de saúde e da população em geral, na deteção de DCL e na valorização de intervenções não farmacológicas que permitam melhorar a saúde e qualidade de vida dos indivíduos portadores de DCL.

Atualmente, o DCL constitui-se como uma entidade diagnóstica, que revela uma transição entre o envelhecimento normal e a demência, sendo a progressão para o último estado bastante significativa. Perante esta nova realidade urge novos estudos sobre as diferentes áreas que abrangem o DCL, no sentido de podermos compreender melhor todos os fenómenos intrínsecos e extrínsecos ao mesmo.

Com este estudo várias conclusões podem ser retiradas, salientando-se aqui as principais e de relevância para a prática clínica.

Após a revisão bibliográfica é consenso nacional e internacional a utilização dos critérios de Petersen (2001) para o diagnóstico de DCL, bem como da utilização de abordagens não farmacológicas para o seu tratamento. É consenso que os programas de estimulação cognitiva ajudam na melhoria da performance cognitiva e funcional dos idosos com DCL.

Todos os participantes preencheram critérios para DCL, de acordo com os critérios definidos por Petersen (2001) e os resultados dos testes aplicados. A análise da relação entre os testes cognitivos facilitaram a deteção de DCL, pelo que baseados em vários estudos, foram incluídos participantes com resultados de MMSE superiores aos limites validados para a população portuguesa (Guerreiro, 1994). Daqui se sugere que sejam

efetuados mais estudos, tal como o de Morgado et. al. (2010) para atualização dos scores do MMSE à nova realidade populacional, a nível da literacia e cultura. Por outro lado, estes resultados levaram-nos a refletir sobre a necessidade de utilização de mais instrumentos de medida sensíveis à deteção de DCL. Para tal, são necessários mais estudos de forma a uniformizar as escalas e testes para avaliar o DCL.

Neste estudo, os participantes na sua maioria são do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos, e na sua maioria com escolaridade entre 1 a 4 anos de escolaridade.

Sendo um fator de risco para DCL estudado, os antecedentes cardiovasculares apresentam uma grande incidência na amostra, seguido dos antecedentes osteoarticulares que poderão estar na origem dos ligeiros défices a nível da funcionalidade.

A grande maioria dos participantes utiliza apenas recursos físicos nos hábitos lúdicos, seguindo-se dos que utilizam ambos, cognitivos e físicos. No entanto, não foi possível estabelecer uma relação com os resultados obtidos a nível cognitivo.

Com este estudo foi possível, sem generalizações ambiciosas traçar o perfil cognitivo dos idosos com DCL, verificando-se um maior défice a nível da orientação, da evocação e da orientação visuo-espacial, com ênfase na segunda função cognitiva. Estes resultados coadunam com a presença de défice cognitivo mnésico. A nível funcional não foi possível estabelecer um perfil exato, já que os níveis de dependência não são significativos.

Com a aplicação do programa de estimulação cognitiva a idosos com DCL, num estudo com grupo controlo, permitiu-nos avaliar estratégias e técnicas, através da obtenção de resultados positivos ou sua ausência.

Deste modo, um dos pontos fortes deste programa foi o ensino e treino de estratégias da memória, com uma evidente melhoria no grupo experimental após a intervenção. A frequência de utilização das estratégias externas da memória foi maior do que as estratégias internas da memória, pela falta de conhecimento inicial e pela maior dificuldade na sua aplicação. Na sua maioria as estratégias externas da memória eram inicialmente mais utilizadas pelos idosos, tendo a sua utilização global permitido aos idosos sentirem-se melhor no seu dia a dia, com melhoria das alterações mnésicas e consequentemente maior capacidade para as gerirem no dia a dia.

A participação da família é um ponto assinalado como de grande importância em vários estudos. Neste estudo, esperavamos uma maior participação da família, o que não ocorreu. Este resultado justifica-se pelo fato de haver ainda pouco consciencialização da problemática do DCL e pelo baixo apoio e suporte emocional da família. Uma grande percentagem dos idosos do grupo experimental vive acompanhado, o que não está diretamente associado a um bom suporte. Os familiares que participaram são na sua

maioria filhos que não vivem com os idosos, estando assim dificultada a orientação, incentivo e supervisão na utilização das estratégias da memória.

Os resultados do programa foram visivelmente positivos a nível de algumas funções cognitivas no grupo experimental, verificando-se melhoria a nível da memória a curto prazo, da orientação, da linguagem e da orientação visuo-espacial, espelhadas nos teste cognitivos e no desenvolvimento das atividades propostas, como a associação face-nome que foi por sua vez, alvo de melhoria. Pela natureza dos testes analisados, outras funções cognitivas podem estar associadas como a atenção e a compreensão. Não foi possível avaliar adequadamente o nível de dependência nas atividades de vida diária e instrumentais, sendo como tal necessários mais estudos e o desenvolvimento de programas mais direccionados para a funcionalidade, ou de preferência conjugando o nível cognitivo e funcional. No grupo controlo não se verificaram alterações significativas a nível cognitivo e funcional. De notar igualmente que o programa levou a um aumento da interacção social, que por só é um fator favorável para a melhoria e/ou manutenção das funções cognitivas.

O programa preconiza a realização de um follow-up após três meses do final da intervenção, pelo que no final do mês de Setembro, os idosos que participaram no estudo serão reconvocados para nova avaliação.

Verifica-se assim a efetividade deste programa de estimulação cognitiva que abrangeu várias funções cognitivas, com ênfase na memória e nas estratégias compensatórias para utilização no quotidiano dos idosos com DCL.

Após a sua aplicação concluímos que é um programa simples e de fácil aplicação, centrado na pessoa e na família, podendo ser aplicado tanto em grupo na comunidade, como no domicílio. Pelas atividades e materiais que preconiza é um programa económico, podendo ser adaptado à realidade e contexto do participante e do profissional. Sugerimos contudo, um maior número de sessões que incidam essencialmente no ensino e treino de estratégias internas da memória, podendo também ser útil o acompanhamento individual no contexto do idoso ou se possível o maior envolvimento familiar. Sugerimos também em próximos estudos realizar a avaliação da satisfação relativamente ao programa, por parte dos participantes, sendo um óptimo indicador de qualidade e melhoria.

Após a realização deste estudo, novas medidas serão adoptadas no meu contexto clínico como enfermeira de saúde mental e psiquiatria. Deste modo, os utentes com DCL serão incluídos no Projeto de Enfermagem Viver com a Demência, da minha responsabilidade e a ser desenvolvido na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora da Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Para tal serão criados meios para facilitar a referência e acompanhamento destes utentes. Será realizada uma sensibilização aos profissionais das equipas de saúde familiar para a importância do

diagnóstico precoce de DCL, bem como sobre os critérios que o classificam e definem. Igualmente e no seguimento da parceria estabelecida com o Serviço de Psicogeriatria do Hospital Magalhães Lemos, no âmbito do Projecto Viver com a Demência, para o acompanhamento de pessoas com demência e seus familiares, será proposta a articulação dos doentes com DCL e que possam ser alvo do programa aqui avaliado. Do mesmo modo, pretende-se estabelecer uma parceria com o Serviço de Neurologia do Hospital Pedro Hispano para a referênciação destes utentes.

Perante a análise dos resultados obtidos, novos desafios são lançados, sob várias perspectivas, havendo ainda muita a investigar sobre o DCL. Ficam questões em aberto como as emoções sentidas pelos indivíduos com DCL e de que forma exercem influência nas capacidades cognitivas e funcionais, bem como a sua qualidade de vida.

Devemos assim caminhar no sentido para o equilíbrio de todos os sistemas e intervenientes no processo do cuidar à pessoa com DCL e sua família, resultando numa transição eficaz.

O princípio deve assentar na progressão do cuidado num único sentido, onde os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental detêm um papel chave na promoção da saúde e na prevenção da doença.

4.LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Sendo um estudo quase-experimental, a ausência de aleatoriedade na distribuição dos participantes no grupo experimental e controlo pode ser considerada uma limitação do estudo, já que levanta questões sobre a validade interna do estudo.

O número da amostra pode ser também considerado um fator limitador, pois diminui a possibilidade de generalizações. Para além da dificuldade em detetar casos de DCL, sendo necessário despistar uma grande quantidade de indivíduos, o fator tempo também não foi benéfico para a realização do programa.

A falta de consenso na utilização de escalas e teste de avaliação sensíveis ao diagnóstico e caracterização de DCL poderá também constituir-se uma limitação do estudo.

Por fim, o fato de o pré-teste do grupo experimental e controlo terem sido efetuados por investigadores diferentes poderá ter levado a diferenças na avaliação dos participantes.

5.BIBLIOGRAFIA

Agrell, B.; DehlJjn, O. The clock-drawing test. *Age and Ageing*. 1998, Vol. 27.

Almeida, L.S; Freire, T. *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 3ª Edição. Braga : Psiquilíbrios Edições, 2003.

Apóstolo, J. L.A.. *Instrumentos para Avaliação em Geriatria*. Coimbra : Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2011.

Araújo, F; Ribeiro, J.; Oliveira, A.; Pinto, C. 2007. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2007, Vol. 25.

Argimon, I.; Stein, L.. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cadernos de Saúde Pública*. [Online] Janeiro/Fevereiro de 2005. [Citação: 8 de Fevereiro de 2012.] http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000100008&script=sci_arttext.

Barreto, J.. Prefácio. In Sequeira, C. - *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa-Porto : Lidel, 2010.

Belleville, S., Gilbert, B., Fontaine, F.; Gagnon L.; Menard, E.; Gauthier, S. Improvement of Episodic Memory in Persons with mild cognitive impairment and healthy older adults: evidence from a cognitive intervention program. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2006, Vol. 22.

Bischkopf J; Busse, A., Angermeyer MC.. Mild cognitive impairment –a review of prevalence, incidence and outcome according to current approaches. *Acta Psychiatr Scand*. 2001, Vol. 106.

Burton,C.; Strauss,E.; Bunce,D.; Hunter,M.; Hultsch, D. Functional Abilities in Older Adults with Mild Cognitive Impairment. *Gerontology*. 2009, Vol. 55.

Bustamante, S.; Bottino, C.;Lopes, M.; Azevedo, D.; Hototian, S.; Litvoc, J.; Filho; W. J. INSTRUMENTOS COMBINADOS NA AVALIAÇÃO DE DEMÊNCIA EM IDOSOS. *Arq Neuropsiquiatr*..2003, Vol. 61.

Cancela, D.M.G.. O Processo de Envelhecimento. *Portal dos Psicólogos*. [Online] 2007. [Citação: 16 de Novembro de 2011.] <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>.

Castro, A. et al.. Terapia de Reminiscência: uma psicoterapia de eleição no idoso. In Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. *Livro de actas*. 2009.

ICN, Conselho Internacional de Enfermeiros. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - (CIPE/ICNP): Versão 1.0.* Lisboa : Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2005.

Craig, Jean V e Smyth, Rosalind, L. *Prática Baseada na Evidência - Manual para Enfermeiros.* Loures : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2003.

DeCarli, C. Mild Cognitive Impairment: prevalence, prognosis, aetiology, and treatment. *Lancet Neurol.* 2003, Vol. 2 .

Da-Silva, S.L.; Pereira, D. A.; Veloso, F.; Satler, C. E.; Arantes, A.; Guimarães, R. M. Programa de reabilitação neuropsicológica da memória aplicada à demência: um estudo não controlado intrasujeitos. *Estudos de Psicologia* 28(2). Campinas, Abril-Junho, 2011. p.229-240. [Em linha]. [Consult. em 19.10.2011]. Disponível em: WWW:<<http://www.google.com/search?q=Programa+de+reabilita%C3%A7%C3%A3o+neuropsicol%C3%B3gica+da+mem%C3%B3ria+aplicada+%C3%A0+dem%C3%Aancia%3A+um+estudo+n%C3%A3o+controlado+intrasujeitos1&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:pt-PT:official&client=firefox-a>

Diário da República, 1ª Série - Nº38. Decreto-Lei Nº 28/2008 de 22 de Fevereiro. Artigo 11º. [Online] 22 de Fevereiro de 2008. [Citação: 5 de Janeiro de 2012.] 3856-3865. [Http://www.arscentro.min-saude.pt/ACES/Documents/dec.%20lei%2028-2008.pdf](http://www.arscentro.min-saude.pt/ACES/Documents/dec.%20lei%2028-2008.pdf).

DMS-IV TR. *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais.* Lisboa : Climepsi Editores, 2002.

Faucounau, Y.H., Boulai, M.; Rotrou, J.; Rigaud, A. Cognitive intervention programmes on patients affected by mild cognitive impairment: a promising intervention tool for MCI? *The Journal of Nutrition, Health & Aging.* 1. 2010, Vol. 14.

Firmino, H. *Psicogeriatría.* Coimbra : Psiquiatria Clínica, 2006.

Fortin, Marie-Fabienne. *Fundamentos e etapas do processo de investigação.* Loures : Lusodidacta. 2009.

Garret C., Santos, F., Tracana, I., et al. Avaliação Clínica da Demência - tradução em português da Clinical Dementia Rating (CDR). [autor do livro] SA) Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências - Colaboração na UCB Pharma (Novartis Farma - Produtos Farmacêuticos. *Escalas e Testes na Demência.* Lisboa : 2003, s.n..

Ghetu, M.V.; Bordelon, P.C.; Langan, R.C. Diagnosis and Treatment of Mild Cognitive Impairment. *Clinical Geriatrics.* Abril 2010.

Gonneaud, J.; Kalpouzou, G., Bon,L.; Viader, F.; Eustache, F.; Desgranges, B. Distinct and shared cognitive functions mediate event and time-based prospective memory impairment in normal aging. *Psychology Press.* 2011, Vol. 19.

Guerreiro, M.. Neuropsicologia e Estimulação Cognitiva no Défice Cognitivo Ligeiro e Demências. *Alzheimer Portugal*. [Online] 2012. [Citação: 30 de Junho de 2012.] <http://www.alzheimerportugal.org/scid/webAZprt/defaultArticleViewOne.asp?articleID=1426&categoryID=894>.

Guerreiro, M.P. et al. Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*. 9, 1994, Vol. 1.

Greenaway, M.C.; Hanna, S. M.; Lepore, S. W.; Smith, G. E. A Behavioral Rehabilitation Intervention for Amnesic Mild Cognitive Impairment. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. Volume 2. Nº 5. [s.n.]: [s.l.], Oct./Nov. 2008. p.450-461. [Em linha] Disponível em: WWW:< <http://aja.sagepub.com/content/23/5/451>>.

Hughes, C. P et. al. A new clinical scale for staging of. *British Journal of Psychiatry*. 140, 1982.

ICN, Conselho Internacional de Enfermeiras. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICN)*. Versão 1.0. Lisboa : Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2005.

INE, Instituto Nacional de Estatística. *O Envelhecimento e Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa : Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População do INE, 2002.

INE, Instituto Nacional de Estatística.. *Crianças e idosos em Portugal - Seminário geracional*. Lisboa : INE, 2007.

INE - Instituto Nacional de Estatística. INE. *Indicadores Sociais, 2010*. [Online] 2011. [Citação: 15 de Janeiro de 2012.] http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_bo ui=132425996&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2.

Ismail, Z.; Shulman, K. .Avaliação cognitiva breve para a demência.In Firmino - *Psicogeriatria*. Coimbra : Psiquiatria Clínica, 2006.

Jean, L., et al.. Efficacy of a cognitive training programme for mild cognitive impairment: Results of a randomised controlled study. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2010, Vol. 20 (3).

Kinsella, G.J., Mullaly, E.; Rang, E.; Ong, B.; Burton, C.; Price, S.; Phillips, M.; Storey, E.. Early intervention for mild cognitive impairment: a randomised controlled trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*.2009, Vol.80.

Kurz, A., Pohl, C.; Ramsenthaler, M.; Sorg, C.. Cognitive rehabilitation in patients with mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009,Vol. 24.

Lawton, M.P.; Brody, E.. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 1969, Vol. 9.

Luis, C.; Loewenstein, D.; Acevedo, A. Mild Cognitive Impairment: directions for. *Neurology*. 2003, Vol. 61 (4).

Magalhães, J.C. *Defeito Cognition Ligeiro - Entidade de Risco para Doença de Alzheimer*. Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra. Coimbra : s.n., 2007. Projeto de Engenharia Biomédica.

Magalhães, M. et. al. Risk factors for dementia in a rural área on. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 2008, Vol.66.

Mahoney, F. I.; Barthel, D. W. "Functional evaluation. The barthel index". *Md State Medical Journal*. 1965, Vol. 14.

Maia, L.; Correia C., Leite, R. *Avaliação e Intervenção Neuropsicológica - Estudos de Caso e Instrumentos*. Lisboa : Lidel - Edições Técnicas Lda, 2009.

Mariani, E.; Monastero, R.; Mecocci, P. Mild cognitive Impairment: a systematic review. *Journal of Alzheimer's Disease*.. 2007, Vol.12.

Martin M; Clare, L.; Altgassen, A.; Cameron, M.; Zehnder, F. Cognition-based interventions for healthy older people and people with mild cognitive impairment (Review). *The Cochrane Collaboration*. 2011, Vol. 1.

Martins, Teresa. *Acidente Vascular Cerebral - Qualidade de Vida e Bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra : Formasau, 2006.

Mathews, F.E., et al. Two-Year Progression from Mild Cognitive Impairment to Dementia: To What Extend do Different Definitions Agree? *The American Geriatrics Society*.2008, Vol. 56.

Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa : Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008.

Ministério da Saúde, Missão para os Cuidados de Saúde Primários. *Agrupamento de Centros de Saúde - Unidade de Cuidados na Comunidade*. 2008.

Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde. Estratégias para a Saúde - Perfil da Saúde em Portugal (Versão Discussão). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. [Online] 15 de Abril de 2011. [Citação: 7 de Janeiro de 2012.] 1-15. http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/psp_15-04-2011.pdf.

Montaño, M.B.; Ramos, L.R. *Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating*. São Paulo : Centro de Estudos do Envelhecimento - Universidade de São Paulo, 2003.

Morgado, J.; Rocha, C.S.; Maruta, C.; Guerreiro, M.; Martins, I.P. Cut-off scores in MMSE: a moving target? *European Journal of Neurology*.2010, Vol. 17.

Muangpaisan,W.; Assantachai,P.; Intalapaporn,S.; Pisansalakij,D. *Quality of life of the community-based patients with mild cognitive impairment*. s.l. : Japan Geriatrics Society, 2008.

Nunes, B., et al. Rastreamento populacional de demência e defeito cognitivo ligeiro nos concelhos de Matosinhos e de Arouca – populações e métodos do estudo piloto. *Sinapse.*, Maio de 2004, Vol. 4.

Nunes, Belina. *Memória, Funcionamento, Perturbações e Treino.* Lisboa : Lidel, 2008.

Oliveira, Luis Carlos. *Avaliação da efetividade de uma intervenção em promoção da atividade física e da saúde no ambiente escolar.* São Paulo : USJT, 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Plano Internacional para o Envelhecimento. [Online] 2003. [Citação: 6 de Julho de 2012.] <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/cndi/idoso1.pdf>.

Organização Mundial de Saúde. *Rapport sur la santé dans le monde: la vie au 21 Siécle. Une perspective pour tous.* Gêneve. s.l. : OMS, 1998.

Padilha, J. *Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa: Conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios da saúde.* Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. 2006. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

Pedrosa, H. M. D.. *Avaliação funcional em doentes com defeito cognitivo ligeiro - a escala ADCS MCI ADL.* Lisboa : Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa, 2007.

Pelegri-Valero, C. e Olivera-Pueyo, J. Neuropsicología de deterioro cognitivo leve y de las demencias. [autor do livro] Masrcos Rios Lago, Fernando Maestú Unturbe Javier Tirapu Ustarroz. *Manual de Neuropsicología.* Barcelona : Viguera Editores, 2008.

Perneczky, R., et al. Complex activities of daily living in mild cognitive impairment: conceptual and diagnostic issues. *Age and Aging.* 2006, Vol. 35.

Pestana, M.H; Gageiro, J. N.. *Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS.* Lisboa : Edições Sílabo, 2003.

Petersen, R.C. Diagnosis of Alzheimer's Disease and Mild Cognitive Impairment. *Business Briefing: US Neurology Review.* Reference Section. 2005.

Petersen, R.C. Mild Cognitive Impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine.* 2004, Vol.256p.

Petersen, R.C.; Stevens, J.C.; Ganguli, M.. Practice Parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *American Academy of Neurology.* 2001, Vol. 56.

Petersen, R. C.. *Défice Cognitivo Ligeiro - O Envelhecimento e a Doença de Alzheimer.* Lisboa : Climepsi Editores, 2003.

Petersen, R C.; Negash, S.. Mild Cognitive Impairment: An Overview. *CNS Spectr..* Janeiro de 2008, Vol. 13 (1).

Pinto, E; Peters, R.. Literature Review of the Clock Drawing Test as a Tool for Cognitive Screening. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders.* 2009, Vol. 27.

Polit, D.; Beck, C.T.; Hungler, B.P.. *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. São Paulo : Artmed Editora SA, 2004.

Polit, D.; Beck, C.. *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem . Avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. 7ª Ed. Porto Alegre : Artmed, 2011.

Portet, O. et. al.. The MCI working group of the European Consortium on Alzheimer's Disease (EADC). MCI in medical practice: a critical review of the concept and new diagnostic procedure. Report of the Mild Cognitive Impairment Working Group of the EADC. *Neurol Neurosurg Psychiatry.*, 2006, Vol. 77.

Postigo, J., Hernández-Viadel, J. e Trives, J.. Efficacy of a Group Memory Training Method for Older Adults Based on Visualization and Association Techniques: A Randomized, Controlled Trial with a Placebo Group. *Applied Cognitive Psychology*. 2010, Vol. 24.

Rabelo, D.F.. Declínio cognitivo leve em idosos: fatores associados, avaliação e intervenção. *Revista Mineira de Ciências da Saúde.*, 2009, Vol. 1.

Ribeiro, F.; Mendonça, A.; Guerreiro, M.. Mild Cognitive Impairment: Deficits in Cognitive Domains Other than Memory. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders.*, 2006, Vol. 21.

Ribeiro, F., Guerreiro, M. e Mendonça, A.. Defeito Cognitivo Ligeiro. In Horácio Firmino - *Psicogeriatría*. Editora Psiquiatria clínica, 2006.

Ritchie, K., Artero S., Touchon J.. Classification criteria for mild cognitive impairment: a population-based validation study. *Neurology.*. 2001, vol. 56.

Rozzini, L., et al. Anxiety symptoms in mild cognitive impairment. *INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIAT.* 2009, Vol. 24.

Rapp, S.; BRENES G.; MARSH; A.. Memory enhancement training for older adults with mild cognitive impairment: a preliminary study. *Aging & Mental Health*. 2002, Vol. 6.

Samton; Ferrando; Sanelli; Karimi ; Raiteri ; Barnhill. 2005. The Clock Drawing Test: Diagnostic, Functional, and Neuroimaging Correlates in Older Medically Ill Adults. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2005; Vol.17.

Santana, I.. O defeito cognitivo ligeiro: entre o envelhecimento e a demência. *Psicologica - Revista da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra- Avaliação Neuropsicológica*. 2003, Vol. 34.

Santos, A. Qualidade de Vida e Solidão na Terceira Idade. *Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa - grau de licenciada em Psicologia (Ramo clínico)*. [Online] 2008. [Citação: 6 de Julho de 2012.] <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1179/3/Monografia.pdf>.

Fundação Francisco Manuel dos Santos. Portugal Contemporâneo. [Online] 2012. [Citação: 2 de Julho de 2012.] <http://www.pordata.pt/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>.

Saunders, N.; Summers, M. Attention and working memory deficits in mild with mild cognitive impairment. *Journal Of Clinical and Experimental Neuropsychology.*, 2010, Vol. 32 (4).

Sequeira, C. *Cuidar de Idosos Dependentes: Diagnóstico e Intervenção*. 1ª Edição. Coimbra : Quarteto, 2007.

Sequeira, C. *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa-Porto : Lidel, 2010.

Shulman KI, Gold DP, Cohen CA, Zuccheri CA. Clock drawing and dementia in the community: a longitudinal study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1993, Vol. 8.

Silva, A.M.A. *Efectividade de um programa de intervenção na percepção de sobrecarga dos familiares cuidadores de pessoas idosas com demência*. Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa. Lisboa : s.n., 2009. Tese de Mestrado.

Simon, S. S.; RIBEIRO, M. P. Comprometimento cognitivo leve e reabilitação neuropsicológica: uma revisão bibliográfica”. **Revista de Psicologia**. Vol. 20. Nº1. [s.n.]: São Paulo, 2011. p. 93-122. [Em linha] [Consult. em 19.10.2011]. Disponível em [www: <http://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/viewFile/6795/4918 >](http://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/viewFile/6795/4918)

Spar, J.E.; La Rue, A. *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica*. 1ª Edição. Lisboa : Climepsi Editores, 2005.

Stephan, B.; Matthews, F.; McKeith, I.; Bond, J.; Brayne, C. Early Cognitive Change in the General Population: How do Different Definitions Work? *The American Geriatrics Society*. 2007, Vol. 55.

Stephan, B. ;Stephan, B.; Matthews, F.; McKeith, I.; Bond, J.; Brayne, C. Mild Cognitive Impairment in the older population: Who is missed and does it matter? *International Journal of Geriatric Psychiatry*.2008, Vol. 23.

Sousa, Lia. *Programa de Estimulação da Memória para Idosos com Défice Cognitivo Ligeiro*. Porto : s.n., 2012. Documento não publicado.

Talassi, E.; Guerreschi, M.; Feriani, M.; Fedi, V.; Bianchetti, A.; Trabucchi, M. Effectiveness of a cognitive Rehabilitation program in mild dementia (MD) and mild cognitive impairment. *Arch. Gerontol. Geriatr.*. 2007, *Suppl.* 1.

Tombaugh T.N.; McIntyre N.J. The mini-mental state examination: a comprehensive review. *J Am Geriatr Soc.*. Setembro de 1992, Vol. 42.

TsolaKi, M .et. al. Effectiveness of Nonpharmacological Approaches in Patients with Mild Cognitive Impairment. *Neurodegenerative Diseases*.2011, Vol.8.

Troyer, A. et. al. – “Changing everyday memory behaviour in amnesic mild cognitive impairment: A randomised controlled trial”. *Neuropsychological Rehabilitation*. 18. Psychology Press: [s.l.], 2008. p.65-88. [Em linha]. [Consult. em 04.01.2012]. Disponível em:

WWW:<<http://web.ebscohost.com/ehostpdfviewer/pdfview/vid=11&hid=21&sid=52da4fa1-bdd9-48c6-ae82-477ab8fcd3f%40sessionmgr113>

Uffelen, J.; Marijke Chipanaw; Marijke Hpoman-Rock; Willem Mechelen. Feasibility and Effectiveness of a Walking Program for Community-Dwelling Older Adults with Mild Cognitive Impairment. *Journal of Aging and Physical Activity*. 2009, Vol. 17.

Vaz, E. *A Velhice na Primeira Pessoa*. Penafiel : Editorial Novembro, 2008.

Zhou, A.; Jia, J. The value of the Clock Drawing Test and the Mini-Mental State Examination for identifying vascular cognitive. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2008, Vol.23

ANEXOS

ANEXO I

Documento entregue aos participantes para explicação do estudo, juntamente com o pedido de consentimento informado

Efetividade de um Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos com Déficit Cognitivo Ligeiro

Ana Rita Dias Costa

Ana Rita Dias Costa, enfermeira na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora. da Hora, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende desenvolver um estudo de investigação sobre **“Efetividade de um programa de estimulação cognitiva em idosos com déficit cognitivo ligeiro”**, sob a orientação do Professor Doutor Carlos Sequeira.

Antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, e os riscos e benefícios de participar neste estudo. Solicitamos que leia todo o documento, sentindo-se à vontade para colocar todas as questões que pretender antes de aceitar fazer parte do estudo.

PARTICIPAÇÃO: A sua participação no estudo é muito importante e voluntária. Se decidir não tomar parte no estudo, receberá todos os cuidados de enfermagem correspondentes com a sua situação e com os padrões de qualidades da Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento.

PROCEDIMENTO: O déficit cognitivo ligeiro constitui-se um estágio de transição entre as alterações cognitivas ditas normais do envelhecimento e um estágio inicial de demência. Os sinais e sintomas apresentados no déficit cognitivo ligeiro incluem queixas de memória, preferencialmente confirmadas por um familiar, déficit objetivo da memória para a idade e escolaridade, função cognitiva geral normal, sem alterações nas atividades de vida diária e ausência de demência. Poderá igualmente apresentar alterações ligeiras ao nível das atividades instrumentais e complexas da vida diária, como é o caso de cozinhar, usar transportes públicos ou planear viagens.

Vários estudos de investigação têm vindo a documentar uma grande taxa de progressão para demência, mais propriamente para doença de Alzheimer, em pessoas com diagnóstico de déficit cognitivo ligeiro.

Perante ainda o atual desenvolvimento de possível terapêutica farmacológica para o déficit cognitivo ligeiro, as intervenções de estimulação cognitiva, sendo bem delineadas e estruturadas, constituem-se essenciais para promover uma melhor saúde, uma melhor qualidade de vida e atrasar ou evitar a grande probabilidade de progressão para demência.

Neste sentido, se aceitar participar no estudo, pretendemos no estudo que se apresenta identificar os idosos com défice cognitivo ligeiro e seu perfil cognitivo e funcional. Para tal vai ser-lhe solicitado que responda a algumas questões que compõem um formulário. Com esta caracterização pretendemos também avaliar a efetividade de um programa de estimulação cognitiva em idosos com défice cognitivo ligeiro, tanto a nível funcional como cognitivo, estruturado em sessões em grupo agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes. Para tal, são necessárias duas avaliações: uma antes do início do programa e outra após o desenvolvimento do programa.

RISCOS E BENEFÍCIOS DE PARTICIPAR NO ESTUDO: Não existem quaisquer riscos previstos para os participantes do estudo e com a implementação do programa de estimulação cognitiva poderão existir benefícios imediatos. A realização do estudo poderá permitir igualmente uma melhor compreensão da problemática e em última instância contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

CONFIDENCIALIDADE: Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob absoluto sigilo, destinando-se exclusivamente para fins académicos e científicos. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação, serão destruídos.

Muito obrigada pela sua participação

O investigador principal,

Ana Rita Dias Costa

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Conforme a “declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial” (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983)

DESIGNAÇÃO DO ESTUDO: Efetividade de um programa de estimulação cognitiva para idosos com défice cognitivo ligeiro.

Eu, abaixo assinado _____
compreendi a explicação que me foi facultada acerca do programa em que estou a participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

Tomei também conhecimento que a informação que me foi dada incluiu os objetivos do programa; a duração e organização das sessões que compõem o programa; o local e datas de realização das sessões; o tipo de atividades a realizar durante as sessões; a necessidade do envolvimento da família/cuidador e a necessidade de realizar uma avaliação de “follow up”.

Fui esclarecido(a) que a minha participação neste estudo é voluntária, que será assegurado o anonimato da minha identidade e que poderei desistir da minha participação em qualquer altura do estudo, sem que daí advenham quaisquer consequências.

Por isso, consinto a minha participação neste programa e permito que os resultados obtidos com este estudo possam vir a ser apresentados em futuros eventos científicos.

Porto, ____ de _____ de _____

Assinatura:

Pelo investigador responsável

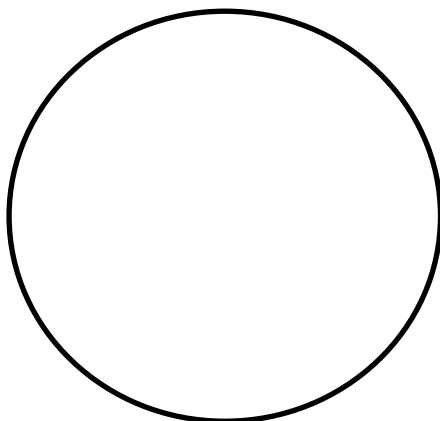
Assinatura:

ANEXO II

Formulário de avaliação dos idosos com défice cognitivo ligeiro do grupo experimental e do grupo controlo

Questionário de Avaliação do Potencial Cognitivo e Funcional				
Cód. Utente:		Data:		
Idade:		Sexo:		
Escolaridade (quantos anos estudou):				
Escolaridade dos pais: - Sabe ler e escrever - Analfabetos				
Consumos Nocivos: - Álcool - Tabaco - Ambos				
Antecedentes Pessoais		Hábitos lúdicos / recreativos:		
Dça Cardiovascular	Obesidade	<ul style="list-style-type: none"> - Utiliza recursos cognitivos e físicos; - Só utiliza recursos cognitivos; - Só utiliza recursos físicos; - Não utiliza recursos nem físicos nem cognitivos; 		
Diabetes	Depressão ou Dça Mental			
Multipatologia	Neoplasia			
<p>Numa escala de 1 a 5 em que 1 é o mínimo e 5 é o máximo possível como considera:</p> <p>a) A sua saúde no último ano?</p> <p>b) A sua capacidade para fazer face ao dia-a-dia?</p> <p>c) A sua qualidade de vida?</p>				
<p>Se estiver acompanhado por familiar:</p> <p>Nos últimos tempos nota alguma alteração de comportamento? Falha de memória? Menos capacidade para realizar alguma tarefa?</p>				
Cotações				
MMSE:	TR:	EAD:	IB:	IL:

Teste Relógio (Schuman *et al.*, 1993)



Exame Breve Estado Mental (Guerreiro *et. al.*, 1994)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Em que país estamos? _____

Em que distrito vive? _____

Em que terra vive? _____

Em que casa estamos? _____

Em que andar estamos? _____

Total orientação: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Total retenção: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Total atenção e cálculo: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Total evocação: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

A. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

B. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

C. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve ____

Nota: ____

D. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos ____

Nota: ____

E. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

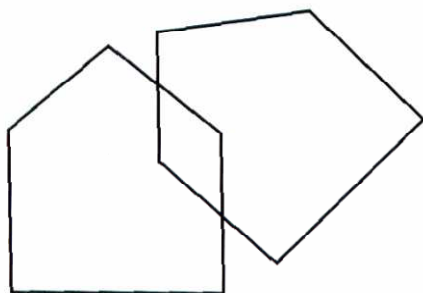
Nota: ____

Total linguagem: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Cópia:



Nota: ____

TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Escala de Avaliação de Demência (Hughes *et. al.*, 1992)

	Nenhuma = 0	Suspeita = 0.5	Ligeira = 1	Moderada = 2	Grave = 3
Memória	Nenhuma perda de memória ou esquecimento ligeiro inconstante	Esquecimento ligeiro constante; recordação parcial dos acontecimentos; esquecimento "benigno"	Perda de memória moderada; mais acentuada nos acontecimentos recentes; interfere com as atividades do dia-a-dia	Perda de memória grave; apenas memorização de material retido com insistência; rápida perda de material novo	Perda de memória grave; restam apenas fragmentos
Orientação	Bem orientado	Bem orientado com ligeira dificuldade nas relações temporais	Dificuldade moderada nas relações temporais; orientado no espaço durante o exame; possível desorientação geográfica noutros locais	Dificuldade grave nas relações temporais; quase sempre desorientado no tempo, frequentemente no espaço	Orientado apenas em relação a si próprio
Juízo e resolução de problemas	Resolve problemas do dia-a-dia, lida bem com atividades financeiras; bom discernimento em relação a desempenhos no passado	Ligeira limitação para resolver problemas, semelhanças e diferenças	Dificuldades moderadas para resolver problemas, semelhanças e diferenças; normalmente mantém o discernimento social	Limitação grave para resolver problemas, semelhanças e diferenças; normalmente o discernimento social é limitado	Incapacidade de discernimento ou resolução de problemas
Atividades Sociais	Funcionamento independente ao nível habitual no trabalho, compras, grupos de voluntariado e outros	Ligeira limitação nestas atividades	Incapaz de funcionar independentemente nestas atividades, embora, de certa forma, ainda possa estar envolvido; numa avaliação superficial aparenta normalidade	Não há independência fora de casa, embora pareça bem para sair de casa	Não há independência. Aparenta estar demasiado doente para realizar funções fora de casa
Atividades domésticas e recreativas	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais bem preservados	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais ligeiramente limitados	Limitação ligeira, mas evidente, do funcionamento em casa; abandono das tarefas mais difíceis; abandono dos passatempos e interesses mais complicados	Preservado apenas o interesse nas tarefas simples; interesses muito restritos e fracos	Nenhuma capacidade significativa de realizar funções em casa
Cuidados pessoais	Inteiramente capaz de cuidar de si próprio	Inteiramente capaz de cuidar de si próprio	Necessita de instruções	Necessita de ajuda para se vestir, para a higiene e para manter objetos pessoais	Necessita de muita ajuda com os cuidados pessoais; incontinência frequente

Pontuação: _____

Índice Lawton (Lawton e Brody, 1969)

Itens	Atividade Instrumental Vida Diária	Pontuação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo exceto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
Lavar roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a roupa	3
Preparar refeições	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré cozinhados	3
	Incapaz de preparar refeições	4
Fazer compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Usar telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Usar transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
Usar dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsabilizar-se pelos medicamentos	Responsável pela medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

Total (0-30): _____

Índice Barthel (Mahoney, F.; Barthel, D., 1965)

Itens	Atividade Básica Vida Diária	Pontuação
Alimentação	Independente (usa qualquer instrumento)	10
	Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, levar à boca etc.	5
	Dependente	0
Vestir	Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	10
	Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda	5
	Dependente	0
Banho	Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	5
	Dependente	0
Higiene Corporal	Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	5
	Necessita de ajuda com o cuidado pessoal	0
Uso da casa de banho	Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	10
	Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho	5
	Dependente	0
Controlo Intestinal	Continente (não apresenta episódios de incontinência)	10
	Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)	5
	Incontinente	0
Controlo Vesical	Continente (se necessita de coletor usa-o sozinho)	10
	Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)	5
	Incontinente ou algaliado	0
Subir escadas	Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)	10
	Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão	5
	Incapaz	0
Transferência cadeira-cama	Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	15
	Pequena ajuda (verbal ou física)	10
	Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se	5
	Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se	0
Deambulação	Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)	15
	Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)	10
	Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.	5
	Imobilizado	0

Total (0 - 100) _____

Fim

ANEXO III

Material Informativo entregue aos participantes e familiares e folha de registo de estratégias para os familiares

Défice Cognitivo Ligeiro – Uma abordagem geral para utentes e família

O que é a memória?

A memória é uma função cerebral complexa, ligada a várias áreas da cognição, integrada numa vasta rede de neurónios (NUNES, 2008). As nossas memórias são criadas através de um processo sequencial:

1º) **Recepção** (captação/contacto com os estímulos sensoriais);

2º) **Codificação** (organização e processamento da informação);

3º) **Consolidação** (armazenamento da informação);

4º) **Recuperação** (evocação, recordação da informação).

(NUNES, 2008)

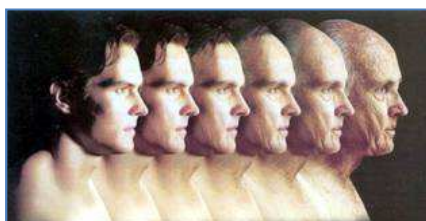
Existem vários tipos de memória:

- **Memória de trabalho:** retém a informação durante segundos a minutos (memória a curto prazo);
- **Memória a longo prazo:** integra novas memórias, com memórias antigas. Esta pode ser episódica (referente a acontecimentos datados no tempo e no espaço, p.ex. a data e local do casamento) ou semântica (conhecimentos específicos adquiridos ao longo do tempo, p.ex. como fazer um bolo).

(NUNES, 2008)

O que é o Déficit Cognitivo Ligeiro?

O envelhecimento saudável pressupõe algumas alterações físicas e algum declínio cognitivo. Entre as alterações normais ao envelhecimento saudável e o envelhecimento patológico, existe uma fronteira, designada de Déficit Cognitivo Ligeiro (DCL).



O DCL pode ser definido como uma zona de transição entre o envelhecimento saudável e a demência inicial, sendo a sintomatologia mais comum os défices (perdas) de memória.



- Como se caracteriza o DCL?
 - A pessoa refere queixas de memória, que são comprovadas por outra pessoa (familiar/companheiro).
 - A pessoa apresenta um défice de memória objetivo, atendendo à sua escolaridade e idade, capaz de ser medido por testes neuropsicológicos.
 - As restantes funções cognitivas mantêm-se inalteradas.
 - A pessoa não tem alterações significativas na execução das suas atividades de vida diárias.
 - A pessoa não tem sinais/sintomas de demência.

(PETERSEN, 2004)

Fatores de Risco e Epidemiologia:

Existem alguns fatores de risco que parecem aumentar a probabilidade de desenvolver DCL, entre eles: historial de traumas cerebrais, baixo nível de escolaridade, hipertensão arterial, obesidade, diabetes mellitus, baixos níveis de atividade física, social e mental e historial de depressão.

Aproximadamente 12% das pessoas com mais de 70 anos têm DCL, sendo que apresentam 3 a 4 vezes maior probabilidade de desenvolver Doença de Alzheimer. Segundo alguns estudos longitudinais, entre 10 a 15% dos indivíduos com DCL desenvolvem demência no período de um ano (PETERSEN *et. al.*, cit. por SIMON e RIBEIRO, 2011: p.95), enquanto pessoas saudáveis evoluem entre 1 a 2% ao ano. A maioria dos indivíduos com DCL desenvolve demência em 3 a 6 anos (TROYER *et. al.*, 2008: p.66).

Estes números justificam a necessidade de uma intervenção precoce junto das pessoas com DCL e das suas famílias.

Possibilidades de Intervenção:

A evolução do DCL para demência proporcionando melhora significativa na

acarreta perdas na autonomia dos indivíduos, aumento dos encargos da saúde e maior dependência para as famílias, por isso é fundamental intervir precocemente.

O DCL não pode ser curado, mas os seus efeitos podem ser atrasados. A abordagem a este problema pode ser combinada, contemplando uma vertente farmacológica, com medicamentos específicos para a memória e para o controlo de alguns fatores de risco e uma abordagem cognitiva, através de reabilitação neuropsicológica.

A estimulação cognitiva “objetiva capacitar pacientes e familiares a conviver, lidar, contornar, reduzir e superar deficiências cognitivas, emocionais e sociais,

qualidade de vida” (Nomura cit. por SIMON e RIBEIRO, 2011: p.95).

A estimulação cognitiva envolve aspetos cognitivos, emocionais, comportamentais e relacionais e engloba um conjunto de estratégias. A utilização destas técnicas ao longo de um programa de intervenção específico e, posteriormente, no domicílio contribuem para a orientação do doente e para a melhoria das funções executivas, da linguagem e da memória. A melhoria destas funções, ou pelo menos a sua manutenção, aumenta a performance do doente nas suas atividades de vida diárias e permite que ele se mantenha autónomo por mais tempo, diminuindo a sobrecarga dos cuidadores e/ou família e facilitando a sua interação social.

Estas intervenções visam a adaptação do utente às suas novas limitações, sendo a participação e envolvimento da família fundamental em todo o processo!

Bibliografia utilizada:

- ARGIMON, I.I.L. – “Aspectos Cognitivos em Idosos”. *Avaliação Psicológica*. Brasil, 2006, Nº5(2). 243-245p.
- KURZ, A.; POHL, C.; RAMSENTHALER and SORG, C. – “Cognitive rehabilitation in patients with mild cognitive impairment”. [Em linha]. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 24. [s.n.]: [s.l.], 2009. p.163-168. [Consult. em 04.01.2012]. Disponível em: WWW:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18636436> >.
- NUNES, Belinda – “Memória_ Funcionamento, perturbações e treino”. Porto: Lidel, 2008. 340p. ISBN 978-972-757-513-8.
- PETERSEN, R.C. – “Mild cognitive impairment as a diagnostic entity”. [Em linha]. *Journal of Internal Medicine* 2004; 256. Blackwell Publishing Ltd: [s.l.], 2004. p.183–194. [Consult. em 04.01.2012]. Disponível em: WWW:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15324362>>.
- 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. Nº1. [s.n.]: São Paulo, 2011. p. 93-122. [Consult. em 19.10.2011]. Disponível em: WWW:< <http://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/viewFile/6795/4918> >.
- TROYER, A. et. al. – “Changing everyday memory behaviour in amnesic mild cognitive impairment: A randomised controlled trial”. [Em linha]. *Neuropsychological Rehabilitation*. 18. Psychology Press: [s.l.], 2008. p.65-88. [Consult. em 04.01.2012]. Disponível em:

WWW:<http.web.ebscohost.com/ehostpdfviewer/pdfview/vid=11&hid=21&sid=52da4fa1-bdd9-48c6-ae82-477ab8fcd3f%40sessionmgr113.>

Data	Estratégia de compensação de memória implementada	Aspetos positivos observados	Dificuldades observadas

ANEXO IV

Pedido de autorização para realização do estudo ao Conselho de Administração da ULS
Matosinhos, EPE e Comissão de Ética

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização do estudo de investigação “Efectividade de um Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos com Défice Cognitivo Ligeiro”.

Ana Rita Dias Costa, enfermeira a exercer funções na Unidade de Cuidados da Comunidade da Senhora da Hora, está a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Vem por este meio solicitar a Vossa Ex.^a para, no âmbito do estudo de investigação que se pretende desenvolver, aplicar o formulário aos idosos com défice cognitivo referenciados pelas equipas de saúde familiar do Centro de Saúde Senhora da Hora, bem como aos idosos com défice cognitivo ligeiro incluídos no grupo controlo (no pós-teste) e identificados no estudo ““Caracterização do Potencial Cognitivo e Funcional dos utentes com idades entre os 65 e 75 anos inscritos numa unidade de saúde familiar” (USF Horizonte)a realizar pelo Enfermeiro Pedro Neves.

O estudo tem como objetivo avaliar a efetividade de um programa de estimulação cognitiva em idosos com DCL a nível cognitivo e funcional.

Deste modo, estes dados são indispensáveis para a implementação e desenvolvimento de um programa de estimulação cognitiva em idosos entre os 65 e os 75 anos, com défice cognitivo ligeiro, da área de abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora. Pretende-se assim avaliar a efectividade do programa de estimulação cognitiva, a nível cognitivo e funcional.

Informo que no decurso da investigação serão respeitados todos os princípios ético-deontológicos inerentes à participação das pessoas no estudo, bem como divulgar os resultados obtidos no mesmo.

Grata pela atenção dispensada por Vossa Ex. A., aguardo a vossa resposta, colocando-me ao dispor para eventuais esclarecimentos.

Com os melhores cumprimentos, pede deferimento

Ana Rita Dias Costa

ANEXO V

Autorização do Conselho de Administração da ULS Matosinhos, EPE e respetiva Comissão de Ética

Exma. Senhora

Enfª Ana Rita Costa,

Em resposta à solicitação de v/ Exa. relativamente ao pedido de autorização para a realização do estudo intitulado "Efetividade de um programa de estimulação cognitiva em idosos com défice cognitivo ligeiro", venho informar que o pedido foi autorizado em reunião do Conselho de Administração de 14 de Fevereiro de 2012, após parecer favorável da Comissão de Ética.

Mais informo que deve ser dado conhecimento ao SEGIC da produção científica sob a forma de artigos, conferências, livros, teses, relatórios de livre acesso, etc., devendo ser depositado um exemplar na Biblioteca, sempre que possível em suporte electrónico.

Com os melhores cumprimentos

Olívia Pestana

Directora do Serviço de Estudos e de Gestão da Informação Científica

