

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**Programa de Intervenção na Memória para Idosos
com Défice Cognitivo Ligeiro**

Dissertação de Mestrado

Dissertação de mestrado orientada pelo Prof. Doutor Carlos Sequeira

Lia Raquel Teixeira de Sousa

Porto | 2012

Aos meus pais, ao Pedro e ao Rúben...

AGRADECIMENTOS

Parafrazeando Abraham Lincoln, “só tem o direito de criticar aquele que pretende ajudar”, por isso gostaria de agradecer a todos os amigos que teceram críticas ao meu trabalho tendo em vista o seu aperfeiçoamento! Em particular agradeço à Gina, à Sónia, ao Pedro, à Bia e à Martinha pela disponibilidade e pelos momentos pontuais de discussão. Agradeço à Rita Costa e ao Pedro Neves, meus colegas de investigação, pelas ideias trocadas, bibliografias partilhadas e inúmeras reuniões!

Pela orientação prestada, pelas interrogações pertinentes, pelas críticas construtivas e pela sabedoria partilhada, agradeço ao meu orientador Professor Doutor Carlos Sequeira.

Pela disponibilidade de horário concedida e pela motivação agradeço ao Enfermeiro-chefe do Serviço de Neurologia Adultos, do Centro Hospitalar de São João, EPE, Delfim Oliveira.

O meu obrigado também aos peritos que disponibilizaram o seu tempo para participar neste trabalho, sem eles nada seria possível.

Em especial agradeço aos meus pais e ao meu irmão pelo incentivo e ao Pedro pela paciência, pela compreensão, pelo apoio, pelo amor e pelas horas que não partilhamos para que eu pudesse desenvolver este trabalho.

Por ser a minha companhia nas infindáveis horas que passei ao computador agradeço à Kity!
(Sempre fiel a dormir ao meu lado).

Agradeço ainda a todos aqueles que de forma directa ou indirecta contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

"Faci quod potui, faciant meliora potents"
(Fiz o que pude, façam melhor os que puderem)
(Aforisma Latino)

"É preciso começar a perder a memória, ainda que se trate de fragmentos desta, para perceber que é esta memória que faz toda a nossa vida. Uma vida sem memória não seria uma vida, assim como uma inteligência sem possibilidade de exprimir-se não seria uma inteligência. A nossa memória é a nossa coerência, a nossa razão, a nossa acção, o nosso sentimento. Sem ela, não somos nada."

(Luis Buñuel, [s.d.])

ABREVIATURAS

% - Percentagem

C – Concordo

CT – Concordo Totalmente

D – Discordo

DA – Doença de Alzheimer

DCL – Défice Cognitivo Ligeiro

DT – Discordo Totalmente

NC – Nível de Consenso

NCND – Nem Concordo Nem Discordo

Nº - Número

OSC – Optimização Selectiva com Compensação

SCPD – Sintomas Comportamentais e Psicológicos da Demência

TOR – Terapia de Orientação para a Realidade

TR – Terapia da Reminiscência

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	16
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	20
1. ENVELHECIMENTO - UMA ABORDAGEM GERAL	21
2. O IDOSO COM DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO	28
2.1. Défice Cognitivo Ligeiro e Demência	31
2.1.1. <i>Demência de Alzheimer</i>	36
2.1.2. <i>Demência Vascular</i>	37
2.1.3. <i>Demência de Corpos de Levy</i>	38
2.1.4. <i>Demência de Parkinson</i>	38
2.1.5. <i>Diagnóstico diferencial da demência</i>	39
2.1.6. <i>Prevenção e tratamento da demência</i>	39
2.2. Avaliação da Cognição no Défice Cognitivo Ligeiro e na Demência	42
3. INTERVENÇÃO NA COGNIÇÃO - BREVE REVISÃO	46
3.1. Programas de Intervenção na Cognição Para Idosos	57
3.1.1. <i>Tipos de Programas</i>	57
3.1.2. <i>Importância</i>	59
4. REVISÃO DA LITERATURA SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO NA COGNIÇÃO PARA IDOSOS COM DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO	60
4.1. Aspectos Comparativos Entre os Programas Revistos	75
5. TIPOLOGIA DO PROGRAMA PROPOSTO	81
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	84
1. CONTEXTO E PERTINÊNCIA DO ESTUDO	85
2. METODOLOGIA	87
2.1. Limitações e Dificuldades do Estudo	95
PARTE III - RESULTADOS	96
1. EXPLICITAÇÃO DOS RESULTADOS	97
2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	113
CONCLUSÕES	128
BIBLIOGRAFIA	131
APÊNDICES	139

APÊNDICE 1 - PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NA MEMÓRIA PARA IDOSOS COM DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO	140
Apêndice 1.1. - Documento de Consentimento Livre e Informado	149
Apêndice 1.2. - Suporte Informativo Sobre o Déficit Cognitivo Ligeiro	151
Apêndice 1.3. - Lista de Estratégias e Quadro de Registo Semanal.....	155
APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO ELECTRÓNICO ENVIADO AO GRUPO DE PERITOS	159

LISTA DE ESQUEMAS

Esquema 1: Contínuo cognitivo mostrando a sobreposição no limite entre envelhecimento normal, DCL e demência (adaptado de Petersen, 2004: p.184).	28
Esquema 2: Esquema simplificado da técnica de Delphi (Questionário Delphi, [s.d.]: p.1)	92

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Alterações primárias do envelhecimento (baseado em De Rossman, cit. por Phipps, Sands e Marek, 2003; Cancela, 2007 e Marques-Teixeira, 2007).....	23
Quadro 2: Principais Sintomas Comportamentais e Psicológicos da Demência.	34
Quadro 3_ Classificação das Demências (com base nos autores, Fontaine, cit. por Oliveira, 2008; Demência, 2012 e Gonzaga, Pais e Nunes, 2008).....	36
Quadro 4: Áreas cerebrais, suas funções e alterações causadas pelo seu comprometimento (baseado em Abreu e Tamai, 2002).....	47
Quadro 5: Tipos de intervenções utilizadas na reabilitação da cognição (adaptado de Santos, Moura e Haase, 2008: p.25/26).	52
Quadro 6: Artigos encontrados vs. artigos seleccionados nas bases de dados.....	60
Quadro 7: Apresentação dos principais achados da revisão sistemática.	63
Quadro 8: Caracterização dos participantes do estudo (adaptado de Kurz, A.; Pohl, C.; Ramsenthaler and Sorg, C., 2009: p.166).	65
Quadro 9: Componentes da Intervenção (adaptado de Idem: p. 165).	66
Quadro 10: Caracterização dos participantes do estudo (adaptado de: Troyer, A. et. al., 2008).	67
Quadro 11: Intervenções realizadas no programa de reabilitação cognitiva (adaptado de Idem: p.74).....	68
Quadro 12: Caracterização dos participantes do estudo (adaptado de: Talassi, E. et al., 2007).	70
Quadro 13: Caracterização dos participantes do estudo (adaptado de: Jean, L. et al., 2010) ...	70
Quadro 14: Caracterização dos participantes do estudo (adaptado de: Greenaway, Hancnda, Lepore and Smith, 2008).....	72
Quadro 15: Aspectos comparativos entre os artigos analisados na revisão da bibliografia.	80
Quadro 16: Resumo das principais características da técnica de Delphi (Justo, 2005: p.7).....	89
Quadro 17: Composição do grupo de peritos por profissão.	90
Quadro 18: Profissionais de cada área que responderam ao questionário.	91
Quadro 19: Critérios de concordância e níveis de consenso estabelecidos.....	93
Quadro 20: Quadro explicativo da metodologia utilizada.....	94
Quadro 21: Distribuição dos peritos pelo género.....	97
Quadro 22: Distribuição dos peritos pelo estado civil.....	97
Quadro 23: Distribuição dos peritos pela área de formação.....	98

Quadro 24: Distribuição dos peritos de acordo com os anos de experiência com idosos com DCL.	98
Quadro 25: Distribuição dos peritos pela área de actuação profissional.	98
Quadro 26: Distribuição dos peritos pela área geográfica onde trabalham.	98
Quadro 27: Critérios e importância dos programas de intervenção cognitiva para idosos com DCL, segundo o grupo de peritos.	99
Quadro 28: Distribuição de frequências das respostas dos peritos relativas a aspectos gerais do programa proposto.	100
Quadro 29: Distribuição de frequências das respostas dos peritos relativas ao primeiro contacto com os idosos com DCL e suas famílias/cuidadores.	101
Quadro 30: Distribuição de frequências das respostas dos peritos relativas à primeira sessão de grupo com os idosos com DCL.	102
Quadro 31: Distribuição de frequências das respostas dos peritos relativas à segunda sessão de grupo com os idosos com DCL.	103
Quadro 32: Distribuição de frequências das respostas dos peritos relativas à primeira sessão de grupo com os familiares/cuidadores.	104
Quadro 33: Distribuição de frequências das respostas dos peritos relativas à terceira sessão de grupo com os idosos com DCL.	105
Quadro 34: Distribuição de frequências das respostas dos peritos relativas à quarta sessão de grupo com os idosos com DCL.	106
Quadro 35: Distribuição de frequências das respostas dos peritos relativas à quinta sessão de grupo com os idosos com DCL.	107
Quadro 36: Distribuição de frequências das respostas dos peritos relativas à sexta sessão de grupo com os idosos com DCL.	107
Quadro 37: Distribuição de frequências das respostas dos peritos relativas à segunda sessão de grupo com os familiares/cuidadores.	108
Quadro 38: Distribuição de frequências das respostas dos peritos relativas à sétima sessão de grupo com os idosos com DCL.	109
Quadro 39: Distribuição de frequências das respostas dos peritos relativas à oitava sessão de grupo com os idosos com DCL.	110
Quadro 40: Distribuição de frequências das respostas dos peritos relativas ao contacto final com os idosos com DCL e suas famílias/cuidadores.	110
Quadro 41: Distribuição de frequências das respostas dos peritos relativas ao <i>follow up</i>	111

RESUMO

Introdução: Entende-se por Défice Cognitivo Ligeiro a fase de transição entre as alterações cognitivas próprias do envelhecimento e o estágio inicial de uma demência. O défice cognitivo ligeiro amnésico caracteriza-se por défice objectivo de memória, para a idade e nível de escolaridade, mantendo-se a pessoa sem outras queixas cognitivas ou funcionais e sem critérios para ser considerado demente. Os idosos com défice cognitivo ligeiro têm maior probabilidade de desenvolver quadros demências em curtos espaços de tempo, pelo que é importante intervir precocemente, através de tratamentos combinados, incluindo farmacoterapia e programas de intervenção na cognição. Um programa de intervenção na cognição consiste num conjunto de estratégias e exercícios, implementados com a finalidade de potenciar determinadas áreas da cognição, podendo ser realizados individualmente ou em grupo. Habitualmente são realizados num determinado período de tempo e procuram cumprir determinados objectivos específicos. Estes programas visam capacitar os indivíduos e as suas famílias/cuidadores para conviverem com as alterações cognitivas, dotando-os de informação e estratégias capazes de melhorar o seu quotidiano.

A finalidade deste trabalho centra-se em:

- Contribuir para a criação de *guidelines* ou manuais de boas práticas no âmbito dos programas de estimulação cognitiva.
- Proporcionar maior aporte científico em Enfermagem no que se refere à intervenção – estimular a cognição.

O seu principal objectivo é sistematizar o conteúdo de um programa de intervenção na memória para idosos com défice cognitivo ligeiro amnésico.

Material e métodos: Para concretizar este estudo utilizou-se como método a Técnica de Delphi, que consiste num processo estruturado de recolha e síntese de conhecimentos sobre determinado assunto, através de um grupo pré-definido de peritos no tema, por meio da aplicação de uma série de questionários e de um feedback organizado das opiniões. Para este trabalho utilizou-se um grupo de 29 peritos, que obedeciam aos seguintes critérios de inclusão: 1) experiência profissional, de pelo menos 2 anos, com idosos com défice cognitivo; e 2) formação na área da enfermagem de saúde mental e psiquiatria, neurologia, psiquiatria ou psicologia. Aos peritos foi enviado um questionário electrónico com os itens propostos no programa de estimulação para assinalarem a sua concordância através de uma escala tipo likert. A concordância positiva estabelecida para este trabalho consiste na soma das respostas

“concordo” com as respostas “concordo totalmente”, sendo considerada concordância positiva acima de 70%. Como se obteve concordância positiva em todos os itens na primeira ronda do questionário não foi necessário realizar a segunda volta.

Resultados e discussão: Obteve-se concordância positiva para todos os itens do questionário apresentado aos peritos, sendo que o consenso obtido variou entre moderado ($70\% \leq$ concordância positiva $< 90\%$) e forte ($90\% \leq$ concordância positiva $\leq 100\%$).

O programa consensualizado pelo grupo de peritos é composto por:

- 8 Sessões de grupo com os idosos – 1 sessão por semana, com duração de 90 minutos cada.
- 3 Sessões individuais de avaliação com os idosos e familiar/cuidador – avaliação inicial antes do programa, avaliação final após o programa e *follow up* 3 meses após o fim do programa.
- 2 Sessões de grupo com os familiares/cuidadores – na 2ª e 6ª semanas do programa.

As principais estratégias para a estimulação da memória contempladas no programa são:

- Abordagem de adaptação funcional: Técnica de validação, Terapia por reminiscências, Programa de apoio aos cuidadores e à família.
- Abordagem de processo específico: Treino cognitivo (exercícios de estimulação da memória, como a técnica de associação nome/face, exercícios de mnemónicas e de repetições de palavras e números); Compensação com suportes externos e internos (treino de estratégias).

Conclusões: O programa proposto revela-se com uma estrutura adequada aos idosos com défice cognitivo ligeiro amnésico e suas famílias/cuidadores. Os conteúdos que suscitam maior discussão são o informar sobre o défice cognitivo ligeiro e a tipologia do programa. As intervenções que reúnem mais consenso são o ensino e treino de estratégias de compensação de memória e a inclusão da família/cuidadores.

Palavras-chave: défice cognitivo ligeiro, estimulação da cognição, programa cognitivo, memória, idosos.

ABSTRACT

Introduction: Mild cognitive impairment is the transition between the cognitive changes of aging and early stage of dementia. The amnesic mild cognitive impairment is characterized by memory deficit target for the age and educational level, keeping the person without other complaints and without cognitive or functional criteria to be considered insane. Older people with mild cognitive impairment are more likely to develop dementia frames in short time, so it is important to intervene early, through combined treatments, including pharmacotherapy and cognitive intervention programs.

A cognitive intervention program is a set of strategies and exercises designed to enhance certain areas of cognition, can be implemented individually or in groups, which are conducted over a period of time and looking to meet certain specific objectives. These programs aim to empower individuals and their families / caregivers to live with cognitive impairment, providing them with information and strategies to improve their daily lives.

The purpose of this work focuses on:

- Contribute to the creation of guidelines or manuals of good practice in programs of cognitive stimulation.
- Provide greater scientific knowledge in nursing in relation to intervention - cognitive stimulation.

Its main purpose is to systematize the contents of a memory intervention program for seniors with amnesic mild cognitive impairment.

Material and methods: To realize this study was used as methodology the Delphi technique, which consists of a structured process of collection and synthesis of knowledge about a subject through a pre-defined group of experts on the subject, by applying a series of questionnaires organized and feedback of opinions. For this work we used a group of 29 experts who met the following inclusion criteria: 1) professional experience of at least two years with elderly people with cognitive impairment; and 2) formation in Mental Health and Psychiatry Nursing, Neurology, Psychiatry and Psychology. To the experts was sent an electronic questionnaire with items proposed for the stimulation program and they indicated their agreement using a Likert type scale. The positive correlation established for this work is the sum of the responses "agree" with the responses "strongly agree" and is considered positive agreement above 70%. As agreement was positive in all the items in the first round of the questionnaire was not necessary to conduct the second round.

Results and discussion: Positive correlation was obtained for all items of the questionnaire submitted to experts, being the consensus ranged from moderate ($\leq 70\%$ positive agreement $< 90\%$) and strong ($\leq 90\%$ positive agreement $\leq 100\%$). The program adopted by the expert group is composed of:

- 8 group sessions with seniors - one session per week, lasting 90 minutes each.
- 3 individual evaluation sessions with the seniors and family / caregiver - initial assessment before the program, the final evaluation after the program and follow up 3 months after the program.
- 2 group sessions with family members / caregivers – in the 2nd and 6th weeks of the program.

The main strategies covered by the program are:

- Approach to functional adaptation: validation technique, reminiscence therapy, support program for carers and family.
- Approach to specific process: cognitive training (exercises for stimulating the memory, as the technique of association name / address, mnemonic exercises and repetitions of words and numbers); compensation with external and internal methods (training strategies).

Conclusions: The proposed program appears to be adequate and well-structured for older adults with amnesic mild cognitive impairment and their families / caregivers. The points which raise more discussion is the inform about the mild cognitive impairment and the typology of program. The interventions that gather more consensus are education and training of memory compensation strategies and the inclusion of family / caregivers.

Key words: mild cognitive impairment, cognitive stimulation, cognitive program, memory, elderly.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos temos assistido ao aumento da esperança média de vida e, conseqüentemente, a um envelhecimento da população a nível global e nacional. Actualmente, em Portugal, 19% da população é idosa (≥ 65 anos) (Instituto Nacional de Estatística, 2011). Esta realidade obriga a uma adaptação das Políticas de Saúde às necessidades desta população, com vista a prestar Cuidados de Saúde mais ajustados e de melhor qualidade.

O envelhecimento é um conceito complexo e de difícil definição. Contudo, podemos dizer que é um processo dinâmico e progressivo, que envolve modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte (Netto, cit. por Freitas, E.V. et al., 2002).

O Défice Cognitivo Ligeiro (DCL) pode ser entendido como uma fase de transição entre as alterações cognitivas próprias do envelhecimento normal e o diagnóstico provável de uma demência em estágio inicial (Petersen, 2004). Podemos distinguir entre vários tipos de DCL, sendo que o mais comum é o tipo amnésico, que se caracteriza por um défice objectivo de memória, para a idade e nível de escolaridade, mantendo-se a pessoa sem outras queixas cognitivas ou funcionais e sem critérios para ser considerado demente.

Os idosos com DCL têm maior probabilidade de desenvolver quadros demências em curtos espaços de tempo. De acordo com alguns autores, entre 10 a 15% dos indivíduos com DCL desenvolvem demência no período de um ano (Petersen et al., cit. por Simon e Ribeiro, 2011), enquanto pessoas saudáveis evoluem entre 1 a 2% ao ano. A maioria dos indivíduos com DCL desenvolve demência em 3 a 6 anos (Troyer et al., 2008). Os idosos com DCL amnésico parecem evoluir mais frequentemente para Demência de Alzheimer (DA).

Face a estes dados constata-se a importância de intervir precocemente junto dos idosos saudáveis e com DCL, de modo a prevenir ou atrasar a evolução para quadros demenciais.

Embora ainda não exista um tratamento eficaz para o DCL, os seus efeitos podem ser controlados. A abordagem a este problema deve ser “combinada”, contemplando uma vertente farmacológica, focalizada nos sintomas expressos e com recurso a fármacos específicos, e uma abordagem cognitiva, através da intervenção na cognição.

A intervenção na cognição consiste num processo de cooperação entre o indivíduo com défice cognitivo e os profissionais de saúde, familiares e membros da comunidade mais ampla, tendo por objectivo tratar ou aliviar os défices cognitivos resultantes do dano neurológico (Wilson, cit. por Abreu e Tamai, 2002). Consiste num conjunto de estratégias e de técnicas cognitivas, que visam inicialmente a restauração clínica de funções e, depois, a compensação de funções, com o objectivo de minimizar os distúrbios de atenção, de linguagem, de processamento visual, memória, raciocínio e resolução de problemas, além dos de funções executivas (Capovilla, cit. por Idem). Várias pesquisas actuais mostram que é possível retardar ou mesmo evitar a evolução dos défices cognitivos para demência através de práticas de estimulação física, mental e de reabilitação (Rabelo, 2009).

Posto isto, é crucial criar e implementar programas de estimulação da cognição que visem informar e capacitar os idosos com DCL e suas famílias/cuidadores com estratégias que permitam a sua adaptação às dificuldades quotidianas e que promovam uma melhor qualidade de vida para todos. Este procedimento necessita de uma abordagem clínica multidisciplinar e estruturada, com objectivos terapêuticos bem definidos.

Em Portugal não existem programas de estimulação da cognição validados, pelo que é pertinente desenvolver este tipo de estudos para garantir a qualidade dos programas que têm como alvo a população portuguesa com DCL, nomeadamente ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

Este foi o pretexto para a realização do trabalho, com o objectivo de validar o conteúdo de um programa de intervenção na memória para idosos com DCL amnésico. O programa sugerido resulta de uma revisão da literatura subordinada ao tema, que incidiu em 6 estudos (1 revisão sistemática de 15 estudos e 5 estudos experimentais). As intervenções contempladas são as mais comuns aos programas abordados na revisão da bibliografia, sendo utilizadas em, pelo menos, 50% dos casos. Trata-se de um programa de treino cognitivo, nomeadamente de treino de memória, com uma abordagem teórica e prática, multifactorial (indivíduo/família/interacção social), cujo principal objectivo é estimular a memória de idosos com DCL e capacitar o utente e a sua família/cuidadores com conhecimentos e estratégias que permitam treinar a memória no quotidiano e, conseqüentemente, potenciar a autonomia.

O programa tem como alvo indivíduos que cumpram os seguintes requisitos: idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos; idosos com DCL, com comprometimento da memória (critérios de Petersen et al., 2004) e idosos sem diagnóstico clínico de depressão associado ou outra patologia de foro mental. Tem duração de oito semanas, sendo realizada uma sessão em grupo por semana para os utentes, com duração de 90 minutos. Contempla ainda três sessões individuais de avaliação, uma inicial, uma final e o follow up três meses após

o final do programa. Realizam-se ainda duas sessões de grupo para os familiares/cuidadores, com duração de 60 minutos, na segunda e sexta semana do programa.

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

- Contribuir para a criação de *guidelines* ou manuais de boas práticas no âmbito dos programas de estimulação cognitiva.
- Proporcionar maior aporte científico em Enfermagem no que se refere à intervenção - estimulação da cognição.

O seu principal objectivo é sistematizar o conteúdo de um programa de intervenção na memória para idosos com DCL amnésico.

Este trabalho insere-se num Projecto mais alargado, em colaboração com mais dois enfermeiros de saúde mental e psiquiatria, e contempla três aspectos: i) a avaliação cognitiva e funcional dos idosos inscritos numa Unidade de Cuidados na Comunidade; ii) a validação conceptual de um programa de estimulação da cognição e iii) a validação da efectividade desse programa de intervenção, através de um estudo quase - experimental controlado, que aplica na prática o programa de estimulação da memória para idosos com DCL amnésico proposto neste trabalho. Deste modo, o presente relatório está apenas centrado na validação conceptual do programa proposto.

Para desenvolver este estudo utilizou-se como método a técnica de Delphi. Esta abordagem consiste num processo estruturado de recolha e síntese de informação sobre determinado assunto, através de um grupo pré-definido de peritos no tema, por meio da aplicação de uma série de questionários e de um feedback organizado das opiniões. Consiste numa tentativa de obter opiniões de peritos de uma forma sistemática (Fink et al., cit. por Justo, 2005).

A selecção dos itens que deveriam integrar o questionário fez-se com base nos critérios de concordância estabelecidos: concordância positiva = % respostas “concordo” + % respostas “concordo totalmente” e a concordância positiva deve ser $\geq 70\%$ das respostas. Com base nestes níveis de concordância estabeleceram-se os seguintes níveis de consenso: consenso perfeito - 100% de respostas no “concordo totalmente”; consenso forte - $90\% \leq$ Concordância positiva $\leq 100\%$; consenso moderado - $70\% \leq$ Concordância positiva $< 90\%$. Como se alcançou concordância positiva em todos os itens na primeira ronda do questionário, não se avançou para a segunda volta.

A presente dissertação inicia-se com uma introdução e encontra-se dividida em três partes; a primeira contempla o enquadramento teórico, dividindo-se em cinco capítulos: no primeiro aborda-se o envelhecimento; no segundo, fala-se do idoso com DCL; no terceiro, faz-se uma breve revisão sobre a intervenção na cognição; no quarto apresenta-se o resultado da

revisão bibliográfica sobre o tema e, por fim, o quinto capítulo contempla a tipologia do programa proposto. A segunda parte diz respeito ao estudo empírico, apresentando o contexto, a pertinência do estudo, a finalidade, os objectivos e a metodologia utilizada. Na terceira parte, apresentam-se e discutem-se os resultados obtidos. O trabalho finaliza-se com as conclusões retiradas do estudo.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. ENVELHECIMENTO - UMA ABORDAGEM GERAL

“Envelhecer ainda é a única maneira que se descobriu de viver muito tempo.” (Charles Saint-Beuve, [s.d.])

O envelhecimento é um processo complexo de degradação progressiva e deferencial a vários níveis, cuja velocidade e gravidade variam de pessoa para pessoa; sendo cada envelhecer único.

Devido a esta heterogeneidade, não existe um conceito de envelhecimento que atenda aos múltiplos aspectos que o compõem e, por isso, é importante definir tipos de idades diferentes. Podemos assim falar em idade cronológica (idade em anos do indivíduo), idade biológica (envelhecimento orgânico), idade psicológica (personalidade, emoções e competências comportamentais mobilizadas face a situações de mudança) e idade social (papéis sociais e vida em sociedade) (Cancela, 2007).

Apesar das limitações conceituais, o envelhecimento pode ser visto como um processo dinâmico e gradual, onde ocorrem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que levam a uma diminuição da capacidade de adaptação do idoso ao meio ambiente, causando maior vulnerabilidade e um aumento dos processos patológicos, culminando na morte (Netto, cit. por Freitas et al., 2002).

Esta etapa é “uma fase de evolução, com formas diferentes de viver e existir, tanto pessoal como social, com caracteres e sentidos próprios, não excluindo possibilidades de activação e reestruturação auto-protectora e de compensação das naturais deficiências do envelhecer” (Barahona-Fernandes cit. por Marques-Teixeira, 2007: p. 172).

A Organização Mundial de Saúde “define a população idosa como aquela que tem idade a partir de 60 anos, para os países considerados em desenvolvimento, enquanto esse limite sobe para 65 anos de idade no caso dos países desenvolvidos” (Envelhecimento Populacional e as Políticas Públicas para a População Idosa, [s.d.], p.16).

O envelhecimento deve ser abordado sob uma perspectiva bio-psico-social. Deste modo, podemos falar de envelhecimento biológico, que diz respeito às alterações fisiológicas e funcionais esperadas que ocorrem no organismo. De envelhecimento psicológico, que diz respeito às alterações psicológicas, emocionais, da personalidade, do auto-controlo e do auto-conceito que ocorrem nesta fase da vida. E, finalmente, de envelhecimento social, que

compreende as alterações nos papéis sociais e na interacção com os outros, podendo levar o idoso ao isolamento social.

Nos últimos anos temos assistido a um envelhecimento populacional global e nacional. Os censos 2011 apuraram que 19% da população portuguesa é idosa (≥ 65 anos). “O índice de envelhecimento da população é de 129, o que significa que por cada por cada 100 jovens há hoje 129 idosos” (Instituto Nacional de Estatística, 2011: p.1). Como tal, é cada vez mais importante compreender o conceito de envelhecer, para instituir Políticas Sociais e de Saúde que dêem resposta às necessidades desta fatia da população.

Actualmente, ainda não se conhece inteiramente o processo através do qual envelhecemos, mas existem inúmeras teorias explicativas. Nomeadamente, a Teoria do Envelhecimento Programado, que se apoia em argumentos genéticos, defende que as células do nosso organismo estão geneticamente programadas para morrer após um determinado número de mitoses (Cancela, 2007). E a Teoria dos Radicais Livres, a que reúne mais apoiantes, defende que o envelhecimento celular ocorre devido à acumulação no interior das células de toxinas, denominadas de radicais livres, que resultam das reacções químicas celulares e que acabam por danificar as células, levando à sua morte. Estes radicais livres são especialmente nocivos para as células nervosas, visto que estas não têm capacidade de reprodução e o número de neurónios tende a diminuir, resultando em menos conexões sinápticas, conduzindo a uma perda cognitiva e funcional (Idem).

Independentemente da teoria de envelhecimento adoptada, sabe-se que o envelhecimento biológico normativo compreende um conjunto de alterações estruturais e funcionais esperadas, que são designadas de alterações primárias do envelhecimento. As alterações físicas resultantes de factores externos são apontadas como alterações secundárias do envelhecimento, e variam consoante o meio envolvente do indivíduo (Freitas, 2002).

As principais alterações primárias do envelhecimento são contempladas no quadro 1.

Alterações primárias do envelhecimento	
Pele e mucosas	Perda de tecido subcutâneo. Diminuição da secreção sebácea. Cabelo mais fino e grisalho.
Sistema muscular	Redução da massa muscular, sendo substituída por gordura. Atrofia muscular.
Sistema esquelético	Osteoporose. Diminuição dos discos vertebrais.

	Alteração das cartilagens.
Sistema pulmonar	Redução da distensibilidade da parede torácica. Diminuição da capacidade respiratória. Diminuição da capacidade vital. Aumento do volume residual. Diminuição do reflexo de tosse. Diminuição da actividade ciliar.
Sistema cardíaco	Espessamento do endocárdio. Espessamento das válvulas cardíacas. Diminuição do débito cardíaco.
Sistema vascular	Endurecimento progressivo das artérias. Placas ateroscleróticas. Diminuição do fluxo sanguíneo para os rins, fígado e cérebro.
Sistema renal	Diminuição da perfusão renal. Diminuição da taxa de filtração glomerular. Diminuição dos nefrónios. Diminuição no valor da <i>clearance</i> da creatinina.
Fígado	Diminuição da capacidade de eliminar toxinas e metabolizar princípios activos de fármacos.
Sistema gastrointestinal	Perda mínima de enzimas digestivas. Menor absorção.
Sistema endócrino	Diminuição da utilização de insulina. Ausência de progesterona. Declínio dos estrogénios e testosterona.
Sistema imunitário	Diminuição da função celular de combate às infecções.
Visão	Alteração da capacidade de focagem do cristalino. Perda de sensibilidade à cor. Diminuição da adaptação à escuridão. Redução na visão periférica. Diminuição da sensibilidade à claridade.
Audição	Dificuldade na distinção da linguagem. Degenerescência da cóclea e dos canais auditivos.
Paladar e olfacto	Tendência à diminuição destes sentidos.
Sistema sexual	Aumento do tempo de resposta sexual. Diminuída lubrificação vaginal. Aumento do período refractário no homem.
Sistema de termorregulação	Tendência à hipotermia.

Quadro 1: Alterações primárias do envelhecimento (baseado em De Rossman, cit. por Phipps, Sands e Marek, 2003; Cancela, 2007 e Marques-Teixeira, 2007).

Estas alterações colocam o idoso numa situação de maior fragilidade, influenciando a sua autonomia nas actividades de vida diária e acarretando maior susceptibilidade a situações de risco, como quedas e acidentes domésticos. Os défices sensoriais, além de influenciar as actividades físicas, também podem afectar o desempenho cognitivo do idoso.

Com o envelhecimento também se verificam alterações ao nível da neuroanatomia, o que leva a alterações na cognição do idoso. Recorrendo a estudos neuropatológicos e à neuroimagem sabe-se que o cérebro envelhecido apresenta (Cancela, 2007 e Pais, 2008a):

- Atrofia (diminuição do peso, do volume cortical e da substância branca);
- Placas senis (depósitos extracelulares compostos por proteínas amilóides e restos celulares, que ocupam espaço entre os neurónios e impedem a comunicação neural);
- Degenerescência neurofibrilar (diminuição da neuroplasticidade);
- Degeneração sináptica;
- Diminuição do fluxo de sangue;
- Alterações químicas (menor número de receptores e/ou concentração de neurotransmissores – serotonina, acetilcolina e dopamina);
- Morte neuronal;
- Redução do metabolismo de glicose em determinadas zonas cerebrais;
- Rarefacção da árvore dendrítica (diminuição do número de dendrites dos neurónios).

Estas alterações parecem estar relacionadas com alterações químicas e celulares; como o aumento da proteína amilóide (o organismo perde a capacidade para a sintetizar e ela acumula-se no organismo) e os emaranhados neurofibrilares (resíduos do metabolismo celular que se acumulam no interior dos neurónios, levando à sua morte).

Estas transformações neuroanatómicas do envelhecimento influenciam o desempenho cognitivo dos idosos.

Segundo Spar e La Rue (cit. por Cancela, 2007), os idosos apresentam:

- Maior dificuldade em compreender mensagens longas ou complexas; têm dificuldade em recuperar e reproduzir rapidamente termos específicos e tendencialmente apresentam um discurso mais repetitivo;
- Maior dificuldade nas tarefas de raciocínio lógico e abstracto e na planificação, execução e avaliação de sequências complexas de comportamento. Os idosos são mais lentos em processos perceptivos, mnésicos e cognitivo-motores.
- Diminuição da capacidade de reconhecer e reproduzir configurações complexas e não familiares;

- Diminuição na capacidade de filtrarem informação ocasional e de repartirem a atenção por múltiplas tarefas ou desviarem a atenção para outro foco;
- A inteligência tende a manter-se estável nos idosos.

Segundo Pais (2008a), o declínio cognitivo é um processo dinâmico que afecta vários domínios, apresentando uma grande variabilidade, que pode ser justificada por diferentes aspectos pré-mórbidos que afectam a cognição, como por exemplo a formação profissional.

No entanto, “as funções cognitivas que mais sofrem com o efeito da idade são a atenção, a memória, a capacidade perceptiva e espacial, as funções executivas e a velocidade de processamento” (Idem: p. 157). Estas alterações levam ainda a uma diminuição da inteligência fluída, que é a capacidade de elaborar soluções para problemas não familiares; no entanto a inteligência cristalizada (conhecimentos adquiridos ao longo do tempo) mantém-se intacta. Estas dificuldades cognitivas aumentam a partir dos 60 anos e acentuam-se a partir dos 80 anos de idade.

Em suma, “em relação ao funcionamento cognitivo global, no decorrer do envelhecimento observam-se: diminuição da capacidade de atenção em situações de maior exigência, dificuldades visuo-perceptivas, alterações executivas, diminuição da velocidade de processamento e diminuição da inteligência fluída” (Idem: p.159).

Uma das capacidades cognitivas mais afectada pelo envelhecimento é a memória. A memória

“é uma função cerebral muito complexa, ligada a outras áreas da cognição (acção ou processo de conhecer que engloba diversos estados mentais e processos como a atenção, o raciocínio, a percepção, a aprendizagem, consciência e emoções) e integrada numa extensa rede neuronal e dependendo, portanto, da integridade de todo o sistema” (Pais, J.; Cruz, V. e Nunes, B., 2008: p.4).

O processo de memorização, de uma forma muito simplificada, compreende as seguintes fases: a recepção (captação do estímulo sensorial); a codificação (organização e processamento da informação), a consolidação (armazenamento) e a recuperação (evocação e recordação espontânea ou com ajuda) (Idem: p.9).

Podemos falar em vários tipos de memória:

- **Memória de trabalho:** este conceito foi introduzido por Baddeley em 1974; a actuação deste tipo de memória depende do lobo frontal do cérebro e a sua função é “reter e manipular informações por determinados períodos de tempo, segundos ou alguns minutos, enquanto outras operações mentais ocorrem” (Idem: p.11). Este tipo de memória

“compreende vários elementos: um sistema visuo-espacial que mantém imagens por curtos períodos de tempo, um loop fonológico que suporta o discurso interno e permite o armazenamento da informação num formato acústico, um buffer episódico capaz de integrar diferentes tipos de informação num formato com sentido para o indivíduo, e uma central executiva que coordena funções de atenção, selectividade, consciência e controlo de informação” (Idem: p.10).

Nos idosos, a memória de trabalho é pouco afectada, e a sua diminuição está relacionada com a dificuldade do sistema executivo central “gerir a informação e conjugá-la com a restante informação existente no sistema cognitivo” (Pais, 2008a: p. 158). O desempenho em tarefas simples mantém-se praticamente inalterado, no entanto, os idosos demonstram mais dificuldades em tarefas complexas e na realização de tarefas simultâneas.

- **Memória a longo prazo:** é uma forma mais permanente de memória, que envolve um sistema intermédio de memorização, a consolidação, integrando novas memórias com as memórias antigas. Este tipo de memória abarca dois subtipos:
 - **Memória implícita (procedimental):** “capacidade de aprender sem intenção, ou seja, sem estar a realizar um esforço consciente. Aprendizagem de habilidades manuais ou corporais (“saber como fazer”)” (Pais, J.; Cruz, V. e Nunes, B., 2008: p.12). A memória implícita normalmente não se altera com o decorrer da idade.
 - **Memória explícita (declarativa):** esta é composta por um sistema de memorização intencional. Pode ser:
 - **Episódica ou autobiográfica:** relativa a acontecimentos pessoais e autobiográficos, “diz respeito ao registo, consolidação e recuperação de informações organizadas num contexto temporal e espacial” (Ibidem). Este tipo de memória é o mais afectado pelo envelhecimento normal, sendo também o primeiramente afectado na demência, embora com manifestações mais graves. Os idosos apresentam mais dificuldades na evocação espontânea da informação e na acuidade da informação mnésica.
 - **Semântica:** diz respeito ao conjunto de conhecimentos que adquirimos ao longo da vida, por exemplo, conceitos, objectos, cultura geral. A memória semântica tende a manter-se estável com a idade, embora os idosos possam ser mais lentos a aceder a ela.
- **Metamemória:** diz respeito à “consciência que cada um tem de sobre o estado actual da sua própria memória e capacidades mentais” (Idem: p.14), é susceptível à personalidade e ao humor. O envelhecimento acarreta alterações para a

metamemória, no que concerne a informação mais recente; isto é, o idoso identifica com exactidão as suas capacidades de memória para os conhecimentos antigos, mas não para conhecimentos apreendidos recentemente. “Os idosos apreciam de forma correcta os seus conhecimentos em relação às informações antigas, (...) mas falham na apreciação das suas capacidades para memorizar novas informações” (Pais, 2008a: p. 164).

- **Memória prospectiva:** é através desta memória que nos projectamos no futuro, que planeamos e imaginamos situações. “Tem um carácter muito prático e serve para nos recordar de compromissos e assuntos de agenda” (Pais, J.; Cruz, V. e Nunes, B., 2008: p.14). Este tipo de memória é alterado pelo envelhecimento, “os idosos tendem a esquecer mais facilmente (...) a intenção de executar a acção e este declínio é tanto maior quanto maior a idade” (Pais, 2008a: p.161). Contudo, se existirem auxiliares externos de memória, esta dificuldade pode ser suprida.

O envelhecimento cognitivo parece ser influenciado por vários factores, entre eles (Spar e La Rue cit. por Cancela, 2007): factores genéticos; história de saúde, não ter doenças associadas parece melhorar o desempenho cognitivo; o nível de instrução do idoso, quanto mais elevado melhor poderá ser o desempenho cognitivo; a personalidade e humor, a depressão pode diminuir o desempenho cognitivo; o meio social e cultural; entre outros.

Em síntese, o envelhecimento é um processo multidimensional e pessoal. Apesar de podermos prever algumas alterações físicas, cognitivas, sociais e psicológicas esperadas, cada indivíduo envelhece de forma singular e toda e qualquer intervenção tentada deve ser ajustada a essas particularidades inimitáveis e irrepetíveis.

2. O IDOSO COM DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO

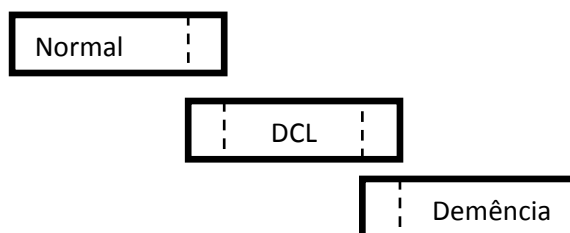
“Fisicamente, habitamos um espaço, mas, sentimentalmente, somos habitados por uma memória.”

(José Saramago, [s.d.])

Como vimos no capítulo anterior, envelhecer compreende um conjunto de alterações, nomeadamente da função cognitiva; contudo existe uma linha muito ténue entre as mudanças esperadas para esta etapa da vida e as alterações de cariz patológico.

O *Mild Cognitive Impairment*, ou o Défice Cognitivo Ligeiro, ou o Comprometimento Cognitivo Ligeiro é uma condição patológica que demarca o fim dos défices cognitivos previstos para o envelhecimento e o início de um estágio inicial de demência. É um “período de transição entre o envelhecimento normal e o diagnóstico provável de uma demência em estágio inicial” (Petersen, 2004: p.183). O indivíduo apresenta um desempenho cognitivo abaixo do esperado para a sua idade e escolaridade, mas não reúne ainda condições para ser considerado demenciado.

Se considerarmos um contínuo cognitivo, o DCL está situado entre as mudanças cognitivas do envelhecimento normal e o estágio inicial de demência, sendo que esta transição pode apresentar períodos de sobreposição, devido à dificuldade associada a este diagnóstico, uma vez que as mudanças/queixas cognitivas podem ser muito subtis.



Esquema 1: Contínuo cognitivo mostrando a sobreposição no limite entre envelhecimento normal, DCL e demência (adaptado de Petersen, 2004: p.184).

Apesar do seu início poder ser subtil, o DCL tem critérios diagnósticos definidos, sendo eles, segundo Petersen (2004: p.189):

“- Queixa de défice de memória por parte do indivíduo, sendo esta corroborada por um informante;

- Défice objectivo de memória para a idade do indivíduo (mediante avaliação neuropsicológica);

- Preservação das restantes funções cognitivas;

- Preservação da autonomia nas actividades de vida diária;

- Não ter critérios diagnósticos de demência.”

O típico indivíduo com DCL é aquele que refere défice de memória, mas mantém a normalidade das restantes funções cognitivas. Contudo, devido à heterogeneidade deste conceito, actualmente, aceitam-se alguns subtipos de DCL, sendo eles (Ghetu, M.V.; Bordelon, P.C. e Langan, R.C., 2010):

- **DCL amnésico:** a principal manifestação é o défice objectivo de memória, para a idade e nível de escolaridade, mantendo-se a pessoa sem outras queixas cognitivas ou funcionais e sem critérios para ser considerado demente.
- **DCL multidomínios:** aplica-se a indivíduos com défices em vários domínios cognitivos e funcionais com défice de memória (DCL multidomínios amnésico) ou sem défice de memória (DCL multidomínios não amnésico).
- **DCL monodomínio não amnésico:** o indivíduo apresenta um único défice no seu desempenho cognitivo ou funcional que não é a memória.

Actualmente sabe-se que os indivíduos que apresentam DCL têm maior probabilidade de desenvolver demência. Sendo que o tipo de demência que o indivíduo desenvolve parece estar relacionada com o subtipo de DCL que apresenta.

Aproximadamente 12% das pessoas com mais de 70 anos têm DCL, sendo que apresentam 3 a 4 vezes maior probabilidade de desenvolver DA. 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), 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).

Existem alguns factores que acarretam um risco acrescido para o desenvolvimento de DCL, entre eles (Ghetu, M.V.; Bordelon, P.C. e Langan, R.C., 2010): historial de traumas cerebrais; a idade (a partir dos 75 anos o risco de desenvolver DCL aumenta); baixa escolaridade; alterações no gene da apolipoproteína *E Epsilon 4*; hipertensão arterial; obesidade; diabetes; níveis baixos de actividade física, mental e social e historial de depressão. E ainda, comorbilidade, tabagismo, viver sozinho e saúde percebida negativamente (Oliveira et al., cit. por Rabelo, 2009).

O diagnóstico de DCL pode ser difícil atendendo à subtileza dos seus sintomas iniciais. Como vimos, as queixas de memória podem ser o primeiro sinal de alerta, mas alterações comportamentais também são comuns, nomeadamente estão presentes em 32 a 75% dos indivíduos com DCL. Os sintomas comportamentais mais comuns são depressão, ansiedade, apatia e irritabilidade. Contudo, esta sintomatologia pode existir e não ser relativa a DCL, sendo muito importante o diagnóstico diferencial.

Assim, quando um idoso apresenta alguns destes sintomas é importante que seja observado por um neurologista, e que ele investigue e exclua a existência de outras morbidades antes de instituir o diagnóstico de DCL, tais como: patologia psiquiátrica, como a depressão; a sobredosagem ou efeitos colaterais de medicamentos, como analgésicos, anticolinérgicos, psicotrópicos, sedativos, hipnóticos, entre outros; o abuso de álcool; distúrbios de sono, como apneia obstrutiva do sono ou hipoxemia nocturna; défices de vitamina B₁₂; hipotiroidismo; outras patologias neurológicas, como tumor cerebral, Parkinson, esclerose múltipla ou epilepsia (Ghetu, M.V.; Bordelon, P.C. e Langan, R.C., 2010).

Este diagnóstico diferencial consegue-se através da anamnese; do exame neurológico; de análises laboratoriais de despiste (função tiroideia, doseamento de vitamina B₁₂, entre outros); de dados da neuroimagem, obtidos através de tomografia axial computadorizada e ressonância magnética; da avaliação neuropsicológica, através de baterias de testes neuropsicológicos, sendo que os mais comumente utilizados são o mini-teste do estado mental, o teste do relógio e a escala clínica de demência (Idem).

Actualmente não existem medicamentos eficazes no tratamento do DCL, pelo que a terapia instituída é focalizada nos sintomas expressos e faz-se com recurso a fármacos específicos. Alguns estudos comprovam a eficácia dos inibidores da acetilcolinesterase, como o donepezilo, em alterações da memória e dos antagonistas dos receptores do N-metil-D-aspartato, como a memantina, que parecem ter efeitos neuroprotectores. Também é importante modificar e controlar os factores de risco vasculares através de medicação específica, como antihipertensores e estatinas e os Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina (anti-depressivo) também podem ser utilizados para controlar alguns sintomas de humor (Idem).

Relativamente à prevenção do DCL, parece que determinados estilos de vida têm potencial para proteger os idosos do declínio cognitivo (Rabelo, 2009); é, portanto, necessário adoptar um estilo de vida saudável, incluindo uma dieta equilibrada e exercício físico, actividades de lazer e actividades que estimulem a cognição (Ghetu, M.V.; Bordelon, P.C. e Langan, R.C., 2010).

Muitos estudos demonstram que a interacção social e o envolvimento em actividades físicas, mentais e de lazer contribuem para as habilidades cognitivas dos idosos e que quanto

maior o número de actividades de lazer, melhor o desempenho na linguagem, memória e atenção (Rabelo, 2009).

As actividades do quotidiano, como a capacidade de auto-administrar o dinheiro, de fazer compras, de fazer as tarefas domésticas estão intimamente relacionadas com o desempenho cognitivo dos idosos. Acredita-se que o decréscimo nas funções cognitivas leva ao comprometimento da capacidade de cuidar de si mesmo e de executar tarefas quotidianas (Abreu, Fortaleza e Ramos, cit. por Idem). Deste modo, a evolução do DCL para demência acarreta perdas na autonomia dos indivíduos, aumento dos encargos em saúde e maior dependência para as famílias, por isso é fundamental intervir precocemente.

Ainda não existe um tratamento eficaz para o DCL, mas os seus efeitos podem ser controlados. A abordagem a este problema deve ser “combinada”, contemplando uma vertente farmacológica, como já vimos, e uma abordagem cognitiva, através da intervenção na cognição.

A estimulação cognitiva objectiva capacitar utentes e familiares a conviver, lidar, contornar, reduzir e superar défices cognitivos, proporcionando melhoria significativa na qualidade de vida (Nomura cit. por Simon e Ribeiro, 2011).

Embora não exista ainda um tratamento eficaz para as doenças crónico-degenerativas, como as demências, para os que se encontram numa “zona indefinida”, como o DCL, as intervenções precoces podem fazer a diferença (Rabelo, 2009).

A intervenção na cognição envolve aspectos 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 actividades de vida diária e permite que ele se mantenha autónomo por mais tempo, diminuindo a sobrecarga dos cuidadores e/ou família e facilitando a sua interacção social.

2.1. Défice Cognitivo Ligeiro e Demência

A palavra demência deriva do latim *dementia*, que significa “privado da mente”.

Esta síndrome é conhecida desde a Antiguidade, embora sendo conotada como “loucura”, termo que servia para classificar comportamentos estranhos e anormais nas pessoas (Lidar Com a Doença de Alzheimer, 2009). A referência mais antiga conhecida de demência remonta ao Antigo Egipto, sendo estes comportamentos estranhos relatados em alguns papiros. Também Cícero e Pitágoras referiram esta síndrome nos seus trabalhos escritos.

Foi Philippe Pinel, o pai da Psiquiatria Moderna, que em 1801, reconheceu o termo “demência” (Valente cit. por Oliveira, 2008). Mais tarde, Esquirol fez a distinção entre idiotia e demência e identificou três tipos de demência: demência aguda (estado confusional), demência crónica (estado terminal das doenças psiquiátricas) e a demência senil (associada à velhice) (Garcia, cit. por Idem).

Depois de séculos sem avanços nesta área, foi no século XIX, com o desenvolvimento da ciência médica, que alguns estudos clínicos começaram a surgir. Nesta época, em 1890, Kraepelin introduziu o conceito de demência orgânica (Garcia, cit. por Idem); em 1891, Klippel descreve demência vascular e Binswanger descreve as demências pré-senis (Valente, cit. por Idem).

Nesta época, a Alemanha era um dos principais centros da investigação médica, destacando-se o médico alemão Alois Alzheimer. Este clínico preocupou-se em relacionar os sintomas manifestados com o órgão que os produzia e começou a estudar o cérebro dos doentes que morriam, relacionando os sintomas com as lesões encontradas. Em 1901 descreveu pormenorizadamente o caso clínico de uma senhora de 51 anos, com alterações da memória, perda da capacidade para realizar as tarefas diárias, dificuldade em expressar-se e alterações de comportamento. Após a morte da senhora, aquando da sua autópsia, identificou lesões no córtex cerebral. Este caso foi publicado em 1907, onde o médico descreveu “uma estranha doença do córtex cerebral”. Este viria a ser o primeiro relato da “demência de Alzheimer”, assim baptizada por Kraepelin quando, uns anos mais tarde, estudou um segundo caso (Idem).

Como os poucos casos estudados até à época eram referentes a indivíduos entre os 40 e os 50 anos, esta demência era classificada como pré-senil, não sendo, por isso, relacionada com o processo de envelhecimento e sendo tida como uma “curiosidade médica”, que muitos especialistas desconheciam. Com o passar do tempo, há medida que se foram estudando idosos com demência, constatou-se que as queixas e as lesões cerebrais seriam semelhantes aos descritos por Alois Alzheimer. Assim, deixou de falar-se da demência pré-senil e passou a falar-se da DA (Idem).

No século XX, na década de 70, Albert, McHugh e Folstein diferenciaram as demências corticais e sub-corticais (Valente, cit. por Idem).

No último quarto de século, esta entidade foi objecto de vários estudos, o que permitiu uma melhor compreensão dos seus processos cognitivo-comportamentais e distinguir vários tipos de demência (Cunha, 2009).

Como se constata, o conceito de demência foi evoluindo e sendo cada vez mais caracterizado; mas o que é então a demência? Segundo a *American Psychiatric Association*

(2002), a demência caracteriza-se pelo desenvolvimento gradual e contínuo de múltiplos défices cognitivos, manifestados por dois factores que causam limitação significativa em termos sociais e ocupacionais. O principal, comum em todos os casos, é composto pelas perturbações da memória. Seguindo-se um ou mais dos seguintes distúrbios: alterações da linguagem (afasia); incapacidade motora (apraxia); incapacidade de reconhecer pessoas ou identificar objectos (agnosia); distúrbios das funções executivas, ou seja, do planeamento, da organização, da sequenciação e da abstracção. Esta situação exclui: outras alterações do sistema nervoso central devidamente identificadas (por exemplo, uma depressão ou doença cerebrovascular); sintomas de demência causados por outras doenças de base orgânica (caso do hipotiroidismo ou de uma deficiência de vitamina B₁₂) ou induzidos pelo uso continuado de substâncias (o álcool, por exemplo) e os défices que ocorrem apenas numa situação de delírio.

A demência é uma síndrome cerebral crónica, “é uma afecção neurológica que se caracteriza por uma diminuição das capacidades cognitivas e alterações do comportamento que conduzem a uma perda progressiva da autonomia e da capacidade para as actividades diárias, profissionais e sociais” (Cunha, et al., 2009: p.7).

Actualmente, a demência é uma entidade clínica aceite e com uma importância manifesta devido à sua crescente incidência e prevalência.

Em 2001, estimava-se que a prevalência mundial de demência seria de 24,3 milhões de casos/ano e a incidência mundial de 4,7 milhões de casos/ano; isto é, seria diagnosticado um caso a cada sete segundos (Idem).

Presentemente estima-se que, com o envelhecimento populacional, o número de pessoas com demência deve praticamente dobrar para 65,7 milhões em 2030, de acordo com relatório da Organização Mundial de Saúde, de Abril de 2012 (Uol Notícias, 2012). A prevalência da demência vai aumentar de forma impetuosa nas próximas décadas, quem o diz é o Shekhar Saxena, chefe do departamento de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde: “o risco de demência é de 1 em cada 8 para aqueles com mais de 65 e uma proporção assustadora de 1 em 2,5 para os maiores de 85 – o seu impacto vai tornar-se maior ao longo das décadas” (Idem). O mesmo relatório estima que o custo do tratamento e dos cuidados médicos para estes indivíduos é de 604 bilhões de dólares por ano.

Como vimos no capítulo anterior, existe um contínuo entre envelhecimento saudável, o DCL e a demência. Sendo que dos indivíduos com DCL, apenas 20% não desenvolvem demência, permanecendo estáveis ou regredindo os défices (Ghetu; Bordelon e Langan, 2010).

Posto isto, é fundamental intervir junto destes idosos para retardar a ocorrência da demência e promover a autonomia e um envelhecimento activo.

Alguns estudos histopatológicos confirmam que cerca de 80% dos casos de DCL evolui para DA, mas o tipo de demência que o indivíduo desenvolve parece também estar relacionada com o subtipo de DCL que apresenta (Idem). Deste modo, o DCL amnésico é o que apresenta maior correlação com a DA. O DCL multidomínios parece evoluir para DA ou demência vascular ou retornar ao funcionamento inicial. Por fim, os indivíduos com DCL monodomínio não amnésico parecem ter maior probabilidade de evoluir para uma demência frontotemporal ou para uma demência de corpos de Levy (Idem).

Apesar de podermos distinguir alguns tipos de demência, existem um conjunto de Sintomas Comportamentais e Psicológicos da Demência (SCPD), que

“englobam um conjunto heterogéneo de sintomas e comportamentos que ocorrem frequentemente em indivíduos com qualquer tipo de demência (...) e referem-se não só a comportamentos observáveis, como agitação, agressão, deambulação, perturbações de sono, do comportamento alimentar e sexual, mas também a sintomas psicológicos experienciados pelo próprio indivíduo, como depressão, ansiedade, delírio e alucinações” (Cunha et. al, 2009: p.43).

A prevalência dos SCPD nos indivíduos com demência é elevada, sendo que na comunidade 61% dos indivíduos apresentam pelo menos um dos sintomas e 32% atingem níveis clinicamente expressivos. Nos indivíduos institucionalizados, estes números aumentam, sendo de 90% em lares e de 82% em instituições de assistência residencial (Idem). O aumento da percentagem nas instituições de saúde pode ser devido ao facto de ser ali que se encontram os casos mais avançados de doença.

No quadro 2 encontram-se de forma resumida os SCPD mais comuns.

Psicose	<ul style="list-style-type: none"> Os delírios persecutórios, de ruína e de ciúme e as alucinações visuais (Barreto e Lawlor cit. por Oliveira, 2008) são os mais comuns.
Depressão	<ul style="list-style-type: none"> Os sintomas depressivos são muito comuns na demência, na fase inicial enquanto o indivíduo mantém a autocrítica preservada, a consciência dos défices pode levar ao desenvolvimento de um humor depressivo (Barreto, cit. por Idem); com o avançar do estado clínico, a depressão também pode surgir, devido à evolução do estado neurodegenerativo nas regiões do tronco cerebral (Cunha et al., 2009).
Problemas de sono	<ul style="list-style-type: none"> Alterações do ritmo sono-vigília (acordando mais vezes durante a noite).
Agressividade e agitação psicomotora	<ul style="list-style-type: none"> Surgem com o agravamento do quadro demencial. Podem ser de dois tipos (Idem): <ul style="list-style-type: none"> Tipo impulsivo (ocorre de forma espontânea e parece estar relacionado com factores internos, como a psicose); Resistência (desencadeado pela intervenção do cuidador, nomeadamente na assistência nos autocuidados). Estes doentes tendem a ficar mais agitados ao final do dia, com o anoitecer, e a vaguear pela casa sem motivo aparente (Barreto, cit. por Oliveira, 2008).
Comportamentos repetitivos	<ul style="list-style-type: none"> Acções ou perguntas repetidas são muito comuns nos indivíduos com demência, aparecendo em cerca de 80% dos casos (Lawlor, cit. por Idem).

Quadro 2: Principais Sintomas Comportamentais e Psicológicos da Demência.

Os SCPD apresentam várias hipóteses etiológicas, sendo que, o melhor modelo encontrado é o que conjuga “factores neurobiológicos (neuroquímicos, neuropatológicos),

aspectos psicológicos (ex. personalidade pré-mórbida e resposta ao stress) e aspectos sociais (ex. mudanças ambientais e factores relacionados com os cuidadores) ” (Cunha et al., 2009: p.43).

Os SCPD são uma complicação comum das síndromes demenciais, acarretando implicações psicológicas, sociais e funcionais para o indivíduo e a família/cuidadores. Por isso, é fundamental identificar e actuar previamente nesta sintomatologia, de forma a diminuir o seu impacto na vida da pessoa e da família.

Estes sintomas “se não tratados, diminuem a qualidade de vida dos doentes e constituem um factor de risco para a sua institucionalização. O reconhecimento e uma avaliação precoce dos SCPD são fundamentais pois permite que sejam delineadas intervenções psicológicas, sociais e médicas eficazes para sintomas ou síndromes específicos” (Idem: p.52).

O enfermeiro, nomeadamente o de saúde mental e psiquiatria, pela sua formação, proximidade e conhecimento do indivíduo, família e comunidade, pode ser um observador privilegiado para identificar alterações psicológicas e comportamentais da pessoa e para informar a família/cuidadores sobre SCPD; apoiando, informando e instruindo os cuidadores sobre as estratégias de intervenção mais assertivas para cada caso.

Embora cada caso de demência seja único e ainda não se conheça o que leva às diferenças na progressão da síndrome entre diferentes indivíduos; sabe-se que existem alguns factores que potenciam o risco de desenvolver demência e outros que parecem ser protectores do seu desenvolvimento.

A maioria dos factores de risco são semelhantes aos identificados para o DCL, sendo alguns deles modificáveis e outros não modificáveis.

Dentro dos factores não modificáveis temos ser do sexo feminino, a idade e a hereditariedade (Gonzaga, Pais e Nunes, 2008). Nos factores modificáveis enquadram-se os factores de risco cardiovascular (hipertensão arterial na meia-idade e hipotensão arterial no idoso); obesidade (alto índice de massa corporal na meia idade e baixo índice de massa corporal no idoso); diabetes; história de doenças cardíacas; história de doenças cerebrovasculares; hiperlipidemia; consumo excessivo de álcool; tabagismo; ingestão de gorduras saturadas e inflamação sistémica (Idem). Existem também factores psicossociais e de estilo de vida que parecem interferir com o desenvolvimento de demência, sendo eles, a escolaridade, a rede de apoio social, as actividades de lazer e a prática de exercício físico (Idem).

A escolaridade elevada e a actividade intelectual mantida ao longo da vida parece ser um factor de protecção contra o desenvolvimento da demência. Alguns estudos demonstram que é necessário um maior número de lesões cerebrais para que pessoas com uma

escolaridade mais diferenciada exprimam défices cognitivos, comparativamente com indivíduos com escolaridade mais baixa (Idem). Esta é a chamada hipótese da reserva cognitiva, que será maior nos indivíduos com maior escolaridade. Contudo, esta hipótese é discutível e alguns autores apontam que “os doentes com mais baixa escolaridade têm apenas maior probabilidade de serem diagnosticados mais cedo, devido a possuírem menos estratégias compensatórias” (Idem: p.227) para os seus défices.

Manter as actividades de interacção social, as actividades sociais e desenvolver novos *hobbies* parecem ser factores protectores do desenvolvimento de demência, assim, como a actividade física regular mantida ao longo dos anos (Idem).

Actualmente conhecem-se vários tipos de demências, que podem ser agrupadas segundo várias classificações, como se pode observar no quadro 3.

Demências pré-senis	Demências senis
Surgem antes dos 65 anos	Ocorrem após os 65 anos
Demências irreversíveis (incuráveis)	Demências reversíveis (podem ser tratadas, se identificadas a tempo e não produzirem grandes danos cerebrais)
<ul style="list-style-type: none"> • Primárias (resultantes de um processo neurodegenerativo), como a DA, demência de corpos de Levy, entre outras. • Secundárias (secundárias a outras patologias), como a doença de Huntington. 	<ul style="list-style-type: none"> • Secundárias a patologias sistémicas (patologia da tiróide, encefalopatia hepática, entre outras). • Secundárias a fármacos ou tóxicos (alcooolismo, psicofármacos, entre outras). • Secundárias a patologia neurológica (hidrocefalia de pressão normal, neurosífilis, tumores cerebrais, entre outros)
Demências degenerativas (com localização cerebral conhecida)	
<ul style="list-style-type: none"> • Demências corticais - ocorrem lesões no córtex cerebral, afectando as funções instrumentais, funções que conduzem ao comportamento, atenção e linguagem; por exemplo, a DA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demências subcorticais - lesões de áreas cerebrais profundas, implicando alterações em funções fundamentais para a vida e produzindo lentificação cognitiva, sintomas emocionais e psiquiátricos; por exemplo, a demência de Parkinson.

Quadro 3_ Classificação das Demências (com base nos autores, Fontaine, cit. por Oliveira, 2008; Demência, 2012 e Gonzaga, Pais e Nunes, 2008).

Face aos diversos tipos de demência existentes, serão apenas brevemente abordados aqueles mais comuns. Segundo Cunha et al. (2009), a prevalência dos principais tipos de demência é: a DA (60%), seguida da demência vascular (20%), da demência de corpos de Levy e de Parkinson (10%), entre outras (10%).

2.1.1. Demência de Alzheimer

A DA é a forma de demência mais comum em idosos, sendo a sua prevalência de 60 a 70% na população europeia (Idem). Em Portugal estima-se que existam cerca de 153.000

peças com demência, 90.000 com DA (Alzheimer Portugal, [s.d.]). É uma patologia neurodegenerativa, classificada como uma demência irreversível e primária, que se caracteriza por uma “perda progressiva da memória e de outras funções cognitivas, que prejudicam o paciente nas suas actividades de vida diária e no seu desempenho social e ocupacional” (Bottino, C. et al., 2002: p.70).

Em termos fisiopatológicos, na neuroimagem existem evidências de uma atrofia cortical e subcortical, envolvendo principalmente áreas frontais anteriores e temporoparietais (Spar e La Rue, cit. por Oliveira, 2008).

O início da DA é insidioso e as suas manifestações clínicas iniciais nem sempre são facilmente identificadas, visto que, numa fase muito inicial, os sintomas são vagos e difusos. Contudo, as primeiras queixas estão relacionadas com o comprometimento da memória, a perda de concentração e atenção, depressão, agitação ou hiperactividade; dificuldades em aprender coisas novas e em resolver tarefas complexas; tendência para perder objectos pessoais; dificuldades em reconhecer faces e locais familiares e desorientação temporo-espacial progressiva (Freitas, et al., 2002).

Conforme o grau de comprometimento cognitivo e de dependência do doente, a DA pode ser dividida em fases de desenvolvimento, havendo divergências entre os autores sobre o número de fases. Contudo, neste trabalho distingue-se entre as fases leve, moderada e grave (Bottino, C. et al., 2002).

Na fase inicial existe uma “queda significativa no desempenho de tarefas instrumentais de vida diária, mas ainda é capaz de executar as actividades básicas do dia-a-dia, mantendo-se independente” (Idem: 71). Na fase moderada, existe um maior comprometimento cognitivo e o indivíduo necessita de maior apoio para realizar tanto as actividades instrumentais como as actividades de vida diária. Na fase grave, a pessoa geralmente fica acamada, totalmente dependente, necessitando de assistência integral; normalmente surgem sintomas neurológicos, disfagia, incontinência, entre outros.

2.1.2. Demência Vascular

Esta síndrome resulta da associação entre o diagnóstico de demência e a evidência de uma etiologia vascular (Cunha et al., 2009). Este tipo de demência irreversível é a segunda mais prevalente a seguir à DA, variando a sua percentagem de acordo com o país (Idem). Contudo, a sua incidência pode ser reduzida se existir um melhor controlo dos factores de risco cardiovasculares.

Contrariamente à DA, a demência vascular tem um início súbito e a sua progressão é por “degraus”. O perfil do indivíduo com demência vascular consiste em: presença de factores de risco (hipertensão arterial, diabetes, hiperlipidemia, tabagismo, fibrilação atrial); presença

de cardiopatia isquêmica ou ateromatose periférica; antecedentes de isquemia cerebral transitória ou de acidente vascular cerebral; evolução em degraus; distúrbios urinários e distúrbios de marcha precoces; dificuldades mecânicas da fala (disartria); disfagia; labilidade emocional com riso e choro espasmódicos; síndrome depressiva e sinais piramidais e extrapiramidais (Idem). Estes indivíduos experienciam ainda alterações significativas na memória de trabalho (Santana, cit. por Oliveira, 2008).

Os achados fisiopatológicos associados a esta síndrome são lesões isquêmicas focais, lesões da substância branca e outros factores relacionados à isquemia (Idem). Contudo, a maioria dos casos de demência vascular ocorre por tromboembolismo arterial ou por degeneração aterosclerótica (Adams e Victor, cit. por Idem).

2.1.3. *Demência de Corpos de Levy*

Esta demência é responsável por cerca de 15 a 36% dos casos de demência. Clinicamente apresenta aspectos similares aos da DA e demência de Parkinson.

Segundo Freitas et al. (2002), através de dados da neuroimagem, identificam-se os “corpos de Lewi”, que devem o seu nome ao neurologista alemão Friedrich Lewi, que os descreveu em 1912. Estas estruturas são inclusões intracelulares, esféricas e únicas no citoplasma do neurónio. Aparecendo difundidas pelo córtex hipocampal, amígdala, parte compacta da substância negra e núcleo *ceruleus*. Os “corpos de Lewi” possuem uma proteína, a alfa-sinucleína, que interfere nas sinapses neurais, mas o mecanismo que leva a esta acumulação ainda não foi identificado. Nestes doentes, a enzima colina-acetil-transferase, responsável pela síntese da acetilcolina, está diminuída, tal pode estar relacionado com a sintomatologia alucinatoria associada a esta demência.

As principais manifestações clínicas da demência de “corpos de Lewi” são as alucinações visuais (detalhadas de objectos, animais ou pessoas), o *delirium* episódico, os défices cognitivos flutuantes (défice de atenção e das funções visuoespaciais), o parkinsonismo, os sintomas motores, como disartria e descoordenação motora (Idem). Apesar de no estágio inicial ocorrerem flutuações de períodos de défices de memória, com períodos de normalidade, o seu curso clínico é rápido, sendo de 5 a 7 anos.

2.1.4. *Demência de Parkinson*

A prevalência da demência de Parkinson é difícil de identificar, contudo sabe-se que a “demência é duas a quatro vezes mais comum em pacientes com doença de Parkinson do que na população em geral, tendo sido sugerido prevalências de 10 a 20%” (Brown & Marhden cit. por Idem: p.161).

Nos indivíduos com esta síndrome também é possível observar corpos de Lewi nas células neuronais, principalmente na substância negra (Idem). Esta demência tem um início

insidioso e uma progressão lenta, apresentando como principais manifestações clínicas a lentidão psicomotora, disfunção executiva, défice na memória de evocação (*American Psychiatric Association*, cit. por Oliveira, 2008); as ilusões e as alucinações são frequentes nos estádios iniciais desta demência (Geldmacher e Whitehouse, cit. por Freitas et al., 2002).

2.1.5. Diagnóstico diferencial da demência

Uma das principais entidades que deve ser tida em conta no diagnóstico diferencial da demência é a depressão. A depressão e a demência integram o conjunto das grandes síndromes geriátricas, sendo das patologias mais comuns nos idosos (Marques-Teixeira, 2007). Estas duas entidades podem estar associadas, e uma pode camuflar a outra, o que causa dificuldades diagnósticas.

“Na idade avançada, a depressão pode apresentar-se com défices cognitivos, e, quando estes ocorrem, são, na sua maioria, leves; no entanto, na sua minoria, podem ser graves o bastante para simular um quadro demencial, caracterizando a chamada pseudo-demência depressiva” (Cunha cit. por Freitas et al., 2002: p.165).

Assim é importante fazer uma avaliação sequenciada e minuciosa para estabelecer o diagnóstico. Cunha cit. por FREITAS et al. (2002) propõe percorrer os seguintes passos no diagnóstico diferencial: 1) história clínica, medicamentosa e exame físico; 2) excluir causas reversíveis de défice cognitivo (drogas, alterações metabólicas, causas neurológicas, causas infecciosas, entre outras); 3) realizar testes psicométricos (como o mini-exame do estado mental, a escala de depressão geriátrica, entre outras); 4) realizar um electroencefalograma (que costuma ser normal na depressão e apresentar lentificações na demência); 5) realizar potenciais evocados (que podem estar aumentados na demência); e, 6) prova terapêutica com antidepressivos (os utentes deprimidos terão uma resposta favorável aos antidepressivos).

2.1.6. Prevenção e tratamento da demência

Actualmente, nas doenças neurodegenerativas, “as possibilidades de prevenir e/ou curar com total eficácia, são relativamente remotas” (Cunha et al., 2009: p.22).

Apesar de ainda não se saber ao certo com prevenir a demência, à semelhança do DCL, a prevenção parece passar pela adopção de um estilo de vida saudável, pela modificação dos factores de risco modificáveis e pela manutenção de uma vida física, mental e socialmente activa.

A Associação Alzheimer Portugal sugere sete dicas que podem ajudar nesta prevenção, são elas:

“Lembre-se do seu Cérebro – mantenha o cérebro activo;

Lembre-se da sua alimentação – tenha uma alimentação saudável;

Lembre-se do seu corpo – pratique exercício físico;

Lembre-se da sua saúde – faça check-ups regularmente;

Lembre-se da sua vida social – participe em actividades sociais;

Lembre-se dos seus hábitos – não fume, beba com moderação e durma bem;

Lembre-se da sua cabeça – proteja a sua cabeça de lesões”

(Alzheimer Portugal, [s.d.]).

No que concerne à abordagem terapêutica da demência,

“como ainda não existe um tratamento que possa curar ou reverter a deterioração causada pela demência, os tratamentos disponíveis, actualmente, buscam minimizar sintomas cognitivos e comportamentais por meio de medicação e técnicas cognitivas de reabilitação, melhor estruturação do ambiente, e também por meio de grupos informativos para pacientes e familiares” (Ávila e Miotto, 2002: 191).

A abordagem farmacológica na demência pode ter duas vertentes, as estratégias de prevenção ou estabilização (neuroprotecção) e as estratégias sintomáticas (Cunha et al., 2009). Muitos destes fármacos também são utilizados no DCL, como “potenciais modificadores/preventivos de conversão para a demência” (Idem: p.25).

Alguns fármacos são utilizados tanto na vertente neuroprotectora, como na vertente sintomática; sendo que os mais utilizados na demência são (Idem): os anti-oxidantes (vitamina E, Selegilina, Gingko biloba, Idebenona); os antagonistas dos receptores do glutamato, como a memantina, que parece ter um impacto relevante na redução da deterioração cognitiva; os inibidores das colinesterase, como a rivastigmina e o donepezilo, que “têm demonstrado eficácia no controle temporário de sintomas, como melhora das funções cognitivas e das dificuldades na realização das actividades da vida diária em pacientes com DA leve a moderada” (Ávila e Miotto, 2002: p.191). Os antipsicóticos também são uma opção comum, no sentido de promover um equilíbrio no comportamento, visto que actuam no sistema nervoso central, bloqueando os receptores da dopamina.

A vertente psicoterapêutica das demências passa pela intervenção na cognição. O objectivo da intervenção cognitiva é capacitar pacientes e familiares a conviver, lidar, contornar, reduzir ou superar os défices cognitivos resultantes da lesão neurológica (Wilson, cit. por Idem). Tal implica que o utente/família/prestador de cuidados encontrem estratégias

compensatórias e novas respostas, que permitam restituir o equilíbrio do sistema familiar e melhorar as funções cognitivas do doente e a qualidade de vida de todos.

Atendendo às múltiplas alterações que a demência implica na vida do doente e da sua família, é fundamental utilizar todas as abordagens terapêuticas que permitam protelar a deterioração cognitiva. Actualmente utiliza-se cada vez mais a conjugação de farmacoterapia com técnicas de intervenção cognitiva, o chamado “tratamento combinado”, que apresenta resultados muito favoráveis.

A deterioração cognitiva e física, próprias da demência, além de prejudicarem o idoso nas suas actividades de vida diária, prejudicam a convivência familiar, o desempenho social e ocupacional, acarretando alterações significativas para a sua qualidade de vida e da sua família. Por isso, no tratamento destes doentes é fundamental incluir a família ou os cuidadores. “A qualidade de vida de pacientes com demência depende, primordialmente, daqueles que são responsáveis por seu cuidado. Dessa forma, a grande maioria das abordagens terapêuticas inclui trabalhos com grupos de familiares e cuidadores” (Bottino, C. et al., 2002: p.72).

O envolvimento da família no tratamento destes doentes acarreta inúmeras vantagens:

“ajudar a família a lidar melhor com a sua sobrecarga emocional gerada pelo cuidado intensivo e dar subsídios para a família ajudar o paciente com as suas dificuldades; (...) diminuição do sentimento de incerteza e culpa, melhor aceitação da doença e das mudanças do paciente e diminuição da solidão e da angústia de se achar «o único com aquele problema»; (...) a possibilidade de aumentar o tempo de treinamento e manter as actividades do paciente, mesmo depois de interrompido o trabalho com os terapeutas, além da possibilidade de reduzir, com a presença de uma pessoa conhecida, a ansiedade que o paciente pode apresentar em situações de aprendizagem”(Ibidem).

Neste sentido, as intervenções do enfermeiro de saúde mental e psiquiatria são fundamentais e devem fomentar a participação do cuidador/família nos cuidados à pessoa com demência, de modo a dotá-los de estratégias de intervenção para lidarem com o utente aos vários níveis, como as actividades de vida diária, a comunicação, o comportamento, entre outros. Ao promovermos o conhecimento do prestador de cuidados, diminuimos o stress e a sobrecarga emocional e física associada ao cuidar destes indivíduos e prolongamos a permanência dos idosos no seu domicílio; visto que, por norma, o ambiente familiar é o mais indicado para o doente com demência e “o familiar cuidador, desde que não apresente incapacidades, é o elemento que melhor pode cuidar do idoso com demência, uma vez que

este é sensível ao meio que o rodeia e às pessoas com quem se relaciona” (Howe e Lettieri cit. por Sequeira, 2007: p. 95).

A importância da intervenção precoce neste âmbito é evidente, nomeadamente junto dos idosos saudáveis, para prevenir a deterioração cognitiva, tentando diminuir o número de idosos que desenvolvem DCL e, mais tarde, evoluem para demência.

Segundo Oleg Chestnov, director geral assistente de doenças não transmissíveis e doença mental da Organização Mundial de Saúde, “precisamos aumentar a nossa capacidade de detectar a demência precocemente para oferecer as condições sociais e de saúde necessárias. Muito pode ser feito para reduzir o problema da demência. Os profissionais de saúde, com frequência, não são treinados adequadamente para reconhecer a demência” (Uol Notícias, 2012).

Actualmente urge criar e implementar estratégias de intervenção para a demência, visto que, de acordo com o relatório "Demência: uma prioridade da saúde pública", apenas oito países em todo o mundo - Austrália, Grã-Bretanha, Dinamarca, França, Japão, Coreia do Sul, Holanda e Noruega - têm programas nacionais para a demência; a Alemanha e a Suécia estabeleceram listas de recomendações (Idem).

2.2. Avaliação da Cognição no Défice Cognitivo Ligeiro e na Demência

As dificuldades diagnósticas no DCL e na demência impõem uma avaliação cognitiva detalhada. A avaliação cognitiva consiste em “verificar a habilidade de uma pessoa para desempenhar respostas de natureza intelectual, considerando a sua história pessoal e as suas expectativas, e usando como parâmetro informações normativas e a faixa de variabilidade do desempenho de indivíduos normais na população” (Vieira e Koenig, 2002: p. 921).

Este processo de avaliação é complexo e é mais do que a simples aplicação de escalas de avaliação. É necessário integrar os resultados dos testes no contexto bio-psico-social e cultural da pessoa. Daí que seja fundamental conhecer o indivíduo e todo o seu meio envolvente; neste conhecimento da pessoa, o enfermeiro, nomeadamente o de saúde mental e psiquiatria é um agente privilegiado.

A avaliação neuropsicológica é um importante meio auxiliar de diagnóstico, cujo objectivo é “a análise das alterações das funções cognitivas superiores e do comportamento resultantes de lesões cerebrais focais, de doenças que, de algum modo, possam atingir o funcionamento deste sistema” (Cunha et al., 2009: p.53). Esta avaliação é fundamental para o diagnóstico neurológico, sendo cada vez mais utilizada em situações de queixa cognitiva e na suspeita de DCL (Idem).

Esta avaliação realiza-se com recurso a instrumentos de avaliação, existindo instrumentos breves de avaliação do estado mental, como o mini-teste do estado mental; e baterias neuropsicológicas mais extensas e minuciosas, como a Bateria de Lisboa para Avaliação das Demências (Idem). “Os exames breves são exames globais, que não fornecem perfil de desempenho cognitivo e são, geralmente, usados para triagem de casos em que se suspeita de declínio cognitivo, para posterior avaliação neuropsicológica” (Idem: p.60).

Embora existam testes que devem ser utilizados e aplicados por neuropsicólogos experientes, os instrumentos de cariz mais global podem ser utilizados por profissionais de saúde com formação na área, como neurologistas e enfermeiros de saúde mental e psiquiatria, sendo ferramentas de trabalho fundamentais para a prática diária destes profissionais.

Existem vários testes de avaliação que podem ser aplicados. De seguida serão referidos com maior detalhe três dos mais utilizados:

O Mini-Exame do Estado Mental criado em 1975 por Folstein e colaboradores, é um teste breve e um dos mais usados na avaliação cognitiva de idosos, servindo para fazer um rastreio inicial do estado mental. Este instrumento avalia a presença de défices cognitivos e não de demência, sendo por isso muito utilizado nas suspeitas de DCL.

O teste é composto por respostas verbais e não-verbais; sendo que, “os subtestes verbais medem, em particular, a orientação espaço-temporal, a memória imediata, a evocação e memória de procedimentos, a atenção e a linguagem. Os subtestes não-verbais medem a coordenação perceptivo-motora e a compreensão de instruções” (Vieira e Koenig, 2002: p. 924).

O Mini-Exame do Estado Mental é composto de 30 questões, sendo a sua classificação total de 30 pontos, que pontuam da seguinte forma (Idem):

- 30 a 26 pontos – funções cognitivas preservadas
- 26 a 24 pontos - alteração não sugestiva de défice
- 23 pontos ou menos - sugestivo de défice cognitivo
 - 20 a 26 pontos – prejuízos cognitivos leves
 - 11 a 20 pontos – prejuízos cognitivos moderados
 - 10 pontos ou menos – prejuízos cognitivos severos
 - O score 23, normalmente é sugestivo de disfunção cognitiva

Esta pontuação é influenciada pela escolaridade do indivíduo, que deve ser tida em atenção na realização de alguns exercícios do teste, como as operações matemáticas.

O **Teste do Relógio** é de simples e fácil aplicação, permitindo a avaliação da “memória, habilidade visuoespacial e construtiva e funções executivas, reflectindo o funcionamento dos lobos frontal, temporal e parietal” (Idem: p.925).

O teste consiste em entregar uma folha em branco e uma caneta ao indivíduo e pedir para ele desenhar um relógio, com os respectivos números e com os ponteiros a marcar as dez horas e dez minutos.

Existem várias possibilidades de pontuação para este teste, variando entre 5 a 10 pontos; segundo Sunderland et al. (cit. por Ibidem), a pontuação máxima do teste são 10 pontos, sendo distribuídos da seguinte forma:

“10 a 6 pontos – a face, o círculo e os números do relógio estão geralmente intactos: 10 Pontos – ponteiros na posição certa. 9 Pontos – erro insignificante na localização dos ponteiros ou esquecer de desenhar um número. 8 Pontos – erros mais visíveis na localização dos ponteiros das horas e minutos; espaços vazios, intervalos inadequados entre os números. 7 Pontos – localização dos ponteiros significativamente fora do curso. 6 Pontos – uso inapropriado dos ponteiros do relógio, p.ex., uso de digitais ou a circunferência dos números, apesar de repetir as instruções.

5 a 1 pontos – desenho da face, do círculo e dos números do relógio não são intactos. 5 Pontos – números agrupados num único lado ou em ordem inversa. 4 Pontos – distorção da sequência dos números. Por exemplo, números desenhados fora do círculo do relógio. 3 Pontos – os números não estão contidos na face do relógio e os ponteiros não estão presentes. 2 Pontos – o desenho revela alguma compreensão das instruções recebidas, sem no entanto representar a figura do relógio. 1 Ponto – a compreensão da instrução não se dá de forma satisfatória, embora o indivíduo faça algum esforço para responder à solicitação feita.”

A **Escala de Avaliação Clínica da Demência** foi desenvolvida por Hughes e colaboradores em 1982 e é considerada o *gold standard* de avaliação da demência. Consiste numa avaliação global, que estima a influência dos defeitos cognitivos nas actividades de vida diária; não apresentando valores de corte, uma vez que os indivíduos são comparados com o seu próprio desempenho inicial (Vieira e Koenig, 2002).

Este instrumento avalia a memória, a orientação temporal e espacial, o julgamento, a resolução de problemas, a interacção social, os passatempos e cuidados pessoais. Cada uma destas categorias recebe uma pontuação conforme o grau de comprometimento, que pode ser: 0 = Saudável; 0,5 = Questionável; 1 = Leve; 2 = Moderado; 3 = Grave. Apenas a categoria “cuidados pessoais” não apresenta a pontuação questionável.

Esta classificação é obtida através de entrevista estruturada, em que o avaliador, atendendo à informação que tem do indivíduo e de um acompanhante significativo, realiza o melhor julgamento possível.

As alterações cognitivas têm consequências inevitáveis na autonomia dos indivíduos e no seu desempenho nas actividades de vida diária; pelo que, embora não integrem directamente a avaliação cognitiva, seja importante avaliar qual o grau de dependência do idoso nas actividades diárias, mesmo para poder distinguir se já existe uma demência instalada, ou se os défices são ainda ligeiros. Por isso, é importante a aplicação de escalas de avaliação, sendo as mais usuais:

O **Índice Lawton**, que foi desenvolvido por Lawton e Brody, em 1969, e avalia o grau de dependência do idoso na realização das actividades instrumentais de vida diária, tais como, cuidar da casa, lavar a roupa, preparação da comida, ir às compras, utilização do telefone, utilização de transportes, gestão de dinheiro e gestão da medicação (Sequeira, 2007).

Cada item avaliado expõe 3, 4 ou 5 níveis de dependência distintos, sendo que quanto maior a pontuação, maior o grau de dependência. A pontuação total deste índice varia da seguinte forma (Idem):

- 8 pontos – Independente
- 9-20 pontos – Dependente em grau moderado
- >20 pontos – Dependente em grau elevado

O **Índice de Barthel**, que é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez actividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney e Barthel, cit. por Araújo, F.; Ribeiro, J. L. P.; Oliveira, A. e Pinto, C., 2007).

Cada uma destas actividades apresenta dois a quatro níveis de dependência, em que zero “corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com níveis de diferenciação” (Sequeira, 2007: p.141/142). A sua pontuação total é de 100 pontos, sendo que quanto menor a pontuação obtida, maior o grau de dependência (Idem):

- 90-100 Pontos – independente
- 60-90 Pontos – ligeiramente dependente
- 40-55 Pontos – moderadamente dependente
- 20-35 Pontos – severamente dependente
- <20 Pontos – totalmente dependente

3. INTERVENÇÃO NA COGNIÇÃO - BREVE REVISÃO

"A memória diminui... se não for exercitada."

(Cícero, [s.d.])

Antes de abordar a intervenção na cognição importa definir brevemente o conceito de cognição. A cognição é uma função cortical que consiste "na capacidade do indivíduo adquirir e usar informação, a fim de adaptar-se às demandas do meio ambiente" (Abreu e Tamai, 2002: p.885). Esta função engloba a capacidade de processamento da informação, aprendizagem e generalização (Wilson cit. por Idem) e pode ser subdividida em várias funções, tais como: atenção, memória, orientação, raciocínio, entre outras.

A capacidade de adquirir conhecimento envolve vários processos, entre eles a capacidade de entender e armazenar a nova informação, organizá-la, assimilá-la e integrá-la nas experiências passadas; isto é, é necessário ter capacidade para mobilizar estratégias espontâneas de processamento, para aceder a material prévio quando necessário e ter consciência da própria capacidade cognitiva (Abreu e Tamai, 2002).

Como a cognição é um processo complexo, o seu comprometimento pode interferir em várias esferas da vida do indivíduo, desde as actividades de vida diária, passando pelas actividades sociais e de lazer, terminando na funcionalidade no trabalho.

O estudo da cognição e da sua reabilitação é relativamente recente. Nos séculos XIX e XX foram muitas as pesquisas que permitiram identificar regiões cerebrais e compreender o seu funcionamento. Este conhecimento permitiu o desenvolvimento de algumas teorias de intervenção cognitiva. Em 1947, Zangwill discute três princípios fundamentais para a intervenção cognitiva: a compensação, a substituição e o re-treinamento dirigido. Durante a década de 70, estudos na área da psicologia experimental permitiram identificar as relações topográficas e funcionais de algumas capacidades perceptuais, motoras e cognitivas. Em 1980, Luria apresenta aquele que seria um dos modelos mais importantes e consistentes para a reabilitação cognitiva contemporânea, a teoria da organização neurofisiológica (Abreu e Tamai, 2002). Este modelo refere que

"o funcionamento de sistemas complexos envolve a acção combinada de todo o córtex cerebral, cujas interconexões se aprimoram ao longo do desenvolvimento individual (...) e as diferentes funções superiores não têm uma estrutura única invariável e determinam as regras para o

funcionamento cerebral. Ou seja, (...) o cérebro pode efectuar uma mesma tarefa mediada por distintos sistemas de conexões intercambiáveis entre si” (Idem: p.882).

A partir dos anos 70, a introdução de novas técnicas de neuroimagem permitiu estabelecer novas relações entre a apresentação clínica, a neuropsicologia e o local da lesão cerebral. Na década de 80, com recurso à informática, foi possível desenvolver novos instrumentos de avaliação e de reabilitação cognitiva (Idem).

Actualmente, ainda muito está por descobrir e continuam-se a fazer vários estudos experimentais nesta área; contudo a intervenção cognitiva que se realiza assenta no pressuposto que “existem estruturas corticais responsáveis por capacidades específicas (...), porém [existe] uma interconectividade entre as redes neurais multifuncionais que asseguram um adequado suporte de múltiplas modalidades às complexas actividades mentais superiores” (Idem: p.883).

Deste modo, na intervenção na cognição é fundamental perceber a relação existente entre o cérebro e o comportamento e associar os sinais manifestados à área cerebral que está comprometida, para seleccionar intervenções mais direccionadas. No quadro 4 apresenta-se um resumo sobre as funções cognitivas associadas a cada área cerebral.

Região cerebral		Funções associadas	Manifestações de alteração
Lobo frontal		Raciocínio, crítica, julgamento, aspectos da atenção e da memória, planeamento.	Praxia, falta de iniciativa para actividades motoras, diminuição do tónus de vigília.
Lobo temporal		Percepções visual e auditiva complexas, memória, modulação da emoção, análises visuo-perceptivas complexas.	Défice na percepção sonora, cinestésica e na percepção do tempo; défice na memória auditiva e na memória espacial.
Lobo parietal	Parietal Esquerdo	Nomeação direita-esquerda, leitura, escrita, cálculo, identificação digital e nomeação por confronto visual.	Dificuldade em síntese espacial, alterações no esquema corporal, desorientação temporal e espacial, negligência (lesão à direita), lateralização selectiva da atenção.
	Parietal Direito	Percepção espacial e corporal, praxia para vestir, percepção visual complexa e praxia construtiva.	
Lobo occipital		Campo visual, percepção da cor, percepção de movimento, análise espacial.	Função visual comprometida e agnosias.

Quadro 4: Áreas cerebrais, suas funções e alterações causadas pelo seu comprometimento (baseado em Abreu e Tamai, 2002).

Antes da especificação das técnicas de intervenção na cognição, importa clarificar alguns conceitos que são muitas vezes utilizados da mesma forma na literatura, embora apresentem ligeiras diferenças.

Segundo Pais (2008b) podemos distinguir entre estimulação da cognição, reabilitação da cognição e treino da cognição:

- **Reabilitação da cognição** consiste numa abordagem cognitiva mais abrangente;
- **Estimulação cognitiva** é uma intervenção que se centra mais em estratégias de orientação temporal e espacial;
- **Treino da cognição** diz respeito à prática de tarefas/funções específicas.

Podemos falar ainda em **estratégias de remediação/compensação** que dizem respeito às estratégias utilizadas para suprir o defeito cognitivo, sem no entanto o solucionar.

De seguida abordam-se de forma mais alargada estes tipos de intervenção.

A intervenção na cognição consiste num processo de cooperação entre o indivíduo com défice cognitivo e os profissionais de saúde, familiares e membros da comunidade mais ampla, tendo por objectivo tratar ou aliviar os défices cognitivos resultantes do dano neurológico (Wilson, cit. por Idem). Consiste num conjunto de estratégias e de técnicas cognitivas, que visam inicialmente a restauração clínica de funções e, depois, a compensação de funções, com o objectivo de minimizar os distúrbios de atenção, de linguagem, de processamento visual, memória, raciocínio e resolução de problemas, além dos de funções executivas (Capovilla, cit. por Idem).

Este procedimento necessita de uma abordagem clínica multidisciplinar e estruturada, com objectivos terapêuticos bem definidos. O objectivo principal é capacitar os idosos e a família/cuidadores a conviver, lidar, contornar, reduzir e superar os défices cognitivos, proporcionando melhoria significativa na qualidade de vida (Nomura cit. por Simon e Ribeiro, 2011). Visando “melhorar a habilidade no processamento de informação, aumentando o volume de informação que pode ser trabalhado à medida que aumenta a habilidade do paciente em utilizar estratégias cognitivas” (Abreu e Tamai, 2002: p. 885); tal capacita o indivíduo a mobilizar conhecimentos e estratégias compensatórias que possibilitam a sua autonomia.

A reabilitação da cognição pode ser conseguida através de diferentes métodos. As técnicas de reabilitação têm-se focado mais em três áreas da cognição, a memória, a atenção e a linguagem (Idem).

Na literatura inglesa predomina uma abordagem de adaptação às novas condições do indivíduo, apostando-se em estratégias de compensação e modificações ambientais e educacionais, de modo a melhor adaptar o indivíduo ao seu quotidiano (Idem). Contudo, há alguns anos, começou a desenvolver-se uma nova abordagem de reabilitação, utilizando-se técnicas para treinar as competências comprometidas, tendo em vista a sua restauração, como por exemplo, o treino da cognição.

Relativamente à intervenção na memória a principal finalidade é evitar o declínio nas actividades de vida diária, sendo para tal o treino cognitivo muito utilizado, desde 1980. “Embora esses programas (de treino cognitivo) tivessem como objectivo a optimização da memória no dia-a-dia, somente os multifactoriais, de enfoque prático, alcançaram resultados robustos e de longa duração” (Idem: p. 886).

Segundo Pritagano (cit. por Ibidem) existem três princípios de treino cognitivo que facilitam o processo de reabilitação: “o uso de compensação para contornar o défice, o uso de substituição por meios alternativos para resolver problemas, o treino das funções cognitivas específicas lesadas”.

Em 1980, Baltés e Baltés (cit. por Santos, Moura e Haase, 2008) desenvolveram o modelo de “Optimização Selectiva com Compensação” (OSC), que refere ser possível seleccionar áreas onde existe maior potencial de desenvolvimento pessoal e optimizar o seu funcionamento, compensando assim os défices que ocorrem noutras áreas. “As estratégias desse modelo permitem a manutenção e a melhoria da funcionalidade e a potencialização das capacidades de reserva específicas de cada indivíduo” (Idem: p. 23).

Assim, as intervenções de restauração e activação/estimulação utilizadas procuram estimular e melhorar as funções comprometidas, através da actuação directa sobre elas, reorganizando e reconstruindo através do treino, das modificações de comportamentos ou pelo uso de terapêutica (Idem). Este pensamento é expresso pelo *modelo de deficiências*, “que se baseia na premissa de que a prática pode melhorar tarefas de execução e de que existe algum nível de generalização entre as tarefas de treino e o mundo real” (Ibidem). A partir de 1990, começou a dar-se ênfase ao processo de compensação ou substituição, que preconiza que a função comprometida não pode ser inteiramente restituída, mas é possível “o emprego de diferentes mecanismos alternativos ou habilidade preservadas a fim de reduzir o impacto do défice no funcionamento diário” (Ibidem). Este conceito reflecte o *modelo de ausência* e visa potenciar estratégias de ajuda externa e interna.

Segundo Capovilla (cit. por Abreu e Tamai, 2002), o modelo OSC pode ser aplicado à reabilitação da cognição através de alguns passos, como focar a atenção para reduzir a confusão cognitiva; promover a consciencialização dos défices e das capacidades remanescentes através de aconselhamento individual ou em grupo; consciencializar o indivíduo e a sua família/cuidadores da necessidade de utilizar estratégias de compensação e de treinar a sua utilização no quotidiano; fazer treino cognitivo e de competências sociais.

O processo de reabilitação deve ser construído através da interacção entre as funções comprometidas, as funções preservadas e as estratégias compensatórias possíveis. Para tal

existem três possibilidades (Holderbaum et al., cit. por Santos, Moura e Haase, 2008: p.24): “restabelecer as funções falhas, reorganizar a função aproveitando os processos mantidos e utilizar estratégias paliativas”.

Neste processo, independentemente da trajectória de reabilitação escolhida, é fundamental estabelecer sempre uma comunicação adequada entre idoso/família/profissionais de saúde.

No processo de intervenção na cognição existem três abordagens básicas (Sohlberg e Mateer cit. por Abreu e Tamai, 2002):

- A abordagem de estimulação geral, em que o treino cognitivo é aplicado sem nenhuma orientação teórico-prática específica, assentando na premissa que toda a estimulação resulta em melhoria para o indivíduo.
- A abordagem de adaptação funcional, em que o treino é realizado apenas no contexto natural e funcional da vida quotidiana dos indivíduos.
- A abordagem de processo específico assenta numa ampla base teórica e parte de uma avaliação neuropsicológica inicial para organizar um conjunto de exercícios hierárquicos, partindo de funções cognitivas mais simples, para funções cognitivas mais complexas, com o objectivo de reorganizar a funcionalidade do indivíduo. Os resultados obtidos são monitorizados e avaliados.

Estas abordagens podem ser reducionistas, se for diagnosticado o défice através de testes neuropsicológicos e este for trabalhado individualmente; ou dinâmicas, se o treino cognitivo enfatizar a interacção com o indivíduo (Trexler, cit. por Idem).

Em cada uma destas abordagens podem ser utilizadas diferentes técnicas, que serão descritas no quadro 5.

Intervenção	Descrição
Abordagem de Estimulação Geral	
Estimulação generalizada sem orientação teórica específica.	
Abordagem de Adaptação Funcional	
Terapia de Orientação para a Realidade (TOR)	<p>Desenvolvida por James Folson (1968), objectiva reduzir a desorientação e a confusão nos indivíduos, podendo ser realizada em duas modalidades: TOR 24 horas e classes de TOR de 30 minutos cada. Ambas as abordagens “visam orientar o indivíduo no tempo e no espaço, relembrando com ele, por meio de pistas ou auxílios externos, o dia do mês, o ano e o local onde está” (Camões, Pereira e Gonçalves, [s.d.]: p.14). Esta técnica caracteriza-se por algumas especificidades, tais como, repetição contínua de dados reais e presença contínua de informações actuais; contacto social; natureza informal; envolvimento da família/cuidadores, que comentam a situação do indivíduo; comunicação clara e pessoal (com olhares, gestos, entre outros); informações transmitidas de forma clara e objectiva; auxílio de objectos para melhorar a comunicação (ex. relógios, calendários, entre outros) (Idem).</p> <p>Os principais exercícios utilizados na TOR são (Idem): exercícios de ambulatório orientados para a localização de situações importantes no ambiente (localização da cama, da casa-de-banho, dos interruptores de luz, entre outros); exercícios de identificação de cores e de esquemas do ambiente (cores da parede, corredores, entre outros); participação guiada em tarefas do quotidiano, por exemplo, costurar, cozinhar, entre outras; exercícios contínuos de reabilitação de memória e cognitiva, através da orientação sobre situações actuais.</p>
Terapia da Reminiscência (TR)	<p>A TR visa restaurar/manter a memória autobiográfica do indivíduo, através do recurso a factos significativos da sua vida. A reminiscência é um processo normal ao ser humano, “consiste na recordação de uma experiência ou facto, à qual o sujeito associa de modo habitual dor ou prazer” (Gonçalves, D.C.; Albuquerque, P.B e Martin, I., 2008: p.101). O processo de recordar acontecimentos vividos, permite analisar o passado, compreender as mudanças, adaptar-se a transições, adquirir conhecimentos, comunicar com outros e promover a auto-imagem (Idem).</p> <p>As reminiscências (lembranças) criam um novo sentido para o passado e permitem que o indivíduo compreenda a sua continuidade no tempo, promovendo a reorganização dos acontecimentos vividos e potenciando a sua orientação temporal. São vários os objectos que podem ser utilizados na TR, por exemplo, canções, poemas, fotografias, cartas, filmes, jornais, entre outros, que podem ser obtidos com a colaboração da família/cuidadores.</p> <p>Esta intervenção pode ser realizada de forma individual ou em grupo e cabe ao terapeuta orientar o indivíduo durante o processo de recordação. A TR pode ser utilizada em quadros normativos ou patológicos. Nos primeiros tem como principais finalidades “fomentar a adaptação a transições de vida, promover a auto-estima e a auto-percepção de saúde, aumentar o bem-estar e a satisfação de vida, fomentar sentimentos de mestria e prevenir o surgimento de sintomatologia depressiva” (Ibidem). Em quadros patológicos, o seu intuito é estimular o funcionamento cognitivo, diminuir a incidência de sintomatologia pós-traumática, atenuar o isolamento social, auxiliar o processo de luto, diminuir a sintomatologia depressiva, promover o bem-estar, melhorar a motivação e melhorar a interacção entre o idoso e a família/cuidador (Idem).</p>
Reestruturação ambiental	<p>Esta técnica visa capacitar o idoso para a tomada de decisão e para a realização de tarefas diárias de forma autónoma, para tal, o ambiente onde o indivíduo vive deve ser adaptado de modo a proporcionar a máxima independência possível (Camões, Pereira e Gonçalves, [s.d.]). Esta adaptação do ambiente pode ser conseguida através de sinalizações, como marcas no chão; placas identificadoras das divisões; iluminação adequada das repartições; desobstrução de passagens e remoção de mobiliário potenciador de quedas ou outros acidentes; remoção de degraus; colocação de relógios e de calendários bem visíveis pela casa; adaptação do vestuário de forma a facilitar a sua utilização, através do uso de botões grandes, fechos, organização da roupa pela sua sequência de uso; entre outros. Como é óbvio, esta adaptação do ambiente do idoso é tanto mais eficaz, quanto maior for a colaboração e o envolvimento da família/cuidadores.</p>
Programa de apoio aos cuidadores e à família	<p>Esta intervenção surge ligada à psicoeducação e visa envolver a família/cuidadores no processo de reabilitação, através de grupos de apoio (in)formativo.</p> <p>No seu artigo, Camara et al. (2009) descrevem um programa de reabilitação cognitiva individual e em grupo – O Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia - instituído desde 1987, no Hospital Universitário António Pedro, da Universidade Federal Fluminense, no qual contemplam esta vertente psicoeducativa junto das famílias de idosos com demência, com o objectivo de “diminuir o stress emocional, criando melhores condições de vida para eles e para os pacientes, de forma a propiciar um retorno gradativo, prazeroso e saudável ao convívio familiar e social” (Idem: p.31). Estas sessões são realizadas semanalmente, com duração de 2 horas, tendo como principais focos de atenção a promoção da saúde, as relações interpessoais, a ansiedade, a angústia, as mudanças geradas pela doença do familiar e as dificuldades quotidianas sentidas e o esclarecimento de dúvidas. Com estas reuniões espera-se que a família consiga descentrar-se dos sentimentos negativos e focalizar-se em sentimentos positivos, encontrando estratégias para reequilibrar a dinâmica familiar.</p> <p>A intervenção junto da família/cuidadores é tão importante quanto a intervenção com o idoso. A informação sobre a doença e o seu prognóstico diminui a ansiedade e a depressão provocada pelo diagnóstico na família (Bottino et al., cit. por Camões, Pereira e Gonçalves, [s.d.]). Como a qualidade de vida dos idosos com défices cognitivos ou demência depende em grande parte daqueles que os cuidam, a maioria das abordagens terapêuticas envolvem os familiares/cuidadores, com o objectivo de auxiliar nesta transição. Os principais aspectos que são abordados junto da família/cuidadores são: informações sobre o problema e sobre os recursos disponíveis na comunidade; aconselhamento sobre como lidar com as situações do quotidiano, possibilitando a troca de experiências e a partilha de sentimentos e emoções com outras pessoas em situações semelhantes (Idem). Este tipo de intervenção tem efeitos positivos no que concerne à diminuição do sentimento de incerteza e culpa, na aceitação do problema e das mudanças identificadas no indivíduo e na diminuição da solidão e da angústia (Idem).</p>
Abordagem de Processo Específico	

Treino cognitivo ou Psico-estimulação	Fomentar determinadas componentes e estratégias do processamento de informação.
Facilitação da memória explícita residual com suporte	Esta é a técnica mais comum de intervenção na memória, visando ensinar e melhorar a codificação, a recuperação e a manipulação da informação, através das funções da memória explícita residual, isto é, através das funções que permanecem activas no indivíduo (Oliveira et al., 2007).
Aprendizagem através da memória implícita preservada	<p>Alguns estudos demonstram que em estádios iniciais de demência a memória implícita está preservada, pelo que esta técnica foca-se na automatização de habilidades e o seu objectivo é fornecer informações úteis para a resolução de problemas do quotidiano do indivíduo e da sua família/cuidadores. Para tal, podemos recorrer a algumas estratégias específicas, como:</p> <p>Método de recuperação espaçada: consiste em lembrar informações em intervalos de tempo cada vez maiores, podendo fornecer-se algumas pistas. O objectivo final é que o indivíduo consiga relembrar a informação 15 minutos após ela ter sido fornecida, sendo este tempo tido como o suficiente para que a informação integre a memória a longo prazo. Esta estratégia é útil para o idoso decorar nomes ou contactos importantes (Idem).</p> <p>Apagamento de pistas: esta técnica de aprendizagem consiste em fornecer gradualmente pistas ao indivíduo para ele aceder correctamente a uma informação, a partir daí, as pistas são retiradas uma a uma, até que ele consiga recuperar a informação sem ajuda (Idem). Por exemplo, para o indivíduo se lembrar de um objecto, pode-se enumerar as suas características até ele identificar o objecto. Depois vamos reduzindo o número de pistas, até o indivíduo recordar o objecto sem ajuda.</p> <p>Aprendizagem sem erro: esta técnica consiste em que o indivíduo aprenda novas informações sem cometer erros no momento da aprendizagem e visa a optimização da codificação da informação. A experiência só com informações correctas melhora a aprendizagem e facilita a sua memorização, ao passo que a aprendizagem com erros pode dificultar a recuperação da informação correcta (Idem).</p> <p>Desenvolvimento da memória de procedimento: esta técnica procura o desenvolvimento de habilidades motoras para as actividades da vida diária do indivíduo.</p> <p>Compensação com suportes externos: esta técnica objectiva automatizar o uso de estratégias compensatórias de memória, que auxiliem o indivíduo na superação dos seus défices quotidianos.</p>

Quadro 5: Tipos de intervenções utilizadas na reabilitação da cognição (adaptado de Santos, Moura e Haase, 2008: p.25/26).

O autor Wheathey (cit. por Abreu e Tamai, 2002) descreveu a aplicação das abordagens existentes na literatura referentes ao tratamento dos défices cognitivos da seguinte forma:

- Abordagem adaptativa: dá enfoque às capacidades preservadas e desenvolve estratégias para compensar as capacidades comprometidas; as actividades desenvolvidas com os indivíduos centram-se nas suas actividades quotidianas.
- Abordagem de remediação ou de transferência: o treino focaliza-se em défices cognitivos específicos, avaliados por testes neuropsicológicos padronizados.
- Abordagem com ênfase no processo: as intervenções terapêuticas são continuamente adaptadas às mudanças no estado e no ambiente do indivíduo.
- Abordagem com ênfase no tratamento multicontextual: trabalha factores externos e internos do indivíduo, tendo como objectivo o desenvolvimento de uma estratégia individual, projectada e executada em diferentes contextos, para aumentar a possibilidade de aprendizagem da estratégia.

- Análise comportamental aplicada: visa a reeducação das habilidades funcionais, utilizando técnicas comportamentais como modelação, extinção e reforço.

Uma técnica importante na reabilitação da cognição e que é transversal a todas as abordagens é a Técnica de Validação, esta tem como objectivo dar sentidos e suporte às emoções expressas através do comportamento ou do discurso dos indivíduos e procura possibilitar o alívio de desconfortos emocionais e conflitos relacionais; visa ainda o aumento da atenção, do auto-controlo e da auto-estima do indivíduo e o seu envolvimento no seu contexto social natural (Camara, et al., 2009). Esta é uma técnica muito utilizada em abordagens de grupo e as dinâmicas que lhe estão intrínsecas são: a auto-apresentação dos elementos do grupo e as boas vindas dadas aos participantes, o que permite estabelecer com eles uma comunicação mais significativa (Idem).

As técnicas de reabilitação da cognição podem ser aplicadas de forma individual ou em grupo, sendo que existem 3 tipos gerais de técnicas (Toglia e Golisz, cit. por Abreu e Tamai, 2002):

- Hierarquização de actividades: que consiste em estabelecer um conjunto de actividades com uma relação hierárquica, indo das mais fáceis para as mais complexas. Estas actividades permitem ao indivíduo estimular primeiro funções cognitivas mais básicas, que requerem pouca atenção, evoluindo gradualmente para a estimulação de funções cognitivas mais complexas, que requerem mais empenho e mobilização de capacidades;
- Treino de estratégias: dá ênfase à identificação de estratégias que permitam desenvolver habilidades no indivíduo. As estratégias podem ser classificadas em dois grupos, as auto-monitorizadas (auto-reguladas pelo indivíduo) e as de planeamento de habilidades (visam a execução de uma tarefa, são exemplo desta estratégia os exercícios de repetição).
- Ferramentas de auto-monitorização: que ajudam o indivíduo a monitorizar o seu desempenho. Estas ferramentas implicam metacognição, isto é, a capacidade do indivíduo conhecer o seu próprio processo cognitivo e a habilidade para monitorizar o seu próprio desempenho.

Na intervenção na cognição é importante rever constantemente as estratégias, de modo a adaptá-las à evolução do indivíduo. É também importante reconhecer a valor da repetição e da prática e dar o tempo necessário ao indivíduo para executar as tarefas pedidas.

Uma estrutura básica para uma abordagem terapêutica pode ser traduzida pelos oito passos seguintes (Abreu e Tamai, 2002: p.887):

- “1) Seleccionar a tarefa ou estratégia;*
- 2) Obter uma mensuração basal do funcionamento;*
- 3) Estabelecer os objectivos com o paciente;*
- 4) Escolher e ensinar uma estratégia;*
- 5) Praticar a estratégia;*
- 6) Obter uma medida de funcionamento pós-prática;*
- 7) Desenvolver a transferência e a generalização das estratégias para situações do quotidiano;*
- 8) Praticar a transferência e a generalização”.*

Independentemente da abordagem terapêutica, o processo de reabilitação passa pela identificação e hierarquização das necessidades, pela abordagem multidisciplinar e dinâmica, orientada a objectivos específicos, atendendo à história de vida do indivíduo (Ginarte-Arias, cit. por Santos, Moura e Haase, 2008).

As abordagens de intervenção na cognição podem ser individuais ou em grupo.

Nas intervenções individuais, o objectivo é atender às necessidades funcionais, emocionais, espirituais, psicológicas e sociais do indivíduo visando a maximização das habilidades particulares e a potencialização da sua autonomia.

No acompanhamento individual importa (Abreu e Tamai, 2002):

- Estabelecer um número reduzido de pessoas para trabalhar com o idoso (profissional de saúde, idoso, cuidador/família) de modo a facilitar a relação terapêutica e para ajudar o indivíduo (com comprometimento de memória) a reconhecer e lembrar-se dessas pessoas;
- Avaliação neuropsicológica detalhada e avaliação do ambiente do indivíduo;
- Identificar as capacidades reminiscentes do idoso;
- Identificar as necessidades reais do idoso.

Uma abordagem individual visa ajudar o idoso a manter as suas capacidades cognitivas reminiscentes e a manter-se orientado no seu ambiente, promovendo a sua funcionalidade e autonomia. Deste modo, é importante proporcionar-lhe uma rotina de actividades significativas, adaptando o ambiente às suas necessidades e exigências (Idem). Os défices cognitivos destes indivíduos obrigam a uma estimulação diária e constante, a uma estimulação cognitiva 24 horas por dia, que muitas vezes não é possível realizar nas instituições de saúde;

daí ser fundamental “treinar o cuidador a como estimular o paciente durante o dia, indicando tarefas e treinos para serem executados ao longo da semana” (Idem: p.888).

Nas intervenções grupais, o grupo funciona como “uma ferramenta que pode ser usada para facilitar o *insight* para a automonitorização e mudanças de comportamento” (Ibidem). Nesta abordagem, os indivíduos podem avaliar o impacto do seu comportamento em grupo, aprendem como utilizar as respostas vindas no ambiente e é possível uma readaptação e interacção social.

“A observação mútua em grupos também permite que os pacientes desenvolvam gradualmente um senso de si mesmos e da realidade e que consigam ter uma noção mais realista das suas deficiências” (Ibidem). Nesta interacção ocorrem sentimentos de identificação e aceitação, diminuindo a sensação de isolamento dos indivíduos.

Na formação do grupo é necessário atender a alguns aspectos para assegurar a eficácia do programa, entre eles (Idem: 888/889):

*“Respeitar o nível e a habilidade de cada membro do grupo,
Respeitar o tempo rentável do grupo em cada sessão e no geral,
Escolher a abordagem, as técnicas e os métodos a serem usados,
Traçar os objectivos de grupo,
Estabelecer quem induzirá e conduzirá o grupo,
Seleccionar os equipamentos, a ajuda e os recursos,
Organizar aspectos administrativos, como feriados e actividades
externas”.*

As técnicas mais utilizadas nas abordagens de grupo são a TOR, a TR, a Terapia da Validação, a Terapia da Resolução e o uso de jogos cognitivos (Idem).

Em suma, tanto a abordagem em grupo como a individual têm vantagens, a primeira além de reduzir o *stress* e a ansiedade, “proporciona um contacto entre pacientes que favorece habilidades comunicativas e a quebra da monotonia enquanto a terapia individual permite direccionar o tratamento conforme a necessidade de cada paciente” (Santos, Moura e Haase, 2008: p.26).

Independentemente da abordagem e das estratégias de intervenção utilizadas, “pode-se esperar melhoria cognitiva ou estabilização dos sintomas nas dificuldades de idosos não demenciados e de pacientes com DCL” (Claire, cit. por Ibidem), uma vez que estes mantêm a capacidade de aprendizagem e beneficiam com estratégias de compensação dos défices.

A intervenção cognitiva nestes doentes permite elevar o nível da sua qualidade de vida e retardar a evolução da sintomatologia, principalmente quando o tratamento é combinado com medicação e quando as estratégias apreendidas são adaptadas às reais dificuldades diárias do indivíduo.

Para que a sua eficácia seja maximizada, a reabilitação da cognição deve “fornecer a maior quantidade de estímulos possível, cobrindo-se os diversos domínios cognitivos e psicossociais, através da combinação de intervenções individuais e colectivas” (Ibidem).

Outro factor fundamental para o êxito da intervenção na cognição é o envolvimento da família/cuidadores. Intervenções de suporte para a família/cuidadores tem vários benefícios, entre os quais reduzir sintomatologia psiquiátrica, melhorar a qualidade de vida do familiar e do idoso, alterar a estrutura familiar de forma a fortalecer vínculos e a promover a adaptação ao problema (Idem). Assim, “a associação de intervenções para pacientes e para seus cuidadores é mais promissora que intervenções isoladas (Claire, cit. por Ibidem).

O êxito da reabilitação da cognição depende em grande parte da adequação das técnicas utilizadas ao tipo de défice apresentado pelo indivíduo. Assim, para indivíduos com défice ligeiro de memória, “são recomendados treino compensatório e técnicas de intervenção voltadas para a restauração e dirigidas para a facilitação de aquisição de habilidades específicas e conhecimento específico de um domínio” (Idem: p.27).

O treino cognitivo parece ter um efeito de protecção relativamente ao aparecimento e evolução de quadros demenciais. Os principais benefícios deste tipo de treino são os ganhos em tarefas específicas, no humor e na qualidade de vida dos indivíduos. Contudo, os seus efeitos podem ser limitados no tempo, sendo por isso importante manter o treino no quotidiano do indivíduo e reforçar as estratégias apreendidas, tendo a intervenção junto dos familiares uma importância fundamental nesta manutenção. O treino cognitivo computadorizado tem vindo a ser cada vez mais utilizado, mas acarreta poucos benefícios adicionais ao treino não computadorizado (Claire, cit. por Idem).

Paralelamente ao treino cognitivo é fundamental adaptar o ambiente do indivíduo de forma a torná-lo mais autónomo no seu dia-a-dia; o ambiente deve ser seguro e as adaptações devem ser feitas de forma gradual, mantendo os objectos pessoais do individuo nos mesmos locais (Holderbaum et al., cit. por Idem). A reestruturação do ambiente é conseguida também com o apoio da família/cuidadores.

Nos défices severos recomenda-se o uso de técnicas compensatórias e em indivíduos com quadros degenerativos avançados importa “a manutenção e adaptação de algumas habilidades, a lentificação no declínio das funções cognitivas inevitáveis, o uso de estratégias paliativas como técnicas auxiliares, a adaptação ao meio ambiente com auxílio de tecnologia e de equipamentos, o apoio ao cuidador e a melhoria na qualidade de vida (Idem).

Como já foi referido, os resultados da intervenção na cognição não são permanentes, pelo que além do reforço contínuo das estratégias, importa fazer sessões de *follow up*, que podem ir de 6 meses a 2 anos (Idem), e que além de avaliar a cognição do idoso através de testes, devem abordar a sua funcionalidade diária, pelo que é importante implementar “entrevistas com os familiares, cuidadores, e com o próprio paciente, além de instrumentos de avaliação de qualidade de vida diária, de actividades de vida diária, de avaliação da exaustão do cuidador, de sintomas comportamentais e psiquiátricos” (Ibidem).

3.1. Programas de Intervenção na Cognição Para Idosos

Como vimos, existem várias estratégias de intervenção na cognição, que podem ser implementadas de forma individual ou em grupo. No entanto, é importante que essas estratégias sejam organizadas e realizadas de forma sequencial e periódica, com objectivos específicos delineados, daí a importância dos programas de intervenção cognitiva para idosos.

Antes de iniciar qualquer tipo de programa de intervenção na cognição é importante avaliar o perfil cognitivo do indivíduo, identificando as funções cognitivas preservadas e comprometidas.

Os programas devem ser adaptados ao nível intelectual e cultural do idoso e devem ser abrangentes, incluindo aspectos como a adaptação ao meio ambiente, as interacções sociais, o apoio à família/cuidadores, entre outros.

3.1.1. Tipos de Programas

Um programa de estimulação da cognição consiste num conjunto de estratégias e exercícios que visam potenciar determinadas áreas da cognição, podendo ser implementados individualmente ou em grupo, habitualmente realizados num determinado período de tempo, procurando cumprir determinados objectivos específicos.

Claire e Woods (2004) fazem uma distinção entre os diferentes tipos de programas de intervenção na cognição, podendo ser: A) de estimulação cognitiva; B) de treino cognitivo; e, C) de reabilitação cognitiva.

- A) Os programas de estimulação cognitiva envolvem estimulação cognitiva geral e abordagens de orientação para a realidade, englobando uma série de actividades e discussões em grupo que visam obter uma melhoria geral do funcionamento cognitivo e social dos indivíduos (Idem). Estes programas não se focalizam em funções específicas, mas visam estimular a cognição como um todo.
- B) Os programas de treino cognitivo geralmente envolvem a prática guiada num conjunto de tarefas específicas, que visam intervir em funções cognitivas concretas, como a memória, a atenção, a linguagem ou a função executiva. Este

tipo de programa baseia-se no pressuposto de que a prática regular de determinadas funções cognitivas pode ajudar a melhorar ou manter essa função, para além do contexto da formação imediata (Idem). O treino cognitivo pode ser realizado de forma individual ou em grupo, incluindo sempre a família/cuidadores.

Dentro dos programas de treino cognitivo podemos incluir os programas de reabilitação da memória. Estes visam melhorar a performance do indivíduo através de técnicas ou estratégias específicas e não em modificar a habilidade de memorização do idoso (Camões, Pereira e Gonçalves, [s.d.]).

Os métodos de reabilitação da memória que podem ser utilizados são vários; um dos mais utilizados visa trabalhar com a modalidade da memória que se mantém intacta, para compensar a modalidade que está comprometida (Goldstein e Beers, cit. por Idem); outros têm como objectivo trabalhar as habilidades residuais da modalidade de memória comprometida.

Nestes programas, a abordagem prioritária deve ser a memória a curto prazo e a memória autobiográfica, estes tipos de memória só terão benefícios com exercícios de estimulação diários (Idem).

A estimulação da memória implica então o desenvolvimento de habilidades e estratégias específicas, que raramente são utilizadas de forma espontânea, necessitando de treino. O objectivo do treino de estratégias é melhorar o desempenho diário e, com os idosos, não só é necessário treinar essas novas técnicas, mas também demonstrar-lhes que estas trazem resultados positivos para a sua performance, daí a importância da incorporação de sessões de treino de estratégias nos programas de estimulação da memória.

- C) Os programas de reabilitação cognitiva assentam numa abordagem biopsicossocial e tem como objectivo ajudar as pessoas a alcançar ou manter um nível óptimo de funcionamento físico, psicológico e social, no contexto dos défices específicos decorrentes de doença ou lesão, facilitando a participação do indivíduo em actividades significativas e valorizando a manutenção dos papéis sociais (Claire e Woods, 2004). Esta abordagem foca-se no desenvolvimento de tarefas que sejam significativas para o quotidiano do indivíduo e da sua família.

Os programas de intervenção na cognição mais adequados são aqueles que utilizam técnicas que procuram reduzir ou compensar as dificuldades sentidas no quotidiano pelo indivíduo e pela família/cuidadores.

As técnicas de compensação visam o ensino de novas formas de desempenhar tarefas cognitivas, não intervindo directamente sobre as capacidades cognitivas. Estas técnicas

incluem estratégias internas (por exemplo, organização da informação) e externas (por exemplo, uso de agendas e calendários) (Pais, 2008b).

As estratégias de recuperação apontam para o trabalho específico sobre determinada função cognitiva, com o objectivo de levar o seu funcionamento ao nível pré-mórbido (Idem).

Qualquer que seja o objectivo e o tipo de programa de intervenção na cognição, “a sua construção deve focar sempre a melhoria da qualidade de vida e, por conseguinte, prevenir, tratar ou contornar as características sintomáticas dos transtornos cognitivos e afectivos associados ao envelhecimento, sem deixar de considerar as particularidades da própria doença e do indivíduo” (Wilson cit. por Da-Silva et al., 2011: p.230).

3.1.2. *Importância*

Os efeitos positivos dos programas de intervenção na cognição nos indivíduos com DCL e com demência em estágio inicial já foram amplamente explanados ao longo dos capítulos anteriores.

Apesar de ainda existir alguma controvérsia sobre a sua duração ideal, sobre quais as intervenções mais eficazes e sobre a durabilidade dos seus efeitos; é facto que os seus benefícios permitem melhorar a qualidade de vida do indivíduo e da família/cuidadores, uma vez que o treino de estratégias adaptativas e das funções cognitivas aumentam a autonomia dos indivíduos e melhoram o seu desempenho nas tarefas do dia-a-dia, bem como o seu humor, a auto-estima e a interacção social.

Para os familiares/cuidadores, a existência destes programas, nomeadamente daqueles que contemplam o apoio e a informação às famílias, é fundamental para facilitar a adaptação do sistema familiar à nova condição do seu membro e para fornecer apoio informativo e emocional.

Face a estes resultados positivos, considerando a prevalência das demências, o risco acrescido que os indivíduos com DCL têm de desenvolver esta síndrome e o impacto dos défices “em múltiplos domínios do funcionamento biopsicossocial, a ausência de abordagens farmacológicas e cirúrgicas curativas e a inexistência de programas preventivos, as abordagens reabilitativas constituem um papel fundamental no cuidado de saúde destes pacientes” (Santos, Moura e Haase, 2008: p. 19).

4. REVISÃO DA LITERATURA SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO NA COGNIÇÃO PARA IDOSOS COM DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO

“A essência do conhecimento consiste em aplicá-lo, uma vez possuído.”

(Confúcio, [s.d.])

Após a revisão teórica sobre a intervenção na cognição procurou-se saber quais os estudos que existem na área e quais os principais resultados encontrados, de forma a compreender o que se tem feito e qual o estado actual do conhecimento.

Para tal utilizou-se o método PICO (P- participantes/população; I- intervenção; C- contexto do estudo; O-resultados [outcomes]) (Sackett et. al cit. por Santos, Pimenta e Nobre, 2007) para construir a pergunta de partida: “Qual a efectividade dos programas de intervenção cognitiva em idosos com DCL?”.

Para responder a esta pergunta, o método utilizado foi a pesquisa bibliográfica nas seguintes bases de dados: *EBSCO Host*; Repositórios das Universidades Portuguesas e *Google scholar*. Nesta pesquisa foram utilizadas as seguintes palavras-chave e operadores booleanos: (“mild cognitive impairment”) AND (“cognitive stimulation” OR “cognitive program”) AND “aged”). Os resultados encontrados constam no quadro 6.

Base de dados	Artigos encontrados	Artigos seleccionados
<i>EBSCO Host</i>	55	9
Repositórios das Universidades Portuguesas (Universidade do Porto, Universidade do Minho, Universidade da Beira Interior, Universidade de Aveiro, Universidade de Coimbra, Universidade de Lisboa, Universidade de Trás-dos-Montes e Alto Douro, Universidade de Évora, Universidade de Beja e Universidade de Faro)	63	0
<i>Google scholar</i>	125	4

Quadro 6: Artigos encontrados vs. artigos seleccionados nas bases de dados.

Inicialmente foram seleccionados 13 artigos, publicados entre 2000 e 2012, sendo, posteriormente, apurados 6 artigos que foram utilizados na elaboração deste capítulo. Esta selecção teve por base os seguintes critérios: 1º) a adequação ao tema da pesquisa, devendo ser referentes a programas de intervenção na cognição aplicados a idosos com DCL; 2º) datas de publicação compreendidas entre os anos de 2005 e 2012; 3º) o acesso ao texto integral ser gratuito; e, 4º) estarem escritos em Inglês, Espanhol ou Português.

Dos 6 artigos seleccionados, 1 é uma revisão sistemática e 5 são estudos experimentais controlados. De seguida apresenta-se cada um dos artigos, expondo as intervenções utilizadas e os principais resultados encontrados pelos autores.

Artigo 1: SIMON, Sharon Sanz e RIBEIRO, Marilda Pierro de Oliveira – “Comprometimento cognitivo leve e reabilitação neuropsicológica: uma revisão bibliográfica”. 2011.

Este artigo consiste numa revisão sistemática e tem como objectivo investigar os benefícios da reabilitação neuropsicológica em idosos com DCL. Os autores seleccionaram 15 artigos, publicados entre 2002 e 2009 e realizaram uma descrição pormenorizada das intervenções aplicadas aos idosos e dos resultados.

No artigo consta uma breve introdução aos conceitos de DCL e de Reabilitação Neuropsicológica, seguindo-se a descrição da metodologia utilizada e dos resultados encontrados. Os achados foram agrupados em subcapítulos para uma melhor exposição e análise.

Os resultados mais relevantes da revisão sistemática dos 15 estudos estão apresentados no quadro 7, utilizando-se a divisão em subcapítulos sugerida pelos autores:

Subcapítulos em análise	Principais resultados encontrados	
Critério diagnóstico de DCL	<ul style="list-style-type: none"> • 13 estudos utilizam a definição de DCL de Petersen et. al (2001). • 1 estudo utiliza a definição de DCL de Flicker et. al (1991). • 1 estudo não citou referências ao definir DCL. 	
Perfil dos Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de participantes varia entre 1 a 84. A maioria dos estudos integra pequenos grupos de participantes. • Idade dos participantes compreendida entre 62 a 78 anos. • Escolaridade dos participantes compreendida entre 8 a 15 anos. • Leve predominância do sexo feminino entre os participantes. 	
Desenho Experimental	<ul style="list-style-type: none"> • Estudos experimentais: 10 estudos controlados e 5 não controlados. • Todos os estudos realizaram avaliações neuropsicológicas antes e após as intervenções. 	
Quadros clínicos dos participantes	<ul style="list-style-type: none"> • Diferenças dos quadros clínicos estudados: DCL, Demência de Alzheimer leve e moderada, demência leve não especificada, indivíduos saudáveis. 	
Propostas de Intervenções	Reabilitação cognitiva (utilizada em 2 dos 15 estudos abordados)	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizada em 2 estudos, ambos com duração de 8 semanas, existindo uma sessão por semana num estudo e duas sessões por semana noutro. • Objectivo: melhorar a funcionalidade da vida diária dos participantes. • Intervenções: reabilitação cognitiva orientada por metas (planeamento de metas a atingir pelos próprios participantes); treino das estratégias apreendidas no domicílio; uso de estratégias para a aprendizagem de novas informações e associações (elaboração semântica, mnemónicas visuais simples e método de recuperação espaçada); uso de auxiliares externos de memória (agenda, calendário, funções do telemóvel, entre outros). • 1 estudo incluiu os familiares, nos últimos 15 minutos de cada sessão. • 1 estudo forneceu material educativo sobre o tema.
	Treino cognitivo (utilizado em 12 dos 15 estudos abordados)	<p><u>Treino cognitivo computadorizado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizado em 3 estudos experimentais controlados. • Objectivo: Avaliar e comparar os resultados obtidos com o treino cognitivo computadorizado com outras intervenções, nomeadamente, terapia ocupacional, terapia comportamental e terapia medicamentosa. • A duração dos programas variou entre 3 semanas a 2 meses, sendo o número de sessões entre 4 a 5 por semana. <p><u>Treino cognitivo e ensino de estratégias:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizado em 3 estudos experimentais, controlados e em grupo. • 1 estudo abordou com o grupo práticas de resolução de problemas, <i>self assertiveness</i>, estratégias de memória, auxiliares externos de memória, exercícios motores, ensino e prática de técnicas de relaxamento e monitorização de stress, estimulação da criatividade e realização de um grupo semanal informativo de apoio para familiares ou cuidadores. • Outro estudo abarcou técnicas de orientação para a realidade, revisão de notícias actuais, exercícios cognitivos e aplicação de estratégias cognitivas; terminando as sessões com a recordação das informações apreendidas. • No terceiro estudo, o treino cognitivo estimulou uma única função por sessão (memória, atenção, linguagem, habilidades visuais e espaciais, cálculos e funções executivas), utilizando técnicas de orientação para a realidade, exercícios psicomotores e treino de actividade de vida diária relacionadas com a função estimulada em cada sessão. • Um estudo realizou sessões diárias durante um mês; os outros realizaram 2 ou 3 sessões por semana, num período de 3 a 12 meses. <p><u>Treino cognitivo e ensino de estratégias com foco na memória:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizado em 6 estudos experimentais com grupos controlo. • 3 estudos forneceram material educativo e realizaram treino de memória e ensino de estratégias compensatórias. • 1 estudo utilizou a “técnica de associação nome/face”. • 1 estudo utilizou um treino focalizado num sistema de calendários e notas. • 1 estudo aplicou a técnica da aprendizagem sem erro. • O número de sessões variou de uma até doze. • Apenas 1 estudo incluiu a participação da família.
	Psicoterapia (utilizada em 1 dos 15 estudos abordados)	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizada em apenas 1 estudo. • Objectivo: adquirir conhecimentos e habilidades para aprender a lidar com os sintomas associados ao DCL.

		<ul style="list-style-type: none"> • O programa abrange os indivíduos com DCL e os seus familiares/cuidadores. • Realizadas 10 sessões de 2 horas/cada. Nos primeiros 90 minutos familiares e utentes são divididos em dois grupos distintos e discutem separadamente temas similares; nos últimos 30 minutos, os dois grupos são associados e são discutidos em conjunto os principais tópicos da sessão. Os temas abordados nas sessões são variados e estão relacionados com o quotidiano dos participantes. Em algumas sessões foram treinadas habilidades sociais com recurso a <i>role-playing</i>.
Análise de resultados dos estudos	Reabilitação cognitiva	<p>Os estudos que utilizaram esta estratégia concluíram que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • As intervenções que têm em vista metas pessoais trazem maiores benefícios cognitivos e funcionais. • Aspectos cognitivos - melhorias na aprendizagem. • Aspectos funcionais - melhoria no desempenho de metas e no desempenho ocupacional, na aquisição e uso de estratégias para lidar com as dificuldades cognitivas, aumento da satisfação com a qualidade de vida.
	Treino cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Treino cognitivo computadorizado - melhorias para a memória episódica e operacional, raciocínio abstracto, praxia construtiva e aprendizagem psicomotora, melhoria do humor, redução de sintomas de ansiedade e depressão. • Treino cognitivo e ensino de estratégias - benefícios ao nível das actividades de vida, da memória episódica verbal/não verbal e memória/aprendizagem associativa e o grupo experimental apresentou manutenção ou melhora da cognição relativamente ao grupo controlo. • Treino cognitivo e ensino de estratégias com foco na memória – benefícios para pessoas com DCL, melhoria na memória episódica e prospectiva, aumento da satisfação dos participantes com a própria memória, melhoria da percepção sobre a própria memória, aumento da independência, auto-confiança, bem-estar e humor. A família demonstrou maior conhecimento sobre estratégias de compensação de memória.
	Psicoterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de presença nas sessões elevada, o que pressupõe uma grande motivação dos participantes. • Aumento do nível de aceitação dos participantes acerca do comprometimento da memória. • O trabalho em grupo foi fundamental para a partilha de experiências, pensamentos e emoções e para os participantes assimilarem que existem mais pessoas em situações idênticas e com estratégias adaptativas diferentes. • Os autores verificaram um aumento significativo no nível de aceitação do DCL e na satisfação marital, por parte dos participantes, bem como um aumento da consciência sobre os problemas de memória e comportamentais.
Follow-up		<ul style="list-style-type: none"> • Realizado em 7 dos 15 estudos, com intervalos de tempo diferentes, variando desde 1 mês até 6 meses. • 4 destes estudos descrevem manutenção dos benefícios adquiridos com os programas; 3 estudos observam um pequeno declínio, mas melhor que a situação anterior aos programas; 1 estudo aponta para a perda dos benefícios do programa, sugerindo a realização de sessões auxiliares para manter os ganhos.

Quadro 7: Apresentação dos principais achados da revisão sistemática.

A revisão sistemática levada a cabo pelos autores aponta de forma inequívoca para que a reabilitação neuropsicológica pode acarretar benefícios para indivíduos com DCL; uma vez que, por possuírem boa parte das capacidades cognitivas preservadas, estes utentes demonstram boa aprendizagem de novos conhecimentos.

Este tipo de intervenções demonstra maiores benefícios em estádios pré-demenciais, o que aponta para a necessidade de intervenção precoce.

Nos estudos referidos verifica-se o

“desenvolvimento de determinadas habilidades e aprendizado de novas estratégias para lidar com as dificuldades do quotidiano (...), melhora cognitiva em todas as intervenções, em especial nas seguintes esferas: memória episódica, memória operacional, praxia construtiva, raciocínio abstracto, aprendizado psicomotor e velocidade de processamento” (Simon e Ribeiro, 2011: p.113).

O treino cognitivo computadorizado demonstrou-se uma intervenção útil, que possibilita adaptar o nível de dificuldade dos exercícios às características cognitivas de cada utente e fomenta a sociabilização e a autonomia dos participantes. Também a utilização dos auxiliares de memória demonstrou bons resultados para os indivíduos com DCL.

A revisão sistemática demonstrou que

“intervenções com foco psicoterapêutico, que lidem com aspectos emocionais e comportamentais, mostraram-se necessárias para pessoas com DCL e seus familiares (...). Estas intervenções podem prover um apoio emocional e auxiliar em uma maior aceitação das dificuldades, trazendo melhoras no relacionamento familiar e contribuindo para uma melhor qualidade de vida” (Idem: p.114).

Os autores concluíram que os vários tipos de intervenções cognitivas, se realizadas conjuntamente, enfatizam os ganhos funcionais, o aumento da independência e, conseqüentemente o aumento da qualidade de vida das pessoas com DCL e suas famílias. Estes resultados apontam para a importância de incluir a família e cuidadores nas estratégias de intervenção na cognição.

Artigo 2: KURZ, A.; POHL, C.; RAMSENTHALER and SORG, C. – “Cognitive rehabilitation in patients with mild cognitive impairment”. 2009.

Este artigo apresenta os resultados de um estudo experimental controlado, cujo objectivo foi explorar os benefícios de um programa de reabilitação cognitiva multi-variado em pacientes com DCL.

O estudo teve lugar num hospital de dia psiquiátrico universitário e contou com 40 participantes (30 com DCL e 10 com demência em estágio inicial). Dos participantes com DCL, 18 participaram efectivamente no programa e 12 ficaram numa “lista de espera” controlo.

Os participantes foram seleccionados com base nos seguintes critérios: apresentavam deterioração das capacidades cognitivas comprovada através de testes objectivos; tinham preservação das suas capacidades para executar as actividades de vida diária, mas apresentavam algum défice na realização de tarefas mais complexas e não estavam em estádios avançados de demência.

Variável	Participantes com DCL na "lista de espera" controlo (n= 12)	Participantes com DCL (n=18)	Participantes com demência (n=10)
Sexo	6 homens e 6 mulheres	11 mulheres e 7 homens	5 mulheres e 5 homens
Idade (média)	70,8 anos	70,4 anos	66,0 anos
Escolaridade (média)	10,0 anos	10,1 anos	9,4 anos

Quadro 8: Caracterização dos participantes do estudo (adaptado de Kurz, A.; Pohl, C.; Ramsenthaler and Sorg, C., 2009: p.166).

Antes do início do programa, os 28 participantes (18 com DCL e 10 com demência em estágio inicial) foram submetidos a uma avaliação inicial que computou desde a cognição, até às actividades de vida diária, passando pelos níveis de depressão. Para tal, os autores utilizaram os seguintes testes (Kurz, A.; Pohl, C.; Ramsenthaler and Sorg, C., 2009): o teste de vocabulário de múltipla escolha - MWT-B (Lehrl, 1977); o mini-exame do estado mental, versão alemã (Kessler et. al, 1990); a escala de actividades de vida diária de Bayer (Hindmarch et. al, 1998); o inventário de depressão de Beck (Beck et. al, 1995); o teste de aprendizagem verbal da Califórnia (Delis et. al, 1987) e a figura complexa de Rex (Meyers and Meyers, 1996).

O programa teve uma duração de 4 semanas, ocupando as sessões 22 horas por semana, funcionando em dias úteis, das 9 às 15 horas.

Os utentes foram divididos em grupos de 10 participantes e as intervenções consistiram em "resolução de problemas práticos, treino de auto-afirmação, técnicas de relaxamento e de gestão do stress. Incluindo também componentes de formação cognitivos e exercícios motores" (Kurz, Pohl, Ramsenthaler e Sorg, 2009: p.165). Uma vez por semana, os familiares ou cuidadores eram convidados a participar numa sessão de grupo de informação e apoio.

As actividades desenvolvidas ao longo do programa estão explanadas no quadro 9.

Componente	Objectivos e conteúdos	Horas/ Semana
Ronda do jornal	Distinguir entre informação relevante e não relevante, melhorando a expressão verbal e aumentando o interesse.	2
Treino de memória	Uso de mnemónicas e de estratégias de aprendizagem.	5
Ajudas externas de memória	Promover a auto-organização, através do uso regular de suportes de organização do tempo e de blocos de notas.	2
Treino motor	Manter e melhorar a capacidade física, aumentando a mobilidade.	3

Treino de auto-afirmação	Melhorar a auto-afirmação e a capacidade de comunicação, favorecer o fortalecimento da rede social, treinar situações através de role-playing.	1
Trabalho criativo	Praticar habilidades manuais, fabrico de ajudas externas de memória, identificação de habilidades individuais, apoio na resolução de problemas, estimulação da fantasia e da criatividade e experiência da realização pessoal.	3
Planeamento de actividades	Planeamento das actividades de lazer e organização do dia, visando o aumento das situações de contacto social.	1
Técnicas de relaxamento	Estratégias de <i> coping </i> e para lidar com situações de nervosismo.	2
Educação para a saúde	Informação sobre estilos de vida saudáveis.	1
Informação médica	Educação em metamemória, tratamentos médicos.	1
Gestão de stress	Identificação dos stressores individuais, desenvolvimento de alternativas comportamentais, fortalecimento dos recursos.	1
Grupo de informação para os cuidadores	Informação para os membros da família e amigos e dicas sobre resolução de problemas práticos.	1

Quadro 9: Componentes da Intervenção (adaptado de Idem: p. 165).

Segundo os autores, este estudo demonstra que as intervenções tiveram impacto na “performance cognitiva, na rapidez de processamento de informação, na auto-avaliação da capacidade funcional, na sensação de bem-estar e em alguns domínios da qualidade de vida” (Idem: p.166).

Os resultados obtidos demonstram que os participantes com demência em estágio inicial não obtiveram resultados tão bons como os participantes com DCL, o que corrobora os resultados de outros estudos, que apontam para a importância de iniciar este tipo de programas o mais precocemente possível.

Os autores afirmam ainda que é importante envolver os familiares neste tipo de programas, para assegurar a continuidade diária das actividades no domicílio.

Apesar dos resultados positivos, este estudo apresenta algumas limitações; tais como, “a amostra utilizada foi pequena e os componentes da intervenção não foram seleccionados com base num fundo teórico consistente” (Idem: p.167). Neste trabalho não foi realizada uma avaliação de *follow-up* para averiguar a manutenção ou não dos benefícios do programa.

Assim, deste estudo podemos reter três pontos essenciais: 1º) um programa de intervenção cognitiva multi-variado acarreta melhorias para as actividades de vida diária, para o humor e para as habilidades cognitivas de pessoas com DCL; 2º) os resultados destes programas não são tão satisfatórios para utentes com demência em estágio inicial, 3º) é necessário explorar mais profundamente os resultados deste tipo de intervenções.

Artigo 3: TROYER, A. et. al. – “Changing everyday memory behaviour in amnesic mild cognitive impairment: A randomised controlled trial”. 2008.

Este estudo teve como principal objectivo testar a eficácia de um programa de intervenção multidisciplinar em grupo, na mudança do comportamento diário relacionado com a memória em indivíduos com DCL.

Sessenta e oito indivíduos foram recrutados através da referenciação médica ou através de avisos publicados num jornal. Para a selecção da amostra foram utilizados os critérios de Peterson (2004) para indivíduos com DCL. Cada um destes itens foi apurado através de testes de avaliação, que abarcavam várias áreas da função cognitiva, sintomas de depressão e ansiedade; entre eles (Troyer, A. et al., 2008): o mini-exame do estado mental (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975); a escala de avaliação da demência (Jurica, Leitten & Mattis, 2001); a escala hospitalar de ansiedade e depressão (Snaith & Zigmond, 1995); entre outros.

Trata-se de um estudo experimental controlado, em que dos 68 utentes referenciados, foram seleccionados 48 participantes, pelos critérios de inclusão. Estes foram divididos em dois grupos: 24 indivíduos integraram o grupo experimental e os restantes 24 constituíram o grupo controlo. Os elementos que integraram cada um dos grupos foram seleccionados por “cara ou coroa”.

Variáveis	Grupo experimental (n=24)	Grupo controlo (n=24)
Idade (média)	76 anos	74,8 anos
Escolaridade (média)	15,2 anos	14,3 anos
Sexo	11 homens e 13 mulheres	11 homens e 13 mulheres

Quadro 10: Caracterização dos participantes do estudo (adaptado de: Troyer, A. et. al., 2008).

O programa foi constituído por 10 sessões, de 2 horas cada, num período de 6 meses e foi levado a cabo por uma equipa multidisciplinar (médico, dietista, assistente social, psicólogo).

Cada sessão foi dividida em duas partes, na primeira hora realizavam-se exercícios de leitura focalizados no factor do estilo de vida que podia afectar a capacidade de memória dos participantes. Na segunda hora procedia-se às intervenções mais práticas e técnicas, discutindo-se e demonstrando a utilização das diferentes estratégias de auxílio de memória a utilizar no quotidiano.

A estrutura das sessões que constituem o programa encontra-se no quadro 11.

Sessão	Semana	Conteúdo da 1ª hora	Conteúdo da 2ª hora	Tarefa da casa
1	1	Avaliação: avaliação inicial	Informação: DCL, o que é e como se relaciona com o envelhecimento normal e a demência	
2	2	Informação: visão geral sobre as estratégias de memória	Intervenção: memória para eventos futuros, fundamentos para a criação de um livro de memória	Criar um livro de memória
3	3	Informação: Relaxamento e gestão de stress	Intervenção: memória para eventos futuros, treinar a utilização do livro de memória.	Fazer exercícios de memória e treinar o uso do livro de memória.
4	4	Informação: follow up dos exercícios	Intervenção: memória para nomes,	Treinar a memória

		de relaxamento	método de recuperação espaçada	para nomes utilizando o método de recuperação espaçada
5	5	Informação: nutrição	Intervenção: memória para nomes e números, método de recuperação espaçada e processamento semântico	Memory for numbers and names using semantic processing
6	6	Informação: recursos da comunidade	Intervenção: memória para acções, intenções de implementação, localizações lógicas consistentes	Memória para acções
7	7	Informação: recreação	Intervenção: revisão de estratégias e selecção de estratégias adequadas	Seleccção de estratégias
8	9	Revisão: uso de estratégias e selecção apropriada	Avaliação: teste após o fim do programa	
9	13	Revisão: uso de estratégias e selecção apropriada	Revisão: informação sobre estilos de vida	
10	25	Avaliação: teste de avaliação a longo prazo	Revisão: uso de estratégias e selecção apropriada	

Quadro 11: Intervenções realizadas no programa de reabilitação cognitiva (adaptado de Idem: p.74)

O programa propõe três momentos de avaliação, um inicial, antes do programa, um logo após o programa e outro no *follow-up*, 3 meses após o fim do programa.

Quanto aos resultados, os autores verificaram que, em comparação com o grupo controlo, os indivíduos que participaram na intervenção, demonstraram melhores conhecimentos e maior utilização das estratégias de memória, tanto no laboratório, como no quotidiano. “Os benefícios do programa foram evidentes nas duas avaliações, imediatamente após o programa e no *follow up* de 3 meses, indicando uma manutenção bem-sucedida dos novos comportamentos aprendidos” (Idem: p.83).

Atendendo a que as mudanças de comportamento na saúde são complexas, os autores atribuem o seu sucesso à abordagem teórica que iniciou cada sessão, que ajudou os participantes a realizarem uma análise custo/benefício positiva, consideram que o programa conseguiu “orientar os indivíduos para formar e articular os comportamentos esperados e assegurou experiências positivas com esses novos comportamentos” (Ibidem). Mesmo os indivíduos com graves défices de memória apresentaram melhorias na sua independência funcional através da aprendizagem e uso dos auxiliares de memória.

A intervenção teve efeitos positivos no conhecimento e na mudança do comportamento, mas não apresentou efeitos mensuráveis nas habilidades de memória objectivas. Contudo, os autores desvalorizam este facto e afirmam que “tal não é crucial para as funções do dia-a-dia. Por exemplo, um indivíduo pode apresentar um defeito grave na memória objectiva, mas ser capaz de funcionar de forma independente no quotidiano, através do uso sistemático de um livro de memória ou outro auxiliar externo de memória” (Idem: p.84).

Artigo 4: TALASSI, E. et. al. – “Effectiveness of a cognitive rehabilitation program in mild dementia and mild cognitive impairment: a case control study”. 2007.

Neste estudo, os autores tinham como objectivo testar a eficácia de um programa estruturado de intervenção cognitiva, incluindo treino cognitivo computadorizado, nos sintomas neuropsicológicos, comportamentais e funcionais de um grupo de indivíduos com DCL e demência em estágio inicial, quando comparado com um programa de reabilitação sem intervenções cognitivas.

Este estudo experimental controlado compara dois tratamentos: um programa de intervenção cognitiva (grupo experimental) e um programa sem intervenção cognitiva (grupo controlo).

O programa de intervenção cognitiva é composto por três actividades: treino cognitivo computadorizado, que permite estimular cada uma das funções cognitivas através de um conjunto específico de exercícios; terapia ocupacional, que estimula os utentes através de exercícios que recriam as actividades de vida diária; e o treino comportamental, que visa tratar sintomas de humor utilizando técnicas comportamentais.

O programa controlo, utiliza a terapia ocupacional, o treino comportamental e reabilitação física (exercícios físicos).

Ambos os programas tiveram uma duração de 3 semanas, com 4 sessões de 35 a 40 minutos, por semana.

Todos os participantes foram submetidos a uma avaliação neuropsicológica, comportamental e funcional no início e no fim do programa, através de uma bateria de testes (Talassi, E. et al., 2007), entre os quais: o mini-exame do estado mental (Folstein et. Al, 1975); o teste do relógio (Ghianda et al., 2002); a escala de depressão geriátrica (Yesavage et al, 2002); o inventário neuropsiquiátrico (Cummings et al., 1994); o índice de actividades básicas de vida de Katz (Katz et al., 1963) e o índice de actividades instrumentais de vida diária (Lawton and Brody, 1969). A exaustão dos prestadores de cuidados foi avaliada através do inventário de sobrecarga do cuidador (Zanetti et al, 1999).

Os participantes foram recrutados entre 2005 e 2006, num hospital de dia para reabilitação motora e cognitiva. Sendo seleccionados 54 participantes (30 com DCL e 24 com demência em estágio inicial) para o grupo experimental e 12 indivíduos (7 com DCL e 5 com demência em estágio inicial) para o grupo controlo.

	Variáveis	Grupo Experimental (n=54)	Grupo Controlo (n=12)
Utentes com DCL	Número de participantes	30	7
	Idade (média)	76,2 anos	76,1 anos
	Sexo	17 mulheres e 37 homens	3 mulheres e 4 homens
	Escolaridade (média)	7,8 anos	7,4 anos
Utentes com demência em estágio inicial	Número de participantes	25	5
	Idade (média)	75,9 anos	81,0 anos

	Sexo	18 mulheres e 7 homens	5 mulheres
	Escolaridade (média)	5,6 anos	4,6 anos

Quadro 12: Caracterização dos participantes do estudo (adaptado de: Talassi, E. et al., 2007).

Relativamente aos resultados obtidos, no grupo experimental, os indivíduos com DCL obtiveram uma melhoria significativa na praxia e na memória visual a longo prazo; e uma diminuição dos sintomas de ansiedade e depressão. Os indivíduos deste grupo com demência em estágio inicial revelaram uma melhoria no estado global da cognição e diminuição dos sintomas de depressão e ansiedade.

Quanto ao grupo controlo, não houve diferenças estatísticas significativas nas funções cognitivas, nos sintomas comportamentais nem na funcionalidade, entre a avaliação inicial e a avaliação após o programa.

Assim, estes resultados corroboram outros estudos, que defendem a eficácia de um programa multi-variado na estimulação da cognição de indivíduos com DCL.

Artigo 5: JEAN, Leónie; et al. – “Efficacy of a cognitive training programme for mild cognitive impairment: Results of a randomized controlled study”. 2010.

Este estudo teve como principal objectivo determinar a eficácia de um programa de treino cognitivo em indivíduos com DCL. Os objectivos específicos eram três: “1) verificar a eficácia da «aprendizagem sem erro» combinada com a estratégia de «recuperação espaçada» em indivíduos com DCL amnésico (nomo e múltiplos domínios) utilizando um desenho experimental controlado; 2) testar a hipótese que a aprendizagem sem erro é suportada pelo funcionamento de uma memória explícita residual; e, 3) numa base exploratória, avaliar se os factores clínicos (por exemplo, idade, género, educação) e cognitivos (por exemplo, atenção, funções executivas) explicam os resultados obtidos no programa de treino” (Jean, L. et al., 2010: p.381).

Trata-se de um estudo experimental controlado cego, onde é utilizado um programa com duração de 10 semanas, constituído por 9 sessões individuais (1 sessão de avaliação inicial, 6 sessões de treino cognitivo, 1 sessão de avaliação após o programa e 1 sessão de *follow-up*, quatro semanas após o programa).

O estudo contou com 22 participantes, que foram avaliados por um neurologista e que obedeciam aos critérios de DCL de Peterson (2004) e aos restantes critérios de inclusão (1 - ter 50 ou mais anos; 2 - ausência de problemas na execução das actividades de vida diária e 3 - queixas de dificuldade em fazer associações “nome-face” no quotidiano).

Variáveis	Grupo Experimental (n=11)	Grupo Controlo (n=11)
Idade (média)	68,55 anos	68,55 anos

Escolaridade (média)	14,45 anos	14,55 anos
Sexo	64% mulheres	55% mulheres

Quadro 13: Caracterização dos participantes do estudo (adaptado de: Jean, L. et al., 2010)

A primeira sessão do programa consiste numa avaliação pormenorizada do participante, através da aplicação de testes, com uma duração de 120 minutos. Alguns dos testes utilizados foram (Jean, L. et al., 2010): escala de avaliação da demência, 2ª edição (Jurica, Leitten & Mattis, 2001); teste do relógio (Strauss et al., 2006); inventário neuropsiquiátrico (Cummings et al., 1994); mini-teste do estado mental (Folstein, Folstein & McHugh, 1975), entre outros. Alguns destes testes foram aplicados em todos os momentos de avaliação, outros apenas na avaliação inicial e *follow up*, devido à dimensão da sua avaliação.

As restantes 6 sessões individuais (2 sessões por semana, durante 3 semanas, com a duração de 45 minutos cada) consistem na aplicação do treino cognitivo, utilizando a aprendizagem sem erro e a estratégia de recuperação espaçada, com o objectivo de reaprender associações “nome/face”. Ao longo das sessões foram apresentadas imagens de personalidades conhecidas e de pessoas desconhecidas, seleccionadas aleatoriamente por um sistema informático. Todas as imagens tinham dimensões de 6,5X9,5cm e eram a preto e branco.

Além do treino cognitivo, o estudo contemplou uma vertente psicoeducacional, que consistiu em fornecer um “guia de memória”, tanto ao grupo experimental, quanto ao grupo controlo. O guia, realizado exclusivamente para estudo por um dos autores, encontrava-se dividido em seis capítulos, que abordavam os temas de cada sessão: 1) sistemas básicos de memória; 2) a memória; 3) factores que afectam o funcionamento da memória; 4) DA; 5) estratégias para lidar com os problemas de memória; e, 6) revisão dos capítulos anteriores e um *quiz* com 15 questões.

Relativamente aos principais achados, os autores confirmaram que os participantes do grupo experimental demonstraram nas avaliações final e de *follow-up* uma melhoria das suas capacidades de associação “nome/face” e que houve um aumento da satisfação com a sua memória e um acréscimo do uso de estratégias de compensação no seu quotidiano. Contudo, devido á pequena amostra do grupo controlo, não foi possível esclarecer de forma clara a diferença entre os resultados dos dois grupo, pelo que é importante continuar a investigação a este nível.

Artigo 6: GREENAWAY, Melanie C.; HANCNDA, Sherrie M.; LEPORE, Susan W. and SMITH, GLENCND E. – “A Behavioral Rehabilitation Intervention for Amnestic Mild Cognitive Impairment”. 2008.

Este artigo relata um estudo piloto, que teve como objectivo testar a viabilidade de um sistema compensatório de memória, ensinando-o a indivíduos com DCL.

O auxiliar de memória testado trata-se de um calendário com um sistema de organização próprio, prático e fácil de transportar. Este sistema é composto por três áreas distintas: “(a) eventos que acontecem em determinado momento, ou seja, compromissos; (b) eventos que podem acontecer a qualquer momento, ou seja, itens «para fazer» de cada dia; e (c) uma seção de diário, isto é, eventos importantes que aconteceram nesse dia” (Greenaway, Hancnda, Lepore e Smith, 2008: p.452).

Para participar no estudo foram seleccionados 24 indivíduos com DCL e os respectivos “parceiros de programa”, que são pessoas familiares ou amigas que têm como função ajudar o utente ao longo do programa e assegurar-se da utilização do sistema auxiliar de memória no domicílio. Os participantes foram recrutados através do *Mayo Alzheimer’s Disease Research Center* e através de referência de neurologistas da *Mayo Clinic*, entre 2005 e 2007. Os critérios de inclusão utilizados foram: DCL diagnosticado segundo os critérios diagnósticos utilizados na *Mayo Clinic*, que correspondem aos de Petersen (1999); ter alguém com contacto permanente para ser o seu “parceiro de programa” e ter uma pontuação ≥ 120 na escala de avaliação da demência (2ª edição).

Variáveis	Grupo de indivíduos com DCL (n=20 – nº de participantes que totalizaram o programa)	Grupo de “parceiros de programa”
Idade (média)	78,2 anos	80% cônjuges
Escolaridade (média)	15,2 anos	15% filhos
Sexo	70% homens	5% amigos

Quadro 14: Caracterização dos participantes do estudo (adaptado de: Greenaway, Hancnda, Lepore and Smith, 2008).

No início do programa realizou-se uma avaliação inicial, para o participante e para o seu par, onde foram utilizados os seguintes instrumentos (Greenaway, Hancnda, Lepore and Smith, 2008): *every day cognition* (Farias, et al, 2006); registo de vida independente (Weintraub S., 1986); escala de sobrecarga do cuidador (Zarit and Zarit, 1990) e escala de avaliação da demência, 2ª edição (Jurica, Leitten and Mattis, 2001). Estas avaliações são repetidas no final do programa e na sessão de *follow-up*, 8 semanas após o fim do programa.

As sessões de intervenção começam 7 a 10 dias após a avaliação inicial. Cada participante tem 3 sessões individuais de uma hora, por semana, nas primeiras duas semanas; seguidas de duas sessões por semana, nas duas semanas seguintes e, finalmente, uma sessão por semana, durante as últimas duas semanas; perfazendo um total de seis semanas, que é o tempo de duração do programa.

As sessões de intervenção fornecem orientação, modelagem, treino prático e tarefas de casa (Greenaway, Hancnda, Lepore and Smith, 2008). A organização típica de cada sessão

inclui “(a) revisão do plano de intervenção / perguntas e discussão, (b) revisão e discussão da tarefa de casa, (c) fase de aprendizagem e instruções de uso do auxiliar de memória, e (d) atribuição da tarefa de casa para a próxima sessão” (Idem: p.452).

As sessões dividem-se em três estádios de aprendizagem: 1) a fase de aquisição, cujo principal objectivo é ensinar os participantes a utilizarem o sistema de suporte de memória, os participantes são informados que devem andar sempre com o calendário e os parceiros devem assegurar-se que mais nenhum auxiliar de memória além do fornecido é utilizado, para evitar confusão e o uso inadequado de outros métodos; 2) a fase de aplicação, onde o participante é ensinado a utilizar o sistema de suporte de memória nas suas tarefas diárias; nesta fase realiza-se um encontro entre os participantes, onde se discute o que pensam sobre as sessões e quais os seus planos futuros e, por fim, 3) a fase de adaptação, onde cada participante pratica a incorporação do sistema de memória no seu quotidiano, para o transformar num hábito.

Outro instrumento crucial neste programa é o “plano de intervenções/questões”, este consiste numa grelha de perguntas referentes a cada uma das fases de aprendizagem do programa, que deve ser preenchido em casa pelos participantes, que só evoluem para o próximo estádio de aprendizagem se mostrarem 100% de precisão no preenchimento da grelha, durante 5 dias consecutivos. Para auxiliar o participante nesta tarefa, os parceiros são treinados para os questionarem sobre o “plano de intervenções/questões” e para os incentivar a preenche-los.

Relativamente às tarefas de casa, além do preenchimento do “plano de intervenções/questões”, são fornecidas em cada sessão algumas tarefas para otimizar a utilização do sistema de suporte de memória.

Relativamente à avaliação do programa, tanto a sessão de avaliação final como a de *follow up* são realizadas em dois dias, separados entre si e sem aviso prévio. Deste modo, quando o participante se desloca ao local do estudo não sabe que vai ser avaliado e o investigador pode constatar se ele tem o calendário devidamente preenchido. Para a avaliação deste preenchimento foi criado um conjunto de 5 critérios, que totalizam 10 pontos:

“1. O indivíduo trouxe o meio auxiliar de memória para o compromisso (1 ponto).

2. O indivíduo tinha, pelo menos, uma entrada para a data da avaliação no calendário (1 ponto).

3. O indivíduo tinha duas entradas, ao longo dos dois últimos dias, na secção das coisas que acontecem num momento particular (máximo 2 pontos).

4. O indivíduo tinha duas entradas, ao longo dos dois últimos dias, na secção das coisas que não precisam acontecer num determinado momento (máximo 2 pontos).

5. Havia pelo menos duas entradas para cada um dos dois últimos dias na secção diário (máximo 4 pontos)” (Idem: p.454)

Os utentes que obtêm 7 pontos ou mais são avaliados de forma positiva na implementação do sistema de suporte de memória.

Relativamente aos resultados encontrados, os autores referem que os participantes ficaram mais propensos à aplicação do sistema de suporte de memória no seu quotidiano após o programa; sendo que esta predisposição se manteve elevada na avaliação de *follow-up*.

Apesar da adesão favorável ao uso desta estratégia, apesar da informação e instrução fornecidas durante o programa, apenas 2 dos 24 participantes utiliza o suporte de forma completamente autónoma. Segundo os autores, “tal sugere que os indivíduos com DCL amnésico precisam de treino para poder utilizar com sucesso um calendário/sistema de anotações” (Idem: p. 455).

No que concerne ao sistema de suporte de memória utilizado, os participantes têm maior dificuldade de aprendizagem e manutenção na secção “diário”. Para tal os autores apontam algumas razões: ser uma modalidade menos familiar e menos utilizada no quotidiano, ser a última secção do sistema de suporte de memória a ser aprendida e treinada e ainda, muitos idosos referem que não necessitam de escrever os eventos mais marcantes do dia porque ainda conseguem lembrar-se deles.

Apesar destas dificuldades, no final da intervenção, os participantes descreveram um impacto positivo do sistema de suporte de memória no seu quotidiano, nomeadamente melhorias na autogestão da medicação, retorno a algumas actividades sociais, aumento da confiança, aumento do sentimento de independência e uma diminuição da ansiedade e da tristeza.

Os autores constataram também que houve um aumento médio da capacidade dos participantes para as actividades de vida diária, após a intervenção.

Relativamente aos resultados do programa nos cuidadores/familiares, na maioria dos casos, a sobrecarga do cuidador não se alterou com o programa. Para os autores, tal deve-se ao facto da maioria dos cuidadores ainda não se verem como tal, uma vez que os seus familiares permanecem pessoas independentes, sem grandes limitações físicas. Contudo, três parceiros referiram um aumento da sobrecarga; visto que o programa os levou a envolverem-se mais nas actividades de vida dos seus familiares, funcionando como catalisador para o aumento da consciencialização sobre o real grau do comprometimento de memória dos seus entes.

Na perspectiva dos autores, no início do programa pode ocorrer um aumento da sobrecarga do cuidador, visto que tem de aprender, ensinar, instruir e treinar o seu familiar no uso do sistema de apoio de memória; contudo, assim que o indivíduo se adapte ao sistema e se torne autónomo na sua utilização, os níveis de sobrecarga do cuidador tenderão a baixar, uma vez que o utente ficará mais autónomo nas suas actividades de vida diária.

Deste modo, este estudo demonstra que “indivíduos com DCL amnésico podem e utilizam um sistema de apoio para ajudar a compensar a perda de memória, desde que recebam formação adequada para isso” (Idem: p. 456). Por isso, são necessários mais estudos que comprovem estes resultados e que os estendam a outros níveis.

Em suma, nos artigos utilizados na presente revisão da literatura, as conclusões obtidas pelos autores apontam para resultados positivos no uso de técnicas de estimulação cognitiva em indivíduos com DCL. A evidência comprova que a sua utilização promove a orientação do doente, melhora as funções executivas, a linguagem e a memória. A melhoria destas funções, ou pelo menos a sua manutenção, aumenta a performance do doente nas suas actividades de vida diária e permite que ele se mantenha autónomo por mais tempo, diminuindo a sobrecarga dos cuidadores/família e facilitando a sua interacção social.

Todas estas melhorias facilitam a transição da família face às novas limitações do utente com DCL e dá-lhe mais tempo para se adaptar à nova realidade e para estabelecer estratégias de *coping* eficazes a longo prazo. Face a isto, a resposta à pergunta de partida – “Qual a efectividade dos programas de intervenção cognitiva em idosos com DCL?” – torna-se evidente. A evidência comprova que a intervenção cognitiva aplicada a indivíduos com DCL acarreta benefícios para o seu desempenho cognitivo e para a sua qualidade de vida e da sua família/cuidadores.

4.1. Aspectos Comparativos Entre os Programas Revistos

Os programas de estimulação cognitiva apresentados nos seis artigos que integram a revisão da literatura apresentam alguns aspectos comuns entre si, que serão agora brevemente explanados.

Relativamente aos **participantes/amostra**, nos artigos utilizados na revisão bibliográfica, o número de participantes variou entre 1 e 84 indivíduos, sendo a média de participantes de 35. A grande maioria das abordagens são em grupo, apenas em 2 estudos foram utilizadas técnicas individuais. Os grupos constituídos são na sua maioria pequenos, variando entre 10 a 30 elementos.

Quanto à **metodologia** utilizada, dos seis artigos seleccionados para a revisão bibliográfica, 1 utilizou como método a revisão sistemática de 15 artigos e 5 são estudos

experimentais controlados. O método experimental parece ser o mais utilizado neste tipo de estudos, uma vez que permite comparar os resultados obtidos entre os indivíduos que participaram no programa e os que não participaram.

No que concerne à **duração e número de sessões do programa** existe uma grande diversidade de modalidades, variando de três semanas e um ano, de acordo com a tipologia do programa, com as técnicas utilizadas e com os objectivos propostos. O número de sessões varia de diárias e semanais, sendo realizadas tanto de forma individual como em grupo.

Quanto ao **tipo de intervenção**, a maioria dos estudos revistos utilizam treino cognitivo e estimulação cognitiva, dando especial atenção ao treino de estratégias adaptativas, ao treino de memória e ao fornecimento de informações. Inclusivamente, na revisão sistemática de Simon e Ribeiro (2011), em 4 dos 15 estudos revistos foi distribuído material didáctico aos participantes, assim como no estudo experimental de Jean et al. (2010).

Um ponto fundamental no trabalho com idosos com DCL é a família/cuidadores, sendo que a sua inclusão nos programas de intervenção cognitiva parece importante. Na revisão sistemática de Simon e Ribeiro (2011), 5 dos 15 estudos contemplados incluíram a **família/cuidadores**, alguns com sessões próprias para os familiares, outros com a participação no final de cada sessão com os idosos. O mesmo aconteceu em 2 dos 5 estudos experimentais controlados.

A intervenção junto destes indivíduos e suas famílias/cuidadores passa inevitavelmente pelo ensino e treino de estratégias de adaptação que possam ser implementadas no domicílio. Como tal é importante avaliar a manutenção destas estratégias e a sua correcta adequação após o programa de intervenção. Deste modo é crucial fazer o **follow up**, o que se verificou em 7 dos 15 estudos revistos por Simon e Ribeiro (2011) e em 3 dos estudos experimentais controlados. Contudo parece não existir consenso sobre qual a periodicidade mais indicada para realizar esta avaliação, tendo variado entre 1 mês e 6 meses nos estudos referidos.

Os **resultados** destes programas parecerem apontar para os benefícios da sua implementação, contudo é necessário realizar mais estudos e aprofundar estes dados. Nos artigos revistos é possível retirar as seguintes conclusões sobre as vantagens da intervenção cognitiva em idosos com DCL:

- As intervenções que têm em vista metas pessoais trazem maiores benefícios cognitivos e funcionais;
- Benefício para as funções cognitivas, principalmente a memória;
- Melhoria do humor, do desempenho nas actividades de vida diária, aumento do nível da aceitação do problema, melhoria das relações familiares e sociais, melhoria na qualidade de vida;

- Aumento do conhecimento sobre o problema e sobre estratégias compensatórias para utilizar no quotidiano, tanto para o indivíduo, como para a família/cuidadores.

De forma a facilitar a análise dos programas de intervenção cognitiva apresentados, no quadro 15 expõe-se os principais aspectos comparativos.

Autor / Ano	Simon e Ribeiro / 2011	Kurz, Pohl, Ramsenthaler and Sorg / 2009	Troyer et al. / 2008	Talassi et al. / 2007	Jean et al. / 2010	Greenaway, Hancnda, Lepore and Smith / 2008
Participantes - Amostra	15 artigos revistos, nos quais o número de participantes varia entre 1 a 84. A maioria dos estudos integra pequenos grupos de participantes.	40 participantes (30 com DCL e 10 com demência em estágio inicial).	48 indivíduos com DCL (24 indivíduos para o grupo controlo e 24 indivíduos para o grupo experimental).	68 participantes: 54 para o grupo experimental (30 com DCL e 24 com demência em estágio inicial) e 12 para o grupo controlo (7 com DCL e 5 com demência em estágio inicial).	22 participantes com DCL (11 para o grupo controlo e 11 para o grupo experimental).	24 indivíduos com DCL e os respectivos “parceiros de programa”.
Metodologia	Revisão sistemática de 15 estudos experimentais, dos quais 10 são controlados e 5 são não controlados.	Estudo experimental controlado.	Estudo experimental controlado.	Estudo experimental controlado.	Estudo experimental controlado cego.	Estudo piloto.
Duração - Nº sessões	<ul style="list-style-type: none"> Reabilitação cognitiva (2 estudos): 8 semanas (1 a 2 sessões por semana). Treino cognitivo computadorizado (3 estudos): entre 3 semanas a 2 meses, sendo o número de sessões entre 4 a 5 por semana. Treino cognitivo e ensino de estratégias (3 estudos): 1 estudo sessões diárias durante um mês; os outros realizaram 2 ou 3 sessões por semana, num período de 3 a 12 meses. Treino cognitivo e ensino de estratégia com foco na memória (6 estudos): O número de sessões variou de uma até doze. Psicoterapia (1 estudo): 10 sessões de 2 horas cada. 	O programa teve uma duração de 4 semanas, ocupando as sessões 22 horas por semana, funcionando em dias úteis, das 9 às 15 horas.	10 sessões, de 2 horas cada, num período de 6 meses.	3 semanas, com 4 sessões de 35 a 40 minutos, por semana.	Duração de 10 semanas, constituído por 9 sessões individuais.	3 sessões individuais de uma hora, por semana, nas primeiras duas semanas; seguidas de duas sessões por semana, nas duas semanas seguintes e, finalmente, uma sessão por semana, durante as últimas duas semanas; perfazendo um total de seis semanas, que é o tempo de duração do programa.
Intervenções	Nos artigos revistos: <ul style="list-style-type: none"> 2 realizaram reabilitação cognitiva: reabilitação cognitiva orientada por 	<ul style="list-style-type: none"> Prática de resolução de problemas, treino de auto-afirmação. 	<ul style="list-style-type: none"> Exercícios de leitura focalizados no factor do estilo de vida que podia 	<ul style="list-style-type: none"> Treino cognitivo computadorizado; Terapia ocupacional; 	<ul style="list-style-type: none"> Aprendizagem sem erro; Método de 	Apresentação e treino do uso de um calendário com um sistema de organização próprio,

	<p>metas; treino das estratégias apreendidas no domicílio; uso de estratégias para a aprendizagem de novas informações e associações; uso de auxiliares externos de memória.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12 realizaram treino cognitivo: treino cognitivo computadorizado; treino cognitivo e ensino de estratégias; treino cognitivo e ensino de estratégias com foco na memória. • 1 artigo realizou psicoterapia: discussão de temas e treino de habilidades sociais com recurso a <i>role-playing</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de relaxamento e gestão de stress. • Treino de componentes cognitivas. • Exercícios motores. • Grupo de informação para cuidadores. 	<p>afectar a capacidade de memória dos participantes (ex. nutrição, actividades recreativas, actividade física);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discussão e demonstração da utilização de diferentes estratégias de auxílio de memória a utilizar no quotidiano. 	<ul style="list-style-type: none"> • Treino comportamental. 	<p>recuperação espaçada;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Associação nome/face. • Abordagem psicoeducacional. 	<p>incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientação • Modelagem • Treino de utilização • Tarefas de casa
Material didáctico	Em 4 estudos dos 15.	Não.	Não.	Não.	Sim.	Não.
Inclusão da Família	Em 5 estudos dos 15.	Sim (grupo de apoio aos familiares, 1h/semana).	Não.	Não.	Não.	Sim (ao longo de todas as sessões).
Follow up	Realizado em 7 dos 15 estudos, com intervalos de tempo diferentes (variando desde 1 mês até 6 meses após o fim do programa).	Não.	3 meses após o programa.	Não.	4 semanas após o programa.	8 semanas após o fim do programa.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Reabilitação cognitiva: intervenções que têm em vista metas pessoais trazem maiores benefícios cognitivos (melhorias na aprendizagem de novas informações e da velocidade de processamento) e funcionais (melhorias no desempenho de metas, na aquisição do uso de estratégias para lidar com as dificuldades cognitivas, melhora no desempenho ocupacional, aumento da satisfação em alguns domínios de qualidade de vida). • Treino cognitivo: melhorias a nível da memória episódica e operacional, raciocínio abstracto, praxia construtiva e aprendizagem psicomotora, humor, em sintomas de ansiedade e, sobretudo, em sintomas de depressão. Acarretou ainda 	<ul style="list-style-type: none"> • Um programa de reabilitação cognitiva multi-variado acarreta melhorias para as actividades de vida diária, para o humor e para as habilidades cognitivas de pessoas com DCL; • Os resultados destes programas não são tão satisfatórios para utentes com demência em estágio inicial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os indivíduos do grupo experimental demonstraram melhores conhecimentos e maior utilização das estratégias de memória, tanto no laboratório, como no quotidiano, comparativamente ao grupo controlo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os indivíduos com DCL obtiveram uma melhoria significativa na praxia e na memória visual a longo prazo; e uma diminuição dos sintomas de ansiedade e depressão. • Os indivíduos com demência em estágio inicial revelaram uma melhoria no estado global da cognição e diminuição dos sintomas de depressão e ansiedade. • Quanto ao grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Os indivíduos do grupo experimental revelaram uma melhoria das suas capacidades de associação “nome-face” e houve um aumento da satisfação com a sua memória e um acréscimo do uso de estratégias de compensação no seu quotidiano. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os participantes ficaram mais propensos à aplicação do sistema de suporte de memória no seu quotidiano após o programa; sendo que esta predisposição se manteve elevada na avaliação de <i>follow-up</i>.

	<p>benefícios ao nível das actividades de vida, da memória episódica verbal/não verbal e da memória/aprendizagem associativa. Verificou-se também aumento da satisfação dos participantes com a própria memória, melhora da percepção sobre a própria memória, melhora da independência, auto-confiança e bem-estar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapia: permitiu aumentar o nível de aceitação dos participantes acerca do comprometimento da memória e para alertar sobre as alterações no quotidiano, melhorou a interacção social e as relações familiares. 			<p>controlo, não houve diferenças estatísticas significativas nas funções cognitivas, nos sintomas comportamentais nem na funcionalidade, entre a avaliação inicial e a avaliação após o programa.</p>		
--	---	--	--	--	--	--

Quadro 15: Aspectos comparativos entre os artigos analisados na revisão da bibliografia.

5. TIPOLOGIA DO PROGRAMA PROPOSTO

O programa de intervenção na memória para idosos com DCL (ver Apêndice 1) proposto neste trabalho resulta de uma revisão sistemática da literatura subordinada ao tema, que incidiu em 6 estudos (1 revisão sistemática de 15 estudos e 5 estudos experimentais) e da consulta de outra bibliografia relevante sobre o tema.

As intervenções contempladas são as mais comuns aos programas abordados na revisão da bibliografia, sendo utilizadas em, pelo menos, 50% dos casos. Os autores utilizados são citados ao longo do programa.

Trata-se de um programa de treino cognitivo, nomeadamente de treino de memória, com uma abordagem teórica e prática, multifactorial (indivíduo/família/interacção social), cujo principal objectivo é estimular a memória de idosos com DCL amnésico e capacitar o utente e a sua família/cuidadores com conhecimentos e estratégias que permitam treinar a memória no quotidiano e, conseqüentemente, potenciar a autonomia.

Os objectivos específicos do programa são:

- Estimular a memória de idosos com DCL amnésico;
- Informar os idosos sobre o DCL;
- Ensinar e treinar estratégias de compensação de memória;
- Potenciar a autonomia do indivíduo com DCL;
- Promover a interacção social dos participantes;
- Capacitar a família/cuidadores com conhecimentos e estratégias que permitam treinar a memória do indivíduo no quotidiano e potenciar a autonomia.

Este programa poderá aplicar-se a indivíduos que consintam realizá-lo e que obedeçam aos seguintes critérios de inclusão:

- Idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos (na sua revisão sistemática, Simon e Ribeiro (2011) apuraram que a idade dos participantes dos vários estudos variava entre 61 e 78 anos, sendo a sua média de 72,38 anos);
- Idosos com DCL, com comprometimento da memória (critérios de Petersen et. al, 2004);
- Idosos sem diagnóstico clínico de depressão ou outra patologia do foro mental.

A duração do programa é de 8 semanas, sendo realizada uma sessão em grupo por semana para os utentes, com duração de 90 minutos. Os grupos de participantes serão constituídos no máximo por 10 elementos.

Antes de se iniciarem as sessões em grupo é realizado um primeiro contacto individual com o sujeito e um familiar/cuidador, no mês anterior ao início do programa, onde se apresenta o programa e se realiza a avaliação cognitiva e funcional do idoso, através de um questionário que contém a caracterização sócio-demográfica e os antecedentes de saúde dos participantes; a avaliação cognitiva (mini-exame do estado mental, teste do relógio e escala de avaliação da demência) e avaliação funcional (índice de Lawton e índice de Barthel).

Na primeira sessão de grupo, são apresentados os elementos do grupo e utiliza-se a TR para os participantes construírem marcadores identificativos que utilizarão em todas as sessões. Na sessão dois, são discutidas as dificuldades que cada um dos participantes identifica no seu dia-a-dia e é distribuído material informativo sobre DCL, com a finalidade de ser lido e discutido em casa com os familiares/cuidadores. Na terceira sessão é discutido o documento fornecido na sessão anterior e são apresentadas estratégias de compensação de memória aos participantes. Na quarta sessão é treinado o uso de auxiliares internos de memória e na quinta sessão o uso de auxiliares externos. Na sessão seis procura-se estimular a memória através da técnica de associação nome/face. Na sétima sessão, realizam-se exercícios de leitura de notícias recentes e de evocação de acontecimentos sociais passados marcantes para os idosos. Finalmente, na oitava sessão realiza-se o reforço de algumas estratégias de compensação de memória.

Na semana seguinte ao fim do programa, realiza-se o último contacto individual com o idoso e um familiar/cuidador, onde se verifica a opinião sobre o programa e se realiza a avaliação final do participante, com os mesmos instrumentos utilizados na avaliação inicial. Orienta-se ainda o idoso e a família/cuidador para o *follow up*.

A sessão de individual de *follow up* ocorre 3 meses após o fim do programa e nela avalia-se a cognição e funcionalidade do idoso, com os mesmos instrumentos de avaliação utilizados anteriormente e verifica-se a utilização das estratégias de compensação da memória pelo participante e pela família/cuidador.

Assim, tendo como base as abordagens básicas de intervenção na cognição propostas por Sohlberg e Mateer (cit. por Abreu e Tamai, 2002), neste programa são contempladas:

- Abordagem de adaptação funcional: Técnica de validação, TR, Programa de apoio aos cuidadores e à família.
- Abordagem de processo específico: Treino cognitivo (exercícios de estimulação da memória, como a técnica de associação nome/face, exercícios de

mnemónicas e de repetições de palavras e números); compensação com suportes externos e internos (treino de estratégias).

Como vimos, ao longo do programa é proposto aos participantes que reflectam sobre as alterações cognitivas que sentem no seu quotidiano e que as partilhem com o grupo, com o objectivo de promover a consciencialização do problema, aumentando a motivação e a adesão para o programa.

Este programa engloba a família/cuidadores, com duas sessões de grupo, a realizar na segunda e sexta semana, com duração de 60 minutos/cada. Nestas sessões, os objectivos são:

- Informar sobre DCL e sobre estratégias de compensação a utilizar no quotidiano;
- Promover a saúde mental dos familiares;
- Dar apoio emocional;
- Discutir aspectos relevantes para a família/cuidadores;
- Esclarecer dúvidas.

Para atingir estes objectivos, as sessões de grupo com os familiares/cuidadores centram-se na transmissão de informação, na partilha em grupo, no reforço e no treino de estratégias.

Esta inclusão da família/cuidadores permite que as estratégias de compensação da memória tenham continuidade e sejam aplicadas no domicílio, o que vai de encontro aos autores que defendem que a melhor forma de obter benefícios com o treino de memória é uma estimulação diária e constante, uma estimulação cognitiva 24 horas por dia. Para facilitar esta integração familiar é fornecido aos familiares/cuidadores uma lista de estratégias externas e internas de compensação da memória e um quadro de registo semanal, para puderem assinalar e comentar a utilização das estratégias.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

1. CONTEXTO E PERTINÊNCIA DO ESTUDO

O envelhecimento compreende um conjunto de alterações fisiológicas, cognitivas e sociais. Contudo, entre o declínio cognitivo esperado neste processo e o envelhecimento cognitivo patológico existe uma linha muito ténue.

Os censos 2011 apuraram que 19% da população portuguesa é idosa (≥ 65 anos). “O índice de envelhecimento da população é de 129, o que significa que por cada por cada 100 jovens há hoje 129 idosos” (Instituto Nacional de Estatística, 2011: p.1).

Uma das principais consequências do crescimento desta faixa etária é o aumento da incidência e prevalência das demências (Charchat-Fichman, H.; Caramelli, P.; Sameshima, K. e Nitrini, R., 2005). Como tal uma intervenção preventiva fundamental é a identificação precoce de indivíduos com potencial de risco para o desenvolvimento destas patologias. O diagnóstico precoce das demências possibilita a implementação de intervenções com potencial terapêutico, diminuindo os níveis de stress para os familiares/cuidadores, reduzindo alguns riscos de acidentes e prolongando a autonomia.

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 de memória.

Actualmente sabe-se que, aproximadamente 12% das pessoas com mais de 70 anos têm DCL, com 3 a 4 vezes mais probabilidade de desenvolver DA. 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), 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).

Estes números aliados ao facto da evolução do DCL para demência acarretar perdas na autonomia dos indivíduos, aumento dos encargos da saúde e maior dependência para as famílias, justificam a necessidade de uma intervenção precoce junto das pessoas com DCL e suas famílias/cuidadores.

O DCL não tem uma terapêutica totalmente eficaz, mas podem-se atenuar os seus efeitos. A abordagem a este problema pode ser “combinada”, contemplando uma vertente farmacológica, com medicamentos específicos para a memória e para o controlo de alguns factores de risco e uma abordagem cognitiva, através de estratégias de intervenção na cognição.

A intervenção na cognição objectiva capacitar utentes e familiares a conviver, lidar, contornar, reduzir e superar défices cognitivos, proporcionando melhora significativa na qualidade de vida (Nomura cit. por Simon e Ribeiro, 2011).

A intervenção na cognição envolve aspectos cognitivos, emocionais, comportamentais, 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, para a melhoria das funções executivas, da linguagem e da memória. A melhoria destas funções, ou pelo menos a sua manutenção, melhora o desempenho do doente nas suas actividades de vida diária, permitindo que ele se mantenha autónomo por mais tempo, diminuindo a sobrecarga dos cuidadores e/ou família e facilitando a sua interacção social.

Daí a importância do desenvolvimento e implementação de programas de estimulação cognitiva para indivíduos com DCL, adaptados às necessidades dos idosos e das suas famílias/cuidadores.

Uma vez que, na revisão bibliográfica, não foram encontrados dados sobre a implementação de programas deste tipo em Portugal, consideramos pertinente desenvolver este estudo com o objectivo de criar um programa de estimulação cognitiva adaptado às características da população portuguesa com DCL, nomeadamente ao nível dos Cuidados de Saúde Primários. Esta intervenção torna-se ainda mais prioritária face ao actual envelhecimento demográfico português e ao aumento da esperança média de vida.

Os enfermeiros de saúde mental e psiquiatria, de acordo com as competências descritas pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº129, 2011), detêm um elevado potencial para a implementação da intervenção de enfermagem – estimular a cognição; contudo esta é uma área sobre a qual ainda não existem dados que demonstrem o impacto da acção destes profissionais, sendo por isso necessário desenvolver mais estudos neste âmbito.

2. METODOLOGIA

A finalidade deste trabalho centra-se em:

- Contribuir para a criação de *guidelines* ou manuais de boas práticas no âmbito dos programas de estimulação cognitiva.
- Proporcionar maior aporte científico em Enfermagem no que se refere à intervenção – estimular a cognição.

O principal objectivo do estudo é sistematizar o conteúdo de um programa de intervenção na memória para idosos com DCL amnésico.

Para alcançar este objectivo o trabalho utilizou como recurso para a transformação dos dados em informação, a técnica de Delphi.

Esta técnica consiste num processo estruturado de recolha e síntese de conhecimentos sobre determinado assunto, através de um grupo pré-definido de peritos no tema, por meio da aplicação de uma série de questionários e de um feedback organizado das opiniões. Para Fink et al. (cit. por JUSTO, 2005), a Técnica de Delphi consiste numa tentativa de obter opiniões de peritos de uma forma sistemática.

Para Weaver (cit. por idem: p.1), pode distinguir-se entre “Delphis exploratórios – utilizados para elaborar projecções de acontecimentos –; normativos – aplicados para promover a fixação de objectivos – e reactivos – em que é solicitado aos participantes para reagirem a informação previamente organizada, mais do que a gerar ideias”.

Com base nesta classificação, o presente trabalho poderá ser situado no grupo dos “estudos tipo Delphi reactivos”, visto que foi proposto ao grupo de peritos que opinasse sobre um programa de intervenção na memória para idosos com DCL previamente estabelecido.

A técnica de Delphi pode ser utilizada em vários contextos do conhecimento, mas é particularmente útil em programas relacionados com as áreas da saúde e da educação. Esta

“tende a ser aplicada no contexto da avaliação quando existem conhecimentos significativos sobre o assunto, como por exemplo no caso de programas e intervenções com menor grau de inovação. O método é recomendado no caso das perguntas a colocar serem simples (um programa com poucos objectivos, de natureza técnica)(...)” (“A Avaliação do Desenvolvimento Socioeconómico, [s.d.], p.2).

Segundo Starkweather, Gelwicks e Newcomer (cit. por JUSTO, 2005: p.2), existe “actualmente uma tendência crescente para estender a aplicação da técnica Delphi a áreas tão

diferentes como a fixação de metas e objectivos de um programa, o planeamento de actividades ou a elaboração de critérios de avaliação de cuidados de saúde”. Pelo que o âmbito e características do presente trabalho se enquadram nas circunstâncias em que habitualmente se aplica esta técnica.

A técnica de Delphi comporta algumas características, entre as quais (Dalkey, 1969 e Starkweather, 1975, cit. por Idem):

- O anonimato entre os participantes, o que permite reduzir o efeito das relações de domínio que poderiam existir em grupos presenciais e garante a oportunidade de resposta a todos os elementos. Contudo, nem sempre é possível ou desejável manter o anonimato total. “Em muitas situações até é desejável que se saiba quem são os membros do painel para motivar outros a participar, no entanto, as suas opiniões e julgamentos devem continuar a ser anónimos” (Santos e Amaral, 2004: p.3).
- Repetição com informação de retorno, sequência de voltas do questionário aplicado, entre as quais é comunicado aos participantes um resumo estatístico dos resultados da volta anterior.
- Tratamento estatístico das respostas do grupo;
- Utilização mais eficiente do tempo dos peritos;
- Convergência na distribuição das respostas.

Como qualquer outra técnica de recolha de dados, a técnica de Delphi apresenta vantagens e limitações.

Os principais benefícios prendem-se com:

- Facilita o processo de recolha de informação num grupo de grandes dimensões;
- Facilita o processo de recolha de informação numa vasta área territorial;
- É um método útil para explorar questões específicas e unidimensionais;
- Os dados recolhidos são um bom início para a construção de abordagens mais complexas;
- Está isenta de pressão social;
- Técnica económica.

As desvantagens são:

- Os resultados obtidos são tão válidos quanto a opinião dos peritos;
- Pobre consistência interna e fiabilidade entre os especialistas;
- Baixa reprodutividade dos resultados;
- Tendência para eliminar as posições extremas e obter um consenso;

- Dificuldade em avaliar o grau de conhecimento possuído pelos peritos participantes;
- Requer algum tempo e comprometimento dos participantes.

Apesar da confiança e validade da técnica de Delphi serem muitas vezes criticadas, existem estudos que demonstram que os resultados obtidos são fiéis e credíveis (Keeney et al., cit. por Santos e Amaral, 2004). E se os participantes no painel do estudo são peritos e representativos do grupo ou da área de conhecimento, então a validade das respostas pode ser assumida.

A validade e a confiança desta técnica não aumentam significativamente com painéis superiores a 30 membros (Adams, cit. por Idem). As suas principais características estão descritas no quadro 16.

Nº de voltas	Nº e tipo de participantes	Procedimento	Características da pergunta	Níveis de consenso
2 a 4	12 a 75 peritos	<ul style="list-style-type: none"> • Anonimato dos participantes • Iteração com informação de retorno; • Tratamento estatístico das respostas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apelo à função dos participantes; • Explicitação do objecto e objectivos do estudo; • Referência aos temas a estudar; • Indicação do horizonte temporal para a aplicação dos resultados do estudo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consenso obtido por X% dos participantes na última volta; • X% dos tópicos receberam a maior parte dos votos ao fim de y voltas.

Quadro 16: Resumo das principais características da técnica de Delphi (Justo, 2005: p.7).

A técnica de Delphi deve abarcar alguns passos essenciais (Justo, 2005):

1. A constituição do painel: para Pill (cit. por Idem: p.5), perito é “alguém com conhecimentos relevantes sobre o problema em estudo”. Os peritos seleccionados para integrar o grupo devem obedecer a um conjunto de critérios previamente estabelecidos pelo investigador, mas existem algumas condições que deverão satisfazer:

“conhecerem pessoalmente a região, a comunidade ou a instituição em estudo; desempenharem as funções ou desenvolverem actividades relacionadas com o objecto do estudo; participarem activamente na vida da colectividade ou da instituição e terem participado em trabalhos anteriores sobre problemas relacionados com a matéria em estudo” (Ibidem).

Relativamente à diversidade do painel, em áreas como a saúde, na constituição do painel a heterogeneidade é preferível à homogeneidade. “A multidisciplinaridade permitiria obter consensos preditivos mais válidos do que aqueles que seriam obtidos se o painel fosse constituído por peritos da mesma especialidade” (Ibidem).

Desde modo, os critérios de inclusão estabelecidos para o painel de peritos deste trabalho foram:

- 1) Experiência profissional, de pelo menos 2 anos, com idosos com défice cognitivo;

- 2) Formação na área da enfermagem de saúde mental e psiquiatria, neurologia, psiquiatria ou psicologia.

A identificação dos peritos que integravam estes critérios realizou-se através de:

- Contacto via telefone e via correio electrónico com instituições de saúde e associações não-governamentais que prestam cuidados a idosos com défices cognitivos e demência, solicitando os nomes dos profissionais que actuam nesta área;
- Contacto com profissionais de saúde com trabalho reconhecido na área e solicitação de nomes de outros peritos (amostragem por “bola de neve”).
- Contactos obtidos através da internet e via artigos científicos publicados.

Além do contacto via telefónica e por correio electrónico com os peritos, utilizou-se a técnica de amostragem por redes ou por “bola de neve”. Este é um tipo de amostragem não aleatória ou não probabilística, não sendo possível demonstrar a representatividade da amostra relativamente à população, visto que não existe igualdade estatística de pertencer á amostra (Maroco e Bispo, 2003). Nesta técnica, as pessoas inicialmente identificadas indicam outras com as mesmas características. É uma técnica que consiste em escolher sujeitos que seriam difíceis de encontrar de outra forma, segundo critérios determinados. Nela toma-se por base o facto de os amigos terem tendência a possuir características comuns.

Após a aplicação das estratégias referidas conseguiu identificar-se um grupo de 69 peritos, composto por 44 enfermeiros de saúde mental e psiquiatria; 10 neurologistas; 10 psicólogos e 5 psiquiatras. Estes profissionais exercem funções em Instituições de Saúde Privadas, Público-privadas e Estabelecimentos de Ensino Superior de Portugal Continental e Regiões Autónomas e foram identificados entre 19 de Março e 13 de Maio de 2012.

	Nº	%	
Composição do grupo de peritos por profissão	Enfermeiros de Saúde Mental e Psiquiatria	44	63,77%
	Neurologistas	10	14,49%
	Psicólogos	10	14,49%
	Psiquiatras	5	7,25%
	Total	69	100,00%

Quadro 17: Composição do grupo de peritos por profissão.

2. O número de participantes: o número de constituintes do grupo de peritos varia consoante a complexidade do tema em estudo, sendo tanto maior quanto mais difícil o tema em análise. “A dimensão e constituição do painel de peritos dependem da natureza da

investigação e do número de especialistas do domínio disponíveis. Não existe uma dimensão ideal para o painel de peritos” (Santos e Amaral, 2004: p.2).

Actualmente são várias as dimensões propostas para o grupo de peritos. Uns sugerem uma dimensão entre os 10 e 50 peritos (Linstone e Turoff 1970, cit. por Idem), outros entre os 10 e os 18 elementos (Okoli e Pawlowski 2004, cit. por Idem).

Para Delbecq (cit. por Justo, 2005: p.5), “seriam suficientes trinta participantes bem seleccionados para constituírem um painel Delphi; um número superior de respondentes não produziria alterações significativas nos resultados”.

Como referido anteriormente, neste trabalho foram identificados 69 peritos, sendo enviado o questionário online relativo ao programa de intervenção na memória para idosos com DCL a cada um deles. Obtiveram-se 29 respostas ao questionário.

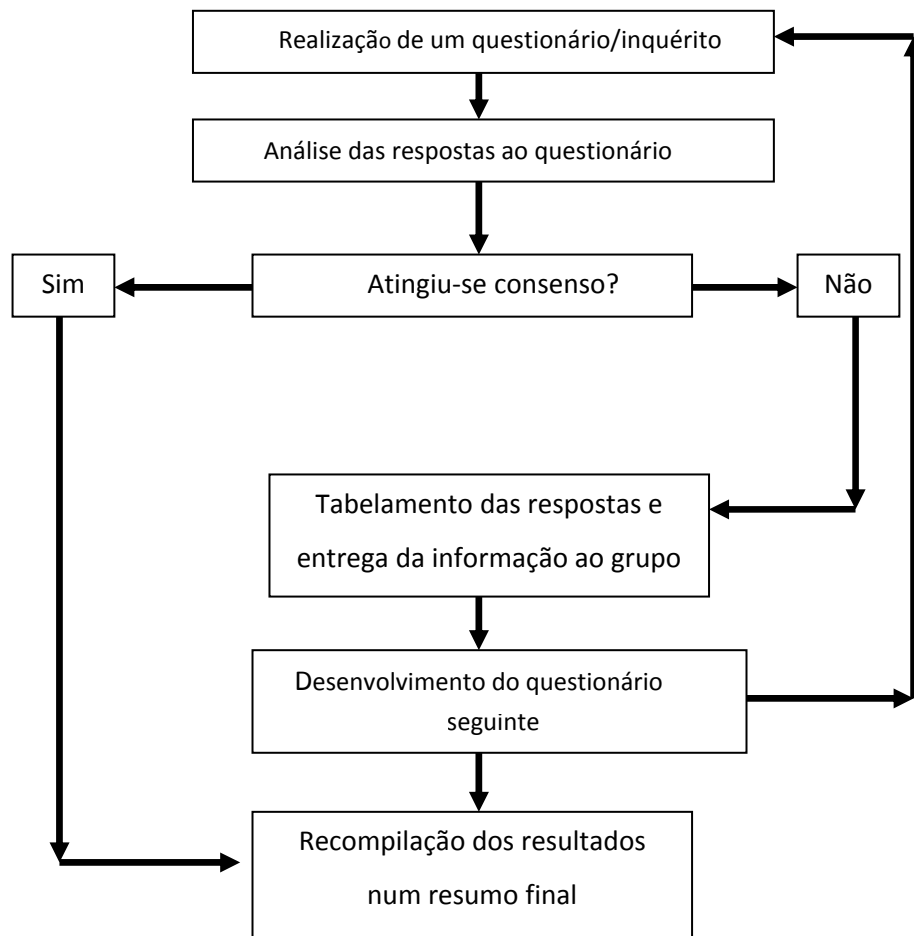
	Nº	%
Profissionais de cada área que responderam ao questionário	Enfermeiros de Saúde Mental e Psiquiatria	23 79,31%
	Neurologistas	2 6,90%
	Psicólogos	3 10,34%
	Psiquiatras	1 3,45%
	Total	29 100,00%

Quadro 18: Profissionais de cada área que responderam ao questionário.

3. Formulação do primeiro questionário/da questão de partida: “o primeiro questionário deve conter informação sobre a natureza do estudo e incluir duas ou três perguntas semi-abertas” (A Avaliação do Desenvolvimento Socioeconómico, [s.d.]: p.3). Na sua concepção clássica, a técnica de Delphi inicia-se com questões abertas, mas em algumas variantes este passo é eliminado, por uma questão de gestão de tempo, e é apresentada aos peritos “uma lista de enunciados consistentes com o objectivo do estudo, recolhidos a partir da revisão da literatura” (Justo, 2005: p.6). Contudo, deve deixar-se espaço para que os peritos possam introduzir alguma informação que não esteja contemplada no enunciado.

No presente trabalho de investigação também se optou por esta vertente. Embora se iniciasse o questionário com duas questões abertas, foi apresentado aos peritos um conjunto de intervenções seleccionadas através da revisão bibliográfica, que constituem um possível programa de intervenção na memória para idosos com DCL. No final do questionário, é permitido aos peritos expressar a sua opinião sobre o programa e acrescentar sugestões. Este questionário foi construído numa versão electrónica (ver apêndice 2), através do operativo existente no *Google docs*.

Contudo, apesar da técnica de Delphi tradicional contemplar, pelo menos, duas voltas, existem casos em que o consenso é atingido logo na primeira volta, avançando-se, então, para a análise final dos resultados, como demonstra o seguinte esquema:



Esquema 2: Esquema simplificado da técnica de Delphi (Questionário Delphi, [s.d.]: p.1)

Tal verificou-se neste trabalho, em que, logo na primeira volta se obteve concordância positiva para todos os itens do questionário, pelo que se optou por não realizar a segunda volta, visto que o conteúdo do segundo questionário seria idêntico ao primeiro.

4. O processo de formação de consenso: na primeira volta da técnica de Delphi existe uma “grande dispersão de respostas que vão progressivamente convergindo e tornando-se mais precisas com a iteração e a informação de retorno” (Justo, 2005: p.6). Esta convergência das opiniões não significa necessariamente que os peritos mudaram a sua opinião devido aos dados da informação de retorno; pode também significar que, apesar da protecção do anonimato, se sentem pressionados a conformar-se com as respostas do grupo. “Não existe evidência, por isso, de que o consenso represente uma concordância baseada em opiniões

fundamentadas, ou se constitui um efeito da tendência para o conformismo” (Whitman, cit. por Idem: p.7).

Neste processo é importante identificar níveis de consenso, para definir em que momento se atinge o consenso e os critérios de selecção para as respostas. Fink (cit. por Ibidem) propõe os seguintes critérios:

“Nenhum tópico ser aceite se não for adoptado por X% dos participantes na última volta;

X% dos tópicos receberem a maior parte dos votos ao fim de y voltas;

Só serem adoptados os tópicos que tenham recebido uma pontuação média superior ou igual a 3 na escala de Likert (1-5);

Só serem adoptados os tópicos que tenham recebido pelo menos a classificação 2 numa escala 1-3, de 51% dos participantes;

Serem eliminados os tópicos que tenham sido rejeitados por pelo menos X% dos participantes”.

Para este trabalho foram estabelecidos critérios de consenso baseados no nível de concordância positiva das respostas dos peritos para cada item do questionário. Os itens que não cumprissem os critérios de consenso seriam excluídos.

Assim, considera-se com concordância positiva, as respostas que obtiveram uma concordância igual ou superior a 70%. Sendo que a concordância positiva é definida pela soma da percentagem das respostas assinaladas como “concordo” e “concordo totalmente”. As respostas que não obedeceram a esta concordância foram eliminadas.

Para esta concordância positiva foram estabelecidos três níveis de consenso (perfeito, forte e moderado), como se constata no quadro seguinte:

Critérios de concordância	<ul style="list-style-type: none"> • Concordância positiva = % respostas “concordo” + % respostas “concordo totalmente”. • Concordância positiva \geq 70%. 	
Níveis de consenso	Consenso perfeito	100% de respostas no “concordo totalmente”.
	Consenso forte	$90\% \leq$ Concordância positiva \leq 100%.
	Consenso moderado	$70\% \leq$ Concordância positiva $<$ 90%.

Quadro 19: Critérios de concordância e níveis de consenso estabelecidos.

5. O tratamento estatístico das respostas: a análise estatística permite encontrar o consenso entre as respostas. As operações estatísticas mais utilizadas na literatura são a mediana e o intervalo interquartil, mas também se calculam médias, modas, frequências e classificações (Idem: p.8). Este tipo de operações é possível porque cada participante classifica as suas respostas através de uma escala tipo Lickert.

Uma escala tipo Likert é constituída por um conjunto de itens, em relação a cada um das quais se pede ao participante que assinale o seu grau de concordância, desde o discordo totalmente (nível 1), até ao concordo totalmente (nível 5). O nível de concordância dos participantes é medido através da soma ou da média do nível seleccionado para cada item.

Neste trabalho, para a análise das respostas foi utilizada estatística descritiva tendo-se utilizado o programa *Microsoft Excel 2010* e o operativo de análise de dados do *Googlo docs*.

A estatística descritiva compreende a área da estatística que resume e apresenta os dados observados, “através de quadros, gráficos ou índices numéricos que facilitem a sua interpretação” (Maroco e Bispo, 2003). Para a análise de dados, dentro da estatística descritiva utilizou-se a distribuição de frequências das respostas (frequência absoluta e relativa) e medidas de tendência central (média).

Após abordados os principais pontos metodológicos que nortearam o trabalho, para uma melhor compreensão do percurso efectuado, apresenta-se um quadro explicativo das etapas seguidas.

Etapas	Descrição
1ª Revisão bibliográfica	Revisão bibliográfica, em bases de dados creditadas, sobre programas de intervenção cognitiva para idosos com DCL e selecção das intervenções incluídas em, pelo menos, 50% dos artigos analisados.
2ª Formulação do programa	Constituição da proposta de programa de intervenção na memória para idosos com DCL.
3ª Critérios de selecção dos peritos que integram o grupo	Os critérios estabelecidos para os participantes no grupo de peritos foram: 1) Experiência profissional, de pelo menos 2 anos, com idosos com défice cognitivo; 2) Formação na área da enfermagem de saúde mental e psiquiatria, neurologia, psiquiatria ou psicologia.
4ª Identificação dos peritos e obtenção dos contactos	Através de: <ul style="list-style-type: none"> • Contacto via telefone e via correio electrónico com instituições de saúde e associações não-governamentais que prestam cuidados a idosos com défices cognitivos e demência, solicitando os nomes dos profissionais que actuam nesta área; • Contacto com profissionais de saúde com trabalho conhecido na área e solicitação de nomes de outros peritos - Técnica de amostragem por redes (“bola de neve”). • Contactos obtidos através da internet e via artigos científicos publicados. Identificou-se um grupo de 69 peritos, composto por 44 enfermeiros de saúde mental e psiquiatria; 10 neurologistas; 10 psicólogos e 5 psiquiatras, entre 19 de Março e 13 de Maio de 2012.
5ª Envio da 1ª ronda	A proposta de programa de intervenção na memória foi convertida num questionário electrónico, através do aplicativo <i>Google docs</i> e foi enviado entre 31 de Março e 13 de Maio de 2012, aos 69 peritos identificados, solicitando-se as respostas até dia 31 de Maio de 2012. Como a adesão dos peritos foi baixa enviou-se uma mensagem de correio electrónico personalizada, a cada um deles, a apelar à participação e enviou-se novamente o questionário. No final do prazo, obtiveram-se 29 respostas.
6ª Análise estatística das respostas ao questionário	Através dos operativos <i>Microsoft Excel 2010</i> e <i>Google docs</i> : <ul style="list-style-type: none"> • Distribuição de frequências (frequência absoluta e relativa das respostas a cada item). • Medidas de tendência central (média). Selecção das respostas através dos critérios de concordância estabelecidos: <ul style="list-style-type: none"> • Concordância positiva = % respostas “concordo” + % respostas “concordo totalmente”. • Concordância positiva $\geq 70\%$. Avaliação dos níveis de consenso: <ul style="list-style-type: none"> • Consenso perfeito - 100% de respostas no “concordo totalmente”. • Consenso forte - $90\% \leq$ Concordância positiva $\leq 100\%$. • Consenso moderado - $70\% \leq$ Concordância positiva $< 90\%$.
Como se alcançou concordância positiva em todos os itens, não se avançou para a segunda volta.	

Quadro 20: Quadro explicativo da metodologia utilizada.

2.1. Limitações e Dificuldades do Estudo

No processo de investigação, a escolha do caminho metodológico é sempre um momento de ponderação e de dúvida.

Na sua particularidade, todas as opções metodológicas são válidas desde que justificadas e adaptadas ao objecto de estudo; embora todas elas compreendam limitações, que devem ser reflectidas para serem transpostas da maneira que melhor sirva o objectivo do estudo. Como tal, a opção metodológica utilizada neste trabalho apresentou algumas restrições.

Uma dificuldade foi a selecção dos peritos e a obtenção dos seus contactos. Para suprir esta contrariedade utilizou-se a técnica de amostragem por “bola-de-neve”, o que levou à identificação de um maior número de peritos, mas também a um grupo desequilibrado no que concerne à área profissional; isto é, os 69 peritos não se distribuem de forma uniforme pelas quatro profissões contempladas. Isto deve-se ao facto dos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria abordados terem sugerido mais peritos que os restantes elementos.

A reduzida adesão dos peritos constituiu outra limitação do estudo. Para ultrapassar este obstáculo alargou-se o prazo de resposta aos questionários e repetiu-se o seu envio, foram ainda remetidos *emails* de incentivo, apelando à adesão dos peritos.

A técnica de Delphi modificada compreende a realização de 2 a 4 voltas de questionários com a análise do feedback das respostas. Contudo, neste trabalho obteve-se concordância positiva na primeira volta, pelo que se avançou logo para a análise dos resultados. Apesar de, nestas circunstâncias, a realização de uma segunda volta fosse despropositada, visto que o questionário da segunda volta seria em tudo similar ao utilizado na primeira, esta não deixa de ser uma especificidade do estudo em causa. De salientar que este estudo pretende ser um primeiro passo, para a validação de um programa de estimulação, pelo que os consensos obtidos revelam a “robustez” do programa.

Outro ponto de interesse são as limitações inerentes à utilização de um questionário. O questionário tipo Likert utilizado não permite perceber o porquê das respostas assinaladas, uma vez que não contempla justificações. Para tentar suprir esta limitação criaram-se duas respostas abertas no final do questionário, onde os peritos poderiam comentar o programa e sugerir alterações.

PARTE III - RESULTADOS

1. EXPLICITAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos com este trabalho, através da técnica de Delphi. Deste modo, os resultados serão apresentados em três partes; na primeira será realizada a caracterização sócio-demográfica do grupo de peritos que integra o estudo; na segunda apresentam-se as sugestões apontadas nas questões de resposta livre e, finalmente, na terceira parte expõem-se os níveis de concordância obtidos para cada uma das intervenções do programa de intervenção na memória para idosos com DCL.

Para facilitar a leitura dos resultados, estes serão apresentados sobre a forma de quadros.

Caracterização sócio-demográfica dos peritos

Relativamente à variável **género**, dos 29 peritos que responderam ao questionário, a maioria (59%) eram mulheres e os restantes (41%) eram homens.

Variável		Nº	%
Género	Feminino	17	59%
	Masculino	12	41%
	Total	29	100%

Quadro 21: Distribuição dos peritos pelo género.

Quanto à **idade**, a média de anos dos peritos é de 34,38. Tendo o perito mais novo 26 anos e o mais velho 60 anos.

No que diz respeito ao **estado civil**, a maioria dos peritos é casado (41,4%) ou solteiro (41,4%).

Variável		Nº	%
Estado Civil	Solteiro(a)	12	41,4%
	Casado(a)	12	41,4%
	União de facto	4	13,8%
	Outra	1	3,4%
	Total	29	100%

Quadro 22: Distribuição dos peritos pelo estado civil.

Quanto à **área de formação profissional**, a maioria dos peritos é enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria (79,3%).

Variável		Nº	%
Área de formação profissional	Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria	23	79,3%
	Neurologia	2	6,9%
	Psiquiatria	1	3,4%
	Psicologia	3	10,3%
	Total	29	100%

Quadro 23: Distribuição dos peritos pela área de formação.

Na variável **anos de experiência com idosos com défice cognitivo**, a maioria dos peritos tem entre 6 a 10 anos de experiência (34,5%), logo seguidos pelos peritos com 2 a 5 anos de experiência (31,0%) e pelos peritos com mais de 15 anos de prática com estes idosos (20,7%).

Variável		Nº	%
Anos de experiência com idosos com défice cognitivo	2 a 5 anos	9	31,0%
	6 a 10 anos	10	34,5%
	11 a 15 anos	4	13,8%
	Mais de 15 anos	6	20,7%
	Total	29	100%

Quadro 24: Distribuição dos peritos de acordo com os anos de experiência com idosos com DCL.

Relativamente à **área de actuação profissional**, a maioria dos peritos trabalha nos cuidados de saúde diferenciados (51,7%), seguindo-se os que trabalham nos cuidados de saúde primários (27,6%) e, os que trabalham em outras áreas, nomeadamente a docência (20,7%).

Variável		Nº	%
Área de actuação profissional	Cuidados de Saúde Diferenciados	8	27,6%
	Cuidados de Saúde Primários	15	51,7%
	Outros	6	20,7%
	Total	29	100%

Quadro 25: Distribuição dos peritos pela área de actuação profissional.

Quanto à distribuição dos peritos pela **área geográfica onde trabalham** a grande maioria concentra-se na Região Norte (82,8%).

Variável		Nº	%
Área geográfica onde trabalha	Região Norte	24	82,8%
	Região Sul	3	10,3%
	Arquipélago dos Açores	1	3,4%
	Arquipélago da Madeira	1	3,4%
	Total	29	100%

Quadro 26: Distribuição dos peritos pela área geográfica onde trabalham.

Apresentação das respostas às perguntas abertas

No questionário *online* enviado para o grupo de peritos foram colocadas duas perguntas de resposta livre, que visavam obter a opinião dos participantes sobre a importância da elaboração de um programa de intervenção na cognição para idosos com DCL e quais os critérios que consideram essenciais para a elaboração do mesmo.

Para os peritos é unânime a importância destes programas, defendendo que devem incidir em várias áreas da cognição e da funcionalidade dos idosos, incluindo sempre os familiares/cuidadores, fornecendo treino de estratégias de estimulação, visando melhorar a qualidade de vida dos participantes.

O quadro 29 apresenta um resumo das respostas obtidas.

Critérios obrigatórios que um programa de intervenção cognitiva para idosos com DCL deve incluir.	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação inicial bem definida e com score mensurável.• Critérios de inclusão bem definidos e homogeneidade no perfil do grupo (com o mesmo defeito cognitivo).• Sessões estruturadas e de curta duração e com envolvimento voluntário dos participantes.• Pequenos grupos de participantes por sessão.• Adaptabilidade à pessoa e suas necessidades.• Estimular várias áreas cognitivas: atenção, memória, capacidades visuo-espaciais, linguagem, concentração.• Estimular as capacidades usadas nas actividades de vida diária.• Estimular a actividade motora.• Incidir em estratégias de memorização (internas e externas).• Atender ao ambiente e à comunicação (questões bem colocadas, claras e simples, imagens bem perceptíveis e apelativas, sala tranquila e confortável).• Incluir exercícios de estimulação cognitiva, terapia de reminiscência, terapia de orientação no tempo e no espaço, técnicas de relaxamento.• Proporcionar a partilha e diálogo grupal.• Envolvimento da família/cuidador do utente em todo o processo terapêutico.• Continuidade dos programas no tempo.
Importância dos programas de estimulação cognitiva para idosos com DCL.	<ul style="list-style-type: none">• Promover a adaptação e capacitação da família.• Diminuir o stress/exaustão dos prestadores de cuidados/família.• Melhorar/Manter as capacidades cognitivas remanescentes.• Criar estratégias adaptativas para lidar com a sua situação.• Melhorar a concentração, a capacidade de raciocínio e a motivação da pessoa envolvida.• Prevenir a deterioração cognitiva, retardando a evolução para demência.• Fornecer estratégias internas e externas de memória.• Promover a aquisição de novas aprendizagens e estratégias, direccionadas para défices reais.• Manter as competências globais.• Manter a capacidade funcional.• Melhorar a qualidade de vida e do bem-estar.• Aumentar a autonomia nas actividades de vida diária.• Melhorar o humor.• Modificar estilos de vida, promovendo a interacção social.

Quadro 27: Critérios e importância dos programas de intervenção cognitiva para idosos com DCL, segundo o grupo de peritos.

Apreciação do programa proposto

Na segunda parte do questionário propunha-se ao grupo de peritos assinalar a sua concordância relativamente aos objectivos e procedimentos delineados para cada uma das sessões do programa, através de uma escala tipo Likert, composta por cinco níveis (Discordo Totalmente – DT; Discordo – D; Nem Concordo Nem Discordo – NCND; Concordo – C e Concordo Totalmente – CT).

Para este estudo estabeleceu-se que a **concordância positiva** seria o resultado da **soma** das respostas “**concordo**” com as respostas “**concordo totalmente**” e que teria de ser **maior ou igual a 70%**, para os itens do programa serem aceites e incluídos no programa final. Os níveis de consenso (NC) estabelecidos foram:

- Consenso perfeito - 100% de respostas no “concordo totalmente”.
- Consenso forte - $90\% \leq$ Concordância positiva $\leq 100\%$.
- Consenso moderado - $70\% \leq$ Concordância positiva $< 90\%$.

Além das sessões de grupo com os idosos com DCL, o programa contempla duas sessões com os familiares/cuidadores, que serão realizadas na segunda e sexta semana; pelo que as sessões serão apresentadas pela ordem em que são realizadas, logo aparecem intercaladas as sessões com os idosos e as sessões com os familiares/cuidadores. Para facilitar a apresentação e leitura dos resultados obtidos será apresentado um quadro para cada sessão do programa proposto, onde consta a frequência absoluta e relativa de cada item e o nível de consenso obtido.

Os itens duração do programa, número de sessões e número de constituintes do grupo são susceptíveis a vários pontos de vista; contudo, as respostas dos peritos foram uniformes e atingiram a concordância positiva estipulada, sendo que o nível de consenso atingido em todos os itens foi moderado, variando de 72,42% a 79,31%.

	DT	D	NCND	C	CT	NC
O programa proposto tem a duração de 8 semanas (1 sessão de grupo por semana, com duração de 1,5 horas).	1 3,45%	4 13,79%	1 3,45%	19 65,52%	4 13,79%	23 79,31% (moderado)
Serão realizadas 2 sessões para os familiares, com duração de 1 hora cada, na segunda e sexta semana do programa.	0 0,0%	3 10,34%	3 10,34%	19 65,52%	4 13,79%	23 79,31% (moderado)
O grupo de participantes será constituído, no máximo, por 10 elementos.	0 0,0%	4 13,79%	4 13,79%	13 44,83%	8 27,59%	21 72,42% (moderado)

Legenda: DT-Discordo Totalmente; D-Discordo; NCND-Nem Concordo Nem Discordo; C-Concordo; CT-Concordo Totalmente; NC-Nível de Consenso.

Quadro 28: Distribuição de frequências das respostas dos peritos relativas a aspectos gerais do programa proposto.

1º Contacto com os idosos com DCL e sua família/cuidadores:

Relativamente ao primeiro contacto com o idoso e a família/cuidadores, a data proposta para a avaliação recolheu um nível de consenso forte do grupo de peritos, sendo de 93,10%. Os três objectivos sugeridos para este encontro apresentaram um nível de consenso que variou de moderado (89,66%) a forte (100,00%) e os procedimentos apresentados tiveram na unanimidade um nível de consenso forte, variando entre 96,55% e 100,00%.

	DT	D	NCND	C	CT	NC
O 1º contacto com o participante e com o seu familiar/cuidador será individual e ocorrerá no mês anterior ao início do programa.	0 0,0%	1 3,45%	1 3,45%	15 51,72%	12 41,38%	27 93,10% (forte)
Objectivos do 1º contacto	DT	D	NCND	C	CT	NC
Estabelecer o primeiro contacto com o participante e família/cuidador.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	7 24,14%	22 75,86%	29 100,00% (forte)
Avaliar a cognição e funcionalidade dos utentes;	1 3,45%	0 0,0%	2 6,90%	8 27,59%	18 62,07%	26 89,66% (moderado)
Apresentar o programa	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	7 24,14%	22 75,86%	29 100,00% (forte)
Procedimentos do 1º contacto	DT	D	NCND	C	CT	NC
Apresentação dos participantes e investigadores.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	7 24,14%	22 75,86%	29 100,00% (forte)
Apresentação do programa de estimulação da memória.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	9 31,03%	20 68,97%	29 100,00% (forte)
Verificação da disponibilidade do participante e do familiar/cuidador para integrarem o programa.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	8 27,59%	21 72,41%	29 100,00% (forte)
Avaliação inicial e caracterização dos participantes, através de um questionário que contém a caracterização sócio-demográfica e os antecedentes de saúde dos participantes; a avaliação cognitiva (mini-exame do estado mental, teste do relógio e escala de avaliação da demência) e avaliação funcional (índice de Lawton e índice de Barthel).	0 0,0%	1 3,45%	0 0,0%	11 37,93%	17 58,62%	28 96,55% (forte)
Assinatura do consentimento livre e informado.	0 0,0%	1 3,45%	0 0,0%	7 24,14%	21 72,41%	28 96,55% (forte)
Agendamento da primeira sessão.	1 3,45%	0 0,0%	0 0,0%	8 27,59%	20 68,97%	28 96,56% (forte)
Legenda: DT-Discordo Totalmente; D-Discordo; NCND-Nem Concorde Nem Discordo; C-Concorde; CT-Concorde Totalmente; NC-Nível de Consenso.						

Quadro 29: Distribuição de frequências das respostas dos peritos relativas ao primeiro contacto com os idosos com DCL e suas famílias/cuidadores.

1ª Sessão de grupo com os idosos com DCL:

Relativamente aos objectivos estipulados para a 1ª sessão de grupo com os idosos com DCL, o nível de consenso obtido pelas respostas dos peritos foi forte, variando entre 93,11% e 100,00%. Os procedimentos propostos recolheram um nível de consenso de moderado (89,65%) a forte (100%).

Objectivos da 1ª sessão	DT	D	NCND	C	CT	NC
Promover o conhecimento e a interacção entre os elementos do grupo.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	13 44,83%	16 55,17%	29 100,00% (forte)
Estimular a memória a longo prazo episódica.	0 0,0%	0 0,0%	2 6,90%	14 48,28%	13 44,83%	27 93,11% (forte)
Procedimentos da 1ª sessão	DT	D	NCND	C	CT	NC
Cumprimentos iniciais e apresentação do grupo.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	9 31,03%	20 68,97%	29 100,00% (forte)
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.	0 0,0%	0 0,0%	1 3,45%	14 48,28%	14 48,28%	28 96,56% (forte)
Pedir a cada utente que fale sobre esse acontecimento da sua vida.	0 0,0%	0 0,0%	1 3,45%	12 41,38%	16 55,17%	28 96,55% (forte)
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 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, relembrando o porque da escolha daquela cor.	0 0,0%	2 6,90%	1 3,45%	13 44,83%	13 44,83%	26 89,66% (moderado)
Tarefa de casa: reflectir sobre as alterações cognitivas que sentem no seu quotidiano, escrevê-las num papel (ou pedir a alguém que as escreva) e trazer para a próxima sessão.	0 0,0%	1 3,45%	2 6,90%	13 44,83%	13 44,83%	26 89,66% (moderado)
Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	0 0,0%	1 3,45%	2 6,90%	9 31,03%	17 58,62%	26 89,65% (moderado)

Legenda: DT-Discordo Totalmente; D-Discordo; NCND-Nem Concorde Nem Discordo; C-Concorde; CT-Concorde Totalmente; NC-Nível de Consenso.

Quadro 30: Distribuição de frequências das respostas dos peritos relativas à primeira sessão de grupo com os idosos com DCL.

2ª Sessão de grupo com os idosos com DCL:

Um dos objectivos propostos para esta sessão reuniu consenso forte dos peritos (100,00%); enquanto o outro, relativo a informar sobre o DCL e as suas implicações no quotidiano, foi mais controverso, tendo um consenso moderado (89,66%). Os procedimentos reuniram na sua maioria um consenso forte, que variou de 96,55% a 100,00%, sendo que apenas dois deles apresentaram um consenso moderado (89,65% e 89,66%).

Objectivos da 2ª sessão	DT	D	NCND	C	CT	NC
Estimular a memória a longo prazo episódica.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	13 44,83%	16 55,17%	29 100,00% (forte)
Informar sobre o DCL e suas implicações no quotidiano dos utentes.	1 3,45%	1 3,45%	1 3,45%	13 44,83%	13 44,83%	26 89,66% (moderado)
Procedimentos da 2ª sessão	DT	D	NCND	C	CT	NC
Cumprimentos iniciais e colocação dos círculos coloridos com o nome de cada participante, lembrando porque cada um escolheu aquela cor.	0 0,0%	1 3,45%	2 6,90%	14 48,28%	12 41,38%	26 89,66% (moderado)
Verificação da tarefa de casa, em que cada participante deve ler (ou ser lido) as alterações cognitivas que sente no seu dia-a-dia.	0 0,0%	0 0,0%	1 3,45%	15 51,72%	13 44,83%	28 96,55% (forte)
Abordar o tema défice cognitivo ligeiro.	1 3,45%	1 3,45%	1 3,45%	15 51,72%	11 37,93%	26 89,65% (moderado)
Discutir em grupo quais os sinais que cada um apresenta e de que forma influenciam o seu quotidiano.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	17 58,62%	12 41,38%	29 100,00% (forte)
Distribuição de material didáctico sobre DCL.	0 0,0%	1 3,45%	0 0,0%	14 48,28%	14 48,28%	28 96,56% (forte)
Tarefa de casa: discutir com a família os efeitos dos sinais e sintomas que apresentam no seu quotidiano e mostrar o material didáctico fornecido.	0 0,0%	0 0,0%	1 3,45%	15 51,72%	13 44,83%	28 96,55% (forte)
Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	10 34,48%	19 65,52%	29 100,00% (forte)
Legenda: DT-Discordo Totalmente; D-Discordo; NCND-Nem Concorde Nem Discordo; C-Concorde; CT-Concorde Totalmente; NC-Nível de Consenso.						

Quadro 31: Distribuição de frequências das respostas dos peritos relativas à segunda sessão de grupo com os idosos com DCL.

1ª Sessão de grupo com os familiares/cuidadores:

Relativamente aos objectivos e procedimentos propostos para a primeira sessão com os familiares/cuidadores verificou-se um consenso forte em todos os itens por todos os peritos, variando entre 93,10% e 100,00%.

Objectivos da 1ª sessão com os familiares/cuidadores	DT	D	NCND	C	CT	NC
Informar sobre o DCL e suas implicações no quotidiano dos utentes.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	9 31,03%	20 68,97%	29 100,00% (forte)
Perceber a perspectiva dos familiares sobre o DCL.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	8 27,59%	21 72,41%	29 100,00% (forte)
Informar sobre as estratégias	0	0	0	10	19	29

compensatórias de memória que podem ser utilizadas no quotidiano.	0,0%	0,0%	0,0%	34,48%	65,52%	100,00% (forte)
Incentivar a utilização diária das estratégias compensatórias de memória.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	9 31,03%	20 68,97%	29 100,00% (forte)
Procedimentos da 1ª sessão com os familiares/cuidadores	DT	D	NCND	C	CT	NC
Apresentação do grupo e cumprimentos iniciais.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	10 34,48%	19 65,52%	29 100,00% (forte)
Abordar o tema défice cognitivo ligeiro.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	15 51,72%	14 48,28%	29 100,00% (forte)
Obter o feedback sobre o material didáctico que os seus familiares levaram para casa no final da última sessão.	0 0,0%	0 0,0%	1 3,45%	14 48,28%	14 48,28%	28 96,56% (forte)
Discutir em grupo quais os sinais que os seus familiares apresentam e de que forma influenciam o quotidiano da família.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	14 48,28%	15 51,72%	29 100,00% (forte)
Informar sobre estilos de vida e gestão do regime terapêutico.	0 0,0%	1 3,45%	0 0,0%	10 34,48%	18 62,07%	28 96,55% (forte)
Discussão sobre como os défices de memória interferem no dia-a-dia dos seus familiares.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	11 37,93%	18 62,07%	29 100,00% (forte)
Apresentação de estratégias de compensação para os défices de memória (listas, mnemónicas, agendas, alarmes, diários, etc.).	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	9 31,03%	20 68,97%	29 100,00% (forte)
Incentivar a partilha de sentimentos entre o grupo de familiares.	0 0,0%	0 0,0%	2 6,90%	9 31,03%	18 62,07%	20 93,10% (forte)
Tarefa de casa para os familiares: executar diariamente uma das estratégias de memória e registar no quadro de registo fornecido.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	13 44,83%	16 55,17%	29 100,00% (forte)
Legenda: DT-Discordo Totalmente; D-Discordo; NCND-Nem Concordo Nem Discordo; C-Concordo; CT-Concordo Totalmente; NC-Nível de Consenso.						

Quadro 32: Distribuição de frequências das respostas dos peritos relativas à primeira sessão de grupo com os familiares/cuidadores.

3ª Sessão de grupo com os idosos com DCL:

Os aspectos relativos à 3ª sessão de grupo para os idosos com DCL reuniram consenso forte pela unanimidade dos peritos, variando a frequência das respostas entre 93,10% e 100,00%.

Objectivos da 3ª sessão	DT	D	NCND	C	CT	NC
Estimular a memória a longo prazo episódica.	0 0,0%	1 3,45%	1 3,45%	12 41,38%	15 51,72%	27 93,10% (forte)
Informar sobre as estratégias que	0	0	0	11	18	29

podem ser utilizadas no quotidiano para lidar com os problemas de memória.	0,0%	0,0%	0,0%	37,93%	62,07%	100,00% (forte)
Promover a aceitação do DCL por parte dos utentes.	0 0,0%	1 3,45%	1 3,45%	12 41,38%	15 51,72%	27 93,10% (forte)
Procedimentos da 3ª sessão	DT	D	NCND	C	CT	NC
Cumprimentos iniciais e colocação dos círculos coloridos com o nome de cada participante, lembrando porque cada um escolheu aquela cor.	0 0,0%	1 3,45%	1 3,45%	12 41,38%	15 51,72%	27 93,10% (forte)
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.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	15 51,72%	14 48,28%	29 100,00% (forte)
Discussão sobre como os défices de memória interferem no seu dia-a-dia.	0 0,0%	0 0,0%	1 3,45%	15 51,72%	13 44,83%	28 96,55% (forte)
Apresentação de estratégias de compensação para os défices de memória (listas, mnemónicas, agendas, alarmes, diários, etc.).	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	11 37,93%	18 62,07%	29 100,00% (forte)
Tarefa de casa: discutir as estratégias apresentadas com os familiares.	0 0,0%	1 3,45%	1 3,45%	12 41,38%	15 51,72%	27 93,10% (forte)
Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	8 27,59%	21 72,41%	29 100,00% (forte)
Legenda: DT-Discordo Totalmente; D-Discordo; NCND-Nem Concorde Nem Discordo; C-Concorde; CT-Concorde Totalmente; NC-Nível de Consenso.						

Quadro 33: Distribuição de frequências das respostas dos peritos relativas à terceira sessão de grupo com os idosos com DCL.

4ª Sessão de grupo com os idosos com DCL:

Os aspectos relativos à 4ª sessão de grupo para os idosos com DCL reuniram consenso forte pela unanimidade dos peritos, variando a frequência das respostas entre 93,10% e 100,00%.

Objectivos da 4ª sessão	DT	D	NCND	C	CT	NC
Estimular a memória a longo prazo episódica.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	12 41,38%	17 58,62%	29 100,00% (forte)
Treinar as estratégias de compensação de memória.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	10 34,48%	19 65,56%	29 100,00% (forte)
Procedimentos da 4ª sessão	DT	D	NCND	C	CT	NC
Cumprimentos iniciais e colocação dos círculos coloridos com o nome de cada participante, lembrando porque cada um escolheu aquela cor.	0 0,0%	1 3,45%	1 3,45%	11 37,93%	16 55,17%	27 93,10% (forte)

Obter o feedback sobre a tarefa de casa.	0 0,0%	0 0,0%	1 3,45%	12 41,38%	16 55,17%	28 96,55% (forte)
Treinar o uso dos auxiliares internos de memória (mnemónicas e repetição de palavras e números).	0 0,0%	0 0,0%	1 3,45%	9 31,03%	19 65,56%	28 96,59% (forte)
Tarefa de casa: treinar as estratégias aprendidas com os familiares.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	12 41,38%	17 58,62%	29 100,00% (forte)
Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	8 27,59%	21 72,41%	29 100,00% (forte)
Legenda: DT-Discordo Totalmente; D-Discordo; NCND-Nem Concordo Nem Discordo; C-Concordo; CT-Concordo Totalmente; NC-Nível de Consenso.						

Quadro 34: Distribuição de frequências das respostas dos peritos relativas à quarta sessão de grupo com os idosos com DCL.

5ª Sessão de grupo com os idosos com DCL:

Os objectivos traçados para esta sessão reuniram um consenso forte, de 100%, por parte dos peritos. Quanto aos procedimentos, o consenso variou entre moderado (82,76%) e forte (96,55%).

Objectivos da 5ª sessão	DT	D	NCND	C	CT	NC
Estimular a memória a longo prazo episódica.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	13 44,83%	16 55,17%	29 100,00% (forte)
Treinar as estratégias de compensação de memória.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	11 37,93%	18 62,07%	29 100,00% (forte)
Procedimentos da 5ª sessão	DT	D	NCND	C	CT	NC
Cumprimentos iniciais e colocação dos círculos coloridos com o nome de cada participante, lembrando porque cada um escolheu aquela cor.	0 0,0%	1 3,45%	2 6,90%	9 31,03%	17 58,62%	26 89,65% (moderado)
Obter o feedback sobre a tarefa de casa.	0 0,0%	0 0,0%	2 6,90%	11 37,93%	16 55,17%	27 93,10% (forte)
Treinar o uso dos auxiliares externos de memória (listas, diários, agendas):	0 0,0%	0 0,0%	1 3,45%	10 34,48%	18 62,07%	28 96,55% (forte)
• Fazer a lista de ingredientes para um bolo.	0 0,0%	0 0,0%	5 17,24%	11 37,93%	13 44,83%	24 82,76% (moderado)
• Escrever numa folha de agenda, as actividades para o dia seguinte.	0 0,0%	0 0,0%	1 3,45%	12 41,38%	16 55,17%	28 96,55% (forte)
Tarefa de casa: treinar as estratégias aprendidas com os familiares.	0 0,0%	0 0,0%	1 3,45%	13 44,83%	15 51,72%	28 96,55% (forte)
Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	0 0,0%	0 0,0%	1 3,45%	7 24,14%	21 72,41%	28 96,55% (forte)
Legenda: DT-Discordo Totalmente; D-Discordo; NCND-Nem Concordo Nem Discordo; C-Concordo; CT-Concordo Totalmente; NC-Nível de Consenso.						

Quadro 35: Distribuição de frequências das respostas dos peritos relativas à quinta sessão de grupo com os idosos com DCL.

6ª Sessão de grupo com os idosos com DCL:

Os aspectos relativos à 6ª sessão de grupo para os idosos com DCL reuniram consenso forte pela unanimidade dos peritos, variando a frequência das respostas entre 93,10% e 100,00%.

Objectivos da 6ª sessão	DT	D	NCND	C	CT	NC
Estimular a memória.	0 0,0%	0 0,0%	1 3,45%	11 37,93%	17 58,62%	28 96,55% (forte)
Promover a interacção grupal.	0 0,0%	0 0,0%	2 6,90%	10 34,48%	17 58,62%	27 93,10% (forte)
Procedimentos da 6ª sessão	DT	D	NCND	C	CT	NC
Cumprimentos iniciais e colocação dos círculos coloridos com o nome de cada participante, lembrando porque cada um escolheu aquela cor.	0 0,0%	1 3,45%	1 3,45%	11 37,93%	16 55,17%	27 93,10% (forte)
Avaliação da tarefa de casa: qual a opinião da família sobre as estratégias compensatórias e como pretendem utiliza-las.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	14 48,28%	15 51,72%	29 100,00% (forte)
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?.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	12 41,38%	17 58,62%	29 100,00% (forte)
Tarefa de casa: trazer 1 notícia/artigo recente de jornal ou revista para a próxima sessão.	0 0,0%	0 0,0%	1 3,45%	12 41,38%	16 55,17%	28 96,55% (forte)
Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	8 27,59%	21 72,41%	29 100,00% (forte)

Legenda: DT-Discordo Totalmente; D-Discordo; NCND-Nem Concordo Nem Discordo; C-Concordo; CT-Concordo Totalmente; NC-Nível de Consenso.

Quadro 36: Distribuição de frequências das respostas dos peritos relativas à sexta sessão de grupo com os idosos com DCL.

2ª Sessão de grupo com os familiares/cuidadores:

Relativamente aos objectivos e procedimentos propostos para a 2ª sessão com os familiares/cuidadores verificou-se um consenso forte em todos os itens por todos os peritos, variando entre 96,56% e 100,00%.

Objectivos da 2ª sessão com os familiares/cuidadores	DT	D	NCND	C	CT	NC
Esclarecer dúvidas.	0 0,0%	0 0,0%	1 3,45%	8 27,59%	20 68,97%	28 96,56% (forte)
Rever estratégias.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	9 31,03%	20 68,97%	29 100,00% (forte)
Procedimentos da 2ª sessão com os familiares/cuidadores	DT	D	NCND	C	CT	NC
Cumprimentos iniciais.	0 0,0%	0 0,0%	1 3,45%	9 31,03%	19 65,56%	28 96,59% (forte)
Obtenção do feedback sobre o programa.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	9 31,03%	20 68,97%	29 100,00% (forte)
Obtenção de feedback sobre a implementação das estratégias de compensação de memória.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	10 34,48%	19 65,56%	29 100,00% (forte)
Reforço de estratégias de compensação da memória.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	8 27,59%	21 72,41%	29 100,00% (forte)
Partilha de experiências.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	9 31,03%	20 68,97%	29 100,00% (forte)
Agendamento do follow-up dos utentes.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	10 34,48%	19 65,56%	29 100,00% (forte)
Cumprimentos finais.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	9 31,03%	20 68,97%	29 100,00% (forte)
Legenda: DT-Discordo Totalmente; D-Discordo; NCND-Nem Concorde Nem Discordo; C-Concorde; CT-Concorde Totalmente; NC-Nível de Consenso.						

Quadro 37: Distribuição de frequências das respostas dos peritos relativas à segunda sessão de grupo com os familiares/cuidadores.

7ª Sessão de grupo com os idosos com DCL:

Os objectivos traçados para esta sessão reuniram um consenso forte, de 93,10% a 100%, por parte dos peritos. Quanto aos procedimentos, o consenso variou entre moderado (89,65%) e forte (100,00%).

Objectivos da 7ª sessão	DT	D	NCND	C	CT	NC
Promover a orientação temporal.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	11 37,93%	18 62,07%	29 100,00% (forte)
Estimular a memória.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	10 34,48%	19 65,56%	29 100,00% (forte)
Promover a interacção grupal.	0 0,0%	1 3,45%	1 3,45%	11 37,93%	16 55,17%	27 93,10% (forte)

Procedimentos da 7ª sessão	DT	D	NCND	C	CT	NC
Cumprimentos iniciais e colocação dos círculos coloridos com o nome de cada participante, relembrando porque cada um escolheu aquela cor.	0 0,0%	1 3,45%	2 6,90%	10 34,48%	16 55,17%	26 89,65% (moderado)
Avaliação da tarefa de casa: pedir a cada utente para falar sobre a notícia/artigo que trouxe.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	13 44,83%	16 55,17%	29 100,00% (forte)
Leitura de 2 notícias de jornais/revistas da semana.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	14 48,28%	15 51,72%	29 100,00% (forte)
Realização de algumas perguntas sobre o que foi lido.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	11 37,93%	18 62,07%	29 100,00% (forte)
Evocação de acontecimentos sociais marcantes de que os utentes se lembrem.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	13 44,83%	16 55,17%	29 100,00% (forte)
Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	9 31,03%	20 68,97%	29 100,00% (forte)

Legenda: DT-Discordo Totalmente; D-Discordo; NCND-Nem Concorde Nem Discordo; C-Concorde; CT-Concorde Totalmente; NC-Nível de Consenso.

Quadro 38: Distribuição de frequências das respostas dos peritos relativas à sétima sessão de grupo com os idosos com DCL.

8ª Sessão de grupo com os idosos com DCL:

Os objectivos estipulados para a oitava sessão de grupo com os idosos com DCL reuniram consenso de moderado (89,65%) a forte (100,00%) por parte do grupo de peritos. Enquanto os procedimentos propostos reuniram consenso forte pela unanimidade dos peritos, de 93,10% a 100,00%.

Objectivos da 8ª sessão	DT	D	NCND	C	CT	NC
Estimular a memória.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	9 31,03%	20 68,97%	29 100,00% (forte)
Promover a interacção grupal.	0 0,0%	1 3,45%	2 6,90%	10 34,48%	16 55,17%	26 89,65% (moderado)
Procedimentos da 8ª sessão	DT	D	NCND	C	CT	NC
Cumprimentos iniciais e colocação dos círculos coloridos com o nome de cada participante, relembrando porque cada um escolheu aquela cor.	0 0,0%	1 3,45%	1 3,45%	11 37,93%	16 55,17%	27 93,10% (forte)
Reforço de algumas estratégias de compensação de memória aprendidas.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	12 41,38%	17 58,62%	29 100,00% (forte)
Tarefa de casa: pedir aos familiares que venham com eles à última sessão, que será individual.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	12 41,38%	17 58,62%	29 100,00% (forte)

Cumprimentos finais entre o grupo.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	10 34,48%	19 65,56%	29 100,00% (forte)
Legenda: DT-Discordo Totalmente; D-Discordo; NCND-Nem Concordo Nem Discordo; C-Concordo; CT-Concordo Totalmente; NC-Nível de Consenso.						

Quadro 39: Distribuição de frequências das respostas dos peritos relativas à oitava sessão de grupo com os idosos com DCL.

Contacto Final:

A periodicidade estipulada para o contacto final com os idosos com DCL e suas famílias/cuidadores reuniu um consenso forte por parte dos peritos (96,55%). Os objectivos e os procedimentos traçados também reuniram um consenso forte unanime, de 100%.

	DT	D	NCND	C	CT	NC
O último contacto com os idosos com DCL e suas famílias/cuidadores será individual e ocorrerá na semana seguinte ao fim do programa, através de marcação de hora individualmente com as famílias.	0 0,0%	1 3,45%	0 0,0%	13 44,83%	15 51,72%	28 96,55% (forte)
Objectivos do contacto final com os idosos com DCL e suas famílias/cuidadores	DT	D	NCND	C	CT	NC
Avaliar a evolução funcional e cognitiva de cada utente.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	10 34,48%	19 65,56%	29 100,00% (forte)
Avaliar o feedback sobre o programa de estimulação cognitiva.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	9 31,03%	20 68,97%	29 100,00% (forte)
Procedimentos do contacto final com os idosos com DCL e suas famílias/cuidadores	DT	D	NCND	C	CT	NC
Avaliação final dos utentes, através do mesmo questionário utilizado na avaliação inicial.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	11 37,93%	18 62,07%	29 100,00% (forte)
Verificação da opinião dos utentes e família sobre o programa.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	11 37,93%	18 62,07%	29 100,00% (forte)
Reforço da importância de continuar com as estratégias de estimulação cognitiva no domicílio.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	6 20,69%	23 79,31%	29 100,00% (forte)
Orientação para o follow-up.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	10 34,48%	19 65,56%	29 100,00% (forte)
Cumprimentos finais.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	8 27,59%	21 72,41%	29 100,00% (forte)
Legenda: DT-Discordo Totalmente; D-Discordo; NCND-Nem Concordo Nem Discordo; C-Concordo; CT-Concordo Totalmente; NC-Nível de Consenso.						

Quadro 40: Distribuição de frequências das respostas dos peritos relativas ao contacto final com os idosos com DCL e suas famílias/cuidadores.

Follow Up:

O tempo estipulado para a realização do *follow up* reuniu apenas um consenso moderado por parte dos peritos (86,20%), sendo um ponto controverso. Enquanto os objectivos e os procedimentos propostos reuniram consenso forte de todos os peritos, variando de 93,11% a 100,00%.

	DT	D	NCND	C	CT	NC
O <i>Follow up</i> será individual e será realizado 3 meses após o fim do programa.	0 0,0%	0 0,0%	4 13,80%	16 55,17%	9 31,03%	25 86,20% (moderado)
Objectivos do <i>Follow up</i>	DT	D	NCND	C	CT	NC
Avaliar a evolução funcional e cognitiva de cada utente.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	12 41,38%	17 58,62%	29 100,00% (forte)
Avaliar a manutenção do utente no domicílio.	1 3,45%	0 0,0%	1 3,45%	14 48,28%	13 44,83%	27 (93,11%) (forte)
Procedimentos do <i>Follow up</i>	DT	D	NCND	C	CT	NC
Avaliação dos utentes, através do mesmo questionário utilizado nas outras avaliações.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	13 44,83%	16 55,17%	29 100,00% (forte)
Verificação das estratégias de estimulação que a família tem utilizado.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	14 48,28%	15 51,72%	29 100,00% (forte)
Esclarecimento de dúvidas.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	11 37,93%	18 62,07%	29 100,00% (forte)
Marcação de nova consulta de <i>follow up</i>, se necessário.	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	11 37,93%	18 62,07%	29 100,00% (forte)

Legenda: DT-Discordo Totalmente; D-Discordo; NCND-Nem Concorde Nem Discordo; C-Concorde; CT-Concorde Totalmente; NC-Nível de Consenso.

Quadro 41: Distribuição de frequências das respostas dos peritos relativas ao *follow up*.

No final do questionário foi proposto aos peritos sugerirem alterações e tecerem comentários ao programa apresentado. Assim, à questão “o que modificaria neste programa?” responderam 11 dos 29 peritos, sendo a síntese das suas sugestões o seguinte:

- Aumentar o tempo de realização do programa, para o mínimo de 4 meses, com mais sessões de treino de estratégias de compensação de memória;
- Esclarecer nos critérios de inclusão do programa, o tipo de DCL que o mesmo aborda;
- Realizar sessões mais curtas e em maior número;
- Seleccionar grupos mais reduzidos de participantes;
- Realizar exercícios de estimulação das várias áreas cognitivas nas sessões;

- Estabelecer os exercícios de estimulação com base nas necessidades específicas do utente;
- Incluir estratégias de estimulação da orientação temporal e espacial;
- Apresentar um leque de intervenções de estimulação mais abrangente;
- Realizar mais sessões para a família/cuidadores e aumentar a sua interação ao longo do programa;
- Realizar um *follow up* mais estreito no tempo.

Quanto ao item “comentários”, 13 dos 29 peritos tecerem observações ao programa proposto, sendo que referem:

- Programa bem estruturado e com a devida sustentação científica;
- A inclusão dos familiares e a revisão das estratégias implementadas é uma mais-valia;
- Um programa mais estruturado e mais elaborado poderia estimular mais a memória;
- A presença de um psicólogo durante a realização das sessões seria uma mais-valia, pelo conteúdo emocional do programa e pelos exercícios de estimulação a realizar;
- A avaliação através do mini-exame do estado mental é discutível nos casos de DCL, visto este não ser o instrumento mais válido para avaliar este défice.

2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos dados é importante analisá-los e compará-los com outros estudos, com o objectivo de validar a concordância e explicitar a discordância.

Na caracterização sócio-demográfica do grupo de peritos importa destacar alguns aspectos. Relativamente à área de formação profissional dos peritos que responderam ao questionário, o número de enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria corresponde a 79,3% dos elementos do grupo. Tal deve-se principalmente à técnica de amostragem por “bola-de-neve” que foi utilizada e que levou a um grupo desequilibrado no que concerne à área profissional, devido ao facto dos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria terem sido identificados em maior número e terem sugerido mais peritos que os restantes elementos. Contudo, visto este programa ser proposto por uma enfermeira de saúde mental e psiquiatria e se destinar a ser aplicado por profissionais de saúde que tenham formação na área, tal discrepância não nos parece prejudicial para a qualidade dos resultados obtidos.

No que concerne aos anos de experiência com idosos com défice cognitivo, pretendia-se que os peritos seleccionados tivessem mais de dois anos de experiência; assim, a maioria dos peritos (65,5%) tem entre dois e dez anos de experiência profissional; seguindo-se os elementos com mais de onze anos de experiência (34,5%), sendo que destes, 20,7% tem mais de quinze anos de prática profissional nesta área. Estes resultados demonstram que os constituintes do grupo de peritos têm experiência significativa para opinarem sobre um programa de estimulação da memória para idosos com DCL e que as suas críticas e opiniões são uma mais-valia para os resultados obtidos.

Quanto à área de actuação profissional, a maioria dos elementos do grupo de peritos exerce em cuidados de saúde primários (51,7%), seguindo-se os que actuam em cuidados de saúde diferenciados (27,6%) e, por fim, os que se dedicam a outras áreas, nomeadamente à docência (20,7%). Esta distribuição dos peritos é interessante, no sentido em que abrange diferentes áreas dos cuidados de saúde e possibilita a obtenção de visões distintas, que enriquecem os resultados finais.

Seria interessante comparar esta caracterização sócio-demográfica com outros estudos nesta área, com uma metodologia semelhante, mas tal não foi encontrado na revisão da bibliografia.

Relativamente aos critérios obrigatórios para um programa de estimulação da cognição para idosos com DCL, como não foi encontrada informação relacionada na revisão da bibliografia apresenta-se uma breve discussão sobre as respostas dos peritos. Estes destacaram a necessidade de uma avaliação inicial bem definida e mensurável, assim como critérios de inclusão bem definidos, levando à constituição de um grupo de participantes pequeno e homogéneo. Defendem ainda a realização de sessões estruturadas e de curta duração, com estratégias adaptadas às necessidades dos participantes e que estimulem várias áreas da cognição e da funcionalidade, através do recurso a várias técnicas de intervenção. Para os peritos importa ainda atender ao ambiente e à comunicação durante as sessões. Factores fundamentais são também o envolvimento da família/cuidadores e a continuidade no tempo das sessões.

Face a estes critérios sugeridos pelo grupo de peritos, o programa proposto neste trabalho parece cumprir todos eles, à excepção da estimulação de várias áreas da cognição e da funcionalidade, visto que este é um programa focalizado na memória dos participantes, uma vez que se centra em idosos com DCL amnésico.

No que concerne à importância deste tipo de programas, a opinião dos peritos corrobora os achados da literatura, apontando-os como fundamentais para a melhoria da qualidade de vida destes idosos e das suas famílias/cuidadores, na medida em que diminuem o stress dos cuidadores, promovem a manutenção das capacidades cognitivas remanescentes, auxiliam na criação de estratégias adaptativas, melhoram as funções cognitivas e funcionais, promovem a autonomia, melhoram o humor, promovem a interacção social e, conseqüentemente, promovem a adaptação do idoso e da família/cuidadores. Deste modo, é consensual a importância da realização destes programas e as suas inúmeras vantagens quer para o idoso, quer para as famílias.

A duração e a constituição dos programas de intervenção na cognição para idosos com DCL é um item controverso, não existindo consenso na literatura sobre o tema. Os estudos realizados apresentam uma grande variedade de amplitude, com duração de três semanas a um ano, variando de acordo com a tipologia do programa e com as técnicas utilizadas, sendo que esta diversificação está também relacionada com os objectivos estabelecidos para os programas. Na revisão bibliográfica efectuada para este trabalho utilizaram-se cinco estudos experimentais (Kurz, Ramsenthaler and Sorg, 2009; Troyer et al., 2008; Talassi et al., 2007;

Jean et al., 2010 e Greenaway, Hancnda, Lepore and Smith, 2008), nos quais a média de duração dos programas é de 10 semanas (4 semanas, 24 semanas, 3 semanas, 10 semanas e 6 semanas, respectivamente), sendo realizadas desde sessões únicas a 5 sessões por semana, dependendo da durabilidade do programa. Recorreu-se ainda a um estudo de revisão sistemática (Simon e Ribeiro, 2011), onde a média de duração dos programas foi de 11,5 semanas. Metade dos estudos apresenta programas de 8 semanas, ocorrendo entre 4 a 12 sessões durante o programa.

Quanto à duração das sessões, apenas quatro dos estudos experimentais revistos (Troyer et al., 2008; Talassi et al., 2007; Jean et al., 2010 e Greenaway, Hancnda, Lepore and Smith, 2008) referem a duração das sessões, que variam de 40 a 120 minutos, sendo que a sua média de duração é de 72 minutos. Saliencia-se no entanto que a duração das sessões deve ser adaptada ao tipo de intervenção utilizada e aos objectivos esperados.

Face à revisão da bibliografia realizada, o programa apresentado propõe uma duração de 8 semanas, com a realização de uma sessão de grupo por semana, com a duração de 90 minutos. Esta tipologia gerou controvérsia entre os peritos, distribuindo-se as suas respostas pelos vários níveis de concordância, mas concentrando-se no nível “concordo”, com 19 respostas (65,52%) e no “concordo totalmente”, com 4 respostas (13,79%), perfazendo uma concordância positiva de 79,31% (23 respostas), correspondendo a um consenso moderado. Apesar de se obter uma concordância positiva acima dos 70%, este foi o item do questionário que apresentou respostas mais distribuídas pelos vários níveis de concordância e a única que teve quatro respostas (13,79%) no nível “discordo” e ainda um baixo número de respostas no nível “concordo totalmente”. Tal parece corroborar a dificuldade que existe em determinar qual a duração e qual o número de sessões ideais para este tipo de programas. Assim, cada autor procura ajustar estas características ao tipo de programa, ao tipo de participantes e ao tipo de intervenções a realizar.

Quando questionamos os peritos sobre o que mudariam no programa apresentado, as respostas incidiram sobre a duração e número de sessões que constituem o programa. Propuseram que se aumentasse o tempo de realização do programa para o mínimo de 4 meses e que se realizassem mais sessões de grupo e com uma duração mais curta. Contudo, a duração e o número de sessões propostas neste programa coadunam-se com os dados bibliográficos, embora este seja um ponto de debate entre os diferentes autores.

Outro item com especial discussão é a escolha entre sessões de grupo ou individuais. Na sua revisão sistemática, Simon e Ribeiro (2011) apuraram que dos 15 estudos utilizados, 4 desenvolveram intervenções individuais e 11 intervenções em grupo. Quanto aos cinco estudos experimentais utilizados na revisão da literatura, 3 apresentam programas em grupo

(Kurz, Pohl, Ramsenthaler and Sorg, 2009; Troyer et al., 2008 e Talassi et al., 2007) e 2 de forma individual (Jean et al., 2010 e Greenaway, Hancnda, Lepore and Smith, 2008). Deste modo, na revisão bibliográfica efectuada, a maioria dos estudos apresentam intervenções em grupo, tal como o programa de intervenção na memória para idosos com DCL proposto neste trabalho. Na verdade, tanto os formatos individuais, como os formatos em grupo apresentam vantagens e desvantagens e ambos têm resultados favoráveis; sendo por isso necessário avaliar quais as necessidades dos participantes e quais os objectivos das intervenções para optar pela abordagem mais vantajosa.

O número de elementos que constituem o grupo também gera controvérsia entre os autores, sendo que na revisão sistemática de Simon e Ribeiro (2011), os estudos que realizaram sessões em grupo apresentam um número de participantes que varia entre 1 e 84 elementos. Nos estudos experimentais de Kurz, Pohl, Ramsenthaler and Sorg (2009); Troyer et al. (2008) e Talassi et al. (2007), os grupos experimentais são constituídos por 10, 24 e 30 elementos, respectivamente.

No programa proposto neste trabalho, o grupo de participantes é composto no máximo por 10 elementos, o que gerou alguma divisão no grupo de peritos. As suas respostas distribuem-se entre os níveis “discordo” (13,79%), “nem concordo nem discordo” (13,79%), “concordo” (44,83%) e “concordo totalmente” (27,59%), perfazendo uma concordância positiva de 72,42%, o que corresponde a um consenso moderado. No entanto, os peritos sugerem seleccionar grupos mais reduzidos de participantes.

Um aspecto fundamental para apurar a eficácia e aplicabilidade de um programa de intervenção na cognição, nomeadamente da memória, é a avaliação e a comparação dos resultados obtidos com a avaliação inicial do participante. Em todos os artigos revistos é realizada uma avaliação inicial e outra final dos participantes, sendo utilizadas várias escalas e testes de avaliação.

No programa proposto, a avaliação inicial do idoso faz-se no primeiro contacto com ele e com a sua família/cuidador, que acontece de forma individual e ocorre no mês anterior ao início do programa. Relativamente a este tempo, o grupo de peritos manifestou um consenso forte (93,10%), sendo apontadas 15 respostas (51,72%) no nível “concordo” e 12 respostas no “concordo totalmente” (41,38%). Apenas um perito discorda deste *timing* (3,45%) e outro nem concorda, nem discorda (3,45%).

O primeiro contacto com o participante e a sua família/cuidador é individual para facilitar a avaliação inicial, a apresentação e explicação do programa, a verificação da disponibilidade do participante e do familiar/cuidador para integrem o programa, bem como a assinatura do consentimento informado.

A avaliação inicial dos participantes proposta é realizada através de um questionário que contém a caracterização sócio-demográfica, os antecedentes de saúde, bem como a avaliação cognitiva, através do mini-exame do estado mental, do teste do relógio e da escala de avaliação da demência e a avaliação funcional, através do índice de Lawton e do índice de Barthel. A escolha destas escalas de avaliação reuniu um consenso forte por parte do grupo de peritos (96,55%), sendo apontadas 11 respostas (37,93%) no nível “concordo” e 17 respostas no “concordo totalmente” (58,62%) e apenas um perito discorda desta avaliação (3,45%). Estes resultados e estes constituintes da avaliação vão de encontro aos instrumentos de avaliação utilizados nos estudos experimentais revistos (Kurz, Pohl, Ramsenthaler and Sorg, 2009; Troyer et al., 2008; Talassi et al., 2007; Jean et al., 2010 e Greenaway, Hancnda, Lepore and Smith, 2008), onde é realizada uma avaliação inicial que contempla aspectos da cognição e da funcionalidade do participante. Entre outras escalas de avaliação são utilizados o mini-exame do estado mental em 4 dos 5 estudos; a escala de avaliação da demência em 3 dos 5 estudos; o teste do relógio em 2 deles e a escala de depressão geriátrica em 1 dos 5 estudos, bem como o índice de Kats e o índice de Barthel. Um dos peritos aponta que a avaliação através do mini-exame do estado mental é discutível nos casos de DCL, visto este não ser o instrumento mais válido para avaliar este défice; contudo este teste breve é um dos mais usados na avaliação cognitiva de idosos, servindo para fazer um rastreio inicial do estado mental e avaliando a presença de défices cognitivos e não de demência, sendo por isso muito utilizado nas suspeitas de DCL (Vieira e Koenig, 2002).

A avaliação final é realizada após o final do programa de estimulação da memória, no último contacto com os idosos com DCL e suas famílias/cuidadores, que será de forma individual e ocorrerá na semana seguinte ao fim das sessões, através de marcação de hora com as famílias. Esta avaliação será realizada através dos mesmos instrumentos de avaliação utilizados na avaliação inicial. Relativamente ao *timing* da avaliação final, o grupo de peritos reúne um consenso forte (96,55%), sendo que apenas um perito discorda (3,45%). Quanto à avaliação final dos participantes através do mesmo questionário utilizado na avaliação inicial, como era previsto, os peritos responderam com um consenso forte (100,00%).

Estes resultados vão de encontro aos resultados da revisão da literatura, em que nos estudos experimentais (Kurz, Pohl, Ramsenthaler and Sorg, 2009; Troyer et al., 2008; Talassi et al., 2007; Jean et al., 2010 e Greenaway, Hancnda, Lepore and Smith, 2008) ocorre uma avaliação logo após o final do programa realizado, com os mesmos instrumentos de avaliação utilizados no início. Contudo, estes estudos não especificam qual o *timing* de realização da avaliação final.

O *follow up* consiste numa avaliação mais tardia que se realiza para dar seguimento ao programa, no sentido de avaliar a manutenção ou não no domicílio dos resultados e estratégias implementadas. Os autores Simon e Ribeiro (2011), na sua revisão sistemática verificaram que em 7 dos 15 estudos abordados realizou-se *follow up*, com intervalos de tempo diferentes, variando desde 1 mês até 6 meses após o fim do programa. Nos estudos experimentais contemplados na revisão da literatura, em três deles (Troyer et al., 2008; Jean et al., 2010 e Greenaway, Hancnda, Lepore and Smith, 2008) realizou-se *follow up* de 3 meses, 4 e 8 semanas, respectivamente.

Neste programa propõe-se um *follow up* individual a realizar 3 meses após o fim do programa, por ser o período de tempo que aparece mais vezes citado na bibliografia. Para este item, 16 peritos (55,17%) concordam, 9 (31,03%) concordam totalmente e 4 (13,80%) nem concordam nem discordam. Estes resultados reúnem uma concordância positiva de 86,20%, que se traduz num consenso moderado. Nesta avaliação de seguimento serão novamente utilizados os instrumentos de avaliação que integraram a avaliação inicial e final, sendo que neste item o consenso dos peritos é forte (100,00%), distribuindo-se as respostas pelo “concordo” (13 respostas – 44,83%) e pelo “concordo totalmente” (16 respostas – 55,17%). A ausência de um consenso mais robusto quanto ao *timing do follow up* era esperada, quer pela discussão que este ponto gera nos autores dos diferentes programas, quer pela falta de unanimidade entre eles. Nas sugestões que fazem para o programa, os peritos referem que um follow up mais estreito no tempo seria mais vantajoso.

Para cada uma das oito sessões de grupo com os idosos com DCL foram estabelecidos objectivos específicos. A maior parte dos objectivos estipulados para cada sessão reuniram um consenso forte por parte dos peritos, variando entre 93,11% e 100,00%.

Apenas dois objectivos reuniram um consenso moderado, um deles integra a segunda sessão de grupo e diz respeito ao informar sobre DCL e suas implicações no quotidiano dos utentes. Este ponto reuniu uma concordância positiva de 89,66%, os níveis “concordo” e “concordo totalmente” recolheram 13 respostas cada (44,83%) e os níveis “discordo totalmente”, “discordo” e “nem concordo nem discordo” recolheram uma resposta cada (3,45%). Na revisão sistemática de Simon e Ribeiro (2011), 4 dos 15 estudos contemplados informaram os participantes sobre DCL e sobre as suas implicações no quotidiano, nomeadamente através da entrega de material didáctico. Nos estudos experimentais, dois (Kurz, Pohl, Ramsenthaler and Sorg, 2009 e Jean et al., 2010) contemplam uma vertente informativa na sua organização. Apesar de alguns autores questionarem os benefícios de informar os idosos com DCL sobre a sua situação, tal pode diminuir a ansiedade (Bottino et al., cit. por Camões, Pereira e Gonçalves, [s.d.]) e melhorar a consciencialização sobre a realidade.

No programa proposto procurar-se informar o idoso sobre a sua situação, de uma forma simplificada e promotora da saúde, sem gerar alarmismos ou ansiedade, levando o indivíduo a compreender o que se passa consigo e, ao possibilitar que partilhe a sua experiência e que escute a dos outros, melhore assim a sua consciencialização e perceba que existem mais pessoas com um problema semelhante. Esta perspectiva é compartilhada por Capovilla (cit. por Abreu e Tamai, 2002) que afirma que uma das formas de aplicar o modelo de OSC (Baltes e Baltes cit. por Santos, Moura e Haase, 2008) é através da promoção da consciencialização dos défices e das capacidades remanescentes através de aconselhamento individual ou em grupo.

O outro objectivo que reúne apenas consenso moderado é o relativo a promover a interacção grupal, que se insere na oitava sessão. Este obteve 16 respostas no nível “concordo totalmente” (55,17%), 10 respostas no “concordo” (34,48%), 2 (6,90%) no “nem concordo nem discordo” e 1 (3,45%) no “discordo”, obtendo-se uma concordância positiva de 89,65%. Um dos peritos refere que na oitava sessão o grupo já se conhece e, de alguma forma, já existe uma relação entre os elementos, por isso, este objectivo não faria sentido nesta fase. Contudo, a promoção das relações sociais, nomeadamente das interacções entre os elementos de grupos é uma mais-valia para idosos com DCL, visto que um dos factores que parece contribuir para o desenvolvimento de DCL é o baixo nível de actividade social (Ghetu, Bordelon e Langan, 2010), logo é importante que as abordagens de intervenção na cognição, nomeadamente as de grupo se foquem na interacção social (Abreu e Tamai, 2002), proporcionando um contacto entre pacientes que favoreça as habilidades comunicativas (Santos, Moura e Haase, 2008). Esta estimulação da interacção social deve ser uma constante ao longo dos programas de grupo de intervenção na cognição.

Ao longo das oito sessões de grupo com os idosos com DCL, propõe-se a utilização de várias técnicas de estimulação da cognição, como a técnica de validação, a TR, o treino cognitivo com exercícios de estimulação da memória, como a técnica de associação nome/face, exercícios de mnemónicas, exercícios de repetições de palavras e números e o treino de estratégias de compensação de memória, através de suportes externos e internos. Este programa tem um enfoque particular na memória, visto ser dirigido especialmente para indivíduos com DCL amnésico.

As técnicas e estratégias contempladas ao longo do programa têm como base os seis estudos que integram a revisão da literatura e mais alguns autores que também incorporam o quadro teórico. As referências bibliográficas correspondentes são citadas ao longo das sessões do programa.

De uma forma geral, as estratégias seleccionadas para integrar as diferentes sessões do programa de intervenção na memória reuniram um consenso forte por parte dos peritos, variando entre 93,10% e 100,00%, pelo que, como vão de encontro à bibliografia sobre o tema, não suscitam grandes pontos de discussão. As estratégias que geraram um consenso moderado serão explanadas a seguir.

Uma das actividades que suscitou alguma divisão por parte do grupo de peritos integra a primeira sessão de grupo e depois é relembrada em todas as outras sessões. Esta actividade é realizada no contexto da TR e consiste no seguinte: 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, falando sobre ele. Após esta escolha é distribuída a cada participante uma folha de cartolina da cor que seleccionaram, eles devem recortá-la (ou serem ajudados a recortar) em forma circular e escrever o seu nome no centro. Este passa a ser o marcador identificativo de cada participante e que deve ser colado à sua roupa no início de cada sessão, relembrando o porque da escolha daquela cor (Da-Silva et al., 2011).

Relativamente à escolha das cores e à associação delas com acontecimentos da vida de cada participante, as respostas dos peritos apresentaram um consenso forte de 96,55%. A execução dos marcadores para utilizar nas restantes sessões reuniu apenas um consenso moderado de 89,66%, distribuindo-se as respostas dos peritos pelos níveis “discordo”, com 2 respostas (6,90%); “nem concordo nem discordo”, com 1 resposta (3,45%); “concordo” e “concordo totalmente”, com 13 respostas (44,83%) cada.

A TR é habitualmente utilizada em abordagens de grupo, possibilitando, além da estimulação da memória a longo prazo episódica, a socialização e a interacção no grupo (Da-Silva et al., 2011). No seu estudo, Da-Silva e colaboradores (2011) utilizaram esta estratégia com aventais, que os participantes escolheram pela cor e associaram essa cor a um acontecimento marcante da sua vida. Em todas as sessões, os idosos tinham de colocar o avental “treinando a associação cor/significado, pela evocação de uma reminiscência marcante” (Idem: p.235). Dos 21 idosos que integraram o estudo destes autores, 17 conseguiram memorizar os sinalizadores ao longo das diferentes sessões, pelo que os investigadores concluíram que a associação sistemática de um sinalizador (cor, pintura, dança, jardinagem ou outra temática) a reminiscências permite desenvolver conexões de redes de informação (Idem). Os idosos que participaram neste estudo apresentaram melhoria significativa nos testes cognitivos, nomeadamente nos que avaliavam a memória.

Posto isto, além de ter benefícios comprovados na estimulação da memória a longo prazo episódica, a estratégia de realizar um marcador com o nome dos idosos, associando-lhe uma cor e uma reminiscência tem como propósito promover o conhecimento e a interacção

entre os elementos do grupo e ser uma tarefa divertida, descontraída e apelativa para os idosos realizarem na primeira sessão.

No início de cada uma das restantes sessões que compõem o programa, os participantes são convidados a colocar os marcadores coloridos com o seu nome e a relembrar o porque da escolha daquela cor, associando-lhe a respectiva reminiscência. Esta intervenção de treino da associação cor/significado em cada sessão reuniu um consenso moderado (89,65%) na segunda, quinta e sétima sessões, e um consenso forte (93,10%) na sessões três, quatro, seis e oito. Esta discrepância de consensos do grupo de peritos relativamente à mesma intervenção, mas repetida em sessões diferentes, não parece ter uma justificação especial, podendo mesmo ter sido produzida por algum erro de resposta. No espaço destinado aos comentários dos peritos não houve nenhuma referência a esta intervenção.

Como seria de prever, as intervenções relacionadas com o objectivo informar sobre DCL e suas implicações no quotidiano dos utentes suscitaram dúvidas no grupo de peritos, pelo que serão contempladas nesta discussão de resultados.

Em primeiro lugar, houve controvérsia no grupo de peritos relativamente à tarefa de casa proposta na primeira sessão de grupo, onde se pediu aos participantes que reflectissem sobre as alterações cognitivas que sentem no seu quotidiano e que as escrevessem num papel (ou pedissem a alguém para as escrever) apresentando-as na sessão seguinte. Esta intervenção recolheu 1 resposta no “discordo” (3,45%), 2 no “nem concordo nem discordo”, 13 no “concordo” (44,83%) e 13 no “concordo totalmente” (44,83%), enquadrando-se numa concordância positiva de 89,66% (consenso moderado). O propósito desta intervenção é levar os participantes a reflectir sobre a sua condição e sobre as dificuldades que sentem no quotidiano, promovendo assim a consciencialização e a partilha das dificuldades com os elementos do grupo.

Esta tarefa de casa foi o mote para na sessão seguinte se abordar o tema DCL. Esta também foi uma intervenção polémica para o grupo de peritos que assinalaram uma resposta (3,45%) em cada um dos itens “discordo totalmente”, “discordo” e “nem discordo nem concordo”, 15 respostas (51,72%) no “concordo” e 11 respostas (37,93%) no “concordo totalmente”, perfazendo um consenso moderado de 89,65%. Em 2 dos estudos experimentais (Kurz, Pohl, Ramsenthaler and Sorg, 2009 e Troyer et al., 2008) que integram a revisão da bibliografia é abordado o tema DCL com os participantes.

Kurz, Pohl, Ramsenthaler e Sorg (2009) propõem um programa de reabilitação cognitiva para o DCL com várias componentes, inclusivamente abordam aspectos de educação para a saúde e de informação clínica. Estes autores concluíram que um programa de

reabilitação cognitiva multi-variado acarreta melhorias para as actividades de vida diária, para o humor e para as habilidades cognitivas de pessoas com DCL.

Troyer e colaboradores (2008) propõem um programa de intervenção na memória para indivíduos com DCL, no qual integram aspectos informativos que vão desde a nutrição às estratégias de compensação de memória. O objectivo destes autores era testar a eficácia de um programa de intervenção multidisciplinar em grupo, na mudança do comportamento diário relacionado com a memória, de indivíduos com DCL. Como principais resultados verificaram que os indivíduos do grupo experimental demonstraram melhores conhecimentos e maior utilização das estratégias de memória, tanto no laboratório, como no quotidiano, comparativamente ao grupo controlo. Apesar da mudança de comportamentos ser difícil, nomeadamente na área da saúde, os autores atribuem o sucesso do seu programa “presumivelmente à aproximação teórica que fizeram aos participantes” (Idem: p.83).

Como se constata, dar informação aos participantes pode ser uma mais-valia para a eficácia de um programa de intervenção na cognição, pelo que, o que se pretende no programa proposto neste trabalho é informar sobre o DCL de uma forma simplificada, explicando aos participantes o que se está a passar com eles, desmistificando o problema e explicando a importância dos exercícios de treino da memória e da implementação de estratégias de compensação da memória no dia-a-dia. Com esta vertente orientadora pretende-se aumentar a motivação e a adesão dos participantes através da informação.

Na segunda sessão, as intervenções que sucedem o fornecimento de informação são discutir em grupo quais os sinais que cada participante apresenta e de que forma influenciam o seu quotidiano e a distribuição de material didáctico sobre DCL. Contrariamente ao que se podia esperar, os peritos apresentam um consenso forte de 100,00% e de 96,56%, respectivamente nestas intervenções. Também Kurz, Pohl, Ramsenthaler e Sorg (2009) e TROYER et al. (2008) apresentam intervenções semelhantes nos seus estudos experimentais.

Na revisão sistemática de Simon e Ribeiro (2011), dos 15 estudos revistos, 4 distribuíram material didáctico aos participantes. Sendo que, o material educativo fornecido abordou temas desde o processo normal de envelhecimento até à demência e memória; sendo acompanhado principalmente de estratégias de treino de atenção e memória; mas também de informação sobre estratégias de compensação, técnicas de relaxamento, e incentivo para a aplicação das estratégias em casa.

O estudo experimental de Jean et al. (2010) além do treino cognitivo contemplou uma vertente psicoeducacional, que consistiu em fornecer um “guia de memória”, tanto ao grupo experimental, quanto ao grupo controlo. O guia, realizado exclusivamente para estudo por um dos autores, encontrava-se dividido em seis capítulos, que abordavam os temas de cada sessão: 1) sistemas básicos de memória; 2) a memória; 3) factores que afectam o

funcionamento da memória; 4) DA; 5) estratégias para lidar com os problemas de memória; e, 6) revisão dos capítulos anteriores e um *quiz* com 15 questões. Com estas intervenções, os autores constataram que houve um aumento da satisfação dos participantes com a sua memória e um acréscimo do uso de estratégias de compensação no seu quotidiano.

Neste programa propõe-se um documento informativo para entregar aos participantes e aos familiares/cuidadores, que explica de forma simples e global o que é a memória, o que é o DCL, quais os seus possíveis factores de risco e epidemiologia e quais as possibilidades de intervenção. O principal objectivo ao fornecer este material é informar através de um suporte de fácil leitura e com uma linguagem clara e directa.

Ainda na segunda sessão de grupo, propõe-se como tarefa da casa para os participantes discutir com a família o impacto que os seus défices têm no quotidiano e mostrar o material didáctico fornecido. Também para esta intervenção o consenso obtido pelos peritos foi forte (96,55%). O objectivo desta tarefa é fomentar a discussão e a partilha entre o idoso com DCL e a família/cuidadores.

Face a estes resultados parece que a questão fornecimento ou não de informação é sensível e susceptível a várias opiniões.

A aprendizagem e o treino de estratégias de memória integram vários programas de intervenção na cognição. Na revisão sistemática de Simon e Ribeiro (2011), 10 dos 15 artigos revistos incluíram ensino e treino de estratégias de compensação de memória nos programas. Dos 5 estudos experimentais contemplados na revisão da bibliografia, 4 integram estes conteúdos (Kurz, Pohl, Ramsenthaler and Sorg, 2009; Troyer et al., 2008; Jean et al., 2010 e Greenaway, Hancnda, Lepore and Smith, 2008).

Sendo que o estudo de Greenaway, Hancnda, Lepore and Smith (2008) se centra num meio externo de compensação da memória e teve como objectivo testar a viabilidade desse sistema, ensinando-o a indivíduos com DCL.

Atendendo a que o programa proposto neste trabalho se centra na memória é indiscutível o papel relevante que as estratégias de compensação assumem. Assim, das 8 sessões de grupo propostas, 4 são dedicadas a esta temática (3ª, 4ª, 5ª e 8ª sessões).

Na 3ª sessão faz-se a apresentação de estratégias de compensação para os défices de memória (listas, mnemónicas, agendas, alarmes, diários, etc.) e propõe-se como tarefa de casa discutir as estratégias apresentadas com os familiares. Na 4ª sessão treina-se o uso dos auxiliares internos de memória (mnemónicas e repetição de palavras e números) e a tarefa de casa consiste em treinar as estratégias apreendidas com os familiares. Na 5ª sessão treina-se o uso dos auxiliares externos de memória (listas, diários, agendas), nomeadamente pede-se aos

participantes que façam uma lista de ingredientes para um bolo e que escrevam numa folha de agenda as actividades para o dia seguinte. A tarefa de casa consiste em treinar as estratégias aprendidas com os familiares. Finalmente, na 8ª sessão realiza-se o reforço de algumas estratégias de compensação de memória aprendidas.

Todas estas estratégias reuniram um consenso forte pelo grupo de peritos, variando de 93,10% a 100,00%; à excepção da intervenção “fazer a lista de ingredientes para um bolo”, que reuniu apenas um consenso moderado de 82,76%, apresentando 5 respostas (17,24%) no “nem concordo nem discordo”, 11 respostas (37,93%) no “concordo” e 13 respostas (44,83%) no “concordo totalmente”. Esta estratégia foi proposta no sentido de treinar o uso de listas no quotidiano dos participantes, contudo os peritos referiram que os participantes do sexo masculino poderiam ter mais dificuldade nesta tarefa, não devido ao défice de memória, mas porque não sabem como fazer um bolo, por isso a estratégia deveria ser mais comum aos dois géneros. Esta crítica parece-nos pertinente pelo que esta estratégia poderia ser substituída por “fazer uma lista de compras”, por exemplo. Embora as estratégias utilizadas possam ser adaptadas ao perfil dos elementos dos grupo, é imprescindível que o treino cognitivo, nomeadamente o treino de memória, envolva o treino de estratégias de compensação.

Como vimos no referencial teórico, a intervenção na memória implica o desenvolvimento de habilidades e estratégias específicas, que raramente são utilizadas de forma espontânea, necessitando de treino. O objectivo do treino de estratégias é melhorar o desempenho diário e, com os idosos, não só é necessário treinar essas novas técnicas, mas também demonstrar-lhes que estas trazem resultados positivos para a sua performance, daí a importância da incorporação de sessões de treino de estratégias nos programas de treino de memória.

Além destas intervenções, o programa de intervenção na memória para idosos com DCL contempla ainda estratégias de “associação nome/face” e de leitura/comentário de notícias de jornais, sendo que estas reúnem um consenso forte (100,00%) por parte do grupo de peritos e não suscitaram pontos de discussão.

Relativamente ao conjunto de estratégias propostas neste programa, apesar de concordarem com elas, os peritos acrescentam que as sessões deveriam contemplar exercícios de estimulação das várias áreas cognitivas, apresentando um leque de intervenções mais abrangente, como, por exemplo, incluir estratégias de orientação temporal e espacial e ainda estabelecer os exercícios de estimulação com base nas necessidades específicas do idoso. Contudo, este programa é direccionado para idosos com DCL amnésico, sendo por isso centrado em exercícios de treino de memória e, como se trata de uma modalidade de grupo, os seus elementos têm características e necessidades semelhantes, que não são supridas de

forma individual, mas trabalhadas através da interacção grupal e dos exercícios de estimulação de memória.

Outro aspecto referido por um dos peritos foi que a presença de um psicólogo durante a realização das sessões seria uma mais-valia, pelo conteúdo emocional do programa e pelos exercícios de estimulação a realizar. Contudo o programa proposto pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde com formação na área (enfermeiros de saúde mental e psiquiatria, neurologistas, psiquiatras, psicólogos, entre outros), visto que ao longo do seu percurso académico e profissional cada um destes profissionais tem formação tanto na área do apoio emocional, como na estimulação da cognição, pelo que reúne capacidades e competências suficientes para a aplicação deste tipo de programas. Relativamente aos enfermeiros de saúde mental e psiquiatria, actualmente, tanto nas unidades de internamento psiquiátricas, como nas Unidades de Cuidados na Comunidade a estimulação da cognição do utente com alterações da cognição fica a cargo destes profissionais, que pela proximidade à pessoa, à sua família/cuidadores e ao seu contexto, parecem ser os que reúnem mais conhecimento para executar estas intervenções adaptadas ao real ambiente do indivíduo.

Um aspecto fundamental nos programas de intervenção na cognição é o envolvimento da família/cuidadores. Simon e Ribeiro (2011) na revisão sistemática que realizaram verificaram que 5 dos 15 estudos avaliados envolveram a família/cuidadores, tanto através da realização de um grupo semanal informativo de apoio para familiares ou cuidadores, como incluindo os familiares nos últimos 15 minutos de cada sessão.

No seu estudo experimental, Kurz, Pohl, Ramsenthaler e Sorg (2009) incluíram a família/cuidadores, através de um grupo de apoio que se reunia uma hora por semana. Também Greenaway, Hancnda, Lepore e Smith (2008) incluem a família/cuidadores através do conceito de “parceiros de programa”, que são pessoas familiares ou amigas que têm como função ajudar o utente ao longo do programa e assegurar-se da utilização do sistema auxiliar de memória no domicílio. Talassi et al. (2007) avaliaram a exaustão dos prestadores de cuidados através do inventário de sobrecarga do cuidador, no início e no final do seu estudo, mas não trabalharam directamente com os familiares/cuidadores.

Como vemos, na revisão da literatura não há consenso sobre qual o *timing* e duração ideias para a intervenção junto dos familiares. Neste programa propõe-se a realização de duas sessões para os familiares, com duração de 60 minutos cada, na segunda e sexta semana do programa. Esta proposta reuniu um consenso moderado (79,31%) por parte do grupo de peritos, assinalando 3 respostas (10,34%) no “discordo” e 3 no “nem concordo nem discordo”, 19 respostas (65,52%) no “concordo” e 4 (13,79%) no “concordo totalmente”. Apesar destes

resultados, os peritos consideram que a inclusão dos familiares e a revisão das estratégias implementadas é uma mais-valia; contudo, sugerem a realização de mais sessões para a família/cuidadores de forma a aumentar a sua interacção ao longo do programa. No entanto, atendendo a que os momentos de avaliação (primeiro contacto, contacto final e *follow up*) se realizam na presença da família/cuidadores, existem mais momentos de contacto neste programa além das duas sessões programadas.

Os objectivos propostos para as duas sessões com os familiares/cuidadores reuniram um consenso forte de 96,55% a 100,00% por parte do grupo de peritos. Ao passo que as intervenções sugeridas reuniram um consenso forte de 93,10% a 100,00%.

As intervenções sugeridas passam por abordar o tema DCL, obter o feedback sobre o material didáctico 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, discutir 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.) e incentivar a partilha de sentimentos entre o grupo de familiares.

Para facilitar esta integração familiar no processo de reabilitação é fornecido aos familiares/cuidadores uma lista com estratégias externas e internas de compensação da memória e um quadro de registo semanal, para puderem assinalar e comentar a sua utilização. Sendo que a tarefa de casa proposta para os familiares passa exactamente por executar diariamente uma das estratégias de memória e apontar no quadro de registo. Na segunda sessão, além de se obter o feedback sobre a implementação das estratégias de compensação de memória, realiza-se o reforço das estratégias de compensação da memória e a partilha de experiências.

O envolvimento da família/cuidadores é um factor fundamental para o êxito da intervenção na cognição. Intervenções de suporte para a família/cuidadores tem vários benefícios, entre os quais reduzir sintomatologia psiquiátrica, melhorar a qualidade de vida do familiar e do idoso, alterar a estrutura familiar de forma a fortalecer vínculos e a promover a adaptação ao problema (Santos, Moura e Haase, 2008). Assim, “a associação de intervenções para pacientes e para seus cuidadores é mais promissora que intervenções isoladas (Claire, cit. por Idem: p.26).

Após a discussão de resultados, verifica-se que os itens que suscitam mais discussão são o informar sobre o DCL e a tipologia do programa. As intervenções que reúnem mais consenso são o ensino e treino de estratégias de compensação de memória e a inclusão da família/cuidadores.

De uma maneira geral, o programa apresentado reuniu consenso forte pelos peritos, de tal modo que não foi necessário realizar a segunda ronda do questionário, pois todos os itens abordados apresentaram uma concordância positiva acima dos 70%. Inclusivamente, os peritos referiram que se trata de um programa bem estruturado e com a devida fundamentação científica.

CONCLUSÕES

O envelhecimento humano é um processo individual e dinâmico que compreende um conjunto de alterações, nomeadamente da função cognitiva; contudo existe uma linha muito ténue entre as mudanças esperadas para esta etapa da vida e as alterações de cariz patológico. Sendo que o DCL pode ser compreendido como uma fase de transição entre as alterações cognitivas próprias do envelhecimento e o estágio inicial de uma demência. Como vimos, podemos identificar alguns tipos de DCL, mas este trabalho centra-se no tipo amnésico, cuja principal manifestação é o défice objectivo de memória, para a idade e nível de escolaridade, mantendo-se a pessoa sem outras queixas cognitivas ou funcionais e sem critérios para ser considerado demente.

A estimulação da cognição visa capacitar os indivíduos com DCL e as suas famílias/cuidadores a conviverem com as alterações cognitivas, dotando-os de informação e estratégias capazes de melhorar o seu quotidiano. 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 actividades de vida diária e permite que ele se mantenha autónomo por mais tempo, diminuindo a sobrecarga dos cuidadores e/ou família e facilitando a sua interacção social.

Por isso, a importância do desenvolvimento e implementação de programas de intervenção na cognição para indivíduos com DCL, adaptados às necessidades e à realidade dos idosos e das suas famílias/cuidadores, no contexto português.

O programa foi construído através da compilação das intervenções mais comuns nos programas encontrados na revisão da bibliografia. Trata-se de um programa de treino cognitivo, nomeadamente de treino de memória, com uma abordagem teórica e prática, multifactorial (indivíduo/família/interacção social), cujo principal objectivo é estimular a memória de idosos com DCL e capacitar o utente e a sua família/cuidadores com conhecimentos e estratégias que permitam treinar a memória no quotidiano e potenciar a autonomia.

O programa apresentado propõe a realização de 8 sessões em grupo, realizando-se uma sessão por semana durante 8 semanas, com duração de 90 minutos cada. Realizam-se ainda duas sessões em grupo para a família/cuidadores destes idosos, na segunda e sexta

semana do programa, com duração de 60 minutos cada. Propõem-se ainda três momentos de avaliação individuais (idoso e família/cuidadores), no início, no final e três meses após o fim do programa. Estas propostas foram validadas pelo grupo de peritos, que apesar de demonstrarem concordância positiva e consenso moderado nestes itens, sugerem que se aumente o tempo de realização do programa para o mínimo de 4 semanas e que se realize mais sessões de grupo e com uma duração mais curta. Assim, como também sugerem um maior número de sessões para os familiares. Quanto aos procedimentos que são propostos para desenvolver em cada sessão, reúnem na sua grande maioria consenso forte pelo grupo de peritos, sendo que as intervenções que suscitaram maior discussão foram as relacionadas com o informar sobre DCL e as intervenções que reúnem mais consenso são relativas ao ensino e treino de estratégias de compensação de memória.

O programa de intervenção na memória resultante deste estudo apresenta vantagens para a prática clínica dos profissionais que trabalham com idosos com DCL e que se encontram em diferentes contextos, como os lares, a geriatria, a psiquiatria, mas principalmente na comunidade, ou seja, sob a vigilância dos cuidados de saúde primários:

- É um programa centrado na pessoa e no seu contexto familiar, que potencia a autonomia e a adaptação do indivíduo à sua nova condição.
- Pode ser aplicado em diferentes contextos, como no domicílio, em cuidados de saúde primários ou em cuidados de saúde diferenciados.
- Reúne estratégias e intervenções de vários programas e de diferentes autores.
- Pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde com formação na área.
- Pode servir como linha orientadora para o desenvolvimento de outros estudos.
- Promove o envolvimento da família/cuidadores.
- É um programa simples e de fácil aplicação, independentemente dos meios disponíveis.
- É um programa económico, que não necessita de meios dispendiosos para ser aplicado.
- Algumas das estratégias que integram o programa podem ser adaptadas ao contexto em que são aplicadas (por exemplo, as fotografias mostradas para a associação nome/face e as notícias de jornal utilizadas).
- Por ser pouco rígido pode ser adaptado ao contexto e aos participantes.
- É o primeiro programa do género (que se conheça) proposto por uma enfermeira de saúde mental e psiquiatria.

Após a elaboração deste estudo destacam-se alguns pontos de interesse que deveriam ser continuados em outros estudos, tais como: 1) desenvolver programas focalizados noutras

áreas da cognição; 2) desenvolver estudos mais focalizados nos prestadores de cuidados destes idosos; 3) avaliar os resultados deste programa quando aplicado no contexto prático.

Apesar de existirem vários profissionais de saúde com formação na área da estimulação da cognição; o enfermeiro, nomeadamente o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, tem um papel privilegiado para implementar este tipo de programas, principalmente os que exercem funções nos cuidados de saúde primários, porque têm competências específicas para a sua implementação, pela proximidade e pelo conhecimento que detém sobre o idoso, a família e o contexto.

BIBLIOGRAFIA

“A AVALIAÇÃO do Desenvolvimento Socioeconómico, Manual Técnico II: Métodos e Técnicas. A Análise da Informação: Inquéritos Delphi”. [Em linha]. [s.l.]: [s.n], [s.d.]. p. 1 a 5. [Consult. em 04.01.2012]. Disponível em: WWW:< www.observatorio.pt/download.php?id=215>.

“A PREVALÊNCIA DA DEMÊNCIA”. [Em linha]. [s.l.]: ALZHEIMER PORTUGAL, [s.d.]. [Consult. em 02.05.2012]. Disponível em: WWW:< <http://www.alzheimerportugal.org/scid/webAZprt/defaultCategoryViewOne.asp?categoryID=898>>.

“DEMÊNCIA”. [Em linha]. Paraná: Clínica Psiquiátrica de Londrina, 2012. [Consult. em 02.05.2012]. Disponível em: WWW:< http://www.psiquiatrianet.com.br/trans_organicos/demencia.htm>.

“ENVELHECIMENTO Populacional e as Políticas Públicas para a População Idosa”. [Em linha]. [s.n.]: Rio de Janeiro, [s.d.]. p.14 a 38. [Consult. em 20.04.2012]. Disponível em: WWW:< http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/0410376_07_cap_02.pdf>.

“LIDAR COM A DOENÇA DE ALZHEIMER” – Guias Práticos. Lisboa: Deco Proteste Editores, 2009. ISBN 978-989-8045-37-9. 230p.

“QUESTIONÁRIO DELPHI”. [Em linha]. Braga: Universidade do Minho, [s.d.]. [Consultado em 04.05.2012]. Disponível em WWW:<URL: http://www3.dsi.uminho.pt/gavea/delphi/ver_informacao_login.htm>.

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

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – “DSM-IV- R – Manual de Diagnóstico e Estatística das perturbações mentais”. 4.ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2002.

ARAÚJO, F.; RIBEIRO, J. L. P.; OLIVEIRA, A. e PINTO, C. – “Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados”. [Em linha]. Revista Qualidade de vida. Vol. 25, N.2. [s.l.]: Julho/Dezembro, 2007. 59 a 66p. [Consultado em 04.05.2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2007-2> >.

ÁVILA e MIOTTO – “Reabilitação neuropsicológica de déficits de memória em pacientes com demência de Alzheimer”. [Em linha]. Revista de Psiquiatria Clínica. São Paulo: [s.n.], 2002. [Consultado a 03.05.2012]. p.190-196. Disponível em WWW:<URL: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol29/n4/pdf/190.pdf>>.

BOTTINO, C. et. al. – “Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: relato de trabalho em equipa multidisciplinar”. [Em linha]. [s.l.]: Arquivo de Neuropsiquiatria. Nº 60 (1), 2002. p.70-79. [Consultado em 30.03.2012]. Disponível em: WWW:< <http://www.scielo.br/pdf/%0D/anp/v60n1/8234.pdf>>.

BUÑUEL, L. – “Frases de Luis Buñuel”. [Em linha]. [s.l.]: [s.n.], [s.d.]. [Consult. em 04.01.2012]. Disponível em: WWW:< <http://www.frasesfamosas.com.br/de/luis-bunuel.html>>.

CAMARA et al. – “Reabilitação Cognitiva das Demências”. [Em linha]. Revista Brasileira de Neurologia. Vol. 45. Nº1. [s.n.]: [s.l.], jan-mar 2009. p. 25 a 33. [Consultado a 24.05.2012]. Disponível em: WWW:< <http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2009/v45n1/a003.pdf>>.

CAMÕES, C.; PEREIRA, F. e GONÇALVES, A. – “Reabilitação na Doença de Alzheimer”. [Em linha]. [s.n.]: [s.l.], [s.d.]. p.1 a 19. [Consultado a 24.05.2012]. Disponível em: WWW:< <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0244.pdf>>.

CANCELA, D. – “O Processo de Envelhecimento”. [Em linha]. [s.n.]: [s.l.], 2007. p. 1 a 15. . [Consult. em 20.04.2012]. Disponível em: WWW: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>>.

CHARCHAT-FICHMAN, H.; CARAMELLI, P.; SAMESHIMA, K. e NITRINI, R. –“Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento”. [Em linha]. Revista Brasileira de Psiquiatria. 27(12). [s.n.]: Brasil, 2005. p. 79 a 82. [Consult. em 14.04.2012]. Disponível em: WWW:< <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n1/23718.pdf>>.

CÍCERO – “Frases sobre memória”. [Em linha]. [s.l.]: [s.n.], [s.d.]. [Consult. em 04.01.2012]. Disponível em: WWW:< http://pensador.uol.com.br/perda_de_memoria/>.

CLAIRE, L. e WOODS, R. – “Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer’s disease: A review” [Em linha]. *Neuropsychological Rehabilitation*. 14 (4). Wales: [s.n.], 2004. p. 385 a 401. Consult. em 04.01.2012]. Disponível em: WWW:<<http://scottsdale.brainadvantage.com/PDF/clare%20and%20woods%202004%20neuro%20reh%20ab.pdf>>.

CONFÚCIO – “Frases sobre conhecimento”. [Em linha]. [s.l.]: [s.n.], [s.d.]. [Consult. em 3.06.2012]. Disponível em: WWW:<http://pensador.uol.com.br/frases_ou_pensamentos_de_estimulo_ao_conhecimento/>.

CONSELHO PEDAGÓGICO DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO – *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2007.

CUNHA, L. et al. – “Recomendações terapêuticas para o tratamento da demência”. Sintra: Novartis, 2009. 108p.

CUNHA, Luísa Margarida Antunes – “Modelos Rasch e Escalas de Likert e Thurstone na medição de atitudes”. [Em linha]. Mestrado em Probabilidades e Estatística. Lisboa: UNIVERSIDADE DE LISBOA, FACULDADE DE CIÊNCIAS, Departamento de Estatística e Investigação Operacional, 2007. Disponível em: WWW:<http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1229/1/18914_ULFC072532_TM.pdf>.

CUNHA, U. – “Depressão e demência: diagnóstico diferencial”. In: FREITAS, E.V. et al. – “Tratado de geriatria e gerontologia”. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2002. p. 165 a 167.

DA-SILVA, et al. – “Programa de reabilitação neuropsicológica da memória aplicada á demência: um estudo não controlado intrasujeitos” [Em linha]. *Estudos de Psicologia*. 28 (2). Campinas: [s.n.], Abril-Junho 2011. p. 229 a 240. [Consult. em 04.01.2012]. Disponível em: WWW:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2011000200010&script=sci_arttext>.

FERREIRA, Norma Sandra de Almeida – “As pesquisas denominadas «estado da arte»”. [Em linha]. Educação & Sociedade, ano XXIII, nº 79. [s.n.]: [s.l.], Agosto de 2002. p.257-272. [Consult. em 21.01.2012]. Disponível em: WWW:<<http://www.scielo.br/pdf/es/v23n79/10857.pdf>>.

FREITAS, E.V. et al. –“Tratado de geriatria e gerontologia”. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2002. 1187p.

GHETU, M.V.; BORDELON, P.C. e LANGAN, R.C. –“Diagnosis and Treatment of Mild Cognitive Impairment”. [Em linha]. Clinical Geriatrics. [s.n.]: [s.l.], Abril 2010. p.30 a 36. . Disponível em: WWW:< <http://www.clinicalgeriatrics.com/node/3612>>.

GONÇALVES, D.C.; ALBUQUERQUE, P.B e MARTIN, I. – “Reminiscências enquanto ferramenta de trabalho com idosos: vantagens e limitações”. [Em linha]. Análise Psicológica. [s.l.]: [s.n.], 2008. [Consult. em 07.07.2011]. Disponível em WWW:<[URL:http://www.googleacadémico.com](http://www.googleacadémico.com)>.

GONZAGA, L.; PAIS, J. e NUNES, B. – “Demências e memória”. In: NUNES, Belinda – “Memória_ Funcionamento, perturbações e treino”. Porto: Lidel, 2008. p. 225 a 256. ISBN 978-972-757-513-8.

GREENAWAY, Melanie C.; HANCNDA, Sherrie M.; LEPORE, Susan W. and SMITH, Glencnd E. – “A Behavioral Rehabilitation Intervention for Amnesic Mild Cognitive Impairment”. [Em linha]. American Journal of Alzheimer’s Disease & Other Dementias. Volume 2. Nº 5. [s.n.]: [s.l.], Oct./Nov. 2008. p.450-461. Disponível em: WWW:<<http://aja.sagepub.com/content/23/5/451>>.

HARRISON P., GEDDES, J. e SHARPE, M. – *Guia prático Climepsi de Psiquiatria*. Lisboa: Climepsi Editores, 2006. ISBN 972-796-237-8. 403p.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA – “Censos 2011 resultados provisórios”. [Em linha]. [s.n.]: Portugal, 2011. p. 1 a 4. [Consult. em 14.04.2012]. Disponível em: WWW:<http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=129675729&DESTAQUESmodo=2>.

JEAN, Leónie; et al. – “Efficacy of a cognitive training programme for mild cognitive impairment: Results of a randomized controlled study”. [Em linha]. *Psychology press* 20 (3).

[s.n.]: [s.l.], 2010. p. 377-405. [Consult. em 19.10.2011]. Disponível em: WWW:<
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&hid=122&sid=de37bfff-96c4-44ec-a0b5-710098faed92%40sessionmgr12>>.

JUSTO, Cipriano – “A Técnica de Delphi de Formação de Consensos”. [Em linha]. [s.l.]: Observatório Português dos Sistemas de Saúde”, 2005. p. 1 a 10. [Consult. em 04.01.2012]. Disponível em: WWW:< <http://www.observaport.org/node/162>>.

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>>.

MAROCO, J. e BISPO, R. – “Estatística Aplicada às Ciências Humanas”. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. 358p. ISBN 972-796-065-0.

MARQUES-TEIXEIRA, J. – “Consensos Psiquiátricos – Manual Prático Para Clínicos Gerais”. Linda-a-velha: VVE Editores, 2007. ISBN 978-972-8652-48-7. 301P.

NUNES, Belinda – “Memória_ Funcionamento, perturbações e treino”. Porto: Lidel, 2008. 340p. ISBN 978-972-757-513-8.

OLIVEIRA, A.A., et al. – “Memória: Cognição e Comportamento”. [Em linha]. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. 302p. [Consult. em 24.05.2012]. Disponível em WWW:< <http://books.google.pt>>.

OLIVEIRA, A.T.M. –“Estudo de caso de um indivíduo idoso demenciado”. [Em linha]. Porto: Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 2008. 89p.

PAIS, J. – “As Dificuldades de Memória do Idoso”. In: NUNES, Belinda – “Memória_ Funcionamento, perturbações e treino”. Porto: Lidel, 2008 a). p. 153 a 169. ISBN 978-972-757-513-8.

PAIS, J. – “Intervenção cognitiva na demência”. NUNES, Belinda – “Memória_ Funcionamento, perturbações e treino”. Porto: Lidel, 2008 b). p. 311 a 317. ISBN 978-972-757-513-8.

PAIS, J.; CRUZ, V. e NUNES, B – “Como funciona a memória”. In: NUNES, Belinda – “Memória_ Funcionamento, perturbações e treino”. Porto: Lidel, 2008. p. 3 a 16. ISBN 978-972-757-513-8.

PETERSEN, R.C. – “Mild cognitive impairment as a diagnostic entity”. [Em linha]. Journal of Internal Medicine. Nº256. Blackwell Publishing Ltd: [s.l.], 2004. p.183 a 194. [Consult. em 04.01.2012]. Disponível em: WWW:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15324362>>.

PHIPPS, W.; SANDS, J. e MAREK, J. – “Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica”. Volume I. Loures: Lusociência, 2003. 653p. ISBN 972-8383-65-7.

RABELO, Doris Firmino – “Comprometimento cognitivo leve em idosos: avaliação, factores associados e possibilidades de intervenção”. [Em linha]. Revista Kairós Gerontologia. V.12. [s.n.]: São Paulo, Nov. 2009. p.65-79. [Consult. em 04.04.2012]. Disponível em: WWW:< <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/4414>>.

REGULAMENTO nº129/2011 – “Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental”. [Em linha]. D.R. 2.ª série. N.º 35 (18 de Fevereiro de 2011), p.8669-8673. [Consultado a 22.07.2012]. Disponível em WWW:< http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20129_2011_CompetenciasEspecifEnfSMental.pdf>.

SAINT-BEUVE, C. – “Frases de Charles Saint-Beuve”. [Em linha]. [s.l.]: [s.n.], [s.d.]. [Consult. em 04.01.2012]. Disponível em: WWW:< http://pensador.uol.com.br/autor/charles_saint_beuve/>

SANTOS, A.; MOURA, S. e HAASE, V. – “Recomendações para reabilitação neuropsicológica aplicada à demência”. [Em linha]. Mosaico: estudos em psicologia. Vol. II. Nº1. Belo Horizonte: [s.n.], 2008. p.17 a 33. [Consultado a 23.05.2012]. Disponível em: WWW:<www.fafich.ufmg.br/mosaico>.

SANTOS, C.; PIMENTA, C. e NOBRE, M. – “A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências”. [Em linha]. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 15(3). [s.l.]: [s.n.], Maio-Junho, 2007. [Consultado a 03.05.2012]. Disponível em WWW:<URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf>.

SANTOS, L.D. e AMARAL, L.A.M – “Estudos Delphi com Q-Sort sobre a web – A sua utilização em Sistemas de Informação”. [Em linha]. Braga: Universidade do Minho, 2004. p. 1 a 13. [Consult.

em 04.01.2012]. Disponível em: [WWW:http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/2280/1/ArtigoCAPSI2004Delphi.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/2280/1/ArtigoCAPSI2004Delphi.pdf).

SARAMAGO, José – “Frases sobre memória”. [Em linha]. [s.l.]: [s.n.], [s.d.]. [Consult. em 04.01.2012]. Disponível em: WWW:< http://pensador.uol.com.br/perda_de_memoria/>.

SEQUEIRA, Carlos – “Cuidar de Idosos Dependentes: diagnósticos e intervenções”. 1ª Edição. Coimbra: Editora Quarteto, 2007. 311p. ISBN 978-989-558-092-7.

SEQUEIRA, Carlos – “Introdução à Prática Clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica”. Coimbra: Quarteto, 2006. ISBN 989-558-083-5. 234p.

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> >.

TALASSI, E. et. al. – “Effectiveness of a cognitive rehabilitation program in mild dementia and mild cognitive impairment: a case control study”. [Em linha]. Archives of gerontology and geriatrics. [s.n.]: Italy, 2007. p.391-199. [Consult. em 04.01.2012]. Disponível em: WWW:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17317481>>.

TROYER, A. et. al. – “Changing everyday memory behaviour in amnesic mild cognitive impairment: A randomised controlled trial”. [Em linha]. Neuropsychological Rehabilitation. 18. [s.l.]: Psychology Press, 2008. p.65-88. [Consult. em 04.01.2012]. Disponível em: WWW:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17943615>>.

UOL NOTÍCIAS – “Casos de demência podem dobrar em 2030, segundo a OMS”. [Em linha]. [s.l.]: [s.n.], Abril de 2012. [Consult. em 30.04.2012]. Disponível em: WWW:<<http://noticias.uol.com.br/ciencia/ultimas-noticias/afp/2012/04/11/casos-de-demencia-podem-dobrar-em-2030-segundo-oms.htm>>.

VIEIRA, B.E e KOENIG, A.M. – “Avaliação cognitiva”. In: FREITAS, E.V. et al. –“Tratado de geriatria e gerontologia”. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2002. p.921 a 928.

APÊNDICES

**APÊNDICE 1 - PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NA MEMÓRIA PARA IDOSOS COM DÉFICE
COGNITIVO LIGEIRO**

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NA MEMÓRIA PARA IDOSOS COM DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO (DCL)

Sessão	Objectivos	Procedimentos	Material necessário
<p><u>1º Contacto (individual)</u> – participante e familiar) - 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 sócio-demográfica 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 sócio-demográfica e de avaliação cognitiva e funcional. • Documento de consentimento livre e informado (ver apêndice 1.1).
<p>Sessão</p> <p><u>Sessão 1 (em grupo)</u> – 1ª SEMANA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o conhecimento e a interacção 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 et al., 2011). • Pedir a cada utente que fale sobre esse acontecimento da sua vida (Da-Silva et al., 2011). • Distribuir a cada participante uma folha de cartolina da cor que escolheram, eles devem recortá-la (ou serem ajudados a 	<ul style="list-style-type: none"> • Cartolina de diferentes cores, • Tesoura, • Canetas, • Fita-cola de dupla face.

		<p>recortar) em forma circular e escrever o seu 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 et al., 2011).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tarefa de casa: reflectir sobre as alterações cognitivas que sentem no seu quotidiano, 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 et al., 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, Pohl, Ramsenthaler and Sorg, 2009 e Troyer et al., 2008). • Discutir em grupo quais os sinais que cada um apresenta e de que forma influenciam o seu quotidiano (Kurz, Pohl, Ramsenthaler and Sorg, 2009 e Troyer et al., 2008). • Distribuição de material didáctico sobre DCL (Kurz, Pohl, Ramsenthaler and Sorg, 2009 e Troyer et al., 2008). • Tarefa de casa: discutir com a família os efeitos dos sinais e sintomas que apresentam no seu quotidiano e mostrar o 	<ul style="list-style-type: none"> • Suporte informativo sobre o DCL (ver apêndice 1.2.).

		<p>material didático fornecido.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais. 	
Sessão	Objectivos	Procedimentos	Material necessário
<p>Sessão 1 para os familiares - 2ª SEMANA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre o DCL e suas implicações no quotidiano dos utentes. • Perceber a perspectiva 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. 	<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 et al., 2008 e Kurz, Pohl, Ramsenthaler and Sorg, 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 et al., 2008 e Kurz, Pohl, Ramsenthaler and Sorg, 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	Objectivos	Procedimentos	
<p>Sessão 3 (em grupo) – 3ª SEMANA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a memória a longo prazo episódica. • Informar sobre as 	<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, et al., 2011). • Avaliação da tarefa de casa: aferir qual a opinião dos familiares sobre as alterações de memória 	

	<p>estratégias que podem ser utilizadas no quotidiano para lidar com os problemas de memória.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a aceitação do DCL por parte dos utentes. 	<p>dos utentes e quais os principais problemas que provocam.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 et al., 2008). • Tarefa de casa: discutir as estratégias apresentadas com os familiares. • Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais. 	
Sessão	Objectivos	Procedimentos	Material necessário
<p>Sessão 4 (em grupo) – 4ª SEMANA</p>	<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, relembando porque cada um escolheu aquela cor (Da-Silva et al., 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	Objectivos	Procedimentos	Material necessário
<p>Sessão 5 (em grupo) – 5ª SEMANA</p>	<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, relembando porque cada um escolheu aquela cor (Da-Silva et al., 2011). • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Folha de agenda para o dia seguinte.

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Escrever numa folha de agenda, as actividades para o dia seguinte. (Greenaway, Hanna, Lepore and Smith, 2008) • Tarefa de casa: treinar as estratégias aprendidas com os familiares. • Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais. 	
Sessão	Objectivos	Procedimentos	Material necessário
<u>Sessão 6 (em grupo) – 6ª SEMANA</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a memória. • Promover a interacção 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 et al., 2011). • Avaliação da tarefa de casa: qual a opinião da família sobre as estratégias compensatórias e como pretendem utiliza-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 et al., 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	Objectivos	Procedimentos	
<u>Sessão 2 para os familiares – 6ª SEMANA</u>	<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. 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Partilha de experiências. • Agendamento do follow-up dos utentes. • Cumprimentos finais. 	
Sessão	Objectivos	Procedimentos	Material necessário
Sessão 7 (em grupo) – 7ª SEMANA	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a orientação temporal. • Estimular a memória. • Promover a interacção 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 et al., 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 et al., cit. 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	Objectivos	Procedimentos	
Sessão 8 (em grupo) – 8ª SEMANA	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a memória. • Promover a interacção 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 et al., 2011). • Reforço de algumas estratégias de compensação de memória aprendidas. • Tarefa de casa: pedir aos familiares que venham com eles à última sessão, que será individual. • Cumprimentos finais entre o grupo. 	
Sessão	Objectivos	Procedimentos	Material necessário
Contacto Final (individual)	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a evolução funcional 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação final dos utentes, através do mesmo questionário 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário de

<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"> e cognitiva de cada utente. Avaliar o feedback sobre o programa de estimulação cognitiva. 	<ul style="list-style-type: none"> 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"> caracterização sócio-demográfica e de avaliação cognitiva e funcional.
Sessão	Objectivos	Procedimentos	Material necessário
Followup (individual) (3 meses após o fim do programa)	<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 followup, se necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> Questionário de caracterização sócio-demográfica e de avaliação cognitiva e funcional.

Referências bibliográficas utilizadas:

- ✓ DA-SILVA, Sérgio Leme; PEREIRA, Danilo Assis; VELOSO, Fabrício; SATLER, Corina Elizabeth; ARANTES, Adriana e GUIMARÃES, Renato Maia – “Programa de reabilitação neuropsicológica da memória aplicada à demência: um estudo não controlado intrasujeitos”. [Em Linha]. *Estudos de Psicologia*28(2). [s.n.]: Campinas, Abril-Junho, 2011. p.229-240. [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+um+estudo+n%C3%A3o+controlado+intrasujeitos1&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:pt-PT:official&client=firefox-a>>.
- ✓ GEHRING, K.; AARONSON, NK; TAPHOORN, MJB e SITSKOORN, MM – “A description of a cognitive rehabilitation programme evaluated in brain tumour patients with mild to moderate cognitive deficits”. [Em linha]. *ClinicalRehabilitation*25(8). [s.n.]: [s.l.], [s.d.]. p.675-692. [Consult. em 19.10.2011]. Disponível em: WWW:<<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&hid=119&sid=de37bfff-96c4-44ec-a0b5-710098faed92%40sessionmgr12>>.

- ✓ GREENAWAY, Melanie C.; HANNA, Sherrie M.; LEPORE, Susan W. and SMITH, Glenn E. – “A Behavioral Rehabilitation Intervention for Amnesic Mild Cognitive Impairment”. [Emlinha]. American Journal of Alzheimer’s Disease & Other Dementias. Volume 2. Nº 5. [s.n.]: [s.l.], Oct./Nov. 2008. p.450-461. Disponível em: WWW:<<http://aja.sagepub.com/content/23/5/451>>.

- ✓ JEAN, Leónie; et al. – “Efficacy of a cognitive training programme for mild cognitive impairment: Results of a randomized controlled study”. [Em linha]. *Psychologypress* 20 (3). [s.n.]: [s.l.], 2010. p. 377-405. [Consult. em 19.10.2011]. Disponível em: WWW:<<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&hid=122&sid=de37bfff-96c4-44ec-a0b5-710098faed92%40sessionmgr12>>.

- ✓ JEAN, Leónie; SIMARD, Martine; WIEDERKEHR, Sandra; BERGERON, Marie-Éve; TURGEON, Yves; HUDON, Carol; TREMBLAY, Isabelle e VAN REEKUM, Robert – “Efficacy of a cognitive training programme for mild cognitive impairment: Results of a randomized controlled study”. [Em linha]. *Psychologypress* 20 (3). [s.n.]: [s.l.], 2010. p. 377-405. [Consult. em 19.10.2011]. Disponível em: WWW:<<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&hid=122&sid=de37bfff-96c4-44ec-a0b5-710098faed92%40sessionmgr12>>.

- ✓ KURZ, A.; POHL, C.; RAMSENTHALER and SORG, C. – “Cognitive rehabilitation in patients with mild cognitive impairment”. [Emlinha]. 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.

- ✓ 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”. [Emlinha]. Neuropsychological Rehabilitation. 18. Psychology Press: [s.l.], 2008. p.65-88. [Consult. em 04.01.2012]. Disponível em: WWW:<<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&hid=21&sid=52da4fa1-bdd9-48c6-ae82-477ab8fcfd3f%40sessionmgr113>>.

Apêndice 1.1. - Documento de Consentimento Livre e Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

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

DESIGNAÇÃO DO ESTUDO: Programa de Intervenção na memória 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 objectivos do programa; a duração e organização das sessões que compõem o programa; o local e datas de realização das sessões; o tipo de actividades 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 programa 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:

Apêndice 1.2. - Suporte Informativo Sobre o Déficit Cognitivo Ligeiro

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)

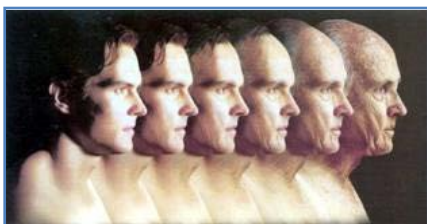
Existem vários tipos de memória:

- **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 Défice 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 Défice 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 objectivo, 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 actividades de vida diárias.
 - A pessoa não tem sinais/sintomas de demência.

(Petersen, 2004)

Factores de Risco e Epidemiologia:

Existem alguns factores 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 actividade 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), enquanto pessoas saudáveis evoluem entre 1 a 2% ao ano. A maioria dos indivíduos com DCL desenvolve demência em 3 a 6 anos (Troyeret al., 2008).

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 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 factores de risco e uma abordagem cognitiva, através de reabilitação neuropsicológica.

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

proporcionando melhora significativa na qualidade de vida” (Nomura cit. por Simon e Ribeiro, 2011: p.95).

A estimulação cognitiva envolve aspectos 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 actividades 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 interacção 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.L.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”. [Emlinha]. *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”. [Emlinha]. *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/pdfviewer?vid=11&hid=21&sid=52da4fa1-bdd9-48c6-ae82-477ab8fcd3f9%40sessionmgr113>>

Apêndice 1.3. - Lista de Estratégias e Quadro de Registo Semanal

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

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

Estratégias de compensação de memória

No quotidiano do seu familiar é possível ajudá-lo a estimular e treinar a memória, através de estratégias de compensação, que o ajudem a organizar a informação a reter e as tarefas a desenvolver.

Para que estas estratégias funcionem é necessário que as actividades diárias do seu familiar também sejam organizadas e sigam um plano regular.

Existem dois tipos de auxiliares de memória:

Os auxiliares internos (que compreendem as estratégias criadas internamente por cada um):

- Utilização de mnemónicas (associar as coisas a serem decoradas a frases, imagens, cores, etc.)
- Repetição de palavras ou números de forma a decorá-los (p.ex. decorar o número de telefone de casa)

Os auxiliares externos (são agentes do meio envolvente que facilitam a recordação):

- Organização da informação através de listas (de compras, de coisas a fazer, de ingredientes para fazer um prato, etc.)
- Utilização de ajudas externas de memória (agendas, alarmes de telemóvel, diários, post-its, sinalizadores, etc.)

(Pais; Cruz e Nunes, 2008)

Bibliografia:

PAIS, Joana; CRUZ, VitorTedim e NUNES, Belinda – “Estratégias para melhorar o funcionamento da memória”. In: “Memória_Funcionamento, Perturbações e Treino”. Porto: Lidel, 2008. 340p. ISBN 978-972-757-513-8.

APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO ELECTRÓNICO ENVIADO AO GRUPO DE PERITOS

PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA PARA IDOSOS COM DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO (DCL)

O presente questionário insere-se no trabalho de dissertação de mestrado de Lia Sousa (enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria; enfermeira no serviço de neurologia adultos do Centro Hospitalar de São João, EPE), realizado na âmbito do Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, tendo como orientador o Prof. Doutor Carlos Cruz Sequeira.

O presente questionário faz parte de um estudo tipo Delphi, onde se pretende desenvolver um programa de estimulação da memória para idosos com DCL, através do recurso a um painel de peritos na área.

Os critérios utilizados para a escolha dos peritos foram: experiência profissional, de pelo menos 2 anos, com idosos com défice cognitivo e formação na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Neurologia, Psiquiatria ou Psicologia.

Na parte inicial do questionário, colocam-se algumas questões relativas à caracterização sócio-demográfica e profissional dos peritos.

A segunda parte do questionário inicia-se com algumas questões abertas sobre o tema e, de seguida, propõe-se um programa de estimulação da memória para idosos com DCL resultante de uma revisão sistemática da literatura subordinada ao tema, que incidiu em 20 estudos. As intervenções contempladas são as mais comuns aos programas abordados na revisão da bibliografia, sendo utilizadas em, pelo menos, 50% dos casos. Os autores utilizados são citados ao longo do programa.

O principal objectivo deste 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.

Este programa poderá aplicar-se a indivíduos que consintam integrar o projecto e que obedeçam aos seguintes critérios de inclusão:

- Idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos;
- Idosos com DCL (critérios de Petersen et. al, 2001);
- Idosos sem diagnóstico clínico de depressão associado ou outra patologia de foro mental.

A duração do programa será de 8 semanas, sendo realizada uma sessão em grupo por semana para os utentes, com duração de 1,5 horas e duas sessões para os familiares, na segunda e sexta semanas, com duração de 1 hora cada. Os grupos de participantes serão constituídos no máximo por 10 elementos.

Existirá uma sessão individual de avaliação inicial, uma sessão individual de avaliação final e uma sessão individual de follow up, 3 meses após o fim do programa.

Ao longo do programa será fornecido material de apoio aos idosos com DCL e às suas famílias/cuidadores.

Este programa poderá ser aplicado por profissionais de saúde com formação na área da estimulação cognitiva.

Após esta breve explanação, segue-se a apresentação do programa proposto, sendo que para cada sessão se apresentam os objectivos e as estratégias estabelecidas, seguidas de uma escala tipo Likert para que o nível de concordância possa ser assinalado.

Pretende-se assim que responda a este questionário, ficando salvaguardado que as suas respostas serão absolutamente confidenciais.

Desde já grata pela colaboração e partilha de apreciações.

Aguardo resposta, se possível até dia 31 de Maio de 2012.

Cumprimentos.

Lia Sousa
*Obrigatório

Parte 1_ Caracterização sócio-demográfica dos peritos

Género *

- Feminino
 Masculino

Idade *

Idade ***Estado civil ***

- Solteiro(a)
 Casado(a)
 Viúvo(a)
 União de facto
 Outra:

Área de Formação Profissional *

- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
 Neurologia
 Psiquiatria
 Psicologia

Anos de Experiência com Idosos com Défice Cognitivo *

- 2 a 5 anos
 6 a 10 anos
 11 a 15 anos
 Mais de 15 anos

Área de Actuação Profissional *

- Cuidados de Saúde Primários
 Cuidados de Saúde Diferenciados
 Outra:

Área Geográfica Onde Trabalha *

- Região Norte
 Região Centro
 Região Sul
 Arquipélago dos Açores
 Arquipélago da Madeira
 Outra:

A sua participação neste questionário é voluntária? *

- Sim
 Não

Parte 2_ Programa de Estimulação da Memória para Idosos com DCL

Na sua opinião, quais os critérios obrigatórios que um programa de estimulação cognitiva para idosos com DCL deve incluir?

Na sua perspectiva, qual a importância dos programas de estimulação cognitiva para idosos

Na sua perspectiva, qual a importância dos programas de estimulação cognitiva para idosos com DCL?

2.1_ Apreciação do Programa Proposto

De seguida propõe-se um programa de estimulação cognitiva para idosos com DCL, relativamente a cada pergunta assinale o seu grau de concordância.

O programa proposto tem a duração de 8 semanas (1 sessão de grupo por semana, com duração de 1,5 horas). *

1. Discordo totalmente 2. Discordo 3. Nem concordo nem discordo 4. Concordo 5. Concordo totalmente

Opção

Serão realizadas 2 sessões para os familiares, com duração de 1 hora cada, na segunda e sexta semanas do programa. *

1. Discordo totalmente 2. Discordo 3. Nem concordo nem discordo 4. Concordo 5. Concordo totalmente

Opção

O grupo de participantes será constituído, no máximo, por 10 elementos. *

1. Discordo totalmente 2. Discordo 3. Nem concordo nem discordo 4. Concordo 5. Concordo totalmente

Opção

[Continuar »](#)

Tecnologia do [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Termos adicionais](#)

PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA PARA IDOSOS COM DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO (DCL)

*Obrigatório

1º Contacto com os idosos com DCL e suas famílias/cuidadores

O 1º contacto com o participante e com o seu familiar/cuidador será individual e ocorrerá no mês anterior ao início do programa. *

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Nem concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Opção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Os objectivos do 1º contacto são: *

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Nem concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Estabelecer o primeiro contacto com o participante e família/cuidador.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar a cognição e funcionalidade dos utentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apresentar o programa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Os procedimentos a realizar no 1º contacto são: *

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Nem concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Apresentação dos participantes e investigadores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apresentação do programa de estimulação cognitiva.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verificação da disponibilidade do participante e do familiar/cuidador para integrarem o programa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliação inicial e caracterização dos participantes, através de um questionário que contém a caracterização sócio-demográfica 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).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assinatura do consentimento livre e informado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agendamento da primeira sessão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Nem concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Apresentação dos participantes e investigadores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apresentação do programa de estimulação cognitiva.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verificação da disponibilidade do participante e do familiar/cuidador para integrarem o programa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliação inicial e caracterização dos participantes, através de um questionário que contém a caracterização sócio-demográfica 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).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assinatura do consentimento livre e informado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agendamento da primeira sessão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1ª Sessão de grupo com os idosos com DCL

A realizar na 1ª semana do programa.

Os objectivos da 1ª sessão são: *

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Nem concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Promover o conhecimento e a interacção entre os elementos do grupo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estimular a memória a longo prazo episódica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Os procedimentos a realizar na 1ª sessão são: *

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Nem concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Cumprimentos iniciais e apresentação do grupo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

vida (DA-SILVA, Sérgio Leme, et. al., 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 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, relembrando o porque da escolha daquela cor (DA-SILVA, Sérgio Leme, et. al., 2011).

Tarefa de casa: reflectir sobre as alterações cognitivas que sentem no seu quotidiano, escrevê-las num papel (ou pedir a alguém que as escreva) e trazer para a próxima sessão.

Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.

2ª Sessão de grupo com os idosos com DCL

A realizar na 2ª semana do programa.

Os objectivos da 2ª sessão são: *

1. Discordo totalmente 2. Discordo 3. Nem concordo nem discordo 4. Concordo 5. Concordo totalmente

Estimular a memória a longo prazo episódica.

Informar sobre o DCL e suas implicações no quotidiano dos utentes.

Os procedimentos a realizar na 2ª sessão são: *

1. Discordo totalmente 2. Discordo 3. Nem concordo nem discordo 4. Concordo 5. Concordo totalmente

Cumprimentos iniciais e colocação dos círculos coloridos com o nome de cada participante, relembrando porque cada um escolheu aquela cor (DA-SILVA, Sérgio Leme, et. al., 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

<p>Discutir em grupo quais os sinais que cada um apresenta e de que forma influenciam o seu quotidiano (KURZ, A.; POHL, C.; RAMSENTHALER and SORG, C., 2009 e TROYER, A. et. al., 2008).</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Distribuição de material didáctico sobre DCL (KURZ, A.; POHL, C.; RAMSENTHALER and SORG, C., 2009 e TROYER, A. et. al., 2008).</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Tarefa de casa: discutir com a família os efeitos dos sinais e sintomas que apresentam no seu quotidiano e mostrar o material didáctico fornecido.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1ª Sessão de grupo com os familiares/cuidadores

A realizar na 2ª semana do programa.

Os objectivos da 1ª sessão com os familiares/cuidadores são: *

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Nem concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo totalmente
<p>Informar sobre o DCL e suas implicações no quotidiano dos utentes.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Perceber a perspectiva dos familiares sobre o DCL.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Informar sobre as estratégias compensatórias de memória que podem ser utilizadas no quotidiano.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Incentivar a utilização diária das estratégias compensatórias de memória.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Os procedimentos a realizar na 1ª sessão com os familiares/cuidadores são: *

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Nem concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo totalmente
<p>Apresentação do grupo e cumprimentos iniciais.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Abordar o tema défice cognitivo ligeiro.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Obter o feedback sobre o material didáctico que os seus familiares levaram</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

apresentam e de que forma influenciam o quotidiano da família.	-	-	-	-	-
Informar sobre estilos de vida e gestão do regime terapêutico (TROYER, A. et. al., 2008 e KURZ, A.; POHL, C.; RAMSENTHALER and SORG, C, 2009).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discussão sobre como os défices de memória interferem no dia-a-dia dos seus familiares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apresentação de estratégias de compensação para os défices de memória (listas, mnemónicas, agendas, alarmes, diários, etc.) (TROYER, A. et. al., 2008 e KURZ, A.; POHL, C.; RAMSENTHALER and SORG, C, 2009).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar a partilha de sentimentos entre o grupo de familiares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarefa de casa para os familiares: executar diariamente uma das estratégias de memória e registar no quadro de registo fornecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3ª Sessão de grupo com os idosos com DCL

A realizar na 3ª semana do programa.

Os objectivos da 3ª sessão são: *

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Nem concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Estimular a memória a longo prazo episódica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informar sobre as estratégias que podem ser utilizadas no quotidiano para lidar com os problemas de memória.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a aceitação do DCL por parte dos utentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Os procedimentos a realizar na 3ª sessão são: *

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Nem concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Cumprimentos iniciais e colocação dos círculos coloridos com o nome de cada participante, relembrando porque cada um escolheu aquela cor (DA-SILVA, Sérgio Leme et al	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

memória dos utentes e quais os principais problemas que provocam.					
Discussão sobre como os défices de memória interferem no seu dia-a-dia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apresentação de estratégias de compensação para os défices de memória (listas, mnemónicas, agendas, alarmes, diários, etc.) (TROYER, A. et. al., 2008).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarefa de casa: discutir as estratégias apresentadas com os familiares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4ª Sessão de grupo com os idosos com DCL

A realizar na 4ª semana do programa.

Os objectivos da 4ª sessão são: *

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Nem concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Estimular a memória a longo prazo episódica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treinar as estratégias de compensação de memória.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Os procedimentos a realizar na 4ª sessão são: *

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Nem concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Cumprimentos iniciais e colocação dos círculos coloridos com o nome de cada participante, relembrando porque cada um escolheu aquela cor (DA-SILVA, Sérgio Leme, et. al., 2011).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obter o feedback sobre a tarefa de casa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treinar o uso dos auxiliares internos de memória (mnemónicas e repetição de palavras e números) (NUNES, 2008).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarefa de casa: treinar as estratégias apreendidas com os familiares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5ª Sessão de grupo com os idosos com DCL

A realizar na 5ª semana do programa.

Os objectivos da 5ª sessão são: *

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Nem concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Estimular a memória a longo prazo episódica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treinar as estratégias de compensação de memória.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Os procedimentos a realizar na 5ª sessão são: *

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Nem concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Cumprimentos iniciais e colocação dos círculos coloridos com o nome de cada participante, lembrando porque cada um escolheu aquela cor (DA-SILVA, Sérgio Leme, et. al., 2011).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obter o feedback sobre a tarefa de casa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treinar o uso dos auxiliares externos de memória (listas, diários, agendas) (NUNES, 2008).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazer a lista de ingredientes para um bolo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escrever numa folha de agenda, as actividades para o dia seguinte. (GREENAWAY, Melanie C.; HANNA, Sherrie M.; LEPORE, Susan W. and SMITH, Glenn E., 2008).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarefa de casa: treinar as estratégias aprendidas com os familiares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6ª Sessão de grupo com os idosos com DCL

A realizar na 6ª semana do programa.

Os objectivos da 6ª sessão são: *

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Nem concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Estimular a memória.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a interacção grupal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Os procedimentos a realizar na 6ª sessão são: *

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Nem concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Cumprimentos iniciais e colocação dos círculos coloridos com o nome de cada participante, relembrando porque cada um escolheu aquela cor (DA-SILVA, Sérgio Leme, et. al., 2011).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliação da tarefa de casa: qual a opinião da família sobre as estratégias compensatórias e como pretendem utilizá-las.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Associar fotografias de 10 figuras históricas/públicas (fotografias com o mesmo tamanho) ao nome e relembrar algo que tenham feito: qual o nome desta pessoa? Qual a sua profissão? Recorde algo que esta pessoa tenha feito? (JEAN, Leónie; et al., 2010).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarefa de casa: trazer 1 notícia/artigo recente de jornal ou revista para a próxima sessão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2ª Sessão de grupo com os familiares/cuidadores

A realizar na 6ª semana do programa.

Os objectivos da 2ª sessão com os familiares/cuidadores são: *

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Nem concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Esclarecer dúvidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rever estratégias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Os procedimentos a realizar na 2ª sessão com os familiares/cuidadores são: *

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Nem concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo totalmente
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

sobre a implementação das estratégias de compensação de memória.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reforço de estratégias de compensação da memória.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Partilha de experiências.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agendamento do follow-up dos utentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprimentos finais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7ª Sessão de grupo com os idosos com DCL

A realizar na 7ª semana do programa.

Os objectivos da 7ª sessão são: *

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Nem concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Promover a orientação temporal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estimular a memória.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a interacção grupal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Os procedimentos a realizar na 7ª sessão são: *

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Nem concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Cumprimentos iniciais e colocação dos círculos coloridos com o nome de cada participante, lembrando porque cada um escolheu aquela cor (DA-SILVA, Sérgio Leme, et. al., 2011).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliação da tarefa de casa: pedir a cada utente para falar sobre a notícia/artigo que trouxe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leitura de 2 notícias de jornais/revistas da semana (WENISCH et. al., cit. por SIMON e RIBEIRO, 2011).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realização de algumas perguntas sobre o que foi lido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evocação de acontecimentos sociais marcantes de que os utentes se lembrem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8ª Sessão de grupo com os idosos com DCL

A realizar na 8ª semana do programa.

Os objectivos da 8ª sessão são: *

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Nem concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Estimular a memória.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a interacção grupal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Os procedimentos a realizar na 8ª sessão são: *

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Nem concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Cumprimentos iniciais e colocação dos círculos coloridos com o nome de cada participante, relembrando porque cada um escolheu aquela cor (DA-SILVA, Sérgio Leme, et. al., 2011).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reforço de algumas estratégias de compensação de memória aprendidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarefa de casa: pedir aos familiares que venham com eles à última sessão, que será individual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprimentos finais entre o grupo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Contacto final com os idosos com DCL e suas famílias/cuidadores

O último contacto com os idosos com DCL e suas famílias/cuidadores será individual e ocorrerá na semana seguinte ao fim do programa, através de marcação de hora individualmente com as famílias. *

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Nem concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Opção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Os objectivos do contacto final são: *

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Nem concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Avaliar a evolução funcional e cognitiva de cada utente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar o feedback sobre o programa de estimulação cognitiva.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Os procedimentos a realizar no contacto final são: *

3. Nem

mesmo questionário utilizado na avaliação inicial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verificação da opinião dos utentes e família sobre o programa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reforço da importância de continuar com as estratégias de estimulação cognitiva no domicílio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orientação para o follow-up.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprimentos finais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Follow up

A realizar 3 meses após o fim do programa.

O follow up será individual e será realizado 3 meses após o fim do programa. *

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Nem concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Opção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Os objectivos do follow up são: *

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Nem concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Avaliar a evolução funcional e cognitiva de cada utente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar a manutenção do utente no domicílio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Os procedimentos a realizar no follow up são: *

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Nem concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Avaliação dos utentes, através do mesmo questionário utilizado nas outras avaliações.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verificação das estratégias de estimulação que a família tem utilizado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esclarecimento de dúvidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marcação de nova consulta de follow up, se necessário.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.2_ Sugestões

O que modificaria neste programa?

2.3_ Comentários

Deseja tecer algum comentário ao programa?

O questionário terminou. Obrigado pela sua participação!

« Anterior

Enviar

Tecnologia do [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Termos adicionais](#)