

Impacto de um Programa de Treino Cognitivo em Idosos Institucionalizados

Catarina Alexandra Neves Nunes

Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Reabilitação

Orientado por: Professora Doutora Ana Galvão e Professora Doutora Maria José Gomes

Bragança, julho 2017

Impacto de um Programa de Treino Cognitivo em Idosos Institucionalizados

Catarina Alexandra Neves Nunes

Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Reabilitação

Orientado por: Professora Doutora Ana Galvão e Professora Doutora Maria José Gomes

Bragança, julho 2017

RESUMO

O crescente aumento da população idosa é um dos principais fenómenos mundiais que tem preocupado a sociedade uma vez que o processo do envelhecimento pode implicar um desequilíbrio biopsicossocial. O declínio cognitivo e as alterações psicossociais estão intimamente relacionados com o aparecimento de síndromes demenciais com prejuízo na autonomia e independência do idoso, o que constitui fatores de risco para a institucionalização.

Assim sendo, é importante não só prevenir a deterioração física e funcional como também as perdas a nível cognitivo e psicológico.

A literatura sugere que programas de treino de estimulação cognitiva possuem um efeito positivo no desempenho cognitivo do idoso, na diminuição da sintomatologia depressiva e na melhoria ou manutenção da sua funcionalidade.

Objetivou-se neste estudo implementar um treino de estimulação cognitiva, em idosos institucionalizados, sem perturbações neurocognitivas e observar o seu impacto na amostra constituída. Trata-se de um estudo descritivo, longitudinal de carácter quantitativo, utilizando quatro instrumentos de avaliação, um deles, o Mini Exame do Estado Mental de Folstein e McHugh (1975), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e colaboradores (1994), o Teste do Desenho do Relógio de Shulman (1986), a Escala de Depressão Geriátrica de Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey e Rose (1982) e o Índice de Barthel, originalmente desenvolvido por Mahoney e Barthel (1965).

A amostra é constituída por 10 idosos, institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Vinhais, aos quais foram aplicados os referidos testes antes e após a implementação de um treino cognitivo com a duração de 6 semanas, em 12 sessões de uma hora e trinta minutos cada uma.

Verificaram-se evidências estatísticas que nos permitem afirmar, a um nível de significância de 0,05, que as médias do total dos testes aplicados refletem melhoria no perfil cognitivo dos idosos e na diminuição de sintomatologia depressiva. Ao nível da funcionalidade não foram verificadas alterações nos dois momentos de avaliação.

Os resultados demonstraram que a implementação de um treino de estimulação cognitiva contribui para preservação e melhoria dos domínios cognitivos dos idosos, diminuindo a sintomatologia depressiva e manutenção da sua funcionalidade.

Palavras-chave: Envelhecimento, institucionalização, treino cognitivo.

ABSTRACT

The growing increase in the elderly population is one of the major worldwide phenomena that has worried society since the aging process may imply a biopsychosocial imbalance. Cognitive decline and psychosocial changes are closely related to the onset of dementia syndromes with impairment in the autonomy and independence of the elderly, which constitute risk factors for institutionalization.

Therefore, it is important not only to prevent physical and functional deterioration, but also to reduce cognitive and psychological losses.

The literature suggests that cognitive stimulation programs or training have a positive effect on the cognitive performance of the elderly, the reduction of depressive symptomatology and the improvement or maintenance of their functionality.

The objective of this study was to implement a training of cognitive stimulation in institutionalized elderly without neurocognitive disturbs and to verify its impact on the constituted sample.

This is a descriptive, longitudinal study of a quantitative nature, using four evaluation instruments, one of them the Mini Mental State Examination from Folstein e McHugh (1975), translated and adapted for the Portuguese population by Guerreiro et al. (1994), the Shulman Clock Drawing Test (1986), the Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey and Rose (1982) Geriatric Depression Scale And the Barthel Index, originally developed by Mahoney and Barthel (1965).

The sample consisted of 10 elderly individuals, institutionalized in the Santa Casa da Misericórdia de Vinhais, who were submitted to the tests before and after the implementation of a 6-week cognitive training with 12 sessions, lasting one hour and thirty minutes each.

Statistical evidence was verified to affirm that, at a significance level of 0.05, the means of the total tests applied reflect an improvement in the cognitive profile of the elderly and a decrease in depressive symptomatology. At the functionality level, there were no changes in the two moments of evaluation.

The results, similar to other similar investigations, demonstrated that the implementation of a training of cognitive stimulation contributes to the preservation and improvement of the cognitive domains of the elderly, reducing the depressive symptomatology and maintaining its functionality.

Key words: Aging, institutionalization, cognitive training.

AGRADECIMENTOS

Tornar este trabalho uma realidade foi possível devido à cooperação de diversas pessoas, a quem agradeço profundamente.

À minha família, em especial à minha mãe e ao meu marido, pelo apoio e, em especial à minha filha, que tolerou a minha indisponibilidade.

À Professora Doutora Maria José Gomes e à Professora Doutora Ana Galvão pela orientação científica, incentivo, disponibilidade e pela amabilidade com que sempre me presentearam.

A toda a equipa do Lar de Idosos da Santa Casa de Misericórdia de Vinhais, em particular às amigas Fisioterapeuta Marlene, Enfermeira Anabela, Enfermeira Carla e Animadora Sociocultural Tânia, pela disponibilização dos recursos para a sua realização.

A todos os idosos que voluntariamente participaram nesta investigação, que permitiram que a sua contribuição se transformasse em resultados e em conhecimento, e que simultaneamente tiveram a generosidade de partilhar comigo o seu tempo e parte das suas experiências de vida, o que também foi pessoalmente muito enriquecedor.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

% - Percentagem

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVD - Atividades da Vida Diária

DCL - Défice Cognitivo Ligeiro

DP - Desvio-Padrão

EAD - Escala de avaliação de demência.

EDG - Escala de Depressão Geriátrica

ILSA - Italian Longitudinal Study on Aging

INE - Instituto Nacional de Estatística

MEEM - Mini Exame do Estado Mental

N - Frequência absoluta

OMS - Organização Mundial de Saúde

RAM - Região Autónoma da Madeira.

SPSS - Statistical Package for Social Science

TDR - Teste do Desenho do Relógio

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	14
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	17
1.1. O envelhecimento	17
1.2. Funcionalidade.....	21
1.3. Depressão geriátrica.....	22
1.4. Desempenho cognitivo no idoso.....	24
1.5. Programa de treino cognitivo no idoso.....	28
1.6. O papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na instituição de apoio a idosos.....	31
PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	34
1.1. Questão de investigação e objetivos do estudo.....	34
1.2. Tipo de estudo.....	35
1.3. Procedimentos éticos	36
1.4. Procedimentos metodológicos	36
1.5. Amostragem.....	37
1.6. Variáveis	37
1.7. Instrumentos de colheita de dados	38
1.8. Programa de treino cognitivo.....	42
2. Apresentação e análise dos Resultados	46
3. Discussão dos Resultados.....	55
CONCLUSÃO.....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS.....	73
ANEXO I – CONSENTIMENTO INFORMADO	74
ANEXO II – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO	76
ANEXO III – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DEMÊNCIA.....	78
ANEXO IV – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	89
ANEXO V – PLANEAMENTO DAS SESSÕES DE TREINO COGNITIVO.....	99

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Pontuação na escala de avaliação da demência.	46
Tabela 2. Distribuição da amostra de acordo com a caracterização sociodemográfica e resultados da escala de avaliação da demência.	47
Tabela 3. Distribuição dos resultados obtidos no MEEM em relação à escolaridade.	48
Tabela 4. Resultados das subescalas do MEEM.	49
Tabela 5. Caracterização da amostra relativamente ao perfil cognitivo, funcional e níveis de sintomatologia depressiva.	50
Tabela 6. Resultados dos testes da normalidade da amostra.	51
Tabela 7. Resultados da aplicação do teste paramétrico <i>t-student</i> .	52
Tabela 8. Teste de Postos Assinados por Wilcoxon.	53
Tabela 9. Resultados da aplicação do teste de posto Assinados por Wilcoxon.	54

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Processo de seleção dos estudos de investigação.

43

INTRODUÇÃO

O crescente aumento da população idosa é um dos principais fenômenos mundiais que tem preocupado a sociedade uma vez que, com o processo do envelhecimento, surgem alterações físicas, psíquicas e sociais que se repercutem negativamente no equilíbrio biopsicossocial. O declínio cognitivo e as alterações psicossociais estão intimamente relacionados com o aparecimento de síndromes demenciais com prejuízo na autonomia e independência do idoso.

A capacidade funcional e o envelhecimento saudável são resultantes da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica (Gonçalves, 2010). O processo de envelhecer saudável (senescência) preserva as funções cognitivas, pessoais e de relação do indivíduo, podendo ser bem-sucedido ou com prejuízos, porém com capacidade de melhorar as perdas funcionais. Já a senilidade, ocorre quando há danos ou prejuízos em maior intensidade, com deficiências funcionais marcantes, podendo existir mudanças no sistema nervoso, levando ao déficit cognitivo com prejuízo nas realizações de atividades cotidianas (Neto, 2006, citado por Mello, Haddad e Dellaroza, 2012). O aparecimento de queixas relacionadas a distúrbios de memória também é comum, entre outras alterações das funções corticais superiores, podendo estar relacionadas com diversas etiologias, de caráter fisiológico ou neuropsicológicos.

Assim, para além da diminuição das capacidades físicas, outro dos aspetos mais focado na literatura sobre o envelhecimento é relativo à perda das capacidades cognitivas (Paúl, 1997 citado por Gonçalves, 2010). A autonomia e independência do idoso diminuem com o declínio cognitivo.

Desta forma, devido à crescente dependência das atividades de vida diária, surge a necessidade de institucionalização do idoso. O papel das instituições de apoio a idosos deve destacar-se pelo estímulo dos paradigmas de um envelhecimento ativo, procurando melhorar a qualidade de vida global do idoso, quando a sua condição física, psicológica e/ou social torna inevitável a sua institucionalização. Neste âmbito, a manutenção da saúde cognitiva tem uma importância fundamental na prevenção do compromisso cognitivo e no atraso da instalação do quadro demencial, da dependência e da incapacidade do idoso para se auto cuidar. Para além disso, nos idosos com declínio cognitivo, a estimulação cognitiva pode representar uma potencial e promissora intervenção para a redução de sintomas depressivos. Os programas de treino cognitivo

diminuem a sintomatologia depressiva, com ganhos significativos também ao nível da autoconfiança e sentimentos de adequação (Wang, Hsu e Cheng, 2005).

A investigação em Portugal sobre o impacto da estimulação cognitiva na prevenção do declínio cognitivo é escassa, no entanto já alguns investigadores têm trabalhado neste campo (Gonçalves, 2012). Daí que se torne relevante a crescente implementação de programas de treino cognitivo em idosos, por forma a comprovar o efeito da estimulação e reabilitação das capacidades cognitivas destes na funcionalidade, associada às atividades de vida diárias, e minimização de sentimentos depressivos.

Também pelo fato de ter trabalhado vários anos em instituições de apoio a idosos e de sentir empatia pelas suas necessidades particulares, decidi contribuir com mais estudos nesta área, expectando destacar ainda mais esta problemática.

Deste modo, o presente estudo pretende responder à pergunta:

- Qual o impacto de um programa de treino cognitivo em idosos institucionalizados?

Este estudo foi realizado na Santa Casa de Misericórdia de Vinhais, com idosos sem diagnóstico de demência ou com défice cognitivo ligeiro. Tratando-se de um estudo quase-experimental, do tipo quantitativo e longitudinal.

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes.

A primeira parte refere-se ao enquadramento teórico que permitiu dar suporte à investigação realizada. Para tal, no primeiro ponto, é abordado o processo de envelhecimento humano, nas suas diversas dimensões, isto é biológica, psicológica e social, e também os aspetos relacionados com o envelhecimento demográfico. Num segundo ponto é definido o conceito de funcionalidade e as alterações relacionadas com o envelhecimento. Num terceiro ponto faz-se referência à prevalência da depressão na população idosa (depressão geriátrica). No quarto ponto, enquadra-se o desempenho cognitivo, nomeadamente é definido o conceito de cognição e o seu potencial declínio com a idade crescente, clarificando ainda o conceito de défice cognitivo ligeiro. Num quinto ponto abordam-se as evidências à plasticidade cerebral. E por último, descreve-se as características presentes em programas de treino cognitivo e a evidência dos seus benefícios.

Na segunda parte, o enquadramento metodológico, são definidos os objetivos de estudo, é clarificado o tipo de estudo, os procedimentos seguidos (éticos e metodológicos), a constituição da amostra e variáveis, os instrumentos de recolha de dados e a justificação para o tipo de programa de treino cognitivo instituído.

Por último apresentam-se os resultados e a sua discussão e, com base nestes, sistematizam-se as conclusões e as sugestões consideradas pertinentes.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1.O envelhecimento

Na atualidade, o processo de envelhecimento tem sido um tema de grande preocupação (Kalache, 2008). A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2000) e a Comissão da União Europeia (2002) consideram de grande importância todas as medidas, políticas e práticas, que contribuam para um envelhecimento saudável. Desta forma, a sociedade está a mudar comportamentos e atitudes, a formar profissionais de saúde e de outras áreas envolvidos na intervenção social e a adaptar os serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento. Diversas áreas têm cooperado para a qualidade de vida dos idosos. Por exemplo, a medicina tem trabalhado na prevenção das doenças, retardando o seu aparecimento ou diminuindo a sua gravidade (Ferrinho et al., 2001; Helman, 2005 citados por Gonçalves, 2012) e a psicologia no desenvolvimento das funções cognitivas e sociabilização, entre outras áreas (Paúl e Fonseca, 2005).

O processo de envelhecimento tem sofrido, não somente mudanças conceituais ao longo do tempo, e de acordo com o contexto social e cultural, mas também mudanças de carácter demográfico. O envelhecimento demográfico é um fenómeno mundial progressivo. Portugal, tal como a grande maioria dos países desenvolvidos, também apresenta uma população envelhecida, onde o duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, se agravou na última década (Neves, 2014).

A acompanhar esta tendência, inclui-se o concelho de Vinhais, onde o índice de envelhecimento aumentou na última década, sendo dos concelhos do território nacional onde este é mais elevado. Para além disso, também o índice de dependência de idosos aumentou cerca de 21% na última década (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

O conceito de envelhecimento tornou-se, assim, um importante objeto de estudo, não só pelo conhecimento da sua génese e de estratégias que o atenuem a nível individual, mas também pelas consequências socioeconómicas que acarreta a nível demográfico, com impacto nas orientações de políticas sociais e de sustentabilidade (Neves, 2014). Sendo assim, o envelhecimento demográfico é definido como o aumento da proporção de

peessoas idosas na população total e o envelhecimento individual está relacionado com a longevidade de cada indivíduo.

O envelhecimento compreende um processo contínuo que, se inicia no momento do nascimento e é parte integrante do desenvolvimento humano, enquanto a velhice corresponde à última etapa da vida. Apesar de, vulgarmente, ser a idade cronológica que marca a velhice (o INE (2011) considera a população idosa todas as pessoas com 65 ou mais anos), a forma como cada indivíduo a vivência é influenciada por vários fatores, uma vez que o processo de envelhecimento humano contempla várias teorias. Estas podem ser de carácter biológico e psicossocial. No entanto, nenhuma deve ser considerada completa, mas sim complementares. A variabilidade dos fatores influenciadores interagem com a componente genética de cada indivíduo, podendo condicionar diferentes processos de envelhecimento (Organização Mundial de Saúde, 1998; Oliveira, Oliveira, Arantes e Alencar, 2010).

Portanto, quando se fala em envelhecimento humano, deve-se em primeiro lugar efetuar a distinção entre o que é a consequência desse processo e aquilo que é secundário, causado por processos patológicos desta faixa etária (Sequeira, 2010). Desta distinção surgem os conceitos de senescência e senilidade. Assim, o processo de envelhecimento biológico, ou senescência, resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, o processo de envelhecimento social remete-se aos papéis sociais e às expectativas da sociedade para esta faixa etária, e o envelhecimento psicológico é definido pela capacidade de autorregulação do indivíduo na tomada de decisões e escolhas, adaptando-se ao processo de envelhecimento e senescência (Schroots e Birren, 1980 citados por Paúl, 2005). Ou seja, o conceito de senescência deriva do conjunto de alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que ocorrem em consequência do processo de envelhecimento, enquanto o termo senilidade é entendido como um conjunto de modificações determinadas pelas afeções que as pessoas idosas apresentam (Birren e Zarit, 1985, citados por Carneiro, 2016).

Spar e La Rue (2005) designam a senescência como envelhecimento primário e a senilidade como o envelhecimento secundário, sendo o envelhecimento primário caracterizado pelas mudanças corporais da idade e o envelhecimento secundário pelas mudanças que ocorrem com maior frequência, mas que não têm necessariamente que estar presentes. O envelhecimento primário parece estar relacionado com a longevidade máxima do ser humano e o envelhecimento secundário com as diferenças entre

indivíduos. Na prática, pode tornar-se difícil a diferenciação, devido à mútua interação (Sequeira, 2010).

Por isso, o critério da idade deixou de constituir um indicador rigoroso para o início da velhice, privilegiando-se a existência de múltiplas idades passíveis de transição entre a idade adulta e a velhice. Contudo, a sua utilização permite aglutinar um grupo de pessoas com características comuns sem oferecer contestação, em geral (Paúl, 2005).

Fonseca (2010) define o envelhecimento como um período do ciclo de vida em que a generalidade das características pessoais (biológicas, psicológicas e sociais) muda de uma forma relacionada entre si, orientando-se progressivamente para a construção de uma imagem de si mesmo como idoso. Instigando, portanto, uma sequência de mudanças, nomeadamente no cérebro, que transforma o comportamento e a qualidade de vida do idoso.

No entanto, o envelhecimento deve ser pensado numa perspetiva positiva, centrado nas características da pessoa que envelhece e nas medidas preventivas de controlo e redução das perdas, e não apenas nos efeitos negativos da velhice (Fonseca, 2005). O êxito no envelhecimento depende, então, da interação entre as características genéticas do indivíduo e as condições ambientais alteráveis. Sendo que a saúde não é a única condição de um envelhecimento bem-sucedido, mas condiciona as competências da pessoa idosa e a sua qualidade de vida. Segundo Paúl (2005), a perda de competências do idoso deve-se a uma diminuição das capacidades do indivíduo, a um aumento das exigências do meio, ou à combinação de ambos. Estas perdas podem comprometer a saúde e autonomia do idoso, contribuindo para o aumento da sua vulnerabilidade. Considera-se, ainda, que existem limites impostos pela idade para a adaptação e plasticidade comportamental, resultando num aumento progressivo das perdas e uma consequente diminuição dos ganhos (Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto e Fonseca, 2006). Contudo, o processo geral de adaptação do indivíduo ao longo da sua vida traduz-se por mecanismos de adaptação interativos que procuram sempre a maximização dos ganhos e a minimização das perdas. Tal como é defendido por Baltes e Baltes, (1990) citado por Neri (2006), através do modelo de seleção, otimização e compensação.

No entanto, a participação ativa do idoso tende a diminuir com o envelhecimento, devido às alterações sofridas a vários níveis nesta fase da sua vida e os papéis a desempenhar também revelam uma tendência progressiva para diminuir. Relativamente à sua participação social, os idosos revelam tendência para participar em redes sociais

mais restritas, pois ao longo do ciclo vital estas vão sofrendo alterações em função do contexto familiar, do trabalho, da participação na comunidade, entre outros, e diminuição dos contatos intersociais (Sequeira, 2010). Neste sentido, há que incentivar o idoso a manter o seu potencial, pois só assim este poderá empreender todos os esforços para aumentar o seu poder de decisão sobre os diferentes aspetos da sua vida, promovendo a adoção de estilos de vida compatíveis com os ideais de um envelhecimento ativo.

Para a OMS (2002), citada por Ribeiro e Paúl (2011), o Envelhecimento Ativo é definido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. O conceito de envelhecimento ativo é muito abrangente e tem como base, não apenas a capacidade de estar fisicamente ativo, mas também a capacidade de participar continuamente em aspetos sociais, económicos, culturais, espirituais e civis (OMS, 2002, citado por Jacob e Fernandes, 2011).

A literatura diz-nos que o envelhecimento a nível psicológico presencia alterações, sobretudo, no desempenho cognitivo, afetivo e social (Aversi-Ferreira, Rodrigues e Paiva, 2008; Berger, 1995 citados por Gonçalves, 2012). Os idosos demonstram, especialmente, dificuldades em adaptar-se a novos papéis, a novas situações e a mudanças rápidas; gerir as perdas afetivas e sociais; preservar o humor; manter um estado psíquico normal, tendem a presenciar alterações psíquicas, tais como: hipocondria, paranóia e pensamento suicida); têm baixa auto-estima e diminuição da auto-imagem (Zimerman, 2000, citado por Gonçalves, 2012).

A motivação interna do idoso, também, tem tendência a diminuir. O idoso quando está consciente, em geral, aumenta a sua preocupação com a diminuição das suas capacidades mentais, físicas e sociais (Rauchbach, 1990; Vaisemberg e Pons, 1984 e Lapenta, 1996, citados por Mazo, Lopes e Benedetti, 2001).

Assim sendo, é importante não só minimizar a deterioração física e funcional como também as perdas a nível psicológico. Os aspetos psicológicos que influenciam o envelhecimento evidenciam-se nas alterações do desempenho cognitivo, afetivo e social dos indivíduos, assim como na diminuição da motivação e sentimentos depressivos.

Tendo isto em conta, a população idosa portuguesa constitui uma população de risco de declínio cognitivo, pois, para além de possuir uma população muito envelhecida possui índices de analfabetismo, de baixa escolaridade e de profissões indiferenciadas mais elevados da Europa, em especial, nas faixas etárias mais idosas (Nunes, 2005 citado por Pires, 2008).

1.2. Funcionalidade

A funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação. As informações sobre o diagnóstico médico e a funcionalidade fornecem uma imagem mais ampla e mais significativa da saúde das pessoas ou da população. A funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são concebidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde e os fatores contextuais (OMS, 2004).

O grande desafio da velhice é saber equilibrar o declínio fisiológico inevitável gerador de uma acumulação de perdas, conservando a capacidade de independência. A avaliação do estado funcional auxilia no entendimento global do indivíduo, pois comprova que o envelhecimento é uma integração entre as vivências pessoais e o contexto social e cultural, tendo em conta que cada ser humano envelhece de forma única, a um ritmo diferente e as alterações causadas pelo próprio envelhecimento dependem de fatores internos e externos de cada um.

A capacidade funcional tem, assim, particular destaque para a saúde da pessoa idosa e reporta-se à autonomia da pessoa para a realização de tarefas que fazem parte das atividades diárias, caracterizando-se nas habilidades necessárias para manter uma vida independente e autónoma.

Segundo Rosa et al (2003) citados por Lobo e Pereira (2007), a capacidade funcional está dividida em duas categorias: atividades de vida diárias (AVD) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD). As primeiras refletem apenas a capacidade ou não para o autocuidado e são também designadas por atividades básicas da vida diária enquanto as AIVD refletem o nível da capacidade de utilização dos recursos disponíveis no meio ambiental habitual para a execução de tarefas rotineiras do dia-a-dia, as atividades domésticas e comunitárias.

A incapacidade funcional surge como a diminuição da capacidade ou incapacidade de realizar tarefas básicas do autocuidado, que são normalmente necessárias para uma vida independente (Menoita, 2012). De um modo geral, a avaliação funcional representa uma forma de avaliar se o idoso é ou não capaz de, independentemente, desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si e, se não, averiguar se essa necessidade é de ajuda parcial ou total.

As AVD fazem parte do quotidiano do indivíduo e são atividades de autocuidado necessárias que visam a autonomia do indivíduo na satisfação das suas necessidades básicas fundamentais e refletem-se na sua autoestima.

Em geral, o idoso perde a potencialidade para a realização das suas atividades, principalmente a ocupação diária, e devido às condições sociais, nomeadamente pela falta de apoio da família, muitos idosos são colocados em instituições. Neste ambiente é mais relevante a avaliação da capacidade para o autocuidado pessoal, uma vez que o controlo das outras atividades por parte do idoso está condicionado pelo ambiente da instituição.

Estímulos negativos tais como o isolamento, a inatividade física e cognitiva e julgamentos sociais destrutivos conduzem à diminuição da funcionalidade. Os défices cognitivos estão intimamente associados à diminuição da funcionalidade e quando ambos estão presentes levam à suspeita de presença de demência. Estudos demonstram que o défice cognitivo poderá estar associado a limitações na funcionalidade (Burton et al, 2009, citados por Costa, 2012; Rabelo, 2009) e que programas de estimulação cognitiva podem melhorar estes défices (Kurz et al, 2009; Tsolaki et. al, 2011, citados por Costa, 2012; Pereira, 2012; Castro, 2011).

De fato, para Karinkanta et al. (2005) citados por Lobo et al (2007), o processo de envelhecimento encerra inúmeras alterações na vida do idoso, que lhe afetam a funcionalidade, mobilidade, saúde, privando-o de uma vida autónoma e saudável, prejudicando a qualidade de vida. No entanto, este processo é mediado por fatores não modificáveis, como os processos biológicos e modificáveis como os fatores psicológicos e sociais.

A avaliação funcional faz parte dos cuidados de enfermagem ao idoso e é uma das formas mais adequadas para avaliar as condições de independência das pessoas idosas, envolvendo muitos aspetos da vida do idoso. Permite ter uma visão mais precisa e viabilizar propostas de reabilitação, orientado as ações de forma eficaz e promovendo a autonomia e o envelhecimento com maior qualidade de vida.

1.3. Depressão geriátrica

O aumento do número de idosos leva a um aumento da prevalência de doenças crónicas e degenerativas entre as quais as doenças do foro neuropsiquiátrico, dentro das quais podemos destacar a depressão. Os transtornos depressivos no idoso surgem associados às doenças clínicas gerais e anormalidades estruturais e funcionais do cérebro e constituem um fator de risco para o desenvolvimento posterior de processos demenciais (Stella, Gobbi, Corazza e Costa, 2002).

A nível afetivo, a depressão está entre os principais distúrbios mentais no idoso sendo, provavelmente, a causa mais frequente de sofrimento emocional e de limitação da qualidade de vida (Aparício, Ávila e Bottino, 2009 citados por Andrade, 2011). É, portanto, considerada como um transtorno mental comum em idosos, sendo frequentemente subdiagnosticada e subestimada, tanto pelos idosos como pelos seus cuidadores. Caracteriza-se no idoso pelas queixas somáticas, a baixa auto-estima, os sentimentos de inutilidade, humor disfórico, alteração do sono e do apetite, ideação paranóide e pensamento recorrente de suicídio. Nos idosos deprimidos o risco de suicídio é duas vezes maior do que nos não deprimidos (Pearson e Brown, 2000 citados por Stella, Gobbi, Corazza e Costa, 2002).

Prats (2002) citado por Andrade (2011), divide os fatores de risco de desencadeamento da depressão no idoso em acontecimentos vitais e stress crónico. Dentro dos acontecimentos vitais, este autor refere o falecimento ou separação do casal, doença aguda incapacitante, doença de algum familiar, institucionalização, problemas económicos, problemas de relação com os familiares. Quanto ao stress crónico o autor inclui os problemas de saúde e mobilidade (dependência) os problemas cognitivos, os défices sensoriais, a reforma e o cuidar de familiar com doença crónica ou dependência.

A maior incidência das perturbações mentais e o maior impacto destas faz com que os idosos sejam um dos grupos que mais necessite de apoio na área da saúde mental, quer na depressão major quer na distímia, com grande influência no seu bem-estar pessoal e na qualidade de vida. Mais ainda, os sintomas depressivos estão muitas vezes relacionados com défice cognitivo, podendo predizer o aparecimento de demências. A evidência revela que os doentes com depressão têm maior risco de desenvolverem distúrbios cognitivos e demência (Rossness, Barca e Engedal, 2010 citados por Apóstolo, Cardoso, Marta e Amaral, 2011). Vários estudos têm demonstrado, também, a relação entre o fraco desempenho cognitivo e a sintomatologia depressiva (Gonçalves, 2012; Castro, 2011; Junior, Silva e Bastos, 2009; Stella et al, 2002; Vaz, 2009).

Por forma a promover a saúde mental, é essencial desenvolver estratégias de prevenção e reabilitação, que ajudem as pessoas idosas a melhorar a sua qualidade de vida por exemplo, com programas de prevenção que visem a integração da pessoa idosa em diversas atividades (físicas, de animação sociocultural e de treino cognitivo).

1.4. Desempenho cognitivo no idoso

A cognição é definida como consciência, percepção, raciocínio e julgamento crítico, tendo em conta que o desenvolvimento cognitivo envolve processos de percepção, atenção, ação, solução de problemas, memória e a formação de imagens mentais (Umphred, 2009). Desta forma, o potencial cognitivo diz respeito aos processos que implicam o conhecimento da realidade, nomeadamente a capacidade para adaptar-se aos estímulos recebidos.

No âmbito das funções cognitivas considera-se que os elementos mais representativos são a memória, a aprendizagem, a atenção, a linguagem, a habilidade visuo-espacial, a conceptualização, as condutas apreendidas e a inteligência resultantes de processos de associação e integração superior que se produzem no cérebro e que permitem a receção de informação através dos sistemas somatosensorial e motor (Fernández-Ballesteros, 2009 citado por Pires, 2012).

O envelhecimento tem um impacto notório nas funções cognitivas: na orientação, linguagem, memória, capacidades visuo-construtivas, abstração e funções executivas (Singh-Manoux e Kivimaki, 2010). No entanto, para Simões (2006), os adultos mais velhos podem manter o seu potencial cognitivo necessário ao desempenho satisfatório das tarefas diárias. A maior parte dos estudos populacionais sobre o envelhecimento demonstram que uma grande maioria de idosos desenvolve com o avançar da idade, um declínio da velocidade do processamento da informação e do funcionamento da memória episódica, que permitem a manutenção de um funcionamento normal, a readaptação e a preservação dos conhecimentos gerais dos idosos (Sequeira, 2010).

Logo, e como já referido, por vezes distinguir o envelhecimento normal do patológico torna-se difícil, podendo atribuir-se determinados défices ao envelhecimento normal, não permitindo um diagnóstico precoce e atrasando o tratamento sintomatológico de algumas problemáticas (Spar et al, 2005). Pois é frequente que com o avançar da idade as várias transformações em termos cognitivos sejam de declínio.

Vários autores apontam como alterações cognitivas mais afetadas nos idosos: a atenção, a concentração e o raciocínio indutivo (Schaie, Willis e Caskie, 2004; Fabrício, Lima-Silva, Kissaki, Vieira, Ordonez, Oliveira, Aramaki, Souza e Yassuda, 2012). Para Lindeboom (2004), citado por Nunes (2008), as principais alterações são a atenção, a memória, a capacidade perceptiva e espacial, as funções executivas e a velocidade de processamento.

A memória tem sido defendida por diversos autores como a alteração cognitiva que mais afeta as pessoas idosas (Maroto, 2003). Ainda que a capacidade de armazenamento se encontre preservada, há uma diminuição dos desempenhos mnésicos referentes à informação mais recente devido a défices de codificação e recuperação (Fontaine, 2000). Assim, alguns subsistemas da memória sofrem alterações significativas com o processo de envelhecimento. Nomeadamente a memória episódica e a memória operacional estão entre os subsistemas mais alterados com o processo de envelhecimento normal (Gazzaniga e Heatherton, 2005). Parente, Oliveira e Jaeger (2006), citados por Fabrício et al (2012), documentaram que os défices de memória em indivíduos idosos estão associados com dificuldades na codificação e na recuperação das informações. Lezak, Howieson e Loring (2004), citados por Fabrício et al (2012), apontam que os idosos têm uma diminuição nos seus recursos cognitivos (atenção, memória operacional e velocidade de processamento), e, assim, podem ter maior dificuldade em utilizarem estratégias cognitivas para apoiar a codificação e recuperação da informação. Neste cenário, as estratégias cognitivas são concebidas como um meio eficaz de compensar os défices de memória, em particular, na memória episódica (Carvalho, Neri e Yassuda, 2010).

O défice cognitivo ligeiro é uma consequência de processos fisiológicos do envelhecimento (Burns e Zaudig, 2002, citado por Vigário 2012; Charchat-Fichman, Caramelli, Sameshima e Nitrini, 2005, citados por Vigário, 2012; Petersen, 2004, 2010). O conceito de défice cognitivo ligeiro foi originalmente utilizado pelo grupo de trabalho de Reisberg para descrever o estágio 3 da Escala de Deterioração Global, indicando um défice cognitivo muito ligeiro com uma repercussão também muito leve na funcionalidade (Reisberg Ferris, Leon e Crook, 1982; Flicker, Ferris e Reisberg, 1991 citados por Costa, 2012; Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências, 2003 citado por Ribeiro, Mendonça e Guerreiro, 2006).

A presença de declínio ou défice cognitivo pode levar portanto ao comprometimento da capacidade de cuidar de si próprio e de executar também tarefas diárias, tornando-se dependente (Abreu, Forlenza e Barros, 2005; Rabelo, 2009).

O défice cognitivo é visto como uma fase de transição entre o envelhecimento fisiológico e a demência, com um elevado risco para desenvolver Doença de Alzheimer ou outras demências (Mathews, et al, 2008 citados por Costa, 2012).

Apesar de ainda não haver um consenso quanto aos critérios para o défice cognitivo ligeiro, os critérios de diagnóstico definidos por Petersen e Negash (2008)

representam a mais recente tentativa de padronização dos mesmos. Deste modo, Petersen, et al (2008) definiram cinco critérios essenciais para constituir DCL: queixas de memória, preferencialmente confirmadas por um familiar; déficit objetivo da memória para a idade e escolaridade; função cognitiva geral normal; sem alterações nas atividades de vida diária; ausência de demência, de acordo com os critérios definidos no DMS-IV TR (2006), o desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos que incluem diminuição da memória e, pelo menos, uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia ou perturbação na capacidade de execução; os défices cognitivos deverão ser suficientemente graves para causarem diminuição do funcionamento ocupacional ou social e representam um declínio em relação a um nível prévio de funcionamento; se os défices cognitivos não ocorreram exclusivamente durante a evolução de um delírio.

Outro critério definido para o DCL consiste na utilização da Escala de Avaliação de Demência (EAD) com um score final de 0,5 (Portet, et al, 2006 citados por Costa, 2012). Os indivíduos que apresentam este resultado na escala têm uma taxa de progressão para demência de 20% a 60% em 5 anos (Morris et al, 2001 citado por Ribeiro, et al, 2006). Esta é uma doença degenerativa progressiva caracterizada pelo desenvolvimento de múltiplos défices cognitivos. É considerada dos maiores problemas de saúde da população idosa, cuja prevalência e incidência estão associadas ao envelhecimento, uma vez que aumentam com a idade (Sequeira, 2010). Numa primeira fase, a demência pode ser assintomática e o indivíduo apenas apresenta alguns lapsos de memória, mas sem afeição das suas atividades de vida diárias. Com a progressão da doença, surgem comprometimentos ao nível das atividades diárias bem como de autonomia (Firmino, 2006).

De acordo com o Manual de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (OMS, 1993), o nível de gravidade da demência depende do grau de deterioração da memória e do pensamento, podendo ser ligeira, moderada ou grave. Esta classificação indica o estado demencial do doente e estabelece-se com base na sua autonomia e concretização das atividades de vida diárias.

A memória é um dos primeiros e principais indicadores da presença de demência, incluindo défices na memória a curto e longo prazo, pois é uma função psicológica fortemente relacionada com as atividades diárias do indivíduo. Seguidamente, a linguagem e o funcionamento executivo também são funções alteradas com a demência e, em alguns casos, acompanhados por perturbações do comportamento, da personalidade e perdas na capacidade funcional (Nice, 2007 citado por Castro, 2011). Na linguagem a

alteração pode ocorrer na articulação e/ou fluência do discurso verbal, na capacidade de compreensão, repetição, nomeação, leitura e escrita. Com a progressão da doença, o doente começa a divagar e revela cada vez mais dificuldades em manter ou retomar o assunto inicial da conversa e o discurso torna-se mais vago e pouco preciso (Firmino, 2006). É, ainda, frequente alterações na concentração e capacidade em manter a atenção, associadas a desorientação temporal e/ou espacial.

Numa fase inicial da doença, as crescentes incapacidades provocam ansiedade que, por sua vez, causa alterações de humor, apatia e desinteresse em diversas atividades diárias e que podem levar a sintomas depressivos.

Assim, o déficit cognitivo ligeiro e a depressão são importantes sintomas neuropsiquiátricos que aumentam a probabilidade de evoluírem para demência em 3 anos e sugerem que os distúrbios de humor podem refletir as alterações patológicas e neuroquímicas do sistema límbico (Copeland, Daly, Hines, Mastromauro, Zaitchik, Gunther, Albert, 2003), podendo ser valorizados como indicadores precoces da doença (Hwang, 2004).

1.5. Plasticidade cerebral

As estruturas cerebrais passam por mudanças normais ao processo de envelhecimento natural. Com o envelhecimento há diminuição da velocidade de transmissão do impulso nervoso, do número de neurónios, bem como da quantidade de contatos sinápticos (Timo-Iaria, 2003, citado por Lobo, 2013). Estas mudanças estruturais podem estar associadas a alterações cognitivas. Além disso, Lobo (2013) acrescenta que há evidências que o processo de ativação cerebral em idosos difere dos padrões dos jovens, levando o idoso a utilizar estratégias para melhor desempenhar tarefas tidas como complexas. No entanto, o efeito normal do envelhecimento nas funções orgânicas e psicológicas é variável de pessoa para pessoa e de função para função e geralmente conduz a um declínio do desempenho e capacidades do indivíduo, embora o declínio de alguns aspetos possa ser compensado com ganhos noutros aspetos. Para Klautau, Winograd e Bezerra Jr. (2009), o conceito de plasticidade cerebral refere-se às alterações criativas produzidas a nível do sistema nervoso resultantes da experiência, de lesões ou de processos degenerativos. Ou seja, representa a capacidade adaptativa e modificação da organização estrutural em função das experiências vividas por forma a compensar determinadas perdas ocorridas.

Gonçalves (2012) citando Sternberg (2000), adita que o resultado de diversos estudos põe em causa a irreversibilidade da deterioração das capacidades cognitivas associadas ao envelhecimento, relacionando essa deterioração maioritariamente com a falta de trabalho dessas consequências. Assim sendo, o estímulo ao cérebro com aplicação de atividades necessárias de atenção, concentração e pensamento lógico, eleva a densidade sináptica cerebral, cuja rede de transmissão é responsável pela dinâmica e plasticidade do cérebro (Souza, 2005, citado por Mello *et al*, 2012). Desta forma, embora não se negue que a realidade do envelhecimento possa ser acompanhada por um declínio cognitivo, realça-se a capacidade de reserva e plasticidade do funcionamento intelectual dos idosos. Assim sendo, no envelhecimento saudável, o cérebro permanece capaz de plasticidade neuronal, isto é, o neurónio sofre alterações que, podem ser estimuladas através da experiência, e de plasticidade cognitiva decorrente de mudanças adaptativas nos padrões de cognição relacionadas com a atividade cerebral (Greenwood e Parasuram, 2010). Estes dois tipos de plasticidade interagem por forma a permitir um envelhecimento cognitivo bem-sucedido, associados também a estilos de vida saudáveis.

Os investigadores, apesar de reconhecerem que os efeitos neuroprotetores da estimulação cognitiva na promoção da plasticidade cerebral e na reserva cognitiva são ainda desconhecidos, não descartam a hipótese da promoção da neurogénese (La Rue, 2010). Contudo, Fernández-Ballesteros (2009) citado por Pires (2012) refere que estudos de intervenção proporcionam abundantes provas da plasticidade, modificabilidade e capacidade de reserva do funcionamento cognitivo ao longo da vida.

Assim, realça-se a importância de intervenções específicas com vista à estimulação cognitiva de idosos, que têm mostrado que a prática e o treino contribuem para um aumento dos seus desempenhos.

1.6. Programa de treino cognitivo no idoso

O melhor meio para a prevenção do declínio nas capacidades cognitivas e funcionais das pessoas idosas é através da estimulação/reabilitação cognitiva através de atividades ou técnicas devidamente estruturadas.

O treino cognitivo engloba todas as intervenções comportamentais, não farmacológicas, que têm como objetivo preservar e, se possível potenciar, as capacidades intelectuais de um indivíduo, quer através do treino de capacidades cognitivas específicas, quer pelo exercício de atividades que têm como objetivo produzir melhorias num

conjunto de áreas, que no seu todo, produzem benefícios na realização de funções nas suas atividades de vida diária.

Franco-Martín e Orihuela-Villameriel (2006), defendem determinadas características para as técnicas de estimulação cognitiva pois constituem uma atividade que:

- Pode ser continuada, sistematizada, reforçadora e estimuladora para o paciente, evitando a rotina e a reiteração.
- Pode ser significativa para os doentes.
- Abrange a estimulação de outras funções, para além das mnésicas, especialmente das capacidades de atenção-concentração, cujo treino aumenta a eficácia da estimulação das outras funções.
- Incide sobretudo sobre as funções que estão conservadas
- Pode ser prolongada no tempo.

Para além de obedecerem a estas características, também obedecem aos requisitos defendidos por Thompson e Foth (2005) para as técnicas de estimulação cognitiva na aplicação a idosos, isto é, possuem um acesso fácil, não são demasiado dispendiosos e são de utilização agradável.

Os programas de treino cognitivo constituem um dos pilares para o desenvolvimento de intervenções cognitivas e visam, essencialmente, a prevenção ou diminuição do declínio cognitivo global, causado pelas doenças neurodegenerativas progressivas, como são as demências (Nordon et al, 2009). De fato, vários estudos demonstram, no caso das demências, os benefícios em termos de cognição, comparáveis aos obtidos com medicação – inibidores da colinesterase (Knapp, Thorgrimsen, Patel, Spector, Hallam, Woods, Orrell, 2006; Spector, Woods e Orrell, 2008 citados por Apóstolo et al, 2011).

Um programa de treino cognitivo envolve um conjunto de atividades, frequentemente realizadas em grupo, que visam abordar áreas específicas da cognição, como a memória, linguagem, atenção ou funções executivas. E, de uma forma geral, traz melhoria a nível da cognição, confirmando a ideia concebida por alguns autores acerca da plasticidade cerebral, contribuído assim para o alcance de maiores níveis de habilidades e funcionamento permitindo-lhes a realização de atividades do seu dia-a-dia (Pires, 2012).

Particularmente, também Castro (2011) encontrou melhorias na memória, atenção e concentração dos participantes após um programa de estimulação cognitiva, sobretudo

na memória. Já a melhoria dos sintomas depressivos não foi estatisticamente significativa, o que justifica com a falta de suporte social e familiar ou pela insatisfação que os idosos têm com este apoio e baixa autoestima evidenciada por estes. Outro estudo de Chariglione e Janczura (2013) também demonstrou melhorias na memória em idosos institucionalizados, após a intervenção, embora tivesse tido a necessidade de o adaptar para idosos não alfabetizados. Já Rodrigues (2006) apresentou resultados de melhoria significativa no desempenho dos idosos, depois da aplicação de um programa de estimulação cognitiva, a nível da capacidade de abstração, da rapidez psicomotora e da organização perceptiva. Verificou, ainda, melhorias no desempenho a nível da memória e satisfação de vida, embora estas não tenham atingido significância estatística.

Para além dos benefícios nas capacidades cognitivas, estes programas podem gerar alterações ao nível comportamental (Spector, Thorgrimsen, Woods, Royan, Davies, Butterworth, Orrell, 2003) e melhoria na autoestima e qualidade de vida (Soares, 2006). Estes podem ser obtidos através da implementação de programas de treino cognitivo, particularmente fácil de estabelecer em lares e centros de dia. Para além disso, nas instituições, os idosos têm maior probabilidade de apresentar declínios ao nível do funcionamento cognitivo como consequência do sedentarismo vivido em muitas instituições, ou seja, a falta de estímulos (cognitivos, físicos e sociais) nestes contextos acelera o processo de envelhecimento (Nordon, Guimarães, Kozonoe, Mancilha e Neto, 2009).

Assim sendo, acredita-se ser de suma importância a implementação de programas que visem a manutenção das capacidades cognitivas e funcionais dos idosos, proporcionando assim, uma melhoria na autoestima e, conseqüentemente na qualidade de vida do idoso. Tais programas devem apresentar caráter multidisciplinar e devem fundamentar-se na implementação de alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações (Soares, 2006). Acrescenta-se ainda, que estes programas, tendo características lúdicas, não limitam a qualidade da estimulação e permitem um grau elevado de adesão dos idosos às diferentes sessões (Apóstolo et al, 2011).

1.7.O papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na instituição de apoio a idosos

Atualmente, os Lares de Idosos são entendidos como equipamentos coletivos de alojamento permanente ou temporário, destinados a oferecer respostas aos idosos que se encontram em risco ou com perda de independência e ou autonomia, assegurando a satisfação das necessidades básicas. Nesta resposta além do fornecimento de alimentação, higiene e conforto, fomenta-se o convívio e a ocupação dos tempos livres (Plano Gerontológico da RAM, 2009-2013).

No guia elaborado pela segurança social para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas, o Manual de Boas Práticas (2005), a palavra Lar desaparece e é substituída por organização ou estrutura residencial, uma organização de pessoas para pessoas que deve ter uma orientação (Missão, Valores, Visão, Estratégia e Cultura Ética) e um projeto institucional, tendo em conta os direitos, princípios e valores do cuidar.

Entre as adaptações às quais os idosos são sujeitos encontramos o processo de institucionalização, muitas vezes inevitável a partir de determinado momento e que provoca uma alteração brusca no meio envolvente do idoso, uma vez que vários aspetos do ambiente físico e social estão ligados de forma sentimental durante grande parte da sua vida. Esta representa uma fase de grandes mudanças, implica o estabelecimento de novas relações, a adaptação a um ambiente desconhecido, a alteração do papel que o indivíduo desempenha na família e na sociedade, acompanhada frequentemente por sentimentos de abandono e ansiedade. Sendo que a demência é a patologia responsável pela maior parte da institucionalização do idoso, porque a sua dependência de um cuidador implica todo um conjunto de serviços e cuidados de saúde acrescidos, que hoje em dia é difícil de receber se permanecer na sua habitação (Vaz, 2009).

A institucionalização do idoso defende-se, portanto, como um serviço de apoio de último recurso, quando as limitações inerentes ao processo de envelhecimento requerem um ambiente físico e social adaptado às suas novas necessidades. As instituições deparam-se, assim, com desafios constantes na continuidade da prestação de assistência à população idosa, por trata-se de uma faixa etária bastante heterogénea e não só. Ou seja, para além de procurarem prestar cuidados de qualidade com impacto na saúde física e psicológica dos seus residentes, também deverão proporcionar um espaço físico e um ambiente social agradável aos idosos e seus familiares, bem como aos colaboradores da instituição.

Segundo Quintela (2011), num ajustamento progressivo aos novos paradigmas do envelhecimento, surge uma nova perspetiva de ganhos de vida com saúde e com independência, de funcionalidade, de participação, de intergeracionalidade e de envelhecimento ativo, passando para segundo plano os paradigmas exclusivamente institucionalizantes. Assim, torna-se importante uma adaptação do ambiente das instituições, para que possam promover estes novos paradigmas e otimizar a funcionalidade dos idosos.

Os objetivos essenciais a promover, para que o idoso possa realizar as tarefas que valoriza, estão fortemente relacionadas com a capacidade funcional, e são: atender às suas necessidades básicas; aprender, crescer e tomar decisões; movimentarem-se; construir e manter relacionamentos; e contribuir. Juntas, estas habilidades permitem que os idosos envelheçam de forma segura num lugar adequado para eles, a fim de continuar a desenvolver-se pessoalmente, contribuir para as suas comunidades e manter a sua autonomia e saúde (OMS, 2015). Mais uma vez realça-se o papel das instituições no desenvolvimento de ações necessárias para a promoção destas habilidades, permitindo a maximização da autonomia.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação poderá desempenhar um papel relevante, bem como outros profissionais de saúde envolvidos no acompanhamento de idosos institucionalizados, contribuindo para o desenvolvimento de todas as ações e objetivos referidos, dotando, assim, os idosos de competências que lhe permitam um envelhecimento mais saudável, preservando a sua autonomia e tornando-os mais ativos.

Este profissional tem por competência, entre outras, maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa e prestação de cuidados a pessoas com necessidades especiais (Ordem dos Enfermeiros, 2010), no qual se insere a população idosa, que possui necessidades particulares inerentes ao processo de envelhecimento. Assim é determinante que se promovam programas de treino cognitivo com o objetivo de estimular/reabilitar a capacidade cognitiva dos idosos e minimizar os sentimentos depressivos, com uma importância fundamental na prevenção do compromisso cognitivo e no atraso da instalação do quadro demencial, da dependência e da incapacidade do idoso para se autocuidar.

Para além de programas de treino cognitivo, as atividades sociais e de lazer aplicadas aos idosos têm, conjuntamente, um efeito bastante positivo no funcionamento cognitivo e são, também, um fator de prevenção contra a deterioração cognitiva

(Fernández-Ballesteros, 2011). As próprias sessões de treino cognitivo também podem constituir atividades de lazer e de oportunidade de socialização, para além da manutenção da saúde cognitiva.

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A metodologia de investigação assentou num conjunto de etapas investigacionais ao nível da constituição da amostra, seleção dos instrumentos utilizados e descrição dos procedimentos para que a trabalho empírico fosse operacionalizado.

Assim, após uma revisão da literatura e enquadramento da problemática de investigação, importa identificar o tipo de estudo, o contexto e os participantes, os materiais e procedimentos para recolha de dados, bem como as técnicas adotadas no tratamento estatístico dos dados. Termina-se com as considerações éticas, segundo a declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, tidas em atenção na elaboração deste estudo de investigação.

1.1. Questão de investigação e objetivos do estudo

Vários são os estudos no âmbito de programas de reabilitação cognitiva. No entanto, a investigação e intervenção em idosos sem défice cognitivo ou em fases mais precoces de défice cognitivo torna-se cada vez mais relevante dado os elevados índices de envelhecimento, permitindo que a investigação nesta área seja cada vez mais estruturada com base na evidência e na investigação de novas práticas adequadas às necessidades e realidades de cada população

A finalidade deste estudo é salientar a importância do desenvolvimento de medidas para intervenção precoce e manutenção das capacidades funcionais promovendo a saúde mental da população idosa sem défice cognitivo ou com défice cognitivo ligeiro. Contribuindo para o crescente número de estudos com qualidade na área de enfermagem de reabilitação, nomeadamente na área da reabilitação cognitiva. Este estudo permite analisar a efetividade de um programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados, percebendo quais as implicações a nível cognitivo e funcional, bem como na sintomatologia depressiva.

O desenvolvimento deste processo de investigação orientar-se-á principalmente no sentido de encontrar resposta à seguinte questão, e que traduz o objetivo principal:

- Qual o impacto de um treino cognitivo em idosos institucionalizados, ao nível das suas capacidades cognitivas, funcionais e níveis de sintomatologia depressiva?

Os objetivos específicos do estudo são, então:

- Identificar as características sociodemográficas dos idosos participantes no programa de intervenção.
- Caracterizar o seu perfil cognitivo e funcional e identificar o nível de sintomatologia depressiva, antes da participação no programa.
- Avaliar o impacto na cognição, funcionalidade e sintomatologia depressiva associadas à implementação de um programa de estimulação.
- Analisar a relação entre o perfil cognitivo, a sintomatologia depressiva e o nível funcional e a efetividade de um programa de estimulação cognitiva.

1.2. Tipo de estudo

Pretende-se desenvolver um estudo quantitativo e longitudinal, através da aplicação de um programa de intervenção na população idosa com dois momentos de avaliação (antes e após a intervenção de seis semanas). Trata-se de um estudo quase experimental, sendo uma variação dos estudos experimentais, pois nesta variante o controlo é menor (Ribeiro, 2010).

De acordo com Fortin (2009), o desenho experimental inclui a manipulação (introdução de uma intervenção ou de um tratamento), o controlo (utilização de pelo menos um grupo controlo) e a randomização (repartição dos sujeitos nos grupos experimental e de controlo). Enquanto, o desenho quase-experimental difere do experimental pela ausência do grupo de controlo ou da repartição aleatória). A sua validade experimental compreende a validade interna que corresponde às conclusões extraídas da relação de causalidade, associando a variável independente à mudança na variável dependente e a validade externa que está relacionada com a amplitude da generalização dos resultados (Fortin, 2009).

Neste método foi utilizado um modelo de série temporal, ou seja, foi realizada uma avaliação inicial e final aquando da aplicação do programa de intervenção a um grupo de idosos. O que nos permite observar se ocorreu alguma mudança com a intervenção realizada.

1.3.Procedimentos éticos

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

O investigador tem a responsabilidade de realizar uma avaliação cuidadosa da aceitabilidade ética do estudo, garantindo que os sujeitos que participem na investigação não sejam prejudicados. Para a obtenção do consentimento informado (Anexo I), os participantes foram clarificados do propósito do programa de intervenção, dos seus direitos e obrigações e da garantia da sua liberdade de escolha. O investigador responsabilizou-se em garantir a confidencialidade dos dados recolhidos.

Foi, ainda, pedida autorização ao responsável pela instituição (Anexo II), o Sr. Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Vinhais, para a aplicação do estudo e só, após autorização, foram realizados os contactos com os idosos.

1.4. Procedimentos metodológicos

A colheita de dados foi realizada em três fases:

- No primeiro momento (a 27 de fevereiro) foram selecionados alguns idosos referenciados pelas colaboradoras da instituição que pudessem reunir as características necessárias à participação no estudo. Dos 18 idosos contactados foram selecionados 10 para participar no programa através da aplicação da escala de avaliação de demência (EAD) (anexo III), foram esclarecidos sobre os objetivos da intervenção e obtido o consentimento informado para participar no estudo. Desta forma, foi constituída a amostra. Agendada, ainda, a data para novo contato.

- No segundo momento (a 06 março), foi realizado o primeiro contato em grupo entre o investigador e os idosos selecionados para participar no estudo, foi apresentado o programa e posteriormente, de forma individual, foi aplicado o formulário de caracterização sociodemográfica e os instrumentos de recolha de dados permitindo a avaliação inicial.

- No final do programa, após as seis semanas de intervenção, foram aplicados os mesmos instrumentos de recolha de dados (à exceção da caracterização sociodemográfica) utilizados para a avaliação inicial.

A análise estatística foi efetuada no programa Statistical Package for Social Science (SPSS, versão 22.0), estabelecendo-se um nível de significância estatística de 0.05.

1.5.Amostragem

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

A aplicação deste estudo decorreu na Santa Casa da Misericórdia de Vinhais (distrito de Bragança). O foco de intervenção foram idosos sem perturbações neurocognitivas. Assim, os critérios de inclusão utilizados foram:

- Idade igual ou superior a 65 anos (idosos).
- Idosos sem DCL ou com critérios para DCL de acordo com os critérios de Petersen, Stevens e Ganguli (2001).
- Decisão na participação do estudo de livre vontade.

1.6.Variáveis

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

A variável independente consiste num elemento que é introduzido e manipulado numa situação de investigação, sendo considerada como a causa do efeito produzido na variável dependente (Polit e Beck, 2011).

A variável dependente é definida como a característica que surge ou muda quando se aplica, suprime ou modifica a variável independente. Neste estudo a variável dependente corresponde ao impacto do programa, ou seja, aos resultados previstos para os participantes, nomeadamente ao nível das capacidades cognitivas, presença de sintomatologia depressiva e capacidades funcionais. Esse impacto é avaliado pelos

resultados obtidos nos testes aplicados antes e após a intervenção: MEEM e Teste do relógio para o desempenho cognitivo, a EDG para avaliar o nível de sintomatologia depressiva e o Índice de Barthel para avaliar o nível funcional.

Outras variáveis foram utilizadas para a caracterização geral do idoso (género, estado civil, escolaridade, profissão exercida, antecedentes pessoais e a utilização de recursos).

1.7. Instrumentos de colheita de dados

Esta intervenção foi aplicada a idosos como uma forma preventiva e de manutenção das suas capacidades cognitivas e funcionais. Como tal, e por forma a selecionar o grupo de idosos sujeito a este treino cognitivo, foi aplicada a escala de avaliação de demência (EAD), com a colaboração de um cuidador habitual do idoso.

Nesta escala os autores, Hughes, Berg, Danzinger, Coben, Martin (1982) e Ribeiro, Mendonça, Guerreiro (2006), apresentaram o conceito de defeito cognitivo questionável, aplicando-o a indivíduos com uma pontuação de 0,5 na escala. Atualmente é consenso que o resultado de 0,5 na escala forma critério de diagnóstico (Petersen, et al., 2008).

A EAD contém cinco graus de comprometimento do desempenho do indivíduo, em cada uma das seguintes categorias: memória, orientação, juízo e solução de problemas, assuntos comunitários, casa e atividades lúdicas, e cuidado pessoal. A escala varia, então, entre o normal (EAD =0), suspeita de demência (EAD=0,5) e vários estádios de demência: ligeira (EAD =1), moderada (ESD =2) e severa (EAD=3) (Petersen, 2004).

Para a caracterização geral dos idosos participantes foi aplicado um formulário com os seguintes itens: idade, género, escolaridade, estado civil, profissão exercida, tempo de institucionalização e participação em atividades lúdicas (utilização de recursos físicos e cognitivos).

Esta caracterização é relevante pois, pela forma de classificação da interpretação dos testes a aplicar, há que ter em consideração que os níveis culturais, sociais, económicos e idade podem estar relacionados com o desempenho cognitivo. Pois é preditivo que quanto maior o nível de escolaridade, social e poder aquisitivo e quanto menor a idade melhor poderá ser o desempenho cognitivo.

Assim, o desempenho cognitivo foi avaliado através de dois testes:

- Mini Exame do Estado Mental (MEEM), de Folstein, Folstein e McHugh, (1975).

Este teste foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e colaboradores (1994), o qual possibilita uma breve avaliação do estado mental nomeadamente a nível de orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva.

Este é um dos testes mais utilizados e mais estudados em todo o mundo para avaliação do funcionamento cognitivo devido à sua brevidade e facilidade de administração (Berger, Fratiglioni, Winblad e Bäckman, 2005, citados por Vigário, 2012; Gonçalves, 2010).

É constituído por um conjunto de questões, que permite a avaliação de várias funções cognitivas tais como a orientação (subdividida em dez questões, sendo que por cada resposta correta o sujeito recebe um ponto; podendo obter-se no máximo a pontuação de 10 pontos), retenção (é composta por uma tarefa que consiste na repetição de três palavras; por cada palavra repetida corretamente o sujeito obtém um ponto; a pontuação máxima será, então, de 3 pontos), atenção e cálculo (o sujeito tem que realizar sucessivas subtrações a um número facultado pelo clínico/investigador; a pontuação máxima é de 5 pontos), evocação/memória (é solicitado ao sujeito que repita as três palavras aprendidas na tarefa da retenção; a pontuação máxima possível é de 3 pontos), linguagem (composta por sete tarefas: nomear dois objetos, repetir uma frase, realizar instruções, uma lida pelo sujeito e outra verbalizada pelo investigador/clínico, escrever uma frase; a pontuação máxima obtida será de 9 pontos) e habilidade construtiva (é pedido ao sujeito que copie um desenho; se a tarefa for corretamente realizada é atribuído 1 ponto) (Berger et al, 2005, citados por Vigário, 2012; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro e Martins, 2009).

A pontuação pode variar de 0 a 30. As pontuações de limiar de diagnóstico para defeito cognitivo são classificadas de acordo com o nível de escolaridade. Morgado et al. (2009) propõem os seguintes valores operacionais de “corte” do MEEM para a população portuguesa atual:

- Escolaridade de 0 - 2 anos corresponderá a 22 pontos.
- Escolaridade de 3-6 anos corresponderá a 24 pontos.
- E escolaridade igual ou superior a 7 anos corresponderá a 27 pontos.

- Teste do Desenho do Relógio, de Shulman (1986).

O teste do relógio também faz parte da triagem cognitiva pela sua simplicidade. Permite avaliar diversas funções cognitivas tais como a memória, função executiva (planeamento), linguagem (compreensão do comando), praxia e a função visuo-espacial.

Nos últimos 20 anos, o TDR tem despertado interesse considerável sobre seu papel no rastreio precoce de declínio cognitivo, especialmente na demência (Arahamian, Martinelli, Neri e Yassuda, 2009).

Consiste em solicitar à pessoa o desenho dos números do relógio, marcando uma determinada hora (11:10), sem mencionar a necessidade de ponteiros. O círculo pode ou não ser oferecido previamente. O teste é considerado completo quando o paciente desenha todos os números do relógio, espacialmente bem distribuídos, e os ponteiros marcando 11:10. O teste não é cronometrado e pode ser repetido quantas vezes forem necessárias.

Apesar do teste do relógio parecer uma tarefa simples, exige que múltiplos domínios cognitivos funcionem de forma precisa. Ao pedirmos a uma pessoa que desenhe um relógio, estamos a exigir que ela compreenda as instruções, consiga recuperar informação relacionada com o conceito de relógio com diferentes tipos de processos de memória, que traduza este conhecimento através de processos visuoperceptivos e visuomotores, e ainda que consiga avaliar e monitorizar através das funções executivas o resultado que vai obtendo ao desenhar (Peres e Pinto, 2008). Além disto, muita da informação sobre o conceito de relógio que deve ser recordada é abstrata e concetualmente complexa, por exemplo, o significado da disposição espacial do mostrador de um relógio, o significado dos ponteiros e os seus comprimentos respetivos. A natureza multifatorial dos processos por detrás do ato de desenhar um relógio é o que o torna altamente sensível a défices cognitivos (Tuokko e O'Connell, 2006).

Além disso, o teste do relógio é de fácil aplicação e sofre menor influência do grau de alfabetização, permitindo maior fidedignidade na sua aplicação em indivíduos com baixo nível de escolaridade. É, portanto, um bom teste de rastreio.

A interpretação do teste é qualitativa e a pontuação atribuída pode variar entre 0 a 5, segundo a classificação de Shulman:

- 0 Inabilidade absoluta de representar o relógio.
- 1 O desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuoespacial grave.

- 2 Desorganização visuo-espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, números que faltam, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiro em excesso.

- 3 Distribuição visuo-espacial correta com marcação errada da hora.

- 4 Pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos.

- 5 Relógio perfeito, sem erros.

Considera-se o teste bastante alterado quando o resultado é 0,1 ou 2.

Existem diferentes modos da aplicação do mesmo:

- Desenho-livre: o relógio é completamente desenhado de início pelo indivíduo.

- Pré-desenho: é dada uma folha ao indivíduo já com um círculo desenhado.

Neste estudo o teste foi aplicado em desenho livre, ou seja, não foi fornecido um círculo previamente desenhado.

Relativamente à sintomatologia depressiva, foi avaliada através do teste:

- Escala de Depressão Geriátrica (EDG), de Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey e Rose (1982).

Esta escala considera os níveis de atividade e participação nas áreas básicas e papéis da vida social, tendo sido validada para a população idosa portuguesa por Veríssimo (1988), na “Avaliação diagnóstica dos Síndromes Demenciais”, proposta no serviço de neurologia e neurocirurgia do Hospital S. João do Porto.

Destina-se à avaliação da sintomatologia depressiva especificamente, nas pessoas idosas. E pode ser aplicável a pessoas com ou sem doença física, assim como em pessoas com compromisso cognitivo (Sheikh e Yesavage, 1986, citados por Apóstolo, Loureiro, Reis, Silva, Cardoso, Sfetqua, 2014). Ou seja, permite o rastreio de transtornos de humor em idosos, com questões que evitam a esfera das queixas somáticas.

A escala original é constituída por 30 itens, com duas alternativas de resposta (sim ou não), consoante o modo “como o idoso se tem sentido ultimamente, em especial de há uma semana para cá”. Veríssimo (1988) sugere que, para a quantificação dos resultados, se proceda à seguinte classificação:

- Pontuação de 0-10, são indicadores de idosos com ausência de depressão.

- Pontuação superior a 11 é indicador de depressão crescente, sendo que valores entre 11-20 correspondem a depressão ligeira e os valores entre 21-30 são indicadores de depressão grave.

Ainda, para avaliação da funcionalidade associada às atividades de vida diárias, foi aplicado o:

- Índice de Barthel, originalmente desenvolvido por Mahoney e Barthel (1965).

Avalia o nível de independência do indivíduo para a realização de dez atividades básicas de vida diária: comer, higiene pessoal, uso de sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo dos esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. A pertinência da utilização desta escala neste estudo prende-se com a necessidade de perceber a existência ou não de alteração nas atividades básicas de vida diária.

Sequeira (2007), citado por Costa (2012), demonstrou no seu estudo uma consistência interna do total da escala de 0,89. A classificação sugerida e aplicada consiste na seguinte divisão:

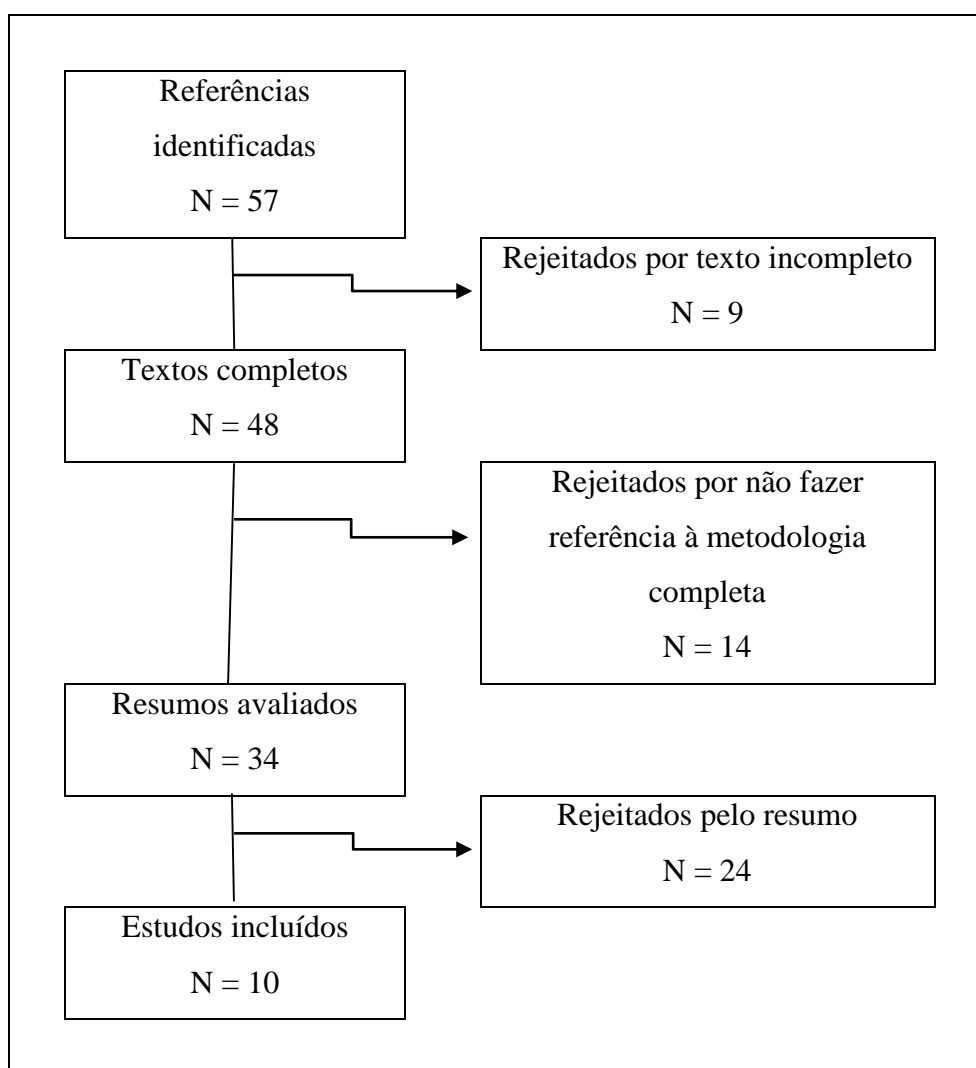
- 90-100 Independente.
- 60-90 Ligeiramente dependente.
- 40-55 Moderadamente dependente.
- 20-35 Severamente dependente.
- E <20 totalmente dependente.

1.8. Programa de treino cognitivo

Foram consultadas diversas bases de dados, com estudos que demonstrassem evidência científica que justificassem a sistematização do treino a aplicar, estabelecendo critérios de inclusão e de exclusão, através de uma abordagem baseada na evidência, utilizando o método PICO: participantes, intervenção, comparação do estudo e resultados (outcomes).

Na figura seguinte apresenta-se esquematicamente a estratégia PICO utilizada que permitiu a análise de artigos, cujos critérios de inclusão são: estudos resumo em que seja feita referência ao tipo de estudo, ao número de participantes, à duração da intervenção, à metodologia utilizada e publicados nos últimos 11 anos.

Figura 1. Processo de seleção dos estudos de investigação.



No que diz respeito ao número de idosos participantes no estudo (10 idosos) não está longe da constituição das amostras constituídas em outros estudos, nomeadamente:

- Grupo experimental composto por 8 participantes (Castro, 2011).
- Grupo experimental com 17 participantes (Costa, 2012).
- Amostra constituída por 17 idosos (Gonçalves, 2012).
- Amostra constituída por 13 idosos (Carneiro, 2016).
- Amostra composta por 19 idosos (Pires, 2012).
- Grupo experimental constituído por 8 idosos (Pereira, 2012).

A duração do treino cognitivo foi de 6 semanas com frequência de sessões de 2 vezes por semana, num total de 12 sessões com a duração de 90 minutos cada, à semelhança da revisão bibliográfica efetuada.

Na seleção dos estudos efetuados nesta área e que fazem referência ao tempo de duração das intervenções, verificaram-se as seguintes durações nos treinos/programas aplicados:

- Intervenção com 16 sessões de 60 minutos cada, duas vezes por semana (Castro, 2011).
- Intervenção de 8 semanas, 1 sessão por semana, 90 minutos cada (Costa, 2012).
- Intervenção com 10 sessões, 90 minutos cada ao longo de 2 meses (Pereira, 2012).
- Intervenção efetuada ao longo de 2 meses com 20 sessões, 60 minutos cada, três vezes por semana (Pires, 2012).
- Intervenção de 5 semanas, 90 minutos por sessão (Kinsella, Mullaly, Rang, Ong, Burton, Price, Phillips e Storey, 2009).
- Intervenção realizada em 8 sessões semanais, 120 minutos cada (Belleville, Gilbert, Fontaine, Gagnon, Menard, Gauthier, 2006).
- Intervenção com 18 sessões semanais (Carneiro, 2016).

O treino cognitivo implica a prática repetida de exercícios cognitivos específicos, de competências básicas que são essenciais para o bom desempenho de funções cognitivas mais complexas (Gonzaga e Nunes, 2008).

As sessões de treino e as atividades a implementar foram previamente planeadas e devidamente estruturadas. Este tipo de treino incidiu em funções cognitivas particulares, tais como a memória, a atenção, a linguagem e fluência verbal, funções executivas (treino de atenção e cálculo), fortalecendo o raciocínio abstrato e promovendo a orientação espacial e temporal (Anexo V).

As atividades realizadas vão de encontro às atividades aplicadas noutros estudos com objetivos semelhantes (Carneiro, 2016; Castro, 2011; Costa, 2012; Pereira, 2012; Pires, 2012; Santos, 2010; Tavares, 2007).

Em todos estes estudos os principais resultados demonstraram, após a avaliação entre o pré e o pós teste, uma melhoria no desempenho cognitivo global (Belleville et al, 2006; Carneiro, 2016; Castro, 2011; Costa, 2012; Gonçalves, 2012; Pereira, 2012; Pires, 2012; Kinsella et al, 2009), contribuindo para a diminuição das dificuldades mnésicas diárias e melhorando a utilização de estratégias de memória, a prevenção da depressão (Castro, 2011) com diminuição estatisticamente significativa da sintomatologia depressiva (Gonçalves, 2012), já relativamente ao nível das atividades da vida diárias

e/ou instrumentais não foram perceptíveis alterações (Costa, 2012) sem contudo desvalorizar o contributo dos programas de treino cognitivo para a manutenção da funcionalidade e melhoria da qualidade de vida do idoso (Kinsella et al, 2009).

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Na amostra constituída a maioria dos idosos não apresenta sintomatologia demencial (80%) enquanto 20% da amostra demonstra um defeito cognitivo questionável referentes a queixas de memória e orientação temporal e julgamento e solução de problemas, tal como indicado na tabela 1.

Tabela 1. Pontuações da escala de avaliação da demência.

		Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
Pontuação na Escala			
Avaliação De			
Demência	Sem demência (0 pontos)	8	80
	Défice cognitivo ligeiro (0,5 pontos)	2	20
TOTAL		10	100

A amostra deste estudo é, como já referido anteriormente, constituída por 10 idosos com as características sociodemográficas enumeradas na tabela 2.

O primeiro conjunto de análises efetuadas pretende dar resposta a questões de índole descritivo, tanto a nível da caracterização sociodemográfica bem com a nível de uma apresentação das classificações médias obtidas. Pretende-se com este conjunto de análises, responder aos objetivos específicos do estudo:

- Identificar as características sociodemográficas dos idosos participantes no programa de intervenção.
- Caracterizar o seu perfil cognitivo e funcional e identificar o nível de sintomatologia depressiva, antes da participação no programa.
- Avaliar o impacto na cognição, funcionalidade e sintomatologia depressiva associadas à implementação de um programa de estimulação.

Tabela 2. Distribuição da amostra de acordo com a caracterização sociodemográfica.

Características		Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
Género	Masculino	5	50
	Feminino	5	50
Total		10	100
Estado Civil	Casado(a)	0	0
	Solteiro(a)	1	10
	Viúvo(a)	9	90
Total		10	100
Escolaridade	Sem escolaridade	1	10
	Apenas frequentou ensino primário	8	80
	Licenciatura	1	10
Total		10	100
Profissão exercida	Agricultor	4	40
	Doméstica	5	50
	Advogado	1	10
Total		10	100
Antecedentes pessoais	Sim	10	100
	Não	0	0
Total		10	100
Quais?	Diabetes Mellitus tipo 2	4	40
	Doença cardiovascular	6	60
	Doença mental/Depressão	5	50
	Doença osteoarticular	2	20
	Obesidade	2	20
Total		10	100
Utilização de recursos	Utiliza recursos cognitivos e físicos	7	70
	Só utiliza recursos cognitivos	1	10
	Só utiliza recursos físicos	2	20
	Não utiliza nenhum dos recursos	0	0
Total		10	100

Como observável na tabela anterior a amostra é constituída por 5 idosos do género feminino e 5 idosos do género masculino. A maioria dos idosos participantes são viúvos (as) (90%), em relação a escolaridade a maioria frequentou apenas o ensino primário (80%) e por sua vez a profissão exercida referida pela maioria dos idosos foi doméstica (50%) seguida de agricultor (40%). Todos os idosos possuem antecedentes clínicos e as

doenças mais referidas são doença cardiovascular (60%), doença mental/depressão (50%) e diabetes mellitus tipo 2 (40%). A maioria utiliza recursos cognitivos e físicos (70%) na ocupação do seu tempo lúdico.

A aplicação do MEEM permite aferir os limites da pontuação do MEEM em relação à escolaridade.

Na tabela 3 apresentamos os resultados da pontuação final do MEEM em relação à escolaridade. A média inicial para os participantes analfabetos (N=1) foi de 17 (DP=0) enquanto a média final foi de 24 (DP=0). Para os participantes que apenas frequentaram o antigo ensino primário (1 a 4 anos de escolaridade) (N=8) a média inicial foi de 23,25 (DP=4,71) enquanto a média final foi de 27,50 (DP=3,70). Em relação aos participantes com licenciatura (N=1) a média inicial e final manteve-se no valor de 30 (DP=0).

Tabela3.Distribuição dos resultados obtidos no MEEM em relação à escolaridade.

Escolaridade	Exame Breve do Estado Mental (MEEM)			
	Média Inicial	Desvio-padrão Inicial	Média Final	Desvio-padrão Final
Sem escolaridade	17	0	24	0
Apenas frequentou ensino primário (1 a 4 anos)	23,25	4,71	27,50	3,70
Licenciatura	30	0	30	0

Analisando cada item do MEEM consegue-se obter um perfil cognitivo mais rigoroso. A orientação média inicial foi de 7,80 (DP=1,66) variando de 4 a 10, enquanto a média final foi de 9,70 (DP=0,64) variando de 8 a 10. Em relação à retenção, inicialmente obtiveram-se valores médios de 3,00 (DP=0) (valores máximos da subescala) e após o treino cognitivo os valores mantiveram-se. Para a atenção e cálculo, inicialmente a média foi de 3,5 (DP=2,01) e na avaliação final a média foi de 3,70 (DP=1,95). No item da evocação os valores médios iniciais foram de 1,80 (DP=0,75) e os valores finais foram de 2,90 (DP=0,66). Na linguagem a média inicial atribuída foi de 6,80 (DP= 0,98) enquanto a média final foi de 7,40 (DP=0,66). No último item, relativo à habilidade construtiva, a média inicial foi de 0,30 (DP=0,46) e a média final foi de 0,70 (DP=0,46).

Tabela 4. Resultados das subescalas do MEEM.

	Orientaçã o	Retençã o	Atençã o e cálculo	Evocaçã o	Linguage m	Habilidad e construtiv a
Média Inicial	7,80	3,00	3,50	1,80	6,80	0,30
Desvio- padrão Inicial	1,66	0	2,01	0,75	0,98	0,46
Média Final	9,70	3,00	3,70	2,90	7,40	0,70
Desvio- padrão Final	0,64	0	1,95	0,30	0,66	0,46

De seguida procede-se à apresentação dos resultados obtidos na estatística descritiva, com base nas pontuações obtidas na MEEM, no Teste do Relógio, na EDG e no índice de Barthel.

Tabela 5. Caracterização da amostra relativamente ao perfil cognitivo, funcional e níveis de sintomatologia depressiva.

	Média	Desvio- Padrão	Frequência absoluta (N)	Mínimo	Máximo
MEEM inicial	23,30	5,165	10	14	30
MEEM final	27,40	3,565	10	24	30
Desenho do Relógio inicial	2,20	1,874	10	0	5
Desenho do Relógio final	3,20	1,814	10	0	5
EDG inicial	10,90	5,626	10	5	20
EDG final	8,20	4,022	10	3	16
Barthel inicial	91,50	18,265	10	50	100
Barthel final	91,50	18,265	10	50	100

Como verificado na tabela 5, os resultados médios do MEEM são de 23.30 (na avaliação inicial) e de 27.40 (na avaliação final) numa amostra de idosos em que a maioria (80%) frequentou apenas o ensino primário ou 1º ciclo.

A média dos resultados obtidos com a aplicação do teste do relógio demonstra que inicialmente a sua representação apresenta erros visuo-espaciais moderados e numa avaliação final a distribuição visuo-espacial já é correta embora ainda com alguns erros.

Relativamente à presença de sintomatologia, a média dos resultados obtidos é representativa de idosos sem depressão (médias inferiores a 11) quer numa avaliação inicial quer na avaliação final, embora o valor tenha decrescido na avaliação final.

Já relativamente à avaliação da funcionalidade, pela aplicação do índice de Barthel não se observam diferenças nos resultados obtidos antes e após a implementação do treino cognitivo.

Posteriormente, interessou perceber se estas diferenças verificadas nos resultados dos diferentes momentos de avaliação são estatisticamente significativas, por forma a responder ao objetivo específico deste estudo:

- Analisar a relação entre o perfil cognitivo, a sintomatologia depressiva e o nível funcional e a efetividade de um programa de estimulação cognitiva.

Antes, e uma vez que a amostra é reduzida, foi necessário testar a normalidade da distribuição dos dados, de forma a definir os testes subsequentes a realizar para a análise inferencial dos mesmos.

Assim sendo, recorreu-se aos testes não paramétricos Kolmogorov Smirnov, e Shapiro-Wilk, devido ao número reduzido de participantes na amostra e, que de acordo com a literatura existente, se divide sobre qual destes testes será o mais adequado a aplicar para amostras reduzidas (Ghasemi e Zahediasl, 2012). Foi considerando ainda o teste de correlação de Lilliefors ajustado, tendo-se concluído que os valores de prova obtidos são superiores ao nível de significância considerado (5%), daí que se assuma que a amostra segue uma distribuição normal para cada avaliação realizada.

Tabela 6. Resultados dos testes da normalidade da amostra.

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	N	Sig	Estatístic	N	Sig
MEEM inicial	0,129	10	0,200*	0,962	10	0,810
MEEM final	0,273	10	0,033	0,773	10	0,007
Desenho do Relógio inicial	0,180	10	0,200*	0,898	10	0,209
Desenho do Relógio final	0,270	10	0,037	0,869	10	0,099
EDG inicial	0,264	10	0,047	0,842	10	0,046
EDG final	0,208	10	0,200*	0,946	10	0,616
Barthel inicial	0,479	10	0,000	0,538	10	0,000
Barthel final	0,479	10	0,000	0,538	10	0,000

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

^a.Correlação de significância de Lilliefors.

Dos dados apresentados, conclui-se que não há nenhum par de observações (inicial e final) que apresente o mesmo tipo de distribuição, com exceção do teste de Barthel, sendo que este último não tem variação e como tal não é considerado para as análises seguintes.

Por forma a analisar se a diferença entre a avaliação inicial e final é estatisticamente significativa, procedeu-se à estatística inferencial optando por se efetuarem estas análises através de testes paramétricos e não paramétricos, devido à não uniformidade da distribuição dos pares.

Assim sendo, os resultados obtidos pela aplicação do teste paramétrico *t-student* de amostras emparelhadas encontram-se representados na tabela seguinte.

Tabela 7. Resultados da aplicação do teste paramétrico *t-student*.

	Diferenças emparelhadas							
	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média	95% Intervalo de Confiança da Diferença		t	Gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
Par 1MEEM	-4,100	2,234	0,706	-5,698	-2,502	-5,805	9	0,000
Par 2Desenho	-1,000	.0,667	0,211	-1,477	-0,523	-4,743	9	0,001
Relógio								
Par 3EDG	2,700	2,312	0,731	1,046	4,354	3,693	9	0,005

Atendendo aos resultados do referido teste, verifica-se que, a um nível de significância de 5%, existe evidência estatística suficiente para afirmar que, em termos médios, os resultados obtidos são significativamente diferentes entre os dois momentos de avaliação do perfil cognitivo e da sintomatologia depressiva.

Nas tabelas seguintes apresentam-se os resultados do equivalente não-paramétrico, ou seja, o Teste de Postos Assinados por Wilcoxon.

Tabela 8. Teste de Postos Assinados por Wilcoxon.

	N	Posto	
		Médio	Soma de Postos
MEEM Final – MEEM			
Postos Negativos	0 ^a	0,00	0,00
Inicial			
Postos Positivos	9 ^b	5,00	45,00
Empates	1 ^c		
Total	10		
Teste Relógio Final –			
Postos Negativos	0 ^d	0,00	0,00
Teste Relógio Inicial			
Postos Positivos	8 ^e	4,50	36,00
Empates	2 ^f		
Total	10		
EDG Final – EDG Inicial			
Postos Negativos	9 ^g	5,00	45,00
Postos Positivos	0 ^h	0,00	0,00
Empates	1 ⁱ		
Total	10		

a. MEEM Final < MEEM Inicial

b. MEEM Final > MEEM Inicial

c. MEEM Final = MEEM Inicial

d. Teste Relógio Final < Teste Relógio Inicial

e. Teste Relógio Final > Teste Relógio Inicial

f. Teste Relógio Final = Teste Relógio Inicial

g. EDG Final < EDG Inicial

h. EDG Final > EDG Inicial

i. EDG Final = EDG Inicial

Pode-se concluir, pelos resultados da tabela 8, que no momento de avaliação final, 9 participantes aumentaram a sua pontuação no MEEM e 1 participante manteve a pontuação obtida no momento inicial. Em relação À pontuação obtida no TDR melhorou para 8 dos participantes enquanto 2 mantiveram as pontuações iniciais. A pontuação obtida na EDG por 9 dos participantes decresceu, indicando diminuição da sintomatologia depressiva e 1 dos participantes manteve a sua pontuação nesta escala.

Tabela 9. Resultados da aplicação do teste de posto Assinados por Wilcoxon.

	MEEM Final – MEEM Inicial	Teste Relógio Final – Relógio Inicial	Teste EDG Final – EDG Inicial
Z	-2,673	-2,640	-2,677
Significância Assint. (Bilateral)	0,008	0,008	0,007

Pelos resultados apresentados na tabela anterior, as diferenças encontradas entre as avaliações finais e iniciais, são estatisticamente significativas, corroborando os resultados já apresentados através do teste paramétrico T de amostras emparelhadas.

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Relativamente à amostra apenas 20% (2 idosos) foram identificados com DCL. Indo de encontro à mesma dificuldade sentida por Costa (2012) em diagnosticar o DCL por não ser dada a devida significância pelos próprios ou pelas famílias e profissionais de saúde (da instituição) aos subtis défices cognitivos. No seu estudo Costa (2012) inclui no grupo experimental 17 idosos com DCL, constituindo 51,5% da amostra e no grupo controlo fizeram parte 16 idosos, compondo 48,5% da amostra.

A percentagem de idosos que apenas frequentou o ensino primário (escolaridade entre 1 a 4 anos) é bastante elevada (80%), indo de encontro aos resultados de outros estudos. Costa (2012) obteve uma média global de 93,75% de idosos com 1 a 4 anos de escolaridade e apenas 12,5% de analfabetos no grupo controlo. No presente estudo apenas 1 idoso é analfabeto (10% da amostra) e 1 idoso possui licenciatura (10% da amostra). De fato, de acordo também com outros estudos, a baixa escolaridade constitui-se como fator de risco para desenvolver DCL (Magalhães, 2007; Ghetu, et al., 2010 citados por Costa 2012).

Quanto aos hábitos lúdicos uma grande maioria utiliza recursos cognitivos e físicos para desenvolver atividades lúdicas, como a participação nas sessões promovidas pela animadora sociocultural da instituição e passear no jardim ou exterior da instituição (70% da amostra). Apenas 20% utiliza apenas recursos físicos e 10% utiliza só recursos cognitivos. Destacamos que todos os idosos da amostra participam em algum tipo de atividades lúdicas o que é muito positivo pois um dos fatores de risco para o desenvolvimento de DCL e progressão para demência é a atividade intelectual pobre (Rabelo, 2009) e vários estudos apontam para a importância da utilização de recursos físicos e cognitivos como fator protetor de estilos de vida que incluem interação social e envolvimento em atividades lúdicas cognitivas e físicas (Ribeiro e Yassuda, 2007 citado por Rabelo, 2009).

Relativamente aos antecedentes clínicos, a maioria apresentam doenças cardiovasculares (60%), doença mental/depressão (50%), seguida de Diabetes Mellitus tipo 2 e doenças osteoarticulares (20%) e obesidade (20%). São as doenças osteoarticulares que parecem estar na origem de défices a nível da funcionalidade.

Também Costa (2012) obteve uma maioria de idosos participantes com doença cardiovascular (51,1%), o mesmo autor considera os antecedentes cardiovasculares como fatores de risco para o desenvolvimento de DCL.

Os resultados desta investigação empírica, com recurso ao padrão quantitativo e utilizando a análise descritiva (média, desvio padrão, mínimo e máximo) e análise inferencial (teste *t-student* para amostras emparelhadas) evidenciaram uma melhoria, estatisticamente significativa, do desempenho cognitivo (p-value = 0,000), avaliado através dos resultados do Mini Exame do Estado Mental obtidos na avaliação inicial e final.

Não seria expectável pontuação mínima de 14 numa primeira avaliação pois está abaixo dos valores operacionais de “corte” do MEEM para a população portuguesa. No entanto, numa avaliação final o valor mínimo observável foi de 24 o que transcende a expectativa da classificação para a pontuação do MEEM (escolaridade de 0 - 2 anos corresponde a 22 pontos, escolaridade de 3-6 anos corresponde a 24 pontos e escolaridade igual ou superior a 7 anos corresponde a 27 pontos), uma vez que 10% da amostra não tem escolaridade e 80% frequentou o ensino primário (escolaridade igual ou inferior a 4 anos). No entanto, novos estudos apontam para médias mais elevadas do resultado final do MEEM, em função da escolaridade (Costa, 2012; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro e Martins, 2010).

Para cada subescala do MEEM (Orientação, Retenção, Atenção e Cálculo, Evocação, Linguagem e Habilidade Construtiva), em termos de resultados médios, ocorreram melhorias após a participação no treino cognitivo, à exceção da dimensão Retenção. Corroborando os resultados apresentados neste estudo, também outras investigações obtiveram um acréscimo em todas as subescalas (Castro, 2011; Pires, 2008; Santos, 2010; Nery de Sousa e Chaves, 2003).

Perante a comparação das médias totais dos resultados obtidos na avaliação inicial e final no MEEM, a melhoria nos resultados vai de encontro aos de outros estudos semelhantes onde também foi aplicada esta escala antes e após a implementação de programas de treino cognitivo (Castro, 2011; Cardoso, 2012; Carneiro, 2016; Costa, 2012; Pereira, 2012; Pires, 2012).

Em termos de resultados médios, também Banhato, Scoralick, Guedes, Atalaia-Silva, Mota (2009), num estudo realizado com o objetivo de avaliar a importância da estimulação cognitiva para otimização do desempenho funcional em idosos institucionalizados, obtiveram uma melhoria no que diz respeito à média obtida no MEEM.

O estudo realizado por Nery de Sousa e Chaves (2003) tinha como objetivo investigar o efeito da estimulação de memória sobre o Mini Exame do Estado Mental,

com base em determinadas atividades (apresentação de palestras, aplicação de jogos, atividades de treino de raciocínio, compostas por resolução de problemas, cálculos, leitura e memorização visual), concluindo que, comparando os resultados do MEEM, antes das atividades estimuladoras do sistema cognitivo, com os resultados depois das atividades, houve acréscimo estatisticamente significativo ($p\text{-value} = 0.042$). Também num estudo realizado por Lima da Silva et al. (2011), cujo objetivo era investigar a eficácia de treino cognitivo, teve como resultados uma melhoria significativa na memorização de listas de palavras e na fluência verbal.

Já Pires (2012) e Banhato et al (2009), relativamente aos valores obtidos para as subescalas, nomeadamente orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva, obtiveram melhoria em todas elas, exceto na Linguagem. Costa (2012) e Belleville et al (2006) também salientam áreas como a orientação, a evocação e a orientação visuo-espacial, obtendo melhorias estatisticamente significativas após a intervenção de programas de estimulação para idosos com DCL.

Relativamente ao teste do desenho do relógio, em termos gerais, este avalia várias habilidades cognitivas, de forma semelhante ao Mini Exame do Estado Mental (Arahamian et al, 2009).

Os resultados apresentados pelo TDR, também evidenciam melhoria estatisticamente significativa ($p\text{-value} = 0,001$). Em concordância com este resultado estão outros estudos com aplicação do mesmo teste (Castro, 2011; Costa, 2012; Pires, 2012).

No entanto, na avaliação do teste do relógio, foram notórios os défices, estando a média dos resultados na avaliação inicial em 2.20 e na avaliação final os resultados não ultrapassaram a média de 3.20 (distribuição visuo-espacial correta com marcação errada da hora) (Shulman et. al, 1996 citado por Peres e Pinto, 2008), o que corrobora com estudos nos quais foi utilizado o teste do relógio como instrumento de avaliação (Castro, 2011; Costa, 2012; Pires, 2012).

Devido ao número de domínios cognitivos que este teste exige, foi rapidamente perceptível que seriam esperados diferentes tipos de erros, ainda mais aplicado segundo o procedimento de desenho-livre. Este procedimento exige mais da linguagem, memória e funções executivas (Freedman, Leach, Kaplan, Winocur, Shulman, Delis, 1994) que o procedimento pré-desenho.

Apesar dos défices apresentados no TDR, de um modo geral, houve melhoria estatisticamente significativa no desempenho cognitivo dos idosos após o treino cognitivo, quer pelas avaliações obtidas no TDR quer no MEEM.

Outros estudos de intervenção precoce ou de reabilitação cognitiva através da implementação de programas de treino cognitivo refletem o mesmo impacto positivo, no entanto através da aplicação de outros instrumentos de avaliação cognitiva (Apóstolo et al, 2011; Belleville et al, 2006; Chariglione et al, 2013; Gonçalves, 2012; Kinsella et al, 2009).

Na literatura é evidente que a aplicação de programas de estimulação cognitiva auxilia os idosos a manter e desenvolver o seu desempenho cognitivo e as suas competências sociais e, também, ajuda na prevenção da depressão (Apóstolo et al, 2011; Castro, 2011; Chariglione et al, 2013; Castro, 2011; Gonçalves, 2012; Viola, 2010).

A prevenção da depressão também é verificável neste estudo, onde se constatou uma diminuição estatisticamente significativa ($p\text{-value} = 0,005$), da média total dos itens avaliados na Escala de Depressão Geriátrica, o que representa diminuição da sintomatologia depressiva. A pontuação total média passou de 10.9 na avaliação inicial para 8.2 na avaliação final. Ou seja, passou de um valor próximo indicativo de depressão crescente (depressão ligeira) para um valor mais baixo, classificado como indicativo de ausência de depressão.

Esta presença de sintomatologia depressiva foi, empiricamente, evidente na maioria dos participantes, demonstrada pelas verbalizações negativas em relação a si próprio e ao seu propósito de vida e manifestações de sentimentos de inutilidade particularmente por já se encontrarem institucionalizados.

As evidências mostram que as perdas a nível cognitivo representam uma característica da depressão e que indivíduos deprimidos tendem a ficar afetados no seu funcionamento psicossocial. Os sintomas depressivos estão associados a um pior funcionamento social e qualidade de vida. No Italian Longitudinal Study on Aging – ILSA, constatou-se que o baixo desempenho cognitivo e a presença de sintomas depressivos estão associados à fragilidade física (Solfrizzi, Scalfato, Frisardi, Sancarlo, Seripa, Logroscino, Baldereschi, Crepaldi, Di Carlo, Galuzzo, Gandin, Inzitari, Maggi, Pilotto e Panza, 2011).

Em relação à avaliação da funcionalidade, avaliada pelo Índice de Barthel, associado às atividades de vida diária, não foram perceptíveis alterações ao nível das AVD's. Não houve qualquer diferença estatisticamente significativa na pontuação obtida

nos diferentes momentos de avaliação. Estes resultados vão de encontro a outros estudos onde, após a estimulação cognitiva, não se verificaram alterações significativas (Apóstolo et al, 2011; Chariglione et al, 2013;Costa, 2012; Gonçalves, 2012; Viola, 2010), o que pode ser devido, tal como a literatura refere, ao número reduzido da amostra e também ao elevado nível de independência funcional.

Júnior e Tavares (2005) e Quintela (2001), citados por Gonçalves (2012), defendem que muitos idosos em instituições estão mais propensos ao sedentarismo, em resultado da falta de atividades que estimulem a área cognitiva, social e física. Para minimizar potenciais problemas sociais, vários autores recomendam a aplicação de programas de estimulação cognitiva como prevenção da degradação dos processos cognitivos e sociais (Gonçalves, 2012; Paúl, 2005; Santos, 2010; Tavares, 2007; Vaz, 2009; Viola, 2010).

CONCLUSÃO

Os resultados, à semelhança de outras investigações similares, demonstraram que a implementação de um treino de estimulação cognitiva contribui para preservação e melhoria dos domínios cognitivos dos idosos, diminuindo a sintomatologia depressiva.

No entanto, devido à elevada independência a nível das atividades de vida diária indicadas pelo Índice de Barthel e ao reduzido número da amostra, não são verificáveis alterações a este nível. Embora existam estudos que demonstram que programas de estimulação cognitiva podem melhorar défices ao nível das atividades de vida diária e das atividades instrumentais (Kurz et. al., 2009; Tsolaki et. al., 2011 citados por Costa, 2012).

Os objetivos estabelecidos consideram-se, assim, atingidos permitindo demonstrar impacto positivo nas funções cognitivas, proporcionando suporte psicológico ao diminuir a sintomatologia depressiva e manutenção da sua funcionalidade.

Para além disso, estas intervenções permitem promover a socialização do idoso prevenindo situações de isolamento (Camara et al., 2009 citado por Castro, 2011). O que reforça ainda mais a importância da prática de estimulação cognitiva para a diminuição da depressão, tal como também é referido em diversos estudos consultados.

As alterações cognitivas (memória a curto prazo, orientação, atenção, linguagem) têm repercussões no quotidiano do idoso originando situações concretas como, por exemplo, dificuldade em recordar onde guarda determinados objetos, dificuldade em recordar a toma de medicação, dificuldade na retenção de acontecimentos recentes, dificuldade em associar o nome à cara da pessoa, dificuldade na orientação espacial, discurso repetitivo ou dificuldade em expressar-se. Isto pode levar a dificuldades no seu quotidiano e isolamento contribuindo para os sentimentos depressivos.

Assim, o treino cognitivo com ensino de estratégias de compensação da memória, prática de atividades de estimulação da memória a curto e longo prazo, promoção da interação social e estimulação da orientação temporal e espacial contribui efetivamente para facilitação do quotidiano do idoso.

Concluindo, este estudo permite contribuir para a consensualidade encontrada na literatura de que programas de treino de estimulação cognitiva contribuem para a melhoria do desempenho cognitivo, psicossocial e funcional dos idosos, com particular destaque para idosos com DCL pois evidencia maior risco de progressão para demência. Desta forma, o envolvimento em programas desta natureza será um valioso contributo para o bem-estar dos idosos.

Pelo descrito, torna-se pertinente para a prática de enfermagem de reabilitação, o desenvolvimento de estratégias de intervenção focadas no desempenho cognitivo e na sintomatologia depressiva de forma a prevenir e minorar a condição de fragilidade associada ao processo de envelhecimento.

Como principais limitações deste estudo considera-se a reduzida amostra, assim como a seleção não aleatória dos participantes bem como a reduzida duração do treino cognitivo. Estes fatores não permitem realizar uma análise mais abrangente dos resultados.

Para futuros estudos poderá ser pertinente tornar o programa de estimulação cognitiva mais prolongado e com uma amostra maior e mais representativa da população idosa institucionalizada e até criar um grupo de controlo. Oportuno também, seria aplicar este tipo de programas no idoso não institucionalizado, sendo que se trata de uma percentagem relativamente elevada.

A literatura também aborda a pertinência de estabelecer programas de atividade física simultaneamente à aplicação de programas/treinos de estimulação cognitiva. Outros parâmetros podem também ser avaliados por forma a destacar ainda mais o impacto da estimulação cognitiva, como por exemplo a qualidade de vida, o bem-estar subjetivo e o fenótipo da fragilidade.

Adicionalmente, a participação da família é um ponto assinalado como de grande importância em vários estudos. Seria, por isso, oportuno a participação desta e a consciencialização da sua importância enquanto suporte emocional do idoso. Para além disso, seria pertinente envolver o cuidador de idosos no domicílio pois muitos deles são igualmente idosos.

Em contexto de apoio aos prestadores de cuidados domiciliários, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem um papel de destaque privilegiado, na avaliação do estado de saúde mental, nível de funcionalidade e implementação de estratégias promotoras do funcionamento cognitivo e consequentemente físico dos cuidadores e seus dependentes. Sendo que num dos mais recentes paradigmas sociais, os cuidadores informais afiguram-se com uma expressiva relevância na sociedade, contudo com custos associados, situação de crise, expressando sintomas de fadiga, stress e depressão, denotando frequentemente frágil saúde mental, como referem os teóricos e investigações recentes.

A implementação de um programa de estimulação da cognição é fundamental em todos os idosos particularmente em pessoas com défice cognitivo ligeiro, de modo a

potenciar a cognição, melhorar a autonomia e minimizar o impacto dos défices. A implementação do programa revelou ganhos em saúde, passíveis de serem traduzidos em indicadores de resultados sensíveis à intervenção de Enfermagem, particularmente da Enfermagem de Reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, I., Forlenza, O., e Barros, H. (2005). Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Revista Psiquiatria Clínica*. 32 (3). 131-136.

Alves C. F. (2014). *Percepção do estado de saúde, força muscular e composição corporal - efeito de um programa de intervenção em idosos institucionalizados*. Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança.

American Psychiatric Association (2006). *DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 5ª Edição. Climepsi Editores.

Andrade, M. G. F. (2011). *Qualidade de vida e depressão na pessoa idosa institucionalizada*. Dissertação de mestrado. Mestrado em Gerontologia. Universidade da Madeira.

Apóstolo, J. L. A., Cardoso, D.F.B., Marta, L.M.G. e Amaral, T.I.O. (2011). Efeito da estimulação cognitiva em idosos. *Revista de Enfermagem Referência*. Série III. Nº5. P.193-205.

Apóstolo, J. L. A., Loureiro, L.M.J., Reis, I.A.C., Silva, I.A.L.L., Cardoso, D.F.B., Sfetcu, R. (2014). Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale -15 para a língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV. N.º 3. P. 65-73.

Aprahamian, I., Martinelli, J. E., Neri A. L., e Yassuda, M. S. (2009). The Clock Drawing Test. A review of its accuracy in screening for dementia. *Dementia e Neuropsychologia*. 3(2). P. 74-80.

Banhato, E. F. C., Scoralick, N. N., Guedes, D. V., Atalaia-Silva, K. C., Mota, M. M. (2009). Atividade física, cognição, e envelhecimento: estudo de uma comunidade urbana. *Psicologia: Teoria e Prática*. 11 (1). P 76- 84.

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

Cardoso, C. O. (2012). *Avaliação da eficácia de um programa de treino cognitivo com a consola wii[™] nintendo[™] em pessoas com doença de alzheimer: estudo de caso múltiplo*. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Porto.

Carneiro, S. S. (2016). *Estimulação cognitiva em idosos institucionalizados após acidente vascular cerebral*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde. Porto.

Carvalho, F. C. R., Neri, A. L., e Yassuda, M. S. (2010). Treino de memória episódica com ênfase em categorização para idosos sem demência e depressão. *Psicologia Reflexão e Crítica*. 23 (2). P 317-323.

Castro, A. E. M. (2011). *Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de mestre em Psicologia. Aveiro.

Chariglione, I. P. F e Janczura, G. A. (2013). Contribuições de um treino cognitivo para a memória de idosos institucionalizados. *Psico-USF*. Bragança Paulista. Vol. 18. P. 13-22.

Copeland, M., Daly, E., Hines, V., Mastromauro, C., Zaitchik, D., Gunther, J., Albert, M. (2003). Psychiatric Symptomatology and prodromal Alzheimer's disease. *Alzheimer's Dis. Assoc. Disord*. 17 (1). P. 1-8.

Costa, A. R. D. (2012). *Efetividade de um programa de estimulação cognitiva em idosos com défice cognitivo ligeiro*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto. Curso em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Porto.

Fabício, A. T., Lima-Silva, T. B., Kissaki, P. T., Vieira, M. G., Ordonez, T. N. Oliveira, T. B., Aramaki, F. O., Souza, P. F. e Yassuda, M. S. (2012). Treino cognitivo em adultos maduros e idosos: impacto de estratégias segundo faixas de escolaridade. *Psico-USF*. Volume 17. Nº1. P. 85-95.

Fernández-Ballesteros, R. (2011). Positive aging: objective, subjective and combined outcomes. *E-Journal of Applied Psychology*. 7. P. 22-30.

Firmino, H. (2006). *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria clínica. Edições Almedina. Coimbra. ISBN: 9789892003146.

Folstein, M. F., Folstein, S.E., e McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, A. M. (2010). Promoção do desenvolvimento psicológico. Consultado em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S198334822010000200006&script=sci_arttex, a 28 de novembro de 2016.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi editores.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Franco-Martín, M. A. e Orihuela-Villameriel, T. (2006). A reabilitação das funções cognitivas superiores na demência. In Firmino, H. *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica. Edições Almedina. P. 471-487. ISBN: 9789892003146.

Freedman, M., Leach, L., Kaplan, E., Winocur, G., Schulman, K. I., e Delis, D. C. (1994). *Clock drawing: A neuropsychological analysis*. London: Oxford University Press.

Gazzaniga, M. S. e Heatherton, T. F. (2005). *Ciência Psicológica: Mente, cérebro e comportamento*. Porto Alegre: Artmed.

Ghasemi, A., e Zahediasl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: a guide for non-statisticians. *International journal of endocrinology and metabolism*. 10 (2). 486-489.

Gonçalves, C. (2012). Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. *O Portal dos Psicólogos*. 18. P. 1-18.

Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., e Fonseca, A. M. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 7(1), 137-143.

Gonçalves, R. F. M. (2010). *Avaliação do Abuso no idoso em contexto institucional: lares e centros de dia*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Gonzaga, L., e Nunes, B. (2008). *Memória Funcionamento Perturbações e Treino*. Lisboa: Lidel.

Greenwood, P. M. e Parasuram, J. (2010). Neuronal and Cognitive Plasticity: A Neurocognitive Framework for Ameliorating Cognitive Aging. *Journal Frontiers in Aging Neuroscience*. Vol.2:150.

Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social: CID - Crianças, Idosos e Deficientes - Cidadania, Instituições e Direitos (2005). *Manual de Boas Práticas: Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas*. Edição Instituto da Segurança Social, I.P. Lisboa.

Hughes, C. P., Berg, L., Danzinger, W. L., Coben, L. A., Martin, R. L. (1982). A new clinical scale for staging of dementia. *The British Journal of Psychiatry*. 140 (6) 566-572.

Instituto Nacional de Estatística (2011), *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Lisboa. ISBN 978-989-25-0148-2.

Jacob L. e Fernandes H. (2011). *Ideias para um Envelhecimento Activo*. Almeirim. Edição: RUTIS. ISBN: 978-989-97524-0-5

Júnior, A. S. H., Silva, R. A. e Bastos, O. (2009). Idosos Institucionalizados: relação de estados depressivos com sintomas físicos e cognitivos. *Neurobiologia*. 72(3). P. 19-30.

Kalache, A. (2008). O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciência e Saúde Coletiva*. Volume 13. Nº4.

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

Klautau, P. W., Winograd, M. e Bezerra Jr., B. (2009). Normatividade e plasticidade: algumas considerações sobre a clínica psicanalítica com pacientes neurológicos. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*. Fortaleza. Vol. IX. 2. P. 551-574.

La Rue, A. (2010). Healthy brain aging: Role of cognitive reserve, cognitive stimulation and cognitive exercises. *Clinics in Geriatric Medicine*. Vol. 26. Nº1. P. 99-111.

Knapp, M., Thorgrimsen, L., Patel, A., Spector, A., Hallam, A., Woods, B., Orrell, L. (2006). Cognitive stimulation therapy for people with dementia: cost-effectiveness analysis. *British Journal of Psychiatry*. Vol.188. Nº6. P. 574-580.

Lobo, A. M. (2013). *Efeitos de um treino em ambiente virtual sobre o desempenho da marcha e funções cognitivas em idosos saudáveis*. Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre. Universidade de São Paulo. São Paulo.

Lobo, A. e Pereira, A. (2007). Idoso Institucionalizado: Funcionalidade e Aptidão física. *Revista Referência*. IIªSérie. Nº4. P.61-68.

Magalhães, C. (2008). *Estereótipos acerca das pessoas idosas em estudantes do ensino superior, no distrito de Bragança*. Tesis Doctoral. Universidade de Extremadura. Badajoz.

Maroto, M. (2003). *Programa de Estimulação de Memória - Estimulação e manutenção de funções cognitivas em idosos*. Lisboa: Cegoc-Tea.

Mazo, G. Z., Lopes, M. A., e Benedetti, T. B. (2001). *Atividade física e o idoso*. Porto Alegre: Editora Sulina.

Mello, B. L. D., Haddad, M. C. L. e Dellarozza, M. S. G. (2012). Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. Maringá. Vol. 34. Nº. 1.P. 95-102.

Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-9728930-78-3.

Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., e Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do mini-mental state examination. *Sinapse*. 9(2). P. 10-16.

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

Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia*. Vol. 14. Nº 1. P. 17-34.

Nery de Sousa, J. e Chaves, E. C. (2003). O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. *Revista Escola de Enfermagem*. Universidade São Paulo.

Neves, C. A. (2014). *O idoso institucionalizado no concelho de Vinhais: Aspetos e contextos da sua qualidade de vida*. Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de mestre em Gestão das Organizações (ramo Gestão de Unidades de Saúde). Instituto Politécnico de Bragança. Bragança.

Nordon, D. G., Guimarães, R. R., Kozonoe, D. Y., Mancilha, V. S. e Neto, V. S. D. (2009). Perda cognitiva em idosos. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*. 11(3). P 5-8.

Nunes, B. (2008). *Envelhecer com saúde. Guia para melhorar a sua saúde física e psíquica*. LIDEL – edições técnicas, Lda.

Oliveira, A., Oliveira, N., Arantes, P. e Alencar, M. (2010). Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*. 13(2). 301-312.

Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Directrizes Diagnósticas*. Artmed. Porto Alegre.

Organização Mundial de Saúde (1998). *Growing older – Staying well. Ageing and physical activity in everyday life*. Geneva: OMS.

Organização Mundial de Saúde (2004). *CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*.

Organização Mundial de Saúde (2015). *Resumo - Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. WHO/FWC/ALC/15.01. Geneva: OMS.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Aprovado por unanimidade em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de novembro de 2010. Lisboa.

Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia: revista da Faculdade de Letras do Porto*. Vol. XV. P. 275-288.

Paúl, C. (2005)^a. A Construção de um Modelo de Envelhecimento Humano. In Paúl, C. e Fonseca, A.M. (coord.). *Envelhecer em Portugal*. P. 21-41. Climepsi Editores. Lisboa.

Paúl, C. e Fonseca, A.M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Climepsi Editores. Lisboa

Pereira, Z. M. F. (2012). *Treino Cognitivo em Idosos sem Demência*. Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de mestre em Envelhecimento Ativo. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança.

Peres, R., Pinto, E. (2008). Literature review of the Clock drawing test as a tool for cognitive screening. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. Londres

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

Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*. 256. 183-194.

Petersen, R. C. (2010). Clinical trials for early (predementia) alzheimer ' s disease: a case for mild cognitive impairment. *The Journal of Nutrition, Health e Aging*. 14 (4). 304-305.

Petersen, R. C. e Negash, S. (2008). Mild Cognitive Impairment: An Overview. *CNS Spectrum*. Vol. 13 (1).

Pires, A. C. S. (2008). *Efeitos dos Videojogos nas Funções Cognitivas da Pessoa Idosa*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto.

Pires, M. R. G. (2012). *Performance cognitiva em idosos institucionalizados*. Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de mestre em Envelhecimento Ativo. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança.

Plano Gerontológico da RAM (2009-2013). “*Viver Mais Viver Melhor*”. Secretaria Regional dos Assuntos Sociais. Região Autónoma da Madeira.

Polit, D., Beck, C. (2011). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem. Avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. 7ª Edição. Porto Alegre. Artmed.

Rabelo, D. (2009). Declínio cognitivo leve em idosos: fatores associados, avaliação e intervenção. *UNIPAM*. 1(1). 56-68.

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

Ribeiro, J. L. (2010). Metodologia da investigação em psicologia e saúde (3ªed): Legis Editora. Porto.

Ribeiro, O. e Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel.

Rodrigues, M. R. T. (2006). *Efeitos de uma Intervenção Psico-Educativa nas Competências Cognitivas e Satisfação de Vida em Idosos*. Cadernos de Estudo. Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. Porto. 3. P. 77-84.

Santos, I. B. (2010). *Oficinas de estimulação cognitiva em idosos analfabetos com Transtorno Cognitivo Leve*. 148. Tese de Mestrado. Universidade Católica de Brasília. Distrito Federal. Brasil.

Schaie, K. W., Willis, S. L., e Caskie, G. I. L. (2004). The Seattle longitudinal study: relation between personality and cognition. *Aging, Neuropsychology and Cognition*. Volume 11. P304-234.

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

Simões, A. (2006). *A nova velhice. Um novo público a Educar*. Porto: Ambar.

Singh-Manoux, A., e Kivimaki. (2010). The importance of cognitive ageing for understanding dementia. *American Aging Association*. 32. 509-512.

Soares, E. (2006). Memória e Envelhecimento: Aspectos neuropsicológicos e estratégias preventivas. *O portal dos Psicólogos*.

Solfrizzi, V., Scalfato, E., Frisardi, V., Sancarlo, D., Seripa, D., Logroscino, G., Baldereschi, M., Crepaldi, G., Di Carlo, A., Galuzzo, L., Gandin, C., Inzitari, D., Maggi, S., Pilotto, A., e Panza, F. (2011). For the Italian longitudinal study on aging working group: Frailty syndrome and all-cause mortality in demented patients. e Italian longitudinal Study on Aging. *Age (Dordr)*. April. 34(2). 507-17.

Spar, J. E. e La Rue, A. (2005). *Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. 183. P. 248-254.

Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. I. e Costa, J. L. (2002). Depressão no idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Actividade Física. *Revista Motriz*. 8. P. 91-98.

Tavares, L. (2007). *Programas de estimulação em idosos institucionalizados: efeitos da prática de atividades cognitivas e atividades físicas*. Tese de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. Brasil.

Thompson, G. e Foth, D. (2005). Cognitive-training Programs for Older Adults: What are they and can they enhance Mental Fitness? *Educational Gerontology*. 31 (8). P. 603-626.

Tuokko, H., O'Connell, M. E. (2006). A review of quantified approaches to the qualitative assessment of clock drawing. In Poreh, M. (2006) *The Quantified process approach to Neuropsychological Assessment*. New York. Taylor e Francis. P. 173-206.

Umphred, D. A. (2009). *Reabilitação Neurológica*. Edição Elsevier. São Paulo. ISBN: 9788535231250.

Vaz, S. (2009). *A depressão do idoso institucionalizado: estudo em idosos residentes nos Lares do Distrito de Bragança*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Porto.

Veríssimo, M. T. (1988). *Avaliação Diagnóstica dos Síndromes Demenciais: Escala de Depressão Geriátrica*. Porto: Serviço de Neurologia do Hospital de São João do Porto.

Vigário, V. R. M. (2012). *Diferenças no funcionamento cognitivo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra.

Viola, L. F. (2010). *A avaliação do efeito de um programa multiprofissional de estimulação cognitiva e funcional em pacientes portadores de Alzheimer leve e moderada*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo.

Wang, J., Hsu, Y. e Cheng, S. (2005). The effects of reminiscence on depressive symptoms and mood status of older institutionalized adults in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 20. P. 57-62.

ANEXOS

ANEXO I – CONSENTIMENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

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

DESIGNAÇÃO DO ESTUDO: Impacto de um programa de treino cognitivo em idosos institucionalizados.

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

Tomei também conhecimento que a informação que me foi dada incluiu os objetivos do programa, bem como a duração e organização das sessões que o compõem, o local e datas de realização das sessões, o tipo de atividades a realizar durante as sessões e a necessidade de avaliação inicial e final.

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

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

Vinhais, _____ de _____ de _____

Assinatura: _____

Pelo investigador responsável

Assinatura: _____

ANEXO II – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Exmo. Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Vinhais

Catarina Alexandra Neves Nunes, enfermeira no Hospital Terra Quente, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Bragança (Instituto Politécnico de Bragança), pretende desenvolver um estudo de investigação sobre o "Impacto de um programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados", sob a orientação da Professora Doutora Ana Galvão e da Professora Doutora Maria José Gomes, vindo por este meio solicitar a V. Exª a autorização para a aplicação do mesmo.

Vinhais, 9 de fevereiro de 2017

Pede deferimento,

Catarina Alexandra Neves Nunes

Diferido


(O Provedor da Santa Casa de Vinhais)

ANEXO III – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DEMÊNCIA

Questionário de Avaliação Clínica da Demência

Esta é uma entrevista semiestruturada. Coloque todas as perguntas que se seguem. Coloque quaisquer outras perguntas necessárias para determinar a Avaliação Clínica da Demência (CDR) do doente. Anote as informações das perguntas adicionais.

Perguntas sobre a memória para o informante (pessoa próxima do doente):

1. O doente tem problemas de memória ou raciocínio? Sim Não
- 1a. Se respondeu sim, o problema é constante (no sentido oposto de inconstante)? Sim Não
2. O doente consegue lembrar-se de acontecimentos recentes? Geralmente Às vezes Raramente
3. O doente consegue memorizar uma pequena lista de coisas (compras)? Geralmente Às vezes Raramente
4. Verificou-se algum declínio na memória ao longo do último ano? Sim Não
5. A memória do doente apresenta limitações ao ponto de estas poderem ter interferido com as suas atividades do dia-a-dia há alguns anos (ou durante a sua vida ativa)? (opinião de pessoas próximas do doente) Sim Não
6. O doente esquece-se completamente de um acontecimento importante (por exemplo: viagem, festa, casamento de família) algumas semanas depois do acontecimento? Geralmente Às vezes Raramente
7. O doente esquece-se de pormenores marcantes desse acontecimento importante? Geralmente Às vezes Raramente
8. O doente esquece-se completamente de informações importantes do passado distante (por exemplo: data de nascimento, data de casamento, local de emprego)? Geralmente Às vezes Raramente
9. Fale-me de um acontecimento recente na vida do doente do qual ele se deveria lembrar. (Obtenha pormenores tais como o local do acontecimento, hora, convidados, duração, quando acabou e como o doente ou outros convidados chegaram lá, para posterior comparação com as respostas do doente).
 No espaço de 1 semana: _____

 No espaço de 1 mês: _____

10. Quando é que o doente nasceu? _____
11. Onde é que o doente nasceu? _____
12. Qual foi a última escola que o doente frequentou? _____
 Nome _____
 Cidade _____
 Classe _____
13. Qual foi a ocupação/emprego principal do doente (ou emprego do parceiro, caso o doente não tivesse emprego)? _____
14. Qual foi o último emprego principal do doente (ou emprego do parceiro, caso o doente não tivesse emprego)? _____
15. Quando se reformou o doente (ou o parceiro) e porquê? _____

Questionário de Avaliação Clínica da Demência

Perguntas sobre a orientação para o informante:

Com que frequência sabe o doente exatamente:

1. O dia do mês?

Geralmente Às vezes Raramente Não sei

2. O mês?

Geralmente Às vezes Raramente Não sei

3. O ano?

Geralmente Às vezes Raramente Não sei

4. O dia da semana?

Geralmente Às vezes Raramente Não sei

5. O doente tem dificuldades de orientação em relação ao tempo (situar os acontecimentos no tempo)?

Geralmente Às vezes Raramente Não sei

6. O doente consegue orientar-se em ruas que lhe são familiares?

Geralmente Às vezes Raramente Não sei

7. Com que frequência sabe ele/ela como deslocar-se de um local para o outro, fora da sua área de residência?

Geralmente Às vezes Raramente Não sei

8. Com que frequência consegue o doente orientar-se dentro de casa?

Geralmente Às vezes Raramente Não sei

Questionário de Avaliação Clínica da Demência

Perguntas sobre o discernimento e resolução de problemas para o informante:

1. De um modo geral, se tivesse de avaliar a capacidade do doente para resolver problemas presentemente, consideraria essa capacidade:

- Tão boa como no passado
 Boa, mas não tanto como no passado
 Razoável
 Má
 Inexistente

2. Avalie a capacidade do doente para lidar com pequenas quantias de dinheiro (por exemplo: calcular trocos, deixar uma pequena gorjeta):

- Nenhuma perda de capacidade
 Alguma perda de capacidade
 Grave perda de capacidade

3. Avalie a capacidade do doente para lidar com assuntos financeiros ou comerciais complicados (por exemplo: verificar o livro de cheques, pagar contas):

- Nenhuma perda de capacidade
 Alguma perda de capacidade
 Grave perda de capacidade

4. O doente consegue lidar com uma pequena emergência doméstica (por exemplo: fuga de água nas canalizações, pequeno incêndio)?

- Tão bem como antes
 Pior do que antes, devido às dificuldades de raciocínio
 Pior do que antes, outra razão (porquê) _____

5. O doente consegue compreender situações ou explicações?

- Geralmente Às vezes Raramente Não sei

6. O doente comporta-se* de forma adequada [isto é, no seu estado habitual (pré-mórbido)] em situações sociais e interações com outras pessoas?

- Geralmente Às vezes Raramente Não sei

*Esta pergunta avalia o comportamento, não a aparência.

Questionário de Avaliação Clínica da Demência

Perguntas sobre o relacionamento com a comunidade para o informante:

Trabalho

1. O doente ainda trabalha? Sim Não N/A
 Se não for aplicável, prossiga para a pergunta 4
 Se respondeu Sim, prossiga para a pergunta 3
 Se respondeu Não, prossiga para a pergunta 2
2. Os problemas de memória ou raciocínio contribuíram para a decisão do doente em se reformar? (A pergunta 4 é a seguinte) Sim Não N/S
3. O doente tem dificuldades significativas no emprego, devido aos problemas de memória ou raciocínio?
 Raramente ou nunca Às vezes Geralmente Não sei

Vida social

4. O doente já alguma vez conduziu? Sim Não
 O doente conduz atualmente? Sim Não
 Se respondeu Não, é devido aos problemas de memória ou raciocínio? Sim Não
5. Se o doente ainda conduz, verificam-se problemas ou riscos devido a um raciocínio insuficiente? Sim Não
- *6. O doente consegue fazer compras sozinho?
 Raramente ou nunca (Tem de ser acompanhado em qualquer ida às compras) Às vezes (Compra apenas um número limitado de coisas; compra coisas a dobrar ou esquece-se de coisas necessárias) Geralmente Não sei
7. O doente consegue realizar atividades fora de casa sozinho?
 Raramente ou nunca (De um modo geral não é capaz de realizar atividades sem ajuda) Às vezes (Participação limitada e/ou rotineira, por exemplo: participação superficial em atividades religiosas ou reuniões; idas ao cabeleireiro) Geralmente (Participação ativa em atividades, por exemplo: votações) Não sei
8. O doente é levado para atividades sociais fora de casa? Sim Não
 Se respondeu Não, porque não? _____
9. Avaliando o comportamento do doente, um observador casual diria que o doente está doente? Sim Não
10. Caso se encontre num lar de terceira idade, o doente participa ativamente em atividades sociais (raciocínio)? Sim Não

IMPORTANTE:

Existem informações suficientes para avaliar o nível de limitação do doente nas atividades em comunidade?

Se respondeu Não, tente obter mais informações.

Relacionamento com a comunidade: Tais como atividades religiosas, visitas a amigos ou familiares, atividades políticas, organizações profissionais, como a Ordem dos Advogados, outros grupos profissionais, clubes, organizações de serviços, programas educativos.

*Se for necessário, acrescente notas para esclarecer o nível de funcionamento do doente nesta área.

Questionário de Avaliação Clínica da Demência

Perguntas sobre as atividades domésticas e passatempos para o informante:

1a. Que alterações ocorreram na capacidade do doente em realizar tarefas domésticas? _____

1b. Quais são as tarefas que o doente ainda faz bem? _____

2a. Quais são as alterações verificadas na capacidade do doente em realizar passatempos? _____

2b. Quais são os passatempos que o doente ainda realiza bem? _____

3. Caso se encontre num lar de terceira idade, quais são as atividades que o doente já não faz bem (tarefas domésticas e passatempos)? _____

Atividades do dia-a-dia (The Dementia Scale of Blessed):

	Nenhuma perda de capacidade		Grave perda de capacidade
4. Capacidade de desempenhar tarefas domésticas	0	0,5	1

Descreva: _____

5. O doente tem capacidade para realizar tarefas ao nível de:
(Selecione uma resposta. Não é necessário perguntar diretamente ao informante).

- Nenhum funcionamento significativo.
(Realiza atividades simples, como fazer a cama, apenas com muita supervisão)
- Funciona apenas em atividades limitadas.
(Com alguma supervisão, lava a loiça com uma eficiência aceitável; põe a mesa)
- Funciona de forma independente em algumas atividades.
(Utiliza aparelhos, como um aspirador; prepara refeições simples)
- Funciona em atividades habituais, mas não ao nível habitual.
- Funciona normalmente em atividades habituais.

IMPORTANTE:

Existem informações suficientes para avaliar o nível de limitação do doente nas atividades domésticas e passatempos?
Se respondeu Não, tente obter mais informações.

Tarefas Domésticas: Como cozinhar, tratar da roupa, limpar, fazer compras, levar o lixo à rua, trabalhar no quintal, realizar tarefas simples de manutenção e reparações domésticas básicas.

Passatempos: Costura, pintura, trabalhos manuais, leitura, entretenimento, fotografia, jardinagem, assistir a peças de teatro ou concertos, carpintaria, prática de desporto.

Questionário de Avaliação Clínica da Demência

Perguntas sobre os cuidados pessoais para o informante:

*Qual é a sua estimativa da capacidade mental do doente nas seguintes áreas:

	Sem ajuda	Botões ocasionalmente mal abotoados, etc.	Sequência errada, peças frequentemente esquecidas	Incapaz de se vestir
A. Vestir-se (The Dementia Scale of Blessed)	0	1	2	3
	Sem ajuda	Necessita de instruções	Às vezes necessita de ajuda	Necessita sempre ou quase sempre de ajuda
B. Lavar-se, arranjar-se	0	1	2	3
	De forma limpa; talheres adequados	De forma desordenada; colher	Sólidos simples	Tem de ser alimentado
C. Hábitos alimentares	0	1	2	3
	Controlo completo normal	Às vezes urina na cama	Urina frequentemente na cama	Incontinência dupla (urina e fezes)
D. Controlo dos esfínteres (The Dementia Scale of Blessed)	0	1	2	3

* Pode ser considerada a classificação de 1, se os cuidados pessoais do doente estiverem limitados face a um nível anterior, mesmo não recebendo instruções.

Questionário de Avaliação Clínica da Demência

Perguntas sobre a memória para o doente:

1. Tem problemas de memória ou raciocínio? Sim Não
2. Há poucos instantes, o seu (parceiro, etc.) contou-me um acontecimento que se passou recentemente. Quer contar-me o que aconteceu? (Se for necessário, obtenha pormenores tais como o local, hora, pessoas envolvidas, qual foi a duração, quando acabou e como o doente ou outras pessoas chegaram lá).

No espaço de 1 semana

1,0 – Correto (em grande parte) _____

0,5 _____

0,0 – Incorreto (em grande parte) _____

No espaço de 1 mês

1,0 – Correto (em grande parte) _____

0,5 _____

0,0 – Incorreto (em grande parte) _____

3. Vou dar-lhe um nome e um endereço para memorizar durante alguns minutos. Repita este nome e endereço: (Repita até a frase ser repetida corretamente ou até um máximo de três tentativas).

Elementos	1	2	3	4	5
	João	Borges,	Rua do Mercado,	42	Guimarães
	João	Borges,	Rua do Mercado,	42	Guimarães
	João	Borges,	Rua do Mercado,	42	Guimarães

(Sublinhe os elementos repetidos de forma correta em cada uma das tentativas).

4. Quando nasceu? _____
5. Onde nasceu? _____
6. Qual foi a última escola que frequentou?
- Nome _____
- Cidade _____ Classe _____
7. Qual foi a sua ocupação/emprego principal (ou do seu parceiro, caso não tivesse emprego)? _____
8. Qual foi o seu último emprego principal (ou do seu parceiro, caso não tivesse emprego)? _____
9. Quando se reformou (ou o seu parceiro) e porquê? _____
10. Repita o nome e endereço que lhe pedi para memorizar:

Elementos	1	2	3	4	5
	João	Borges,	Rua do Mercado,	42	Guimarães

(Sublinhe os elementos repetidos corretamente).

Questionário de Avaliação Clínica da Demência

Perguntas sobre a orientação para o doente:

Registe literalmente a resposta do doente a cada pergunta

1. Qual é a data de hoje? Correto Incorreto

2. Qual é o dia da semana? Correto Incorreto

3. Qual é o mês? Correto Incorreto

4. Qual é o ano? Correto Incorreto

5. Qual é o nome deste local? Correto Incorreto

6. Em que terra nos encontramos? Correto Incorreto

7. Que horas são? Correto Incorreto

8. (Na sua opinião), o doente sabe quem é o informante? Correto Incorreto

Questionário de Avaliação Clínica da Demência

Perguntas sobre o discernimento e resolução de problemas para o doente:

Instruções: Caso a resposta inicial do doente não mereça uma avaliação de 0, insista no assunto para identificar o melhor entendimento do problema por parte do doente. Marque com um círculo a resposta que mais se aproxima.

Semelhanças:

Exemplo: "Em que aspeto se assemelha um lápis a uma caneta? (instrumentos de escrita)"

Em que aspeto se assemelham estas coisas? Resposta do doente

1. nabo.....couve-flor _____
(0 = vegetais)
(1 = alimentos comestíveis, seres vivos, podem ser cozinhados, etc.)
(2 = respostas não pertinentes; diferenças; compram-se)
2. escrivaninha.....estante de livros _____
(0 = mobiliário, mobiliário de escritório; ambos servem para guardar livros)
(1 = em madeira, pernas)
(2 = não pertinentes; diferenças)

Diferenças:

Exemplo: "Qual é a diferença entre açúcar e vinagre? (doce vs. ácido)"

Qual é a diferença entre estas coisas?"

3. mentira.....erro _____
(0 = um é intencional, o outro não)
(1 = um é mau, o outro é bom – ou explica apenas um)
(2 = tudo o resto, semelhanças)
4. rio.....canal _____
(0 = natural - artificial)
(2 = tudo o resto)

Cálculos:

5. Quantos céntimos perfazem um euro? Correto Incorreto
6. Quantas moedas de 50 céntimos perfazem 13,50 euros? Correto Incorreto
7. Subtraia 3 a 20 e continue a subtrair 3 a cada número novo até ao fim. Correto Incorreto

Discernimento:

8. Depois de chegar a uma cidade que não conhece, de que forma tentaria localizar um amigo que gostaria de visitar?
(0 = tentar a lista telefónica; telefonar a um amigo comum)
(1 = telefonar à policia, telefonar para as Informações (normalmente não facultam endereços)
(2 = nenhuma resposta clara)
9. Avaliação do doente relativamente à sua incapacidade e posição na vida e a sua perceção das razões porque está presente neste exame (mesmo que já tenha avaliado este aspeto, classifique aqui):
 Bom discernimento Discernimento parcial Pouco discernimento

Subject Initials _____

AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEMÊNCIA (CDR)

AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEMÊNCIA (CDR):	0	0,5	1	2	3
--------------------------------------	---	-----	---	---	---

	Limitação				
	Nenhuma 0	Suspeita 0,5	Ligeira 1	Moderada 2	Grave 3
Memória	Nenhuma perda de memória ou esquecimento ligeiro inconstante	Esquecimento ligeiro constante; recordação parcial dos acontecimentos; esquecimento "benigno"	Perda de memória moderada; mais acentuada nos acontecimentos recentes; interfere com as atividades do dia-a-dia	Perda de memória grave; apenas memorização de material retido com insistência; rápida perda de material novo	Perda de memória grave; restam apenas fragmentos
Orientação	Bem orientado	Bem orientado com ligeira dificuldade nas relações temporais	Dificuldade moderada nas relações temporais; orientado no espaço durante o exame; possível desorientação geográfica noutros locais	Dificuldade grave nas relações temporais; quase sempre desorientado no tempo, frequentemente no espaço	Orientado apenas em relação a si próprio
Discernimento e resolução de problemas	Resolve problemas do dia-a-dia, lida bem com atividades financeiras e de negócio; bom discernimento em relação a desempenhos no passado	Ligeira limitação para resolver problemas, semelhanças e diferenças	Dificuldades moderadas para resolver problemas, semelhanças e diferenças; normalmente mantém o discernimento social	Limitação grave para resolver problemas, semelhanças e diferenças; normalmente o discernimento social é limitado	Incapacidade de discernimento ou resolução de problemas
Relacionamento com a comunidade	Funcionamento independente ao nível habitual no trabalho, compras, grupos de voluntariado e outros	Ligeira limitação nestas atividades	Incapaz de funcionar independentemente nestas atividades, embora, de certa forma, ainda possa estar envolvido; numa avaliação superficial aparenta normalidade	Incapacidade de funcionamento independente fora de casa Aparenta estar suficientemente bem para realizar atividades fora de casa	Aparenta estar demasiado doente para realizar atividades fora de casa
Casa e passatempos	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais bem preservados	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais ligeiramente limitados	Limitação ligeira, mas evidente, do funcionamento em casa; abandono das tarefas mais difíceis; abandono dos passatempos e interesses mais complicados	Preservado apenas o interesse nas tarefas simples; interesses muito restritos e fracos	Nenhuma capacidade significativa de realizar funções em casa
Cuidados pessoais	Inteira capacidade de cuidar de si próprio		Necessita de instruções	Necessita de ajuda para se vestir, para a higiene e para manter objetos pessoais	Necessita de muita ajuda com os cuidados pessoais; incontinência frequente

Classifique apenas como declínio face ao nível habitual anterior devido a perda cognitiva, não devido a limitação resultante de outros fatores.

ANEXO IV – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

CARATERIZAÇÃO GERAL DO IDOSO

Código do idoso: __

Idade: _____ **Género:** _____ **Estado Civil:** _____

Escolaridade: _____ (número de anos de ensino)

Profissão exercida: _____

Número de anos de institucionalização: _____

Antecedentes Pessoais:

Doença cardiovascular __

Diabetes __

Obesidade __

Neoplasia __

Doença mental/Depressão __

Multipatologia __

Hábitos lúdicos / recreativos:

Utiliza recursos cognitivos e físicos __

Só utiliza recursos cognitivos __

Só utiliza recursos físicos __

Não utiliza recursos nem físicos nem cognitivos __

DATA: __/__/____

PONTUAÇÃO NOS TESTES APLICADOS

Código do idoso: __

AVALIAÇÃO INICIAL

Mini Exame do Estado Mental (MMSE) ____

Teste do Desenho do Relógio ____

Escala de Depressão Geriátrica (GDS) ____

Índice de Barthel ____

AVALIAÇÃO FINAL

Mini Exame do Estado Mental (MMSE) ____

Teste do Desenho do Relógio ____

Escala de Depressão Geriátrica (GDS) ____

Índice de Barthel ____

Mini Exame Mental de Folstein, adaptado por Guerreiro e colaboradores (1994)

1-Orientação (contar 1 ponto por cada resposta correta) (0-10 pontos)

	Certo	Errado
1.1 Em que ano estamos?		
1.2 Em que mês estamos?		
1.3 Em que dia do mês estamos? (quantos são hoje)		
1.4 Em que estação do ano estamos?		
1.5 Em que dia da semana estamos?		
1.6 Em que país estamos?		
1.7 Em que distrito vive?		
1.8 Em que terra vive?		
1.9 Em que casa estamos?		
1.10 Em que andar estamos		

Total de pontos "Orientação"

2 Retenção - (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida) (0-3 pontos)

Vou dizer três palavras: queria que as repetisse mas só depois de eu as dizer todas. Procure ficar a sabelas de cor.

	Certo	Errado
2.1 Pêra		
2.2 Gato		
2.3 Bola		

Total de pontos "Retenção"

3- Atenção e Cálculo– (1 Ponto por cada resposta correta) Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas (0-5 pontos). Agora peço que me diga quantos são 30 menos 3 depois do numero encontrado voltar a tirar 3 e repete-se assim até eu mandar parar.

Ex. 30- (3) ____ 27- (3) ____ 24-(3) ____ 21-(3) ____ 18-(3) ____

Total de pontos de "atenção e Cálculo"

4- Evocação (1 ponto por cada resposta correta) (0-3 pontos) Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedidas anteriormente para decorar:

	Certo	Errado
2.1 Pêra		
2.2 Gato		
2.3 Bola		

Total de pontos “evocação”

5- Linguagem- (1 ponto por cada resposta correta) (0- 8 pontos)

5.1- Como se chama isto? (mostrar objetos) (0-2 pontos)

	Certo	Errado
5.1.1 Relógio		
5.2.2 Lápis		

Total de pontos

5.2- Repita a frase (contar 1 ponto)

“ O rato roeu a rolha”

Total de pontos

5.3- Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue pela mão direita, dobre-a ao meio e coloque a sobre a mesa, dar a folha com as duas mãos.

	Certo	Errado
5.3.1- Pega com a mão direita		
5.3.2- Dobra ao meio		
5.3.3 - Coloca onde deve		

Total de pontos

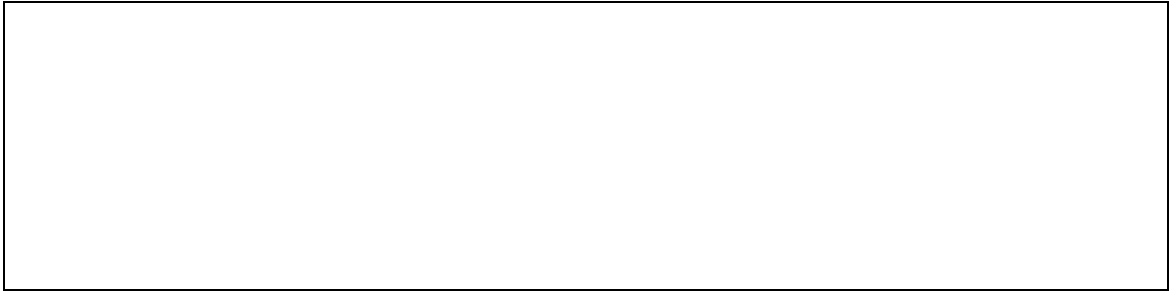
5.4- Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz (mostrar cartão com letra bem legível.(Se fora analfabeto ler a frase) (0-1 pontos)

5.4.1- Fechou os olhos

Certo	Errado

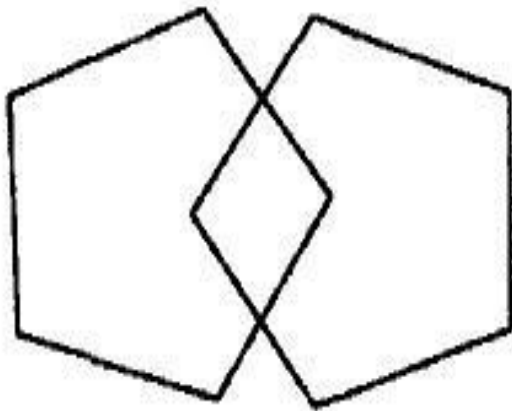
Total de pontos

5.5- Escreva uma frase inteira aqui. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido. Os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. (0-1 pontos)



Total de pontos

6- Habilidades construtiva- (1 ponto pela cópia correta) (0-1 pontos) Deve copiar um desenho. Dois pentágonos substancialmente sobrepostos cada um deve ficar com 5 lados dois dos quais intersetados. Não valorizar os tremores ou rotação.



Total de pontos de “habilidades construtiva”

Pontuação MME (Máximo 30 Pontos)

Classificação: varia entre os 0 e 30 pontos sendo os valores de corte para a população portuguesa a partir dos quais se considera com defeito cognitivos os seguintes:

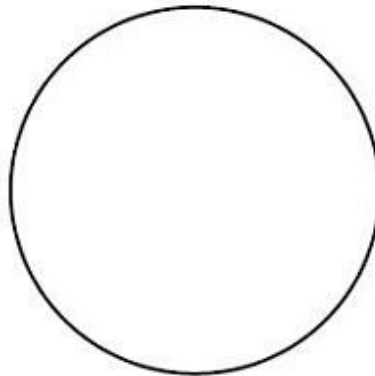
Analfabetos: ≤ 15

1 a 11 anos de escolaridade: ≤ 22

Escolaridade superior a 11 anos: ≤ 27

Teste Relógio (Schuman et al., 1993)

TESTE DE DESENHO DO RELÓGIO (<i>score de shulman</i>)	0	Inabilidade para representar o relógio
	1	O desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuo-espacial grave
	2	Desorganização visuo-espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, números faltando, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiros em excesso
	3	Distribuição visuo-espacial correta com marcação errada da hora
	4	Pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos
	5	Relógio perfeito



Escala de depressão geriátrica (Veríssimo, 1998)

Assinale a resposta mais adequada ao seu estado de espírito durante a última semana:

1. Está satisfeito com sua vida? () Sim () Não
2. Abandonou muitos dos seus interesses e atividades? () Sim () Não
3. Sente que sua vida está vazia? () Sim () Não
4. Sente-se frequentemente aborrecido? () Sim () Não
5. Você tem muita fé no futuro/vê o futuro com otimismo? () Sim () Não
6. Tem pensamentos negativos? () Sim () Não
7. Na maioria do tempo está de bom humor? () Sim () Não
8. Tem medo de que alguma coisa má lhe possa acontecer? () Sim () Não
9. Sente-se feliz na maioria do tempo? () Sim () Não
10. Sente-se frequentemente desamparado, adoentado? () Sim () Não
11. Sente-se frequentemente intranquilo? () Sim () Não
12. Prefere ficar em casa em vez de sair? () Sim () Não
13. Preocupa-se muito com o futuro? () Sim () Não
14. Acha que tem mais problemas de memória que os outros? () Sim () Não
15. Acha bom estar vivo? () Sim () Não
16. Sente-se desanimado e deprimido/triste com frequência? () Sim () Não
17. Sente-se inútil/acha que não tem valor agora? () Sim () Não
18. Preocupa-se muito com o passado? () Sim () Não
19. Acha a vida muito interessante? () Sim () Não
20. É difícil para si começar novos projetos? () Sim () Não
21. Sente-se cheio de energia? () Sim () Não
22. Sente-se sem esperança? () Sim () Não
23. Acha que os outros têm mais sorte (que a maioria das pessoas está melhor que você)? () Sim () Não
24. Preocupa-se com coisas sem importância? () Sim () Não
25. Sente frequentemente vontade de chorar? () Sim () Não
26. Tem dificuldade em concentrar-se? () Sim () Não
27. Sente-se bem ao levantar-se de manhã? () Sim () Não
28. Prefere evitar encontros sociais? () Sim () Não
29. É fácil para você tomar decisões como antigamente? () Sim () Não
30. O seu raciocínio/mente está tão claro quanto antigamente? () Sim () Não

Índice de Barthel

___ **Higiene pessoal**

0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal

5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

___ **Eliminação intestinal**

0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)

5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)

10 = Contínente (não apresenta episódios de incontinência)

___ **Eliminação vesical**

0 = Incontinente ou algaliado

5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)

10 = Contínente (por mais de 7 dias)

___ **Ir à casa de banho (uso de sanitário)**

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho

10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)

___ **Alimentar-se**

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.

10 = Independente (a comida é providenciada)

___ **Transferências (cadeira /cama)**

0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se

5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se

10 = Pequena ajuda (verbal ou física)

15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)

___ **Mobilidade (deambulação)**

0 = Imobilizado

5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.

10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)

___ **Vestir-se**

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda

10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

___ **Escadas**

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão

10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)

___ **Banho**

0 = Dependente

5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)

_____ Total (0 - 100)

ANEXO V – PLANEAMENTO DAS SESSÕES DE TREINO COGNITIVO

n.º da sessão	Objetivos	Conteúdos Programáticos	Materiais utilizados
1	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer o primeiro contato em grupo - Avaliar a cognição, sentimentos depressivos e funcionalidade dos participantes. - Apresentar o programa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos participantes e investigador. - Apresentação do programa de estimulação cognitiva e agendamento das sessões. - Verificação da disponibilidade do participante e assinatura do consentimento livre e informado. - Avaliação inicial individual e caracterização de cada um dos participantes, através de um questionário que contém a caracterização sociodemográfica; avaliação do desempenho cognitivo e memória (MMSE, teste do desenho do relógio); avaliação dos sentimentos depressivos (EDG) e avaliação funcional (índice de Barthel). - Agradecer individualmente a participação. - Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte. 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionários de caracterização sociodemográfica e testes de avaliação do desempenho cognitivo e memória, sentimentos depressivos e avaliação funcional. - Documentos de consentimento livre e informado. - Esferográficas.
2	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a memória a curto e longo prazo. - Informar sobre o défice cognitivo ligeiro e suas implicações no quotidiano. - Informar sobre as estratégias compensatórias de memória que podem ser utilizadas no dia-a-dia e incentivar ao seu uso. - Promover a aceitação do défice cognitivo ligeiro, se presente, por parte dos idosos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dar as boas vindas, utilizando o nome dos participantes. - Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o Programa de Estimulação Cognitiva. - Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o programa. - Refletir e discutir em grupo sobre as alterações cognitivas que cada um sente nas atividades diárias e a forma como os défices de memória interferem no seu dia-a-dia. - Abordar o tema défice cognitivo ligeiro. - Apresentação de estratégias de compensação para os défices de memória (listas, mnemónicas, agendas, alarmes, diários, etc.) - Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada. - Agradecer individualmente a participação. - Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte. - Despedidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação sobre o défice cognitivo ligeiro e estratégias compensatórias. - Folhas e esferográficas para registo de observações/anotações.
3	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a memória a curto e longo prazo. - Treinar as estratégias de compensação de memória. - Promover interação grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. - Atividades físicas: <ul style="list-style-type: none"> - “Jogo da Bola”- Dizer o nome do participante e lançar a bola a outro membro do grupo, cada um dizendo de onde é e qual a sua idade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bola pequena. - 10 Garrafas de água. - Aparelho eletrónico para a emissão de sons.

n.º da sessão	Objetivos	Conteúdos Programáticos	Materiais utilizados
		<ul style="list-style-type: none"> - Jogo em equipas - Dispor 10 garrafas de água como se fossem pinos de bowling. Estabelecer a distância de onde se deve lançar a bola. Convidar os elementos das equipas a lançarem a bola, alternadamente de uma equipa e de outra, de forma a derrubarem o maior número possível de pinos. Ganha a equipa com mais pinos derrubados. - Reconhecimento de sons: <ul style="list-style-type: none"> - Reproduzir gravações de alguns efeitos sonoros, como sons de animais ou instrumentos, trovoadas, etc. Perguntar aos participantes qual o som que estão a ouvir. De seguida, pedir para fazerem corresponder esses mesmos sons com imagens apresentadas. - Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada. - Agradecer individualmente a participação. - Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte. - Despedidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Folhas e esferográficas para registo dos desempenhos.
4	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a memória a longo prazo. - Treinar as estratégias de compensação de memória. - Promover interação grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. - Referências à infância: <ul style="list-style-type: none"> - Solicitar aos membros que falem dos momentos mais marcantes da sua infância. - De um conjunto de cores, cada participante escolhe qual a cor que mais o faz lembrar a sua infância e justifica a escolha. - Pedir a cada pessoa para desenhar e/ou descrever o seu quarto na infância e se o partilhavam com alguém, se sim com quem. - Falar sobre os doces da infância. - Relembrar jogos ou brincadeiras da sua infância e recriar alguns (jogo do pião, jogo das 5 pedrinhas, jogo do galo, macaca, lencinho...). - Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada. - Agradecer individualmente a participação e despedidas. - Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cartões de cores diferentes. - Folhas e lápis de cor. - Material para a recriação de alguns jogos tradicionais. - Folhas e esferográficas para registo dos desempenhos.
5	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a memória a curto e longo prazo. - Treinar as estratégias de compensação de memória. - Promover interação grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. - Mostrar moedas antigas (escudo) e modernas (euro) e incentivar à comparação do valor entre elas. - Apresentar algumas moedas e notas atuais (por exemplo, 1 cêntimo) e pedir para que cada elemento diga o valor delas e o somatório do valor do conjunto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Imagens de notas e moedas de escudo e euro. - Imagens de alimentos/objetos. - Algumas moedas e notas de euro.

n.º da sessão	Objetivos	Conteúdos Programáticos	Materiais utilizados
		<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar imagens de alimentos/objetos (por exemplo, 1kg de arroz, 1l de azeite, 1 camisola, 1 conjunto de pratos, 1 escova de cabelo, etc) e solicitar que cada participante sugira um preço para esses mesmos alimentos/objetos. Após isto, referir o preço correto de mercado e verificar quem se aproximou mais do valor correto. - Proporcionar um momento de reflexão e partilha sobre as alterações de preços e valores (falar nas diferenças entre os seus primeiros ordenados e os existentes atualmente, o preço de diferentes alimentos/objetos). - Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada. - Agradecer individualmente a participação. - Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte. - Despedidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Folhas e esferográficas para registo dos desempenhos.
6	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a memória a curto e longo prazo. - Treinar as estratégias de compensação de memória. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. - Alimentação (Treinar o uso dos auxiliares externos de memória): <ul style="list-style-type: none"> - Fazer a lista de ingredientes para determinados pratos (por exemplo, bolo de iogurte, cozido à portuguesa, bacalhau à Brás...). - Enumerar alimentos para cada secção da roda alimentar (hortícolas; fruta; carne, peixe e ovos; leite e derivados; leguminosas; cereais e derivados, tubérculos; gorduras e óleos.) - Designar uma letra do abecedário e solicitar que indiquem nomes de alimentos começados por essa mesma letra. - Selecionar alimentos (como, arroz, massa, carne, peixe, leite, batatas, ovos, pêras, maçãs, etc.) e pedir que lhes seja atribuído um preço. Depois estabelecer um orçamento (por exemplo, 10 €) e pedir a cada um dos participantes para planear uma refeição completa com os alimentos apresentados sem ultrapassarem o orçamento fornecido. - Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada. - Agradecer individualmente a participação. - Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte. - Despedidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Folhas e esferográficas para anotações e registo dos desempenhos.

n.º da sessão	Objetivos	Conteúdos Programáticos	Materiais utilizados
7	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a memória a curto e longo prazo. - Treinar as estratégias de compensação de memória. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. - Definir uma categoria (por exemplo, objetos, transportes, animais, flores, etc) e uma letra do abecedário, após isto pedir aos participantes para pensar e enunciar palavras que se incluam no definido anteriormente, sem repetir as palavras. - Colocar cerca de 20 imagens em cima de uma mesa e solicitar aos participantes que agrupem as imagens, tendo em conta determinadas categorias que vão sendo definidas uma a uma (por exemplo, cor, forma, utilização). - Agrupar imagens segundo características comuns e pedir para cada participante escolher o objeto estranho num conjunto de três imagens. - Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada. - Agradecer individualmente a participação. - Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte. - Despedidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Folhas e esferográficas para anotações e registo dos desempenhos. - Imagens de diversos objetos/animais/flores, etc.
8	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a memória a curto e longo prazo. - Treinar as estratégias de compensação de memória. - Promover interação grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. - Dizer em voz alta o início de provérbios e pedir aos membros do grupo que os completem. - Dar a ouvir o começo de músicas tradicionais (conhecidas pelos participantes), parar a música e solicitar que o grupo continue a cantar a música apresentada. - Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada. - Agradecer individualmente a participação. - Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte. - Despedidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Documento com listagem de diversos provérbios populares. - Aparelho eletrónico para emissão de músicas tradicionais. - Folhas e esferográficas para registo dos desempenhos.

n.º da sessão	Objetivos	Conteúdos Programáticos	Materiais utilizados
9	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a memória a longo prazo. - Promover a orientação temporal e espacial. - Treinar as estratégias de compensação de memória. - Promover interação grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. - Mostrar mapa de Portugal. Pedir a cada um dos participantes que indique neste diferentes locais, tais como cidade onde nasceram, local onde viveram a maior parte da sua vida, outras cidades onde tenham vivido. - Além disto, solicitar que assinalem as cidades onde estão situados alguns monumentos/locais de culto do país (por exemplo, Torre de Belém, Santuário de Fátima, etc). - Pedir para localizarem o local onde se encontram no momento. - Motivar a partilha de experiências sobre as pessoas que mudaram de zona e o porquê. Caso alguém tenha viajado para o estrangeiro, usar o globo para identificar os diferentes locais. Aproveitar o momento para falar sobre o tempo de viagem, a distância entre os locais e os meios de transportes usados. - Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada. - Agradecer individualmente a participação. - Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte. - Despedidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mapa de Portugal. - Globo terrestre ou mapa do mundo. - Folhas e esferográficas para registo dos desempenhos.
10	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a memória a curto e longo prazo. - Promover a orientação temporal. - Promover interação grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. - Associar fotografias de 10 figuras históricas/públicas ao nome e relembrar algo que tenham feito: qual o nome desta pessoa? Qual a sua profissão? Recorde algo que esta pessoa tenha feito? - Com as mesmas imagens, solicitar aos participantes que as organizem segundo categorias (por exemplo, políticos, artistas, religião) e, posteriormente à associação de categorias, pedir que ordenem as imagens segundo a sua ordem cronológica (do mais antigo para o mais recente). Questões Atuais: <ul style="list-style-type: none"> - Leitura de algumas notícias de jornais/revistas da semana. - Realização de algumas perguntas sobre o que foi lido, promovendo a discussão em grupo e pedindo opiniões sobre os diferentes assuntos. - Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada. - Agradecer individualmente a participação. - Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte e despedidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Imagens de figuras históricas/públicas. - Jornais e revistas da semana corrente. - Folhas e esferográficas para observações e registo dos desempenhos.

n.º da sessão	Objetivos	Conteúdos Programáticos	Materiais utilizados
11	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a memória a curto prazo. - Promover interação grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. - Jogos com números e letras: <ul style="list-style-type: none"> - Sopa de letras. - Dominó. - Jogo de cartas (por exemplo, pedir para cada pessoa tirar uma carta do baralho e dizer se essa carta é mais alta ou mais baixa que a anterior). - Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada. - Agradecer individualmente a participação. - Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte. - Despedidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sopas de letras. - Jogo do dominó. - Jogo de cartas. - Folhas e esferográficas para registo dos desempenhos.
12	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a evolução cognitiva e funcional, bem como a presença de sentimentos depressivos de cada participante. - Avaliar o impacto do programa de estimulação cognitiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação final dos utentes, através do mesmo questionário e testes utilizados na avaliação inicial. - Permitir a manifestação da opinião de cada participante sobre o programa. - Cumprimentos finais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionários de caracterização sociodemográfica e testes de avaliação do desempenho cognitivo e memória, sentimentos depressivos e avaliação funcional. - Esferográficas.