

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**Efeito de um Programa de Estimulação Cognitiva
na manutenção ou melhoria da função cognitiva
de idosos institucionalizados**

**La estimulación cognitiva es esencial
para mantener y/o mejorar la función cognitiva
en los ancianos.**

**Cognitive stimulation is essential
to maintain and/or improve the cognitive function
of the elderly.**

Telma Filipa Mendes Ramos - Mestre em Psicologia; Instituto Superior Miguel Torga

Lisete dos Santos Mendes Mónico - Professora Auxiliar na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Pedro Miguel Parreira - Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

César Fonseca - Professor Adjunto Universidade de Évora

Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe - Professora coordenadora do Instituto Politécnico de Leiria

RESUMO

Introdução: A estimulação cognitiva é fundamental para manter e/ou melhorar a função cognitiva dos idosos.

Objetivos: neste estudo pretendeu-se avaliar o impacto da aplicação de um Programa de Estimulação Cognitiva na manutenção ou melhoria da função cognitiva de idosos aos níveis da orientação, memória, cálculo e linguagem. Pretendeu-se ainda avaliar medidas complementares do impacto do programa de intervenção, nomeadamente na qualidade de vida, sintomas depressivos, nos oito domínios cognitivos, função executiva, capacidade visoespacial, memória, atenção, concentração e memória de trabalho, linguagem e orientação.

Método: O programa foi realizado em 14 sessões durante sete semanas, com medições no pré e no pós-teste. A amostra final ficou composta por sete idosos, quatro homens e três mulheres com idades compreendida entre os 68 e os 89 anos de idade (80.29 ± 8.83 anos), que responderam às seguintes medidas: Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Instrumento de avaliação da qualidade de vida (IAQdV-8), *Escala de Depressão Geriátrica* (GDS-15) e *Teste de Declínio Cognitivo* (6-CIT).

Resultados: O declínio cognitivo do pós-teste em relação ao pré-teste diminuiu significativamente (6_CIT), tendo-se registado uma melhoria da função cognitiva dos idosos. A melhoria de alguns indicadores da função cognitiva está correlacionada positivamente com a autoperceção da qualidade de vida e negativamente com a sintomatologia depressiva.

Conclusões: A aplicação de Programas de Estimulação Cognitiva contribui para uma melhoria da função cognitiva nos idosos e um aumento da qualidade de vida.

Palavras-chave: Função Cognitiva; memória; qualidade de vida; depressão.

Abstract

Introduction: Cognitive stimulation is essential to maintain and / or improve the cognitive function of the elderly.

Objectives: This study aimed to evaluate the impact of the application of a Cognitive Stimulation Program on the maintenance or improvement of the cognitive function of the elderly at the levels of orientation, memory, calculation and language. It was also intended to evaluate complementary measures of the impact of the intervention program, namely on the quality of life, depressive symptoms, in the eight cognitive domains, executive function, visuospatial capacity, memory, attention, concentration and working memory, language and orientation.

Method: The program was performed in 14 sessions for seven weeks, with pre-and post-test measurements. The final sample consisted of seven elderly men, four men and three women aged between 68-89 years (80.29 ± 8.83 years), who responded to the following measures: Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Quality of life (IAQdV-8), Geriatric Depression Scale (GDS-15) and Cognitive Decline Test (6-CIT).

Results: The post-test cognitive decline in relation to the pre-test decreased significantly (6_CIT), with an improvement in the cognitive function of the elderly. The improvement of some indicators of cognitive function is positively correlated with the self-perception of quality of life with negatively depressive symptomatology.

Conclusions: The administration of Cognitive Stimulation Programs contributes to an improvement of the cognitive function in the elderly and an increase in the quality of life. **Key-words:** Cognitive function; memory; quality of life and depression.

Resumen

Introducción: La estimulación cognitiva es esencial para mantener y/o mejorar la función cognitiva en los ancianos.

Objetivos: Este estudio trata de evaluar el impacto de la implementación de un programa de estimulación cognitiva en el mantenimiento o mejora de la función cognitiva en las personas mayores a los niveles de orientación, memoria, cálculo y lenguaje. Se pretende evaluar más a fondo las medidas adicionales del impacto del programa de intervención, incluyendo la calidad de vida, síntomas depresivos, los ocho dominios cognitivos, la función ejecutiva, la capacidad visuoespacial, memoria, atención, concentración y memoria de trabajo, el lenguaje y la orientación.

Método: El programa se llevó a cabo en 14 sesiones durante siete semanas, con mediciones en el pre y post-test. La muestra final estaba compuesto por siete personas, cuatro hombres y tres mujeres de edades comprendidas entre 68 y 89 años de edad ($80,29 \pm 8,83$ años), que respondieron a las siguientes medidas: Montreal evaluación cognitiva (MOCA), instrumento de evaluación la calidad de vida (IAQdV-8), Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15) y la prueba de deterioro cognitivo (6-CIT).

Resultados: El deterioro cognitivo en el post-test en comparación con antes de la prueba disminuyeron significativamente (6_CIT), después de haber registrado una mejora de la función cognitiva en los ancianos. La mejora de algunos indicadores de la función cognitiva se correlaciona positivamente con autopercepción calidad de vida y negativamente con síntomas depresivos.

Conclusiones: La aplicación de los programas de estimulación cognitiva contribuye a una mejora de la función cognitiva en los ancianos y el aumento de la calidad de vida.

Palabras clave: La función cognitiva; la memoria; la calidad de vida y la depresión.

Introdução

O envelhecimento é considerado uma etapa de vida onde começam a surgir vários problemas. Isolamento, solidão, perdas, depressões, problemas de identidade e de relacionamento interpessoal, sentimentos de inferioridade, confusão mental, surgimento de demência, são alguns deles⁽¹⁾. Com o aumento da longevidade da população, os esforços no entendimento do processo de envelhecimento têm como objetivo possibilitar uma boa qualidade de vida e aumentar o bem-estar subjetivo dos idosos⁽²⁾. A qualidade de vida no envelhecimento, muitas vezes, está relacionada com as condições ambientais, competências comportamentais e bem-estar psicológico⁽³⁾. No entanto, o aspeto primordial que pode delimitar a qualidade de vida no envelhecimento é o funcionamento cognitivo. O treino cognitivo faz com que existam benefícios cognitivos mas também benefícios em outros domínios, nomeadamente ao nível do bem-estar psicológico, que pode considerar-se uma reação avaliativa das pessoas à sua própria vida, quer em termos de satisfação com a mesma, quer em termos de afetividade⁽³⁾. Segundo Morais⁽⁴⁾, o envelhecimento é marcado por peculiaridades de cada indivíduo, tornando-se necessário levar em consideração a capacidade de manutenção funcional ou disfuncional do idoso. Assim, consegue realizar as suas atividades diárias, contribuindo para a qualidade de vida na velhice. Daí que, ter qualidade de vida contribua para um envelhecimento saudável⁽³⁾ e para a preservação do funcionamento cognitivo no idoso⁽⁴⁾ dado este ser afetado pelo avanço da idade.

O processamento cognitivo está relacionado com a velocidade em que a informação pode ser processada, a memória de trabalho e as capacidades sensoriais⁽⁵⁾. De todas as alterações cognitivas a mais fácil de prever é a diminuição de processamento da informação e da resposta; esta refere-se à lentidão, afeta a atenção, a memória, o desempenho nas atividades diárias e de tomadas de decisão⁽⁵⁾. A incapacidade funcional influencia a possibilidade do idoso conseguir efetuar as suas atividades diárias, comprometendo a sua aptidão para se manter um indivíduo independente⁽⁶⁾; o que define a incapacidade funcional é a possibilidade de não se conseguir desempenhar atividades diárias sem qualquer ajuda.

As limitações funcionais impedem a realização de ações físicas⁽⁶⁾, constituindo um fator de risco. O facto de o idoso não se conseguir mobilizar adequadamente (não ter força a nível muscular, equilíbrio e marcha) faz com que exista um risco maior de quedas, trazendo

implicações importantes para os seus familiares e para o sistema de saúde, uma vez que o idoso se encontra incapacitado. O idoso começa a depender de outras pessoas, precisando de ter cuidados redobrados, aumentando aqui o papel dos familiares e das instituições^(5,6). De acordo com a informação constante na Pordata⁽⁷⁾, menos de 5% dos idosos com mais de 65 anos estão institucionalizadas em Portugal.

As consequentes e naturais alterações físicas, psicológicas e sociais associadas ao envelhecimento poderão ser atenuadas ou incrementadas em função do contexto em que o idoso está inserido⁽⁸⁾. A maior parte das instituições não desenvolvem programas de desenvolvimento dos processos cognitivos dos idosos, o que leva a que estes venham a ter um declínio funcional e cognitivo⁽⁹⁾.

Vários são os programas de estimulação cognitiva existentes, deste modo com a aplicação de um programa de estimulação cognitiva (memória) em quarenta e seis idosos sem problemas graves de saúde, verificaram uma melhoria significativa avaliada através da aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEM)⁽⁹⁾. O programa consistiu na aplicação de várias atividades baseadas em palestras, jogos, resolução de problemas e vários exercícios de raciocínio. Souza, Borges, Vitória e Chippetta⁽¹⁰⁾ realizaram um Programa de Treino e Memória em idosos institucionalizados, com idades compreendidas entre os 65 anos e 98 anos; para a avaliação foram utilizados o teste Mini Mental, a evocação de uma lista de palavras e reconhecimento dessa lista e fluência verbal; os resultados indicaram que as mulheres apresentaram melhor desempenho que os homens, os idosos mais jovens mostraram melhores desempenhos e os que têm mais estudos revelaram um melhor aproveitamento na linguagem.

Garcia e González⁽¹¹⁾ dividiram 98 idosos em dois grupos, tendo aplicado um programa de estimulação de memória ao grupo experimental. Os idosos deste grupo apresentaram uma melhoria no rendimento cognitivo, enquanto os idosos do grupo de controlo demonstraram um declive nas suas funções cognitivas.

Castro⁽¹²⁾ realizou um estudo com o objetivo de saber qual o impacto que o Programa de Treino Cognitivo teve em idosos institucionalizados. O programa foi realizado durante 16 sessões em 15 participantes divididos pelos grupos experimental e de controlo. No pré e no pós-teste foram administradas a Subescala Cognitiva da Escala de Avaliação da doença de Alzheimer e a Escala da Depressão Geriátrica. Apuraram-se melhorias significativas no desempenho cognitivo, indicando que o Programa de Treino Cognitivo é importante em idosos institucionalizados, ajudando-os nas suas funções cognitivas e melhorando a sua qualidade de vida.

O Programa de Estimulação Cognitiva *Making a Difference: An Evidence-based Group Programme to Offer Cognitive Stimulation Therapy (CST) to People with Dementia*, adaptado para português por Apóstolo e Cardoso⁽¹³⁾, foi usado como intervenção de Estimulação Cognitiva. O programa apresentava várias atividades que visavam estimular o pensamento, raciocínio, atenção, linguagem e bem-estar psicológico dos idosos, tendo-se registado uma melhoria no estado cognitivo⁽¹³⁾. Já o realizado por Silva, Oliveira, Malagutti, Danzini e Yassuda⁽¹⁴⁾ em 21 idosos envolveu a memorização de listas de compras e cálculos básicos matemáticos. Os idosos foram avaliados com a bateria Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD), o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e o teste de triagem cognitiva Mini-Mental (TDR), tendo mostrado uma melhoria na reprodução da lista de palavras e na fluência verbal.

Objetivos, Conceptualização do Estudo e Hipótese de investigação

Com este estudo pretende-se avaliar o impacto da aplicação de um Programa de Estimulação cognitiva na manutenção ou melhoria da função cognitiva de idosos institucionalizados (orientação, memória, cálculo e linguagem). Pretende, ainda, avaliar medidas complementares do impacto do programa de intervenção, nomeadamente na qualidade de vida, sintomas depressivos, nos oito domínios cognitivos, função executiva, capacidade viso-espacial, memória, atenção, concentração e memória de trabalho, linguagem e orientação.

Foram definidas as seguintes hipóteses de investigação: H1 – Existe uma melhoria estatisticamente significativa da função cognitiva dos idosos do pré-teste (antes da intervenção com o Programa de Estimulação Cognitiva) para o pós-teste (após da intervenção com o Programa de Estimulação Cognitiva) e H2 – Existe uma associação entre a função cognitiva e a qualidade de vida, a diminuição dos sintomas depressivos e domínio cognitivo após a aplicação do programa de estimulação cognitiva.

Método

Amostra

Participaram neste estudo 9 idosos residentes num lar com capacidade para 75 idosos. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: a) Não ter um declínio cognitivo severo; para a verificação deste critério foi utilizado a informação retirada dos processos dos utentes. De salientar que no momento da realização do estudo verificamos que três utentes tinham valores de Declínio Cognitivo avaliado através do 6-CIT > a 10, (12, 18 e outro 19), não tendo sido excluídos dada apresentarem orientação espaço-temporal, motivação e interesse em participar no estudo; e b) Disponibilidade para participar no Programa de Estimulação Cognitiva.

Dos nove utentes dois abandonaram o estudo 2 semanas após o começo, por motivo de doença. A amostra final ficou assim constituída por sete idosos, quatro homens e três mulheres, com idades compreendida entre os 68 e os 89 anos de idade (80.29 ± 8.83 anos). A maioria é casada ($n = 3$) ou viúva ($n = 3$). As habilitações literárias são variadas, sendo que dois idosos não sabem ler nem escrever, dois possuem o 1º ciclo do Ensino Básico, um o 2.º ciclo e dois o Ensino Superior. A maioria vive na instituição há mais de um ano ($n = 5$) e todos recebem visitas habitualmente, quer de familiares apenas (cinco idosos), quer também de amigos (dois idosos), sendo a frequência maioritariamente semanal. Quatro possuem doença crónica.

Implementação do Programa de Estimulação Cognitiva

As atividades e duração das sessões deste programa tiveram como referência o *Making a Difference: An Evidence-based Group Programme to Offer Cognitive Stimulation Therapy (CST) to People with Dementia*⁽¹³⁾. As atividades realizadas no programa foram igualmente baseadas em Bailly e Alaphilippe^(15,16).

O programa de estimulação cognitiva decorreu ao longo de um mês e duas semanas, duas vezes por semana com aproximadamente uma hora para cada sessão. O programa estava constituído por várias atividades que visavam estimular o pensamento, raciocínio, atenção, linguagem e bem-estar-psicológico do indivíduo. Os principais objetivos das atividades passavam por: manutenção da atividade cerebral, exercitar a linguagem e o pensamento; ajudar o indivíduo a ter uma vida mais ativa; melhorar nas relações sociais com os outros que se encontram na mesma situação; ajudar no desenvolvimento da atividade mental e na autonomia; fomentar o idoso a ter um papel significativo deixando-o mais confiante (saber que ainda é muito útil na sociedade); e promover a integração no meio onde se encontra.

Instrumentos de medida

Procedeu-se à aplicação de uma série de instrumentos necessários para caracterizar a amostra e avaliar as variáveis em estudo, para além de um Questionário sociodemográfico.

Teste de Declínio Cognitivo (6-CIT). É composto por 6 itens que servem de triagem simples para a informação sobre demência ligeira. Os resultados podem assumir valores de 0 a 28, tendo como pontos de corte: 0 - 10 (normalidade ou diminuição ligeira) e 11 - 28 (diminuição de moderada a grave). Os valores de corte propostos para a população portuguesa foram os seguintes: ≥ 16 para 0 a 2 anos de literacia, ≥ 11 para 3 a 6 anos de literacia e ≥ 9 para literacia igual ou superior a 7 anos⁽¹⁵⁾. Esta medida foi administrada antes (pré-teste) e após a intervenção (pós-teste).

Montreal/Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Avalia oito domínios: cognitivo, função executiva, capacidade viso-espacial, memória, atenção, concentração e memória de trabalho, linguagem e orientação⁽¹⁶⁾. A interpretação faz-se através do cálculo da pontuação total, num máximo de 30 pontos.

Instrumento de avaliação da qualidade de vida (IAQdV-8). É composto por 8 itens que avaliam a qualidade de vida em geral e aos níveis da saúde, energia, atividades diárias, autoestima, relações, recursos financeiros e satisfação com a habitação. As respostas são cotadas por cinco pontos, medidos numa escala de Likert, desde 1= Nada a 5 = Completamente⁽¹⁷⁾.

Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15). É utilizada para o rastreamento de sintomas depressivos em idosos. Contém 15 itens de resposta dicotómica. O resultado é de 5 ou mais pontos, sendo que o ponto de score igual ou maior que 11 é diagnosticado com depressão grave⁽¹⁸⁾.

Procedimentos e análise estatística

Solicitámos ao lar de idosos uma autorização formal para a implementação e colheita de dados, em Julho de 2016, dirigida à pessoa responsável pelos idosos. Após a devida autorização, os idosos que apresentavam critérios para integrar o estudo foram convidados para a participação no programa.

O processo de investigação visou garantir o respeito de todos os pressupostos éticos inerentes a uma investigação, assumindo a garantia da máxima confidencialidade. Foi solicitada e obtida autorização junto dos participantes para a implementação do programa e aplicação dos questionários. Os participantes foram informados do carácter voluntário da sua participação no estudo e a possibilidade de desistência a qualquer momento, sendo garantido o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos antes e após a implementação do programa.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. A estatística inferencial foi realizada através da aplicação de testes não paramétricos dado o tamanho da amostra e à não distribuição das variáveis em estudo.

Resultados

No sentido de analisar se existiram diferenças estatisticamente significativas do pré para o pós-teste realizámos o teste não paramétrico para duas amostras emparelhadas de Wilcoxon com os dados do Teste de Declínio Cognitivo (6-CIT). Os resultados do teste, juntamente com os valores mínimo (mín) e máximo (máx), as pontuações médias (M) e o valor dos desvio-padrão (DP) para a escala global e para cada item no pré e pós-teste indicam-se na Tabela 1.

Tabela 1 – Valores mínimo e máximo, médias, desvios-padrão dos valores absolutos do Teste de Declínio Cognitivo (6-CIT): teste de Wilcoxon entre o pré- e o pós- teste

	Avaliação (n.º de pontos)	Pré-teste				Pós-teste				Teste de Wilcoxon	
		Mín	Máx	M	DP	Mín	Máx	M	DP	Z	Sig.
Em que ano estamos?	Correto (0) Incorreto (4)	0	4	.57	1.51	0	4	.57	1.51	.00	1.00
Em que mês estamos?	Correto (0) Incorreto (3)	0	3	.43	1.13	0	0	.00	.00	-1.00	.317
Que horas são aproximadamente?	Correto (0) Incorreto (3)	0	0	.00	.00	0	0	.00	.00	.00	1.00
Conte na ordem inversa de 20 para 1	Correto (0) 1 erro (2) + 1 erro (4)	0	2	.57	.98	0	0	.00	.00	-1.41	.157
Diga os meses do ano na ordem inversa	Correto (0) 1 erro (2) + 1 erro (4)	0	4	1.43	1.90	0	2	1.14	1.07	-0.58	.564
Repita a frase com o endereço/morada	Correto (0) 1 erro (2) 1 erros (4) 3 erros (6) 4 erros (8) Tudo errado (10)	2	10	7.43	3.41	0	10	5.43	3.60	-2.07	.038**
6-CIT (escala global)	Somatório pontos	2	19	10.43	6.48	0	14	7.14	5.27	-1.90	.058*

* $p < .05$ ** $p < .05$

Constatamos que, para a escala global, a pontuação desceu do pré para o pós-teste, o que indica que o declínio cognitivo diminuiu. De notar que houve 5 utentes que melhoraram, um piorou e outro manteve o mesmo valor de funcionamento cognitivo. A exclusão do sujeito que piorou (de 10 pontos para 12) conduziu a um $z = -2.03$, $p = .042$ na escala global, sendo este resultado estatisticamente significativo com um intervalo de confiança de 95%.

Apesar do reduzido número de participantes, o programa mostrou, assim, um impacto na redução do declínio cognitivo, corroborando a H1. Esta melhoria mostrou-se significativa na questão referente à *Repetição da frase com o endereço/morada*, que os idosos tinham sido convidados a repetir previamente (questão 3 do Teste de Declínio Cognitivo).

Em seguida calculámos as diferenças de género de ganhos no pós-teste em relação ao pré-teste. Para tal criámos novas variáveis com resultados diferenciais (resultado do pós-teste subtraído ao resultado do pré-teste em cada item do Teste de Declínio Cognitivo. Realizámos, em seguida, o teste não paramétrico *U* de Mann-Whitney, tomando como variável independente o género dos participantes (masculino vs. feminino) e como variáveis dependentes os resultados diferenciais (pós- pré-teste). Conforme se pode observar na Tabela 2, não se registaram quaisquer diferenças de género, tanto ao nível da escala global quanto dos itens constituintes, o que indica que tanto homens quanto mulheres tiveram uma evolução semelhante do pré para o pós-teste.

Tabela 2 - Diferenças de género para os resultados diferenciais (pós – pré-teste) no Teste de Declínio Cognitivo (6-CIT): Teste *U* de Mann-Whitney em função do género

	Homens (n=4)		Mulheres (n=3)		Teste de Mann-Whitney	
	Posto médio	Soma dos postos	Posto médio	Soma dos postos	U	Sig.
6-CIT (escala global)	5.00	20.00	2.67	8.00	2.00	0.23
Em que ano estamos?	4.00	16.00	4.00	12.00	6.00	1.00
Em que mês estamos?	4.50	18.00	3.33	10.00	4.00	0.63
Que horas são aproximadamente?	4.00	16.00	4.00	12.00	6.00	1.00
Conte na ordem inversa de 20 para 1	4.13	16.50	3.83	11.50	5.50	0.86
Diga os meses do ano na ordem inversa	5.13	20.50	2.50	7.50	1.50	0.11
Repita a frase com o endereço/morada	4.63	18.50	3.17	9.50	3.50	0.40

Como medidas complementares da eficácia do programa de intervenção de Estimulação Cognitiva administrámos no pós-teste o Montreal Cognitive Assessment (MoCA), o Instrumento de avaliação da qualidade de vida (IAQdV-8) e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15). Com estas medidas pretendemos estudar a associação com as melhorias registadas no Teste de Declínio Cognitivo no pós em relação ao pré-teste.

Na Tabela 3 apresentamos os valores absolutos (número absoluto de pontos em cada item/ questão para cada sujeito) e valores relativos (número absoluto de pontos em cada item/ questão para cada sujeito a dividir pelo número máximo de pontos em cada item/questão). O abecedário foi o item melhor pontuado, seguido da Orientação. Em seguida, com a mesma pontuação, encontramos a Atenção, a Linguagem e a Abstração. O item menos pontuado foi a Fluência verbal.

Tabela 3 - Estatísticas descritivas para os valores absolutos e relativos do Montreal/Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

	N.º total de pontos	Valores absolutos				Valores relativos			
		Mín	Máx	M	DP	Mín	Máx	M	DP
MoCa – escala global	30	15.00	21.00	18.00	2.65	.30	.70	.60	.09
Itens:									
Visio espacial/executiva	5	1.00	3.00	2.00	.82	.20	.60	.40	.16
Nomeação	3	2.00	2.00	2.00	.00	.67	.67	.67	.00
Atenção	2	1.00	2.00	1.71	.49	.50	1.00	.86	.24
Abecedário	1	1.00	1.00	1.00	.00	1.00	1.00	1.00	.00
Contas	3	.00	3.00	1.86	1.21	.00	1.00	.62	.40
Fluência verbal	1	.00	1.00	.14	.38	.00	.50	.07	.19
Linguagem	2	.00	2.00	.86	.90	.00	2.00	.86	.90
Abstração	2	1.00	2.00	1.71	.49	.50	1.00	.86	.24
Evocação tardia	5	.00	2.00	1.29	.95	.00	.40	.26	.19
Orientação	6	4.00	6.00	5.43	.79	.67	1.00	.90	.13

Os resultados da avaliação da qualidade de vida indicam-se na Tabela 4. Constatamos que, numa escala de 5 pontos, a pontuação média da escala global supera um pouco o valor intermédio da escala. Os itens mais pontuados respeitam ao grau de satisfação com as relações pessoais, seguindo-se a satisfação consigo próprios, ao nível de satisfação com as condições do lugar em que vive, a satisfação com a vida e com a capacidade para desempenhar as atividades do dia-a-dia, o dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades, o grau de satisfação com a saúde, e, por último, a energia suficiente para a sua vida.

Tabela 4 - Estatísticas descritivas da qualidade de vida (IAQdV-8)

	Mín	Máx	M	DP
IAQdV-8 (média escala total)	2.75	4.50	3.45	.66
1- Como avalia a sua vida	3.00	4.00	3.43	.53
2- Até que ponto esta satisfeito com a sua saúde?	2.00	5.00	3.00	1.29
3- Tem energia suficiente para a sua vida?	1.00	5.00	2.57	1.40
4- Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade para desempenhar atividades do dia-a-dia?	2.00	5.00	3.43	.98
5- Até que ponto esta satisfeito consigo própria?	2.00	5.00	4.00	1.29
6- Até que ponto está satisfeito com as suas relações pessoais?	3.00	5.00	4.14	.90
7- Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1.00	5.00	3.29	1.38
8- Até que ponto está satisfeito com as condições do lugar em que vive?	3.00	5.00	3.71	.76

Por último, apresentamos os resultados da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15). Estes foram cotados com a pontuação 1 para as respostas que indicassem depressão e 0 para as que não indicassem depressão. Os resultados do somatório de respostas afirmativas, após inversão dos itens assinalados com (i) (Tabela 5), indicam que as respostas que mais indicam depressão respeitam aos itens 9, 2, 4 e 12. As questões 5(i) e 11(i) receberam respostas afirmativas na totalidade dos respondentes o que, após inversão da escala de medida, conduziu a 0 pontos na escala de depressão. A pontuação média dos valores relativos (0 a 1 pontos) permite-nos igualmente constatar se os valores se aproximam mais da opção de resposta zero ou da opção de resposta 1. Verificamos que, em relação à escala global, o valor se situa abaixo do ponto intermédio (.50 ou 50%), indicando valores de depressão inferiores a este valor (.40 na amostra de idosos, correspondente a 40% de respostas que indicam depressão).

Tabela 5 – Estatísticas descritivas do Instrumento de avaliação da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)

	Mín	Máx	Soma de respostas 1		M (0-1 pontos)	DP (0-1 pontos)
			n	%		
Escala Geriátrica De Depressão (GDS-15 -soma - total)	2.00	12.00	42	40.0	.40	.25
1(i)- De uma forma geral, está satisfeito (a) com a sua vida?	.00	1.00	2	28.6	.29	.49
2- Abandonou muito das suas atividades e interesses?	.00	1.00	5	71.4	.71	.49
3- Sente que sua vida está vazia?	.00	1.00	4	57.1	.57	.53
4- Anda muitas vezes aborrecido (a)?	.00	1.00	5	71.4	.71	.49
5(i)- Está bem disposto a maior parte do tempo?	.00	.00	0	0.0	.00	.00
6- Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa?	.00	1.00	4	57.1	.57	.53
7(i)- Sente-se feliz a maior parte do tempo?	.00	1.00	2	28.6	.29	.49
8- Sente-se desamparado (a)?	.00	1.00	1	14.3	.14	.38
9- Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas?	.00	1.00	6	85.7	.86	.38
10- Sente que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	.00	1.00	2	28.6	.29	.49
11(i)- Sente que é maravilhoso estar vivo (a)?	.00	.00	0	0.0	.00	.00
12- Sente-se inútil nas condições atuais?	.00	1.00	4	57.1	.57	.53
13(i)- Sente-se cheio de energia?	.00	1.00	3	42.9	.43	.53
14- Sente que a sua situação é desesperada?	.00	1.00	2	28.6	.29	.49
15- Acha que a maioria das pessoas está melhor que o (a) Senhor (a)?	.00	1.00	2	28.6	.29	.49

(i) Item com a pontuação invertida.

Para finalizar, analisámos a associação entre os ganhos obtidos no Teste de Declínio Cognitivo após frequência do programa de intervenção e as medidas Montreal Cognitive Assessment (MoCA), da qualidade de vida (IAQdV-8) e a sintomas depressivos (GDS-15). O cálculo dos coeficientes de correlação foi feito com base nos resultados diferenciais (pós-teste – pré-teste), ou seja, com base nos ganhos registados após a implementação do programa de intervenção. A existência de associações significativas confere suporte empírico para a eficácia do programa. Os resultados dos coeficientes de correlação de Spearman indicam-se na Tabela 6.

Tabela 6 - Correlações entre a função Cognitivo (6-CIT) e Função cognitiva (MoCA), qualidade de vida (IAQdV-8) e sintomatologia depressiva (CDS-15)

	MoCA		IAQdV-8		GDS-15	
	rho	p	rho	p	rho	p
6-CIT (escala global)	.713	.072	.527	.224	-.541	.210
Em que ano estamos? ^a	-	-	-	-	-	-
Em que mês estamos?	.525	.227	.103	.826	-.408	.363
Que horas são aproximadamente? ^a	-	-	-	-	-	-
Conte na ordem inversa de 20 para 1	.325	.477	-.08	.865	-.474	.282
Diga os meses do ano na ordem inversa	.870*	.011	.603	.125	-.797	.032*
Repita a frase com o endereço/morada	.340	.456	.667	.101	.000	1.00

^a Não Foi possível calcular as associações devido à inexistência de variabilidade entre o pré e o pós-teste (pós-pré = 0); * p < .05.

As correlações estatisticamente significativas ($p < .05$) indicam-se em itálico. Constatamos que as associações são positivas e de magnitude elevada entre as escalas globais do Teste de Declínio Cognitivo e do Montreal Cognitive Assessment ($\rho = .713$), indicando que maiores ganhos registados no Teste de Declínio Cognitivo se associam positivamente a melhores resultados no domínio cognitivo, na função executiva, capacidade viso-espacial, memória, atenção, concentração e memória de trabalho, linguagem e orientação ($R^2 = .5084$, correspondendo a 50.84% de variância partilhada). Por sua vez, melhorias na Função associam-se positivamente e de forma também elevada com o instrumento de avaliação da qualidade de vida, indicando que maiores ganhos no programa correspondem a uma percepção mais favorável da qualidade de vida ($\rho = .527$, $R^2 = .2777$, correspondendo a 27.77% de variância partilhada). Por último, melhorias no Teste de Declínio Cognitivo associam-se negativamente e de forma também elevada com a Escala de Depressão Geriátrica, indicando que melhorias no programa correspondem a uma diminuição da depressão vida ($\rho = -.541$, $R^2 = .2927$, ou seja, 29.27% de variância partilhada).

O item mais responsável por uma maior magnitude de associações com o Montreal Cognitive Assessment é o Diga os meses do ano na ordem inversa ($\rho = .870$, $R^2 = .7569$, correspondendo a 75.69% de variância partilhada). Já com o Instrumento de avaliação da qualidade de vida, o item mais responsável por uma maior magnitude de variância partilhada é o Repita a frase com o endereço/morada ($\rho = .667$, $R^2 = .4449$, ou seja, 44.49% de variância partilhada). Por último, no referente às associações negativas com a Escala de Depressão Geriátrica, o item mais contributivo foi o Diga os meses do ano na ordem inversa ($\rho = -.797$, $R^2 = .6352$, correspondendo a 63.52% de variância partilhada). Estas associações vieram, desta forma, corroborar a H2, suportando o impacto do programa de intervenção na redução do Declínio Cognitivo e na promoção a qualidade de vida e redução da depressão.

Discussão

Com este estudo procurou-se implementar um programa de estimulação cognitiva e avaliar o seu impacto na manutenção ou melhoria da função cognitiva dos idosos (orientação, memória, cálculo e linguagem), bem como avaliar a correlação com medidas complementares do impacto do programa de intervenção.

Verificámos que, para a escala global (6.CIT), a pontuação desceu do pré para o pós-teste indicando uma diminuição do declínio cognitivo, ou seja, uma melhoria da função cognitiva em 5 dos 7 idosos que participaram no mesmo. Dados similares obtiveram outros autores^(12, 13), com programas e os instrumentos de avaliação da função cognitiva diversos.

Neste estudo verificámos que tanto as mulheres como os homens evoluíram no funcionamento cognitivo, não se identificando diferenças estatisticamente significativas em função do género dos participantes. Estes dados poderão dever-se ao facto de a amostra ser muito reduzida. Souza, Borges, Vitória, Magalhães e Chippeta⁽¹⁰⁾ obtiveram resultados superiores nas mulheres ao nível do desempenho nas atividades, embora tal diferença em relação aos homens se possa ter justificado pelo facto de as mulheres na amostra serem mais novas do que os homens.

As associações feitas com base nos resultados diferenciais do Teste de Declínio Cognitivo indicaram que o item “Diga os meses do ano” na ordem inversa se relacionou positivamente com melhorias na função cognitiva (MoCA) e negativamente com os sintomas depressivos (GDS-15). Também outros estudos verificaram melhorias na cognição associadas a uma qualidade de vida acrescida e a uma redução da sintomatologia depressiva nos idosos após a implementação do programa utilizado no presente estudo^(13,19).

No presente estudo a qualidade de vida (IAQdV-8) não apresentou associações significativas com a melhoria da função cognitiva, ao contrário dos resultados obtidos por outros autores^(12,19,20,21).

Conclusões

O presente estudo possibilitou verificar que o programa de estimulação cognitiva teve efeitos significativos na melhoria do estado cognitivo dos idosos, apesar de ter sido de curta duração (sete semanas) e com uma amostra pequena. O programa contribuiu para a manutenção da saúde cognitiva, sendo eficaz ao nível do retardamento do quadro demencial dos idosos e melhoria das suas atividades diárias, autonomia e independência. Revelou ainda associações positivas com a Autoperceção da qualidade de vida e negativa com os sintomas depressivos.

Limites e propostas de investigação futura

As principais limitações apresentadas neste estudo prendem-se com o reduzido tamanho da amostra e à inexistência de grupo de controlo com medições no pré e pós-teste.

Como propostas de investigação futura consideramos pertinente incluir no programa estratégias que conduzam a que esta população não se sinta inferiorizada devido à idade. Seria também importante alargar a investigação à análise da eficácia de programas que incluam atividades com familiares. Também se faz necessário implementar estratégias que captem o interesse dos idosos pelos programas de estimulação. Seria ainda importante desenvolver estudos experimentais com mais sessões e durante mais tempo.

BIBLIOGRAFIA

1. Duarte VB, Santana MdaG, Soares MC, Dias DG, Thofern MB. A perspectiva do envelhecer para o ser idoso e sua família. *Família, Saúde e Desenvolvimento*; 7(1): 42-50.
2. Brajša-Žganec A, Merkaš M, Šverko I. Quality of Life and Leisure Activities: How do Leisure Activities Contribute to Subjective Well-Being? *Social Indicators Research*. 2011, Apr 30; 102(1): 81-91.
3. Clemente D, Mónico L, Frazão A, Lucas H. Bem-estar subjetivo na 3a idade: Estudo comparativo nas respostas sociais lar e serviço de apoio domiciliário. In: Souza DN de, Rua MS, coordenadores. *Cuidadores de Pessoas Idosas: Caminhos de mudança*. Aveiro (PT): UA Editora, Universidade de Aveiro; 2013. p. 403–8.
4. Morais, O. N. Grupos de idosos: Atuação da psicogerontologia no enfoque preventivo. *Psicologia, Ciência e Profissão*. 2009; 29 (4): 846-855.
5. Cancela DMG. O Processo de Envelhecimento. *Psicologia.pt O portal dos psicólogos* [Internet]. 2008 May 16 [citado em 3 jun 2017]; Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>
6. Bonardi G, Souza VB, Moraes JF.. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais. *Scientia Medica*. 2007; 17 (3): 138-144.
7. Pordata. Base de Dados Portugal Contemporâneo. 2014. Disponível em: www.pordata.pt
8. Mónico LS, Custódio JR, Frazão A. The informal caregiver of dependent elderly: Levels of burden and related variables. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2012; 1(2):149-160.
9. Gaspar A, Marques M, Espírito-Santo H, Matreno J, Fermino S, Pena I, ... Guadalupe S. Memória a curto-prazo em idosos em lar e em centro de dia. 2012. Disponível em: <http://repositorio.ismt.pt:8080/jspui/handle/123456789/69>
10. Souza VL, Borges MF, Vitória CM, Magalhães AL, Chippeta L. Perfil das habilidades cognitivas no envelhecimento normal. *Revista CEFAC* [Internet]. 2009 [citado em 28 out 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n2/98-08.pdf>
11. García MD, Gonzáles EN. Eficacia de un programa de entrenamiento en el mantimento de ancianos con y sin detrioro cognitivo. *Clínica y Salud*. 2005; 17 (2): 187-202.

12. Castro AE. Programa de estimulação cognitiva em idosos [Dissertação de Mestrado]. Aveiro (PT): Universidade de Aveiro; 2011.
13. Apóstolo J, Cardoso D, Marta. L, Amaral T. Efeito da estimulação cognitiva em Idosos. *Revista de Enfermagem Referência*. 2011; 5(1):193-201.
- Apóstolo, J. Instrumentos para avaliação em geriatria. Coimbra (PT): ESENFEC; 2012.
14. Silva T., Oliveira A, Paulo. D., Malagutti, M, Danzini, V, & Yassuda, M. Treino cognitivo para idosos baseado em estratégias de categorização e cálculos semelhantes a tarefas do cotidiano. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2011; 14 (1): 65-74.
15. Bailly N, Alaphilippe D. *Psicologia do adulto idoso*. Lisboa: Instituto Piaget; 2014.
16. Nunes B, Pais J. *Doença de Alzheimer. Exercícios de estimulação [Vol. 1]*. Lisboa (PT): Editora Lidel; 2006.
17. Pereira M, Melo C, Gameiro S, Canavarro MC. Estudos Psicométricos da Versão em Português Europeu do Índice de Qualidade de Vida Eurohis - 8. *Laboratório de Psicologia*. 2011; 9(2):109-123.
18. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatry Research*. 1983; 17(1): 37-49.
19. Spector A, Orell M, Woods B. Cognitive Stimulation Therapy (CST): Effects on different areas of cognitive function for people with dementia. *International Journal of Geriatrics and Psychiatry*. 2010; 25(12): 1253-8. DOI: 10.1002/gps.2464
20. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies S, Orrell M, *et al*. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*. 2003 Sep; 183(3):248-254. DOI: 10.1192/bjp.183.3.248
21. Custódio JR, Frazão AA, Mónico LS. A sobrecarga e as estratégias de coping do cuidador informal do idoso dependente. In: Pocinho R, Santos E, Ferreira JA, Gaspar JP, Ramalho A, Soeiro D, Silva S, editores. *Envelhecer em tempos de crise: Respostas sociais*. Porto (PT): Legis Editora; 2012.

Correspondência: lisete.monico@fpce.uc.pt