



# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

### **ESTUDO SOBRE O IMPACTO DE UM PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA NA COMUNICAÇÃO E NA COGNIÇÃO DE IDOSOS COM DEMÊNCIA INSTITUCIONALIZADOS**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção de grau  
de mestre em Neuropsicologia

Por

Joana Daniela Freitas Câmara

**Lisboa, 2018**





# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

**ESTUDO SOBRE O IMPACTO DE UM PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA NA  
COMUNICAÇÃO E NA COGNIÇÃO DE IDOSOS COM DEMÊNCIA INSTITUCIONALIZADOS**

STUDY ON THE IMPACT OF A COGNITIVE STIMULATION PROGRAMME IN  
COMMUNICATION AND COGNITION IN INSTITUTIONALIZED ELDERLY ADULTS WITH  
DEMENTIA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção de grau  
de mestre em Neuropsicologia

Por

Joana Daniela Freitas Câmara

Sob a orientação da Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Maria Vânia Silva Nunes

**Lisboa, 2018**



## Resumo

**Introdução:** As demências traduzem-se numa deterioração cognitiva e comportamental progressiva e irreversível que compromete a comunicação dos doentes, conduzindo a um maior isolamento social, alterações de humor e menor qualidade de vida. Atualmente o programa *Cognitive Stimulation Therapy* (CST) – uma modalidade de estimulação cognitiva (EC) – consiste na intervenção não farmacológica mais suportada pela evidência científica na demência ligeira e moderada, reconhecida pelos seus benefícios na comunicação, interação social, cognição e qualidade de vida. Neste estudo pretendemos averiguar o impacto da versão portuguesa do CST na comunicação e cognição de idosos com demência institucionalizados e, secundariamente, verificar a sua influência na ansiedade, depressão e qualidade de vida.

**Metodologia:** A amostra deste estudo experimental, duplamente cego, foi composta por 48 idosos com demência, aleatoriamente distribuídos pelos grupos experimental (N=28) e de controlo (N=20). O primeiro grupo foi submetido ao CST enquanto o segundo não foi alvo de intervenção. As medidas de *outcome* foram aplicadas em dois momentos – no pré e pós-teste.

**Resultados:** Após a intervenção, o grupo experimental demonstrou melhorias significativas na comunicação, especificamente nos itens prazer, humor, orientação, conhecimento geral e capacidade de se envolver em jogos, e na sintomatologia ansiosa e depressiva; porém, não foram verificadas diferenças significativas entre grupos em nenhum dos domínios avaliados.

**Conclusão:** Apesar da importância e dos benefícios da EC se encontrarem bem estabelecidos no contexto da demência, não foi possível confirmar a eficácia da versão portuguesa do programa CST nos domínios avaliados, maioritariamente devido à reduzida dimensão da amostra e ao baixo poder dos testes estatísticos utilizados. No entanto, os resultados obtidos não deixam de sugerir a eficácia do CST nos domínios da comunicação, da ansiedade e da depressão. A escassez de programas de EC devidamente adaptados e validados para a população portuguesa justifica o

investimento neste tipo de intervenção, cuja implementação deve ser convencionaada em contexto institucional e comunitário.

**Palavras-chave:** Demência; Estimulação Cognitiva; Cognitive Stimulation Therapy; Comunicação; Cognição

## Abstract

**Introduction:** Dementias are responsible for progressive and irreversible cognitive and behavioural deterioration which impair patients' communication, increasing social isolation and driving to mood changes and low quality of life. Nowadays, the Cognitive Stimulation Therapy programme (CST) – a cognitive stimulation (CS) tool – is an evidence-based non-pharmacological intervention in dementia, widely recognized for its efficacy in mild to moderate stages of this pathology, leading to improvements in communication, social interaction, cognition and quality of life. The present study aims, primarily, to examine the impact of the Portuguese version of CST in communication and cognition of elderly adults with dementia in elderly care homes and, secondarily, verify its influence in patients' anxiety, depression and quality of life.

**Method:** In this double-blind experimental study, 48 older adults with dementia were randomly assigned to the experimental group (N=28) and control group (N=20). The first group underwent CST and the second received usual care. The outcome measures were administered in two moments – at pre and post-testing.

**Results:** After the intervention, the experimental group improved significantly in communication, specifically in the items pleasure, humour, orientation, general knowledge and ability to participate in games, and in anxious and depressive symptoms; however, there were no significant differences between groups in any of the selected outcome measures.

**Conclusions:** Despite CS's importance and benefits being well established in dementia, it hasn't been possible to confirm the efficacy of the Portuguese version of the CST programme in the assessed domains, mainly due to small sample size and lack of statistical power. Nevertheless, the results obtained do suggest the program's efficacy in communication, anxiety and depression dimensions. The scarcity of well adapted and validated CS programmes to the Portuguese population justifies the investment in this type of intervention, which should be routinely offered in elderly care homes and in the community.

**Key words:** Dementia; Cognitive Stimulation; Cognitive Stimulation Therapy; Communication; Cognition



## **Agradecimentos**

Neste instante final de uma etapa estruturante que me conduz ao limiar de um trajeto profissional no domínio da neuropsicologia, quero endereçar os meus profundos agradecimentos a todas as pessoas cujo contributo, direto ou indireto, foi imprescindível para a concretização desta dissertação.

À Professora Maria Vânia Nunes, pela orientação, dedicação e transmissão de conhecimentos científicos. A sua sabedoria e pragmatismo foram luzes fundamentais nos momentos de escuridão.

À Dr.<sup>a</sup> Gabriela Pereira, pela oportunidade de integrar um projeto com tanto significado para mim e no qual senti que poderia contribuir com o meu empenho.

Às instituições que tornaram possível a recolha dos dados para a dissertação: Lar Padre Carlos, Lar de São José, Casa de Saúde da Idanha e Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima.

A todos os participantes deste estudo que por mim passaram e sem os quais a realização desta investigação não seria possível.

A todas as pessoas que contribuíram para avaliação dos participantes, em especial à Susana Cardoso, à Ana Machado e à Jéssica Guedes.

Ao Professor Manuel Luís Capelas, pela preciosa ajuda no tratamento estatístico dos dados.

Ao corpo docente do mestrado em Neuropsicologia, pelos dois anos férteis em experiências e conhecimentos.

À Dr.<sup>a</sup> Ana Silvestre, por todo o suporte durante esta longa jornada, pelas aprendizagens facultadas e otimismo.

À minha família e amigos, por estarem sempre presentes nos momentos mais significativos e pelo incansável encorajamento.



## Índice

1	Introdução.....	1
2.	Revisão da literatura.....	5
	2.1. Envelhecimento cognitivo: entre o normal e o patológico.....	5
	2.2. Demência.....	7
	2.3. A comunicação na demência.....	10
	2.4. Tipos de intervenções na demência.....	13
	2.4.1. Intervenções farmacológicas.....	13
	2.4.2. Intervenções não farmacológicas.....	14
	2.5. O programa <i>Cognitive Stimulation Therapy</i> .....	16
	2.5.1. Fundamento teórico.....	18
	2.5.2. Alicerces neurobiológicos.....	19
	2.5.3. Suporte científico.....	21
	2.6. Medidas de <i>outcome</i> dos programas de estimulação cognitiva.....	22
	2.7. Problema em estudo.....	24
3.	Metodologia.....	25
	3.1. Tipologia do estudo.....	25
	3.2. Amostra.....	25
	3.2.1. Caracterização demográfica da amostra.....	26
	3.3. Instrumentos.....	28
	3.3.1. <i>Holden Communication Scale</i> .....	28

3.3.2. <i>Alzheimer’s Disease Assessment Scale – Cognitive Sub-scale</i> .....	29
3.3.3. <i>Scale for Rating Anxiety in Dementia</i> .....	29
3.3.4. <i>Cornell Scale for Depression in Dementia</i> .....	30
3.3.5. <i>Quality of Life – Alzheimer’s Disease Scale</i> .....	30
3.4. <i>Intervenção</i> .....	31
3.5. <i>Procedimentos</i> .....	32
3.6. <i>Análise de dados</i> .....	33
4. <i>Resultados</i> .....	35
4.1. <i>Impacto do programa Cognitive Stimulation Therapy na comunicação e na cognição</i> .....	36
4.3. <i>Impacto do programa Cognitive Stimulation Therapy na ansiedade, na depressão e na qualidade de vida</i> .....	39
5. <i>Discussão</i> .....	41
5.1. <i>Impacto do programa Cognitive Stimulation Therapy na comunicação e na cognição</i> .....	41
5.2. <i>Impacto do programa Cognitive Stimulation Therapy na ansiedade, na depressão e na qualidade de vida</i> .....	43
5.3. <i>Limitações</i> .....	46
5.4. <i>Sugestões para estudos futuros</i> .....	47
6. <i>Conclusões</i> .....	49
7. <i>Referências</i> .....	51
8. <i>Anexos</i> .....	67

8.1. <i>Holden Communication Scale</i> .....	67
9. Apêndices.....	71
9.1. Consentimento informado.....	71
9.2. Ficha sociodemográfica.....	73



## Índice de tabelas

<b>Tabela 1.</b>	Características demográficas da amostra (N=48).....	27
<b>Tabela 2.</b>	Temas das atividades principais das sessões de EC.....	32
<b>Tabela 3.</b>	Estatística descritiva dos resultados da avaliação pré-teste do GE e GC.....	35
<b>Tabela 4.</b>	Comparação do desempenho do GE e GC na HCS e na ADAS-Cog, nos dois momentos de avaliação.....	36
<b>Tabela 5.</b>	Resultados do GE na escala HCS, nos dois momentos de avaliação.....	37
<b>Tabela 6.</b>	Comparação do desempenho do GE e GC na RAID, CSDD e QoL-AD (versão do doente), nos dois momentos de avaliação.....	39



## **Lista de siglas**

**ADAS-Cog:** *Alzheimer's Disease Assessment Scale – Cognitive Sub-scale*

**AIVDs:** Atividades instrumentais da vida diária

**ANP:** Avaliação neuropsicológica

**AVDs:** Atividades da vida diária

**CAPE-BRS:** *Clifton Assessment Procedures of Elderly – Behaviour Rating Scale*

**CSDD:** *Cornell Scale for Depression in Dementia*

**CST:** *Cognitive Stimulation Therapy*

**CSTi:** *Individual Cognitive Stimulation Therapy*

**DA:** Doença de Alzheimer

**DCL:** Déficit cognitivo ligeiro

**DCLewy:** Demência por corpos de Lewy

**DFT:** Demência frontotemporal

**DFTvc:** Variante comportamental da demência frontotemporal

**EC:** Estimulação cognitiva

**GC:** Grupo de controlo

**GE:** Grupo experimental

**HCS:** *Holden Communication Scale*

**IACEs:** Inibidores da acetilcolinesterase

**QoL-AD:** *Quality of Life – Alzheimer's Disease Scale*

**MCST:** *Maintenance Cognitive Stimulation Therapy*

**OCDE:** Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

**RAID:** *Rating Anxiety in Dementia*

**RC:** Reabilitação cognitiva

**RCTs:** *Randomized Controlled Trials*

**STAC:** *Scaffolding Theory of Aging and Cognition*

**STAC-R:** *Scaffolding Theory of Aging and Cognition-revised*

**TC:** Treino cognitivo

## 1. Introdução

Nas últimas décadas, temos assistido ao célere envelhecimento demográfico da população. As melhores condições de vida e os progressos na área da saúde, conducentes a uma maior qualidade dos serviços de saúde prestados, têm contribuído para o aumento da longevidade da população idosa. Sabemos que as patologias neurodegenerativas associadas ao envelhecimento, com destaque para as demências, são particularmente frequentes em idades avançadas. De acordo com os dados do relatório de 2017 da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a prevalência de demência nos 36 países que constituem a OCDE é de 18.7 milhões (i.e., 1 em cada 69 pessoas tem demência). A *Alzheimer's Association* (2018) estima que atualmente existam 50 milhões de casos de demência em todo o mundo, com tendência para esta incidência triplicar até 2050.

À semelhança do que sucede à escala global, o envelhecimento demográfico no contexto português é uma realidade cada vez mais presente e corroborada pelos números: contabiliza-se um total de 2 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, prevendo-se que, entre 2015 e 2080, este número aumente para 2.8 milhões e que o índice de envelhecimento duplique – por cada 100 jovens existirão 317 idosos (Gonçalves-Pereira et al., 2016; INE, 2017). Previsivelmente, tal irá conduzir ao aumento do número de pessoas com demência. Na falta de estudos epidemiológicos em Portugal, restam-nos as projeções da *Alzheimer Europe* e da OCDE. No ano de 2012, segundo estimativas da *Alzheimer Europe* (2013), havia 182.527 casos de demência em Portugal (cerca de 1.71% da população total), com maior incidência no sexo feminino e entre a sétima e oitava décadas de vida. Mais recentemente, o relatório de 2017 da OCDE indica que Portugal é o quarto país com maior prevalência de casos de demência entre os países que integram a OCDE (19.9 em cada 1000 habitantes). As projeções para o ano de 2037 são alarmantes, visto que se prevê que a prevalência dos casos de demência aumente para 32,5 (OCDE, 2017).

A demência, além de comprometer os domínios cognitivo e funcional, acarreta prejuízos ao nível da comunicação e interação, que se afiguram como obstáculos à autoexpressão e à inclusão social, suscetíveis de agravar e acelerar a trajetória de

declínio e, por isso, incitar a institucionalização precoce (Albuquerque, Esteves & Cerejeira, 2016; Woodward, 2013). A par dos enormes custos do ponto de vista individual e familiar, a demência acarreta ainda um impacto socioeconómico significativo nas sociedades atuais (*Alzheimer's Association*, 2018). Por conseguinte, é primordial investir em tratamentos eficazes e, simultaneamente, acessíveis. Embora a terapêutica farmacológica constitua a primeira linha de intervenção na demência, os benefícios sintomáticos são considerados modestos e a sua duração e aplicabilidade limitadas (Spector, Woods & Orrell, 2008). Como forma de diversificar e complementar a intervenção terapêutica no quadro da demência, através da disponibilização de abordagens alternativas, verificou-se ao longo dos últimos anos um grande investimento no desenvolvimento de intervenções não farmacológicas, de que são exemplo o treino cognitivo (TC), a reabilitação cognitiva (RC) e a estimulação cognitiva (EC) (Clare & Woods, 2004). No âmbito das várias intervenções não farmacológicas vocacionadas para a demência, a EC é aquela que tem apresentado evidências mais consistentes dos seus benefícios, tanto do ponto de vista cognitivo, quanto social, com tradução na qualidade de vida dos doentes (Woods, Aguirre, Spector & Orrell, 2012).

Entre os diversos programas de EC existentes, o programa *Making a Difference*, mais conhecido no inglês pela sigla CST (*Cognitive Stimulation Therapy*), a qual utilizaremos no presente estudo para nos referirmos em particular a este programa, é atualmente o mais investigado e difundido internacionalmente, reunindo evidências da sua eficácia na demência ligeira e moderada (Aguirre et al., 2013; Wong et al., 2017). O CST consiste numa intervenção psicossocial breve, organizada em formato de grupo, que não só promove a atividade cognitiva generalizada, mas também a comunicação e interação social dos participantes (Spector, Gardner, & Orrell, 2011). Uma das mais-valias do CST reside na sua natureza não-estigmatizante, privilegiando a comunicação, a dinâmica de grupo e o estabelecimento de relacionamentos interpessoais como veículos terapêuticos potenciadores das capacidades mantidas e inibidores do isolamento e do declínio associado à falta de estímulos de cariz cognitivo e social (Hall, Orrell, Stott & Spector, 2013).

Tendo em conta que em Portugal são ainda limitadas as respostas terapêuticas de carácter psicossocial no quadro da demência, este programa está a ser objeto de validação cultural para a população portuguesa. Como o presente estudo se enquadra no âmbito do projeto da validação do programa, é nosso objetivo aferir o impacto da versão portuguesa do programa CST na comunicação e cognição de uma amostra de idosos institucionalizados com demência. Pretendemos ainda analisar os efeitos deste programa na ansiedade, depressão e qualidade de vida dos doentes.



## **2. Revisão da literatura**

### **2.1. Envelhecimento cognitivo: entre o normal e o patológico**

O envelhecimento cognitivo é um processo ímpar, suscetível de grande variabilidade intra (por ex., genética) e interindividual (por ex., contextual), que se reflete na estrutura e no funcionamento cerebral (Harada, Love & Triebel, 2013; Wilson et al., 2002). É, portanto, expetável que, por estas razões, não exista um único perfil de envelhecimento cognitivo, mas sim inúmeros. Na literatura científica está bem estabelecido que o envelhecimento normal é acompanhado de alterações cognitivas, com algumas funções cognitivas mais vulneráveis a este processo do que outras (cf. Cabeza, Nyberg & Park, 2005; Clark et al., 2006; e Nunes, 2009). É de notar que as alterações estruturais e neurofisiológicas que têm lugar aquando do envelhecimento, com ênfase para a atrofia cortical generalizada das substâncias branca e cinzenta (embora com expressão mais significativa em regiões como o córtex pré-frontal), a sobreativação pré-frontal bilateral, as alterações na concentração dos neurotransmissores dopaminérgicos e colinérgicos, bem como a disfunção mitocondrial, medeiam, até certo ponto, o declínio cognitivo relacionado com a idade (Bäckman, Lindenberger & Nyberg, 2010; Fjell & Walhovd, 2010). Salthouse (2010), baseando-se em evidências provenientes de estudos longitudinais e transversais prévios acerca das transformações cognitivas associadas à idade, faz alusão a um perfil de envelhecimento cognitivo prototípico, tido como consensual na maior parte dos estudos, assente na dissociação entre a inteligência fluída e a cristalizada. Segundo Salthouse (2010), o desempenho em tarefas mais dependentes da qualidade do processamento da informação, e que exigem a manipulação de material (abstrato ou familiar), sofre um agravamento desde o início da idade adulta, enquanto, por outro lado, com o avanço da idade, existe um incremento na performance em tarefas que avaliam um conhecimento mais geral, fruto da experiência, que é adquirido cumulativamente no decurso do desenvolvimento.

De um modo geral, os idosos considerados “cognitivamente saudáveis” tendem a manifestar um declínio na velocidade de processamento (que, por si só, tem sérias implicações noutros domínios cognitivos), atenção seletiva e dividida, memória de

trabalho, função inibitória, memória episódica, linguagem (sobretudo na nomeação por confrontação visual, a partir da sétima década de vida, e fluência verbal) e funções executivas (por ex., abstração, flexibilidade mental e raciocínio indutivo) (Dixon, Rust, Feltmate & See, 2007; Park & Gutchess, 2006; Salthouse, 2010; Zec, Markwell, Burkett & Larsen, 2005). De entre as funções cognitivas referenciadas, a memória episódica é aquela que sofre um declínio mais acentuado aquando do envelhecimento, havendo especialmente um maior comprometimento nas etapas de codificação e evocação, assim como nos processos de aprendizagem de informação inédita (produto da utilização de estratégias pouco eficazes para a codificação da informação) (Ribeiro & Guerreiro, 2004).

Mas o envelhecimento cognitivo não acarreta forçosamente perdas ou declínios, pelo contrário, a memória semântica e a memória implícita (por ex., memória de procedimentos) são sistemas mnésicos menos permeáveis aos efeitos perniciosos do envelhecimento, mantendo-se relativamente íntegras com a passagem do tempo (Grady, 2008; Grady, 2012). O mesmo acontece com alguns aspetos do funcionamento executivo, nomeadamente a concetualização verbal (por ex., emprego de provérbios), em parte pela sua estreita articulação com o conhecimento semântico, e a capacidade de detetar semelhanças (Harada et al., 2012).

Definir os limites entre uma trajetória de envelhecimento dita “prototípica” e uma patológica é uma questão bastante complexa. A par da neuro-imagiologia, o recurso a ferramentas psicométricas, de que são exemplo as provas de avaliação neuropsicológica (ANP), viabiliza a avaliação indireta das diferentes funções nervosas superiores e permite, a partir daí, documentar e classificar o padrão de desempenho de um dado indivíduo em função de dados normativos disponíveis para o grupo etário e nível escolaridade (Assuras & Levin, 2013; Marshall & Gurd, 2010). Por norma, a obtenção de um desempenho aquém do que é esperado para a idade e escolaridade de um determinado indivíduo, desde que devidamente excluídas outras causas explicativas desse desempenho (mediante a elaboração da história clínica e realização de exames complementares), é um indicador que alerta os técnicos de saúde para uma possível deterioração cognitiva em curso (Evans, 2010). Para determinar se se trata de

um declínio cognitivo ligeiro (DCL) ou de uma demência é necessário empreender um longo e minucioso processo de investigação clínica, indispensável para a intervenção terapêutica precoce e atempada (Lezak, Howieson, Bigler & Tranel, 2012). O impacto funcional desse declínio cognitivo, contrastante com um nível pré-mórbido de funcionamento, é um dos critérios fundamentais a ter em linha de conta (Manning, 2014).

O DCL, ou perturbação neurocognitiva minor, é concetualizado como um estágio de transição entre o envelhecimento normal e a demência (Petersen, 2016). Segundo o DSM-V (2013), o diagnóstico de DCL implica a evidência de declínio cognitivo ligeiro, identificado pelo próprio ou por outrem (informante ou médico), num ou mais domínios cognitivos, sem impacto significativo na funcionalidade (i.e., os indivíduos levam a cabo atividades da vida diária (AVDs) e até atividades instrumentais da vida diária (AIVDs), apesar de eventualmente realizarem estas últimas com maior esforço ou adotando estratégias compensatórias). Roberts e Knopman (2013) verificaram que 15 a 20% das pessoas com 65 ou mais anos apresenta DCL. Ora, as pessoas com DCL são consideradas um grupo de risco, particularmente se o DCL for do tipo mnésico, para o desenvolvimento de DA ou outras demências (Mitchell & Shiri-Feshki, 2009). Contudo, tal nem sempre acontece em virtude da estabilização ou até reversibilidade do quadro (Ribeiro, 2014). Nos casos de DCL que progridem para demência, a identificação e intervenção precoces são um passo desejável e indispensável na atenuação do ritmo da neurodegeneração e na manutenção, por um período o mais alargado possível, das capacidades cognitivas e funcionais.

## **2.2. Demência**

A demência é uma síndrome clínica que abarca uma miríade de patologias, dotadas de uma etiologia e apresentação clínica heterogéneas, que apresentam uma instalação insidiosa e conduzem a um declínio gradativo e irreversível da cognição e da funcionalidade (Branco, Ruano & Cruz, 2017; Prince et al., 2013). Normalmente, a demência é acompanhada de sintomas neuropsiquiátricos que, para além de agravarem a deterioração cognitiva e funcional, contribuem para a menor qualidade de vida do paciente e do seu cuidador, por representarem uma fonte adicional de

sobrecarga (Onyike, 2016). Segundo os dados epidemiológicos disponíveis, a idade constitui o principal fator de risco impulsionador do desenvolvimento de demência, porém outros fatores de ordem genética (por ex., mutação no gene C9orf72 associada à variante comportamental da demência frontotemporal (DFTvc)) e ambiental (por ex., baixa escolaridade ou o desempenho de atividades laborais/ocupacionais pouco estimulantes), podem incrementar a predisposição para o desenvolvimento da síndrome (Lagarto, Rafaela & Cerejeira, 2014; Slavin, Brodaty & Sachdev, 2013). Em Portugal, o envelhecimento demográfico é um dos motivos subjacentes à elevada prevalência de casos de demência – atualmente de 20 por cada 1000 habitantes –, com tendência a escalar a cada ano que passa (OCDE, 2017).

O diagnóstico de demência é um processo essencialmente clínico e de exclusão, estruturado com o auxílio de meios complementares de diagnóstico de cariz laboratorial, comportamental e neuro-imagiológico (Lezak, Howieson, Bigler & Tranel, 2012; Vieira, 2014). No DSM-V (2013) a demência insere-se na categoria das perturbações neurocognitivas, adquirindo, na atual versão do manual, a denominação de perturbação neurocognitiva major. Segundo os critérios do DSM-V (2013), o diagnóstico de demência implica evidências de declínio cognitivo, reportadas pelo próprio, por um informante ou pelo médico assistente, e documentadas pela ANP ou outra avaliação quantitativa, em pelo menos dois domínios cognitivos (por ex., atenção, memória, linguagem e funções executivas), contrastantes com um nível de funcionamento pré-mórbido prévio e com interferência significativa da funcionalidade. Refira-se ainda que, segundo esta mesma fonte, o declínio cognitivo objetivado não pode ser explicado por outro tipo de condições clínicas (por ex., quadros neurológicos e/ou psiquiátricos).

Estima-se que as demências de causa degenerativa correspondam a 80% dos quadros mais habituais na prática clínica, sendo a DA (60-70%), a demência por Corpos de Lewy (DCLewy) (15-25%) e a DFT (15-22%) os subtipos mais frequentes (Lagarto, Rafaela & Cerejeira, 2014). A organização em subtipos depende em grande medida da etiologia subjacente, pelo que a afeção diferenciada do cérebro origina um conjunto de sinais e sintomas singulares. Assim, cada subtipo de demência possui um perfil

neuropsicológico mais ou menos característico que, em virtude do caráter multifatorial do quadro e da história pessoal e clínica de quem o exhibe, é sujeito a grande variabilidade.

Na variante clássica da DA, a degenerescência das estruturas cerebrais que configuram o substrato neuronal da memória episódica, sediadas no lobo temporal medial, designadamente regiões hipocâmpais (hipocampo, giro dentado e subículo), e extra-hipocâmpais (córtices entorrinal, perirrinal e parahipocâmpico), desemboca, em fases precoces, numa incapacidade de evocar informação recente e aprender novos conteúdos, independentemente de qual seja a sua modalidade<sup>1</sup> (Apostolova, 2016; Guerreiro, 2016; Matthews, 2015). Para além do atingimento da memória episódica, a desorientação espacial e temporal, o prejuízo na memória a curto-prazo e na linguagem, com ênfase para a anomia e circunlóquios, são outras das manifestações geralmente observadas na DA (Esteves, Albuquerque & Correia, 2016). Em contraste, a DCLewy não se caracteriza de forma tão assinalável pelo defeito mnésico, mas sim pelas flutuações na atenção e vigília, defeitos visuoespaciais, alucinações visuais e sintomas parkinsónicos (Garcia & Coelho, 2009). Relativamente a este último grupo de sintomas, sobreponível com os sintomas da doença de Parkinson, na DCLewy a sua instalação precede o aparecimento dos défices cognitivos (Gomperts, 2016). A patologia nos córtices frontal e/ou temporal, característica da DFT, dá origem a diferentes entidades clínicas. Por um lado a variante comportamental, pautada por um padrão de disfunção executiva que se manifesta através de alterações da personalidade e do comportamento social, e, por outro, as afasias progressivas primárias, que se refletem no comprometimento distinto da linguagem, em particular da fluência verbal, nomeação, compreensão, repetição e sintaxe (Branco, Ruano & Cruz, 2017; Finger, 2016; Hillis, 2010).

De um modo geral, e independentemente do subtipo etiológico e manifestações clínicas primordiais, as demências resultam na degradação global das esferas cognitiva, comportamental e funcional. O facto de a demência representar uma das principais

---

<sup>1</sup> A incapacidade de aprender novo material e os defeitos mnésicos, objetivados em provas de evocação imediata e diferida, assim como de reconhecimento, correspondem aos marcadores neuropsicológicos mais frequentes (Manning, 2014).

causas de incapacidade e sobrecarga, não só para os cuidadores, mas também para os serviços de saúde, tem justificado o investimento em ferramentas de detecção precoce e abordagens terapêuticas passíveis de atenuar o seu impacto multivariável.

### **2.3. A comunicação na demência**

A comunicação é um processo complexo e dinâmico, de carácter bidirecional, que depende da integridade de domínios cognitivos como a percepção, atenção, memória, linguagem e funções executivas, e que é modelado pelo ambiente social (Ennis, Mansell & Tai 2017; Miozzo, Fischer-Baum, Caccappolo-Van & Vliet, 2013). Na demência, a comunicação pode portanto ser comprometida de maneiras distintas, em resultado de fatores de carácter neurobiológico, associados à deterioração cognitiva e processos neuropatológicos subjacentes, e de carácter social, impulsionados pelo estigma e clima de ostracização de que os doentes com este quadro são ainda objeto nas sociedades modernas (Haberstroh, Neumeyer, Krause, Franzmann & Pantel, 2011; Smith et al., 2011). Há uma grande diversidade de perfis de comunicação nas demências; enquanto na DA as dificuldades de comunicação, manifestadas inicialmente por via da anomia e parca fluência verbal (semântica), radicam num prejuízo de natureza léxico-semântica, na DFTvc as dificuldades objetivadas têm uma natureza pragmática, compatível com a disfunção executiva, e caracterizam-se pela desorganização do discurso, repetição de ideias (perseveração) e ausência de *feedback* perante as solicitações do interlocutor (Bayles, 2003; Blair, Marczinski, Davis-Faroque & Kertesz, 2007; Rosseaux et al., 2010; Savundranayagam, Hummer & Montgomery, 2005; Verma & Howard, 2012).

Não obstante a natureza específica e claramente heterogénea dos problemas de comunicação, a sua frequência e severidade tende a aumentar, de forma inevitável, no decurso natural da demência, limitando assim a autonomia e as oportunidades de interação/socialização (Alsaway, Mansell, McEvoy & Tai, 2017). Importa referir que, até mesmo em fases avançadas, as pessoas com demência, ainda que privadas da capacidade de comunicar verbalmente, continuam a manifestar vontade de comunicar, de participar em interações sociais e de manter relações significativas com os pares e familiares (Ellis & Astell, 2004; Williams, Kemper & Hummert, 2003). Na

falta do repertório de competências de comunicação verbal, o recurso a formas mais rudimentares de comunicação, especialmente de índole não-verbal, entre elas o contacto ocular, as expressões faciais e a postura corporal, atua como um meio de compensação das limitações verbais, favorável ao prolongamento do seu contacto com o ambiente social (Ellis & Astell, 2004).

A projeção no contexto da demência de conceitos como os de comunicação relacional/interpessoal e comunicação funcional<sup>2</sup>, vem atribuir relevo a dimensões da comunicação que habitualmente não são contempladas nas avaliações formais (Carvalho & Mansur, 2008). Afinal, a comunicação não se resume a linguagem; é um ato de estar com o outro, uma instância de transmissão e receção de mensagens, mas também de estabelecimento de conexões sociais em que há reciprocidade no reconhecimento da natureza única do outro (Snyder, 2006). Com efeito, a relativa integridade da linguagem é uma condição importante mas não indispensável para a comunicação, tal como verificado no estudo de Fromm e Holland (1989), no qual os autores sugerem a presença de uma relação inversa entre a linguagem e a comunicação funcional<sup>3</sup>. Quer isto dizer que o nível de proficiência linguística não é uma garantia do sucesso da comunicação, havendo, por exemplo, pacientes com demência ligeira e moderada que compensam defeitos de conteúdo com aspetos relacionais (Knebel, Haberstroh, Kümmel, Pantel & Schröder, 2016).

Para Sabat (2001) a avaliação da comunicação não se pode basear unicamente na aplicação de instrumentos psicométricos num contexto estruturado, pois isso significa a exclusão do ambiente social – uma das plataformas privilegiadas de emergência e desenvolvimento da comunicação. Vários autores têm proposto que a avaliação da comunicação deve compreender uma componente cognitiva, na qual se incorporam medidas várias de avaliação das funções nervosas superiores, entre elas a linguagem, e uma componente dedicada à exploração dos aspetos funcionais da comunicação, do

---

<sup>2</sup> A comunicação funcional é definida como a capacidade de receber e veicular informação, qualquer que seja a sua modalidade, com o intuito de comunicar de forma autónoma num dado contexto (Carvalho & Mansur, 2008).

<sup>3</sup> Comparativamente com os pacientes afásicos, os pacientes com DA ligeira apresentam um melhor desempenho em tarefas de linguagem, ao passo que os primeiros possuem um desempenho superior em tarefas que avaliam as capacidades de comunicação funcional (Fromm & Holland, 1989).

comportamento social e da interação interpessoal (Haberstroh et al., 2013; Knebel et al., 2016; Rosseaux et al., 2010).

O declínio na comunicação tem inúmeras consequências negativas na vida das pessoas com demência, comprometendo a sua qualidade de vida. Para além de instigar a progressão do quadro em face do crescente evitamento das interações e subsequente isolamento social – que, por sua vez, desemboca numa menor estimulação das capacidades cognitivas e sociais residuais –, pode suscitar alterações de humor (ansiedade e depressão) e comportamento (agitação e agressividade), intimamente relacionadas com necessidades basilares que não são satisfeitas (por ex., ter fome ou manifestar dor) (Alsaway, Mansell, McEvoy & Tai, 2017; Attree 2001; Cove et al., 2014; Dyer, Harrison, Laver, Whitehead & Crotty, 2018; Potkins et al., 2003; Woodward, 2013). Desta forma, os problemas de comunicação representam um entrave à prestação de cuidados centrados na pessoa, o que se reflete na menor qualidade de vida quer do doente, quer do seu cuidador, em virtude da incapacidade de atender às solicitações do doente e dos níveis elevados de sobrecarga (Potkins et al., 2003; Savundranayagam, Hummer & Montgomery, 2005). É ponto assente que a forma como os cuidadores comunicam com os indivíduos com demência pode contribuir para a exacerbação dos seus défices de comunicação e, ainda, reforçar a autoperceção negativa da sua competência comunicativa, conduzindo a que os mesmos se desvinculem das interações, se isolem e expressem comportamentos disruptivos (Savundranayagam & Moore-Nielsen, 2015).

No plano social, o desconhecimento da demência, desde as causas às manifestações sintomáticas, dá azo a preconceitos que contribuem para a perpetuação do estigma associado à síndrome, ainda prevalente em muitos países (Batsch & Mittelman, 2012). Em Portugal, as iniciativas dinamizadas pela Associação Alzheimer Portugal, entre elas o *Café Memória* e *Ser um Amigo na Demência*, cumprem um papel crucial na consciencialização da sociedade para a problemática das síndromes demenciais e na redução do estigma, através da difusão de conhecimentos sobre os diferentes subtipos de demência, desconstrução de preconceitos, promoção de suporte emocional e inclusão social dos doentes e respetivos cuidadores (Alzheimer Portugal, s.d.; Sousa,

Alvarez, Amante & Araújo, 2018). Neste sentido, as intervenções na demência devem seguir uma lógica polivalente e integrativa, não só dirigida à manutenção e estimulação das capacidades cognitivas, mas também à aproximação das pessoas com demência da sociedade, por via da facilitação de oportunidades para comunicar, interagir e participar no contexto social (De Vries, 2013; Potkins et al., 2003). Desse modo é possível prolongar a autonomia funcional, diminuir a frustração e os comportamentos externalizantes, assim como a sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados (Woodward, 2013).

#### **2.4. Tipos de intervenções na demência**

As pessoas com demência, especialmente nas fases ligeira a moderada, apresentam potencial para beneficiar de intervenções terapêuticas. A intervenção na demência apresenta duas valências – a farmacológica e não farmacológica – que intervêm no alívio da sintomatologia característica, com vista à promoção da qualidade de vida.

##### **2.4.1. Intervenções farmacológicas**

A terapêutica farmacológica representa a primeira linha de intervenção nas demências. Na atualidade ainda nenhum fármaco mostrou ser capaz de travar o curso evolutivo da demência ou tão-pouco reverter as suas repercussões no sistema nervoso central. Ainda assim, o tratamento farmacológico permite controlar e mitigar os sintomas manifestados, contribuindo para que os doentes usufruam de alguma qualidade de vida (Mendonça & Verdelho, 2014). No caso da DA, os inibidores da acetilcolinesterase (IACEs), como o donepezilo, a galantamina e a rivastigmina, possuem comprovada eficácia na atenuação dos sintomas cognitivos, expressos em fases ligeiras a moderadas (*Alzheimer's Association*, 2017). Nas fases moderadamente graves a avançadas da DA, são geralmente administrados antagonistas dos recetores N-metil-D-aspartato (NMDA) do glutamato, de que é exemplo a memantina (Ehret & Chamberlin, 2015). É certo que nem todos os doentes com DA respondem do mesmo modo aos agentes farmacológicos; alguns experienciam benefícios limitados ou nulos e podem até exibir efeitos adversos (por ex., gastrointestinais e bradicardia) (Apostolova, 2016). Saliente-se ainda que, em virtude das várias comorbilidades

associadas à demência – perturbações do sono, do humor e do comportamento –, a ingestão de múltiplos fármacos é particularmente comum. A polimedicação pode induzir interações farmacológicas indesejadas, que conduzem à agudização de sintomas pré-existentes e também ao aparecimento de novos sintomas (cf. Gomperts, 2016).

Outro aspeto a salientar a este respeito concerne à escassez de fármacos especificamente concebidos para determinados subtipos de demência, como é o caso da DFT. Na DFTvc, dado que os medicamentos administrados são maioritariamente vocacionados para o controlo das alterações comportamentais (por ex., IACEs e antipsicóticos atípicos), a intervenção é parcelar e insuficiente para gerir a complexa constelação sintomática que caracteriza a patologia (Finger, 2016). Para além disso, a ingestão de antipsicóticos atípicos por parte destes doentes está associada ao aparecimento de sintomas extrapiramidais que agravam o quadro (Shinagawa et al., 2015).

À luz deste panorama, e como forma de colmatar algumas das limitações apontadas a esta abordagem terapêutica, foram desenvolvidas abordagens não farmacológicas, com particular destaque para as de índole cognitiva e psicossocial, que podem ser implementadas em paralelo com as anteriores. Embora o número de *randomized controlled trials* (RCTs) realizados com estas intervenções seja ainda limitado e a respetiva qualidade reduzida, os estudos de menor dimensão e as revisões sistemáticas da literatura neste domínio sublinham os benefícios das intervenções não farmacológicas nos eixos cognitivo, funcional e social (Mendonça & Verdelho, 2014).

#### **2.4.2. Intervenções não farmacológicas**

No contexto da demência, as intervenções não farmacológicas, especialmente as de natureza cognitiva, são cada vez mais reconhecidas como intervenções coadjuvantes e, em alguns casos, como alternativas à terapêutica farmacológica (Bahar-Fuchs, Clare & Woods, 2013). Com efeito, as intervenções não farmacológicas têm demonstrado resultados positivos ao nível da manutenção da cognição e da diminuição do ritmo de deterioração, da redução de sintomas neuropsiquiátricos (por ex., depressão, apatia,

deambulação e agitação), do prolongamento da capacidade para levar a cabo as AVDs e da melhoria da qualidade de vida (McDermott et al., 2018). A pertinência de intervenções desta natureza justifica-se pelo suporte científico a favor da importância da estimulação generalizada ao longo da vida, da plasticidade cerebral na idade adulta avançada, inclusivamente na presença de patologias neurodegenerativas associadas ao envelhecimento, e do facto de as pessoas com demência manterem algum potencial de aprendizagem, em particular se a intervenção tirar partido das competências menos afetadas pela patologia (*Alzheimer's Association, 2017; Clare & Woods, 2004*).

Na literatura científica, as designações EC, TC e RC são muitas vezes veiculadas de forma indiferenciada. Clare e Woods (2004) distinguem as três designações. Assim, a EC baseia-se na realização de atividades e promoção de discussões, organizadas normalmente em formato de grupo, vocacionadas para aprimorar o funcionamento cognitivo e social, de modo a compensar os défices neurocognitivos e preservar a capacidade funcional durante o máximo tempo possível. Já o TC consiste na prática repetida de um conjunto de tarefas estruturadas e estandardizadas, com um nível de dificuldade crescente, desenhadas para trabalhar uma dada função cognitiva. Por seu turno, a RC é uma abordagem individualizada, na qual são definidos objetivos relevantes para a pessoa e implementadas estratégias com vista à sua consecução; a tónica é colocada na transferência das competências aprendidas para o quotidiano, numa lógica de valorização das potencialidades e mitigação dos défices. Bahar-Fuchs et al. (2013), a propósito da eficácia do TC e RC na DA ligeira e na demência vascular, analisaram um total de 12 RCTs – 11 de TC e 1 de RC –, não tendo sido encontradas evidências a favor da eficácia do TC na melhoria da função cognitiva, humor e AVDs. Quanto à RC, o único RCT analisado apresentou resultados preliminares favoráveis, em particular na melhoria das AVDs, sendo o seu grau de evidência classificado como moderado. São requeridos RCTs adicionais, quer para o TC quer para a RC, para concluir com segurança que ambas as abordagens se afiguram benéficas junto de pacientes com demência. De notar que, de um modo geral, e ao contrário do que acontece com a terapêutica farmacológica, a eficácia das intervenções não farmacológicas carece de sustentação científica. Os estudos de eficácia sobre as intervenções não farmacológicas são tipicamente de pequena dimensão e tendem a

possuir pouco rigor metodológico, em grande medida devido a limitações de natureza operacional e financeira (Spector, Woods & Orrell, 2008; Woods & Orrell, 1996).

De entre as intervenções não farmacológicas disponíveis, a EC é aquela que congrega maior nível de evidência científica sobre a sua utilização no quadro da demência. Nas revisões sistemáticas de Woods et al. (2012) e Aguirre et al. (2013), após a análise de 15 RCTs – 718 indivíduos; 407 no grupo experimental (GE) e 311 no grupo de controlo (GC) –, concluiu-se que a EC tem um impacto estatisticamente significativo no funcionamento cognitivo, na comunicação e interação social, assim como na qualidade de vida. Não foram detetadas diferenças entre grupos ao nível da funcionalidade, do comportamento (geral e problemático) e do humor. De notar que o tipo de EC facultado aos participantes revela grande variação entre estudos. Entre as diversas abordagens à EC, a evidência científica mais robusta pertence a um programa de EC de grupo, designado de *Cognitive Stimulation Therapy* (CST), que foi desenvolvido no Reino Unido por Spector, Thorgrimsen, Woods e Orrell (2006), na sequência de três revisões *Cochrane* sobre as terapias de orientação para a realidade, de reminiscência e de validação (Spector, Davies, Woods & Orrell, 2001). Até à data foram realizados vários RCTs, bem como estudos de menor escala, com resultados promissores na demência ligeira e moderada (Aguirre et al., 2013; Rai, Yates & Orrell, 2018; Spector et al., 2003; Spector et al., 2011).

### **2.5. O programa *Cognitive Stimulation Therapy***

O CST é uma intervenção de cariz psicossocial, com origem na terapia de orientação para a realidade e particularmente influenciada pelo trabalho de Breuil et al. (1994) sobre EC na demência, que hoje é reconhecida pelo seu impacto positivo na cognição, funcionamento social e qualidade de vida das pessoas com demência. No seguimento dos estudos de Spector et al. (2001, 2003), o CST transformou-se numa ferramenta terapêutica estruturada, porém flexível o suficiente na sua abordagem (por ex., adequação às idiosincrasias dos doentes e diversidade de atividades) para não ser completamente diretiva, que dispõe de materiais comercializados para garantir a sua

difusão e uniformidade de aplicação, por parte dos utilizadores, nos mais diferentes contextos<sup>4</sup> (Spector, Thorgrimsen, Woods & Orrell, 2006).

O CST é a única intervenção não farmacológica recomendada pelo governo do Reino Unido para o tratamento da demência ligeira e moderada (Spector et al., 2011). Organismos de saúde internacionais, como a *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), a *Social Care Institute for Excellence* (SCIE) e a *Alzheimer's Disease International*, propõem o CST como prática *standard* nos estádios ligeiro a moderado de qualquer tipo de demência, adiantando que o mesmo deve ser implementado numa perspetiva de complementaridade com a terapêutica farmacológica, em face do carácter cumulativo dos seus benefícios<sup>5</sup> (Chapman et al., 2004; NICE-SCIE, 2006; Onder et al., 2005; Orrell et al., 2014; Prince, Bryce & Ferri, 2011; Prince et al., 2013). O CST, tal como o CST de manutenção (MCST), apresenta uma melhor relação custo-benefício comparativamente à terapêutica farmacológica convencional<sup>6</sup> (Knapp et al., 2006).

Estão disponíveis diretrizes para a adaptação do conteúdo e estrutura do CST para diferentes contextos culturais, por forma a não comprometer a sua efetividade (Aguirre, Spector & Orrell, 2014). Atualmente, o CST encontra-se adaptado para diferentes países – Holanda, Espanha, Japão, Itália, etc. – e contextos de aplicação – lares de idosos, centros de dia e domicílio do próprio (Aguirre, Spector & Orrell, 2014). Em Portugal, o CST está a ser objeto de um processo de tradução e adaptação cultural, inserindo-se o presente estudo nesse âmbito mais alargado. Como tal, interessa-nos incidir com mais detalhe nesta intervenção, uma vez que a mesma representa o cerne da nossa investigação.

---

<sup>4</sup> O CST inclui três manuais (CST de grupo, CST individual e MCST) e DVDs de treino. Este programa pode ser aplicado por profissionais de saúde, familiares e cuidadores, desde que os mesmos realizem treino e formação prévios.

<sup>5</sup> No estudo de Chapman et al. (2004) comparou-se os efeitos de uma abordagem terapêutica mista (CST e fármacos antidemenciais) com uma abordagem terapêutica única (CST ou fármacos antidemenciais). Os autores verificaram que os participantes que foram alvo da abordagem terapêutica mista apresentavam menores níveis de apatia e irritabilidade e uma diminuição do ritmo de declínio no discurso e nas capacidades funcionais.

<sup>6</sup> O MCST tem a duração de 24 semanas e inicia-se imediatamente após o CST (Orrell et al., 2005). Um RCT de Orrell et al. (2014) demonstra que as aquisições na cognição e qualidade de vida dos participantes que compõem o GE, e estão medicados com IACEs, se mantêm a longo-prazo.

### **2.5.1. Fundamento teórico**

O CST é uma abordagem terapêutica centrada na pessoa com demência, que se rege por máximas como o respeito pela dignidade humana, a valorização do potencial, das opiniões e das crenças do grupo, e pela inclusão social (Spector, Thorgrimsen, Woods & Orrell, 2006). No CST o grupo intervém como uma ferramenta terapêutica basilar; não só favorece o estabelecimento e fortalecimento de relacionamentos interpessoais, mas também possibilita a génese de um ambiente de aprendizagem aprazível e dinâmico, marcado pela introdução de um vasto leque de atividades, com um propósito específico e relativo grau de estruturação, que se adequam às especificidades e capacidades do grupo (Rai, Yates & Orrell, 2018; Spector, Thorgrimsen, Woods & Orrell, 2006).

O CST é alicerçado em evidências científicas que suportam a maximização do potencial das pessoas com demência, mediante a otimização das funções cognitivas preservadas, ou menos deterioradas, e a criação de um ambiente de aprendizagem favorável à estimulação das capacidades cognitivas, sociais e funcionais (Baines, Saxby & Ehler, 1987; Breuil et al., 1994; Clare & Woods, 2004). Com esse intuito, o CST congrega várias intervenções de cariz não-farmacológico, tais como a terapia de orientação para a realidade, a terapia da reminiscência e a estimulação multissensorial, e baseia-se num conjunto de conhecimentos sobre as características da demência, que norteiam a prática clínica (Spector, Davies, Woods & Orrell, 2001).

Através da terapia da orientação para a realidade, procede-se à apresentação repetida de informação referente ao dia da semana, dia do mês, ano e estação do ano, que fica registada num quadro por forma a ser consultada sempre que necessário. Assim, pretende-se reduzir os episódios de desorientação espacial e temporal, típicos da demência (Spector, Davies, Woods & Orrell, 2001). Com a técnica da reminiscência, baseada na evocação de informações prévias (por ex., atividades, eventos e experiências) com recurso a material auxiliar, o objetivo reside em tirar proveito das memórias remotas, visto que, em face da sua distribuição difusa pelo córtex cerebral, estas se encontram relativamente mantidas até fases avançadas da demência (Cotelli, Manenti, & Zanetti, 2012). Já a estimulação multissensorial, como o nome indica,

oferece oportunidades de estimulação através das diferentes modalidades sensoriais. Para além disso, à medida que a demência progride, a realidade passa cada vez mais a ser explorada com a ajuda dos sentidos (Woods et al., 2007). As pistas multissensoriais afiguram-se auxiliares da função mnésica – quanto maior for a diversidade de sentidos implicados numa atividade, maior a probabilidade de ativar os recursos atencionais e mnésicos disponíveis (Spector, Thorgrimsen, Woods & Orrell, 2006). A tónica do CST na aprendizagem implícita e nas opiniões (ao invés dos factos) justifica-se pela vulnerabilidade dos sistemas mnésicos declarativos (episódico e semântico). Com efeito, está extensamente documentado que nas fases moderadas a avançadas da demência, em particular do tipo Alzheimer, a memória de procedimentos se mantém relativamente inalterada, contrastando com o prejuízo episódico e semântico (Matthews, 2015; Wolk & Budson, 2010). Para além disso, ao solicitarmos opiniões diminuámos a probabilidade de erro e a frustração associada.

Para fomentar as capacidades cognitivas, sociais e funcionais, o CST capitaliza o formato de grupo, que não só possibilita interação social e estabelecimento de relacionamentos entre pares, atuando aqui no incremento da comunicação, mas também permite o desempenho de um vasto leque de atividades que fomentam a génese de novas associações/ligações entre os materiais e não somente a evocação de memórias remotas (Wong et al., 2017). Por outro lado, como referido atrás, estereótipos negativos associados ao envelhecimento apresentam um impacto negativo no desempenho cognitivo dos idosos (Hall, Orrell, Stott & Spector, 2013). Como o CST consiste numa intervenção não estigmatizante, na qual os participantes são encorajados a partilhar opiniões e perspetivas, verifica-se um impacto positivo tanto em medidas cognitivas quanto em medidas não cognitivas (Capotosto et al., 2017).

### **2.5.2. Alicerces neurobiológicos**

O racional do CST assenta na perspetiva holística do funcionamento cerebral, i.e., o cérebro funciona em estreita articulação. A realização de atividades polivalentes, como aquelas que são postas em prática no decurso do CST, requer o recrutamento de uma diversidade de funções cognitivas. Por este motivo, torna-se difícil isolar os

mecanismos neuronais responsáveis pelas aquisições após o CST (Clare & Woods, 2004). Embora se desconheça o impacto específico do CST na estrutura e funcionamento cerebral, em parte pela ausência de estudos de neuroimagem, os modelos teóricos propostos por Stern (2002, 2009, 2012) e Reuter-Lorenz e Park (2009, 2014) ajudam a iluminar alguns mecanismos subjacentes ao CST, passíveis de contribuir para as melhorias documentadas.

Com a teoria da reserva cognitiva, Stern (2002, 2009) propõe que indicadores como a escolaridade, a ocupação laboral e as atividades ocupacionais/recreativas exercem grande influência na forma como os indivíduos experienciam as alterações cognitivas relacionadas com a idade e com doenças neurodegenerativas tais como a DA. Genericamente, os indivíduos com maior reserva cognitiva são mais resilientes às alterações cognitivas associadas à idade, ou causadas por quadros patológicos, o que lhes permite manter o nível de funcionamento cognitivo e manifestar menor evidência de declínio. Paralelamente, Reuter-Lorenz e Park (2009), através do modelo *Scaffolding Theory of Aging and Cognition* (STAC), postulam a existência de mecanismos de *scaffolding*<sup>7</sup> compensatórios, ao longo de todo o ciclo de vida, entendidos como respostas neurocognitivas aos desafios intrínsecos (por ex., alterações cerebrais transitórias ou contínuas de cariz metabólico ou estrutural) e extrínsecos (por ex., tarefas inéditas, inesperadas e com níveis consecutivamente superiores de exigência). No modelo revisto (STAC-r), Reuter-Lorenz e Park (2014) atribuem especial relevo às trajetórias de desenvolvimento individual e à forma como as experiências de vida se consubstanciam como potenciadoras ou inibidoras dos mecanismos de *scaffolding*.

Em suma, estes modelos sublinham o efeito neuroprotetor associado ao empreendimento em atividades física, social e cognitivamente estimulantes no decorrer do desenvolvimento, e até mesmo apenas na idade adulta avançada, bem como a sua importância enquanto estratégia preventiva do desenvolvimento de síndromes demenciais e mitigadora do declínio cognitivo. Em consonância, estudos

---

<sup>7</sup> O *scaffolding* consiste no recrutamento de circuitos neuronais alternativos que visam substituir ou prestar suporte a regiões cerebrais que operam de modo ineficiente (i.e., não permitem fazer face às exigências das tarefas) (Reuter-Lorenz & Park, 2009).

prévios em roedores corroboram os benefícios da exposição, mesmo que temporária, a ambientes enriquecidos e complexos dos pontos de vista sensorial, cognitivo e social (Kempermann, Kuhn & Gage, 1998; Scarmeas & Stern, 2003)<sup>8</sup>.

### **2.5.3. Suporte científico**

Vários estudos quantitativos e qualitativos corroboram o impacto positivo do CST na cognição, comunicação (por ex., iniciativa para principiar uma conversa dentro e fora do grupo e maior clareza aquando das conversações) e qualidade de vida dos participantes com demência, apesar de os resultados nem sempre serem consistentes no que respeita ao humor, comportamento e à funcionalidade (Aguirre et al., 2013; Martínez-Moreno, Cerulla, Chico, Quintana & Garolera, 2016; Middelstadt, Folkerts, Blawath & Kalbe, 2016; Spector et al., 2003; Spector, Gardner & Orrell, 2011; Spector, Orrell, Davies & Woods, 2001). Saliente-se que as melhorias na qualidade de vida são mediadas por progressos na função cognitiva (Woods et al., 2007).

Investigações anteriores debruçaram-se especificamente sobre a influência do CST na cognição e identificaram sobretudo melhorias no domínio da linguagem, em especial na compreensão auditiva de ordens, linguagem oral e discurso (por ex., descrição de figuras), seguindo-se a memória (por ex., memória verbal episódica e memória visual) e a orientação, com ausência de resultados positivos na memória de trabalho, flexibilidade mental e praxias (Capotosto et al., 2017; Hall, Orrell, Stott & Spector, 2013; Spector, Orrell & Woods, 2010). As aquisições no domínio da linguagem têm sido relacionadas com o enfoque do CST na comunicação verbal e com a sua organização temática (por ex., atividades como a associação de palavras, sopas de letras e categorização de objetos) (Spector, Orrell & Woods, 2010). Adicionalmente, a dinâmica de grupo, geradora de oportunidades de debate através, por exemplo, da discussão de temas da atualidade, catalisadores da partilha de perspetivas e opiniões, assim como da reflexão em torno do que é partilhado, aliada a tarefas estimulantes da

---

<sup>8</sup> Em roedores verifica-se que os ambientes complexos incrementam as capacidades de aprendizagem e reduzem a neurodegeneração e os marcadores neuropatológicos (por ex., disfunção vascular e atrofia cerebral) (Kempermann, Kuhn & Gage, 1998; Scarmeas & Stern, 2003).

linguagem, parece conduzir à preservação, ou até melhoria, desta função (Hall, Orrell, Stott & Spector, 2013). Neste sentido, os ganhos no domínio da linguagem, possivelmente derivados do ambiente de aprendizagem “ótimo”, podem ser responsáveis por progressos em áreas mais latas como o humor (por ex., menores níveis de ansiedade e depressão) e a qualidade de vida (por ex., bem-estar e sentimentos de pertença) dos participantes (Capotosto et al., 2017; Chapman et al., 2004; Rai, Yates & Orrell, 2018; Spector et al., 2003).

Uma evidência que vem atribuir relevo ao ambiente de partilha e troca de ideias, potenciador da comunicação e interação social, que é gerado na EC de grupo, provém do estudo de Orrell et al. (2017). Os autores constataram que, após a aplicação de um programa de EC em formato individual – o CSTi –, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre grupos ao nível da cognição (*Alzheimer’s Disease Assessment Scale – Cognitive Sub-scale (ADAS-Cog)*), qualidade de vida (*Quality of Life – Alzheimer’s Disease Scale (QoL-AD)*), AVDs (*Bristol Activities of Daily Living Scale*), depressão (*Geriatric Depression Scale*) e sintomas psicológicos e comportamentais (*Neuropsychiatric Inventory*)<sup>9</sup>. Estes resultados dão-nos alguma margem para especular que a EC em grupo, precisamente pelo seu grande enfoque na comunicação verbal e interação social, pode eventualmente estar na origem da eficácia do programa em medidas cognitivas e não cognitivas.

## **2.6. Medidas de *outcome* dos programas de estimulação cognitiva**

A mensuração do impacto dos programas de EC não se deve basear exclusivamente na utilização de medidas cognitivas. Woods et al. (2007) alertam para a tendência equívoca em assumir que uma intervenção só é eficaz quando existem ganhos cognitivos objetiváveis. Na sequência da aplicação de programas de EC, outros autores constataram que, mesmo na ausência de diferenças estatisticamente significativas no domínio cognitivo (por ex., orientação, evocação imediata, atenção e cálculo, evocação interferida, linguagem e memória remota), tais intervenções apresentaram sobretudo impacto em dimensões não cognitivas (Alves et al., 2014; Nunes et al., 2014). A partir dos testemunhos dos utentes, funcionários e técnicos de saúde das instituições, é

---

<sup>9</sup> O CSTi segue os princípios do CST de grupo e contempla 75 sessões cuja duração é de 25 semanas.

possível recolher informação relevante a respeito dos benefícios das intervenções em causa, em especial sobre a sua efetiva tradução no quotidiano. Não é incomum a equipa que presta apoio aos utentes referir que, desde a intervenção, nota melhorias no nível de participação nas atividades. Do mesmo modo, os utentes reportam mais satisfação, bem-estar e qualidade de vida (Nunes et al., 2014; Spector et al., 2011). Com efeito, tão ou mais importante que a obtenção de significância estatística nas dimensões cognitivas, é o benefício que as intervenções têm na perspetiva dos indivíduos intervencionados e dos seus cuidadores (por ex., envolvimento na tarefa, relacionamento interpessoal e entusiasmo pelas atividades que estão a decorrer), pelo que a inclusão de medidas polivalentes, suficientemente sensíveis para a identificação destas mudanças, é fundamental.

Em contraste com outros programas de EC, a quantificação da eficácia do CST é realizada com base em diferentes medidas de *outcome* cognitivas e não cognitivas, aplicadas ao doente e ao cuidador. Já no estudo piloto de Spector, Davies, Woods e Orrell (2001) a avaliação do impacto do CST foi realizada com recurso a uma bateria de avaliação abrangente e multidimensional. Os autores incorporaram instrumentos de avaliação da cognição (*Mini Mental State Examination* (MMSE) e *ADAS-Cog*), severidade da demência (*Clinical Dementia Rating*), comunicação (*Holden Communication Scale* (HCS)), humor (*Rating Anxiety in Dementia* (RAID) e *Cornell Scale for Depression in Dementia* (CSDD)), comportamento dos utentes (*Behaviour Rating Scale* da escala *Clifton Assessment Procedures for the Elderly*) e outras medidas adicionais de avaliação da saúde mental (*General Health Questionnaire*) e níveis de *stress* (*Relative's Stress Scale*) dos prestadores de cuidados. Posteriormente foram introduzidas medidas suplementares para a avaliação da qualidade de vida (por ex., *QoL-AD* versões do doente e do cuidador) e funcionalidade (por ex., *Alzheimer's Disease Co-operative Study-Activities of Daily Living Inventory* e *Instrumental Activities of Daily Living*), bem como se diversificou o tipo de medidas cognitivas (por ex., *Wechsler Memory Scale* e *Narrative Language Test*) e não cognitivas (por ex., *Geriatric Depression Scale* e *Neuropsychiatric Inventory*) (Aguirre et al., 2013; Binetti et al., 2012; Capotosto et al., 2017; Chapman et al., 2004; Hall, Orrell, Stott & Spector, 2013; Spector et al., 2003). O CST, dada a sua grande variedade de medidas de *outcome*,

possibilita a identificação de progressos em múltiplas instâncias, as quais servem de *input* para a constante adaptação e aprimoramento do conteúdo/estrutura do programa.

## **2.7. Problema em estudo**

O CST, enquanto ferramenta terapêutica psicossocial, está associado a resultados positivos na comunicação e na cognição. Adicionalmente, existem evidências do seu contributo, tanto na redução dos sintomas ansiosos e depressivos, quanto na maior autoperceção de qualidade de vida. Neste sentido, o presente estudo, inserido no âmbito de um projeto mais amplo dedicado à validação do programa CST para a população portuguesa, levado a cabo pela investigadora principal, Dr.<sup>a</sup> Gabriela Pereira, pretende avaliar o impacto deste programa na comunicação e cognição (medidas de *outcome* principais) e, secundariamente, na ansiedade, depressão e na qualidade de vida (medidas de *outcome* secundárias).

**Hipótese 1.** Após o programa CST, o GE apresenta melhorias significativas na comunicação, avaliada pela HCS.

**Hipótese 2.** Após o programa CST, o GE apresenta melhorias significativas no funcionamento cognitivo, avaliado pela ADAS-Cog.

Como hipóteses secundárias definimos:

**Hipótese 3.** Após o programa CST, o GE apresenta melhorias significativas na ansiedade, avaliada pela RAID.

**Hipótese 4.** Após o programa CST, o GE apresenta melhorias significativas na depressão, avaliada pela CSDD.

**Hipótese 5.** Após o programa CST, o GE apresenta melhorias significativas na qualidade de vida, avaliada pela QoL-AD (versão do doente).

### 3. Metodologia

#### 3.1. Tipologia do estudo

Realizou-se um estudo prospetivo de tipo experimental, duplamente cego, com aleatorização dos participantes pelo GE e GC. A recolha dos dados foi efetuada em dois momentos distintos – no pré e pós-teste. A realização deste estudo contou com a participação de vários investigadores incumbidos de desempenhar tarefas distintas como a avaliação/reavaliação dos participantes e a dinamização dos grupos de EC. Um investigador alheio ao processo de avaliação efetuou a distribuição aleatória dos participantes pelos GE e GC<sup>10</sup>. De notar que os investigadores que se dedicaram às avaliações/reavaliações dos participantes não levaram a cabo a intervenção e vice-versa.

#### 3.2. Amostra

A amostra foi obtida mediante um procedimento de amostragem não probabilística, isto é, recorremos a uma amostra por conveniência recolhida em estruturas residenciais para idosos (lares de idosos e afins).

Os critérios de inclusão e exclusão definidos para a participação neste estudo foram:

- **Critérios de inclusão:** (1) pontuação entre 10 e 24 no MMSE (Folstein, Folstein & McHugh, 1975); (2) capacidades de comunicação (expressão e compreensão) garantidas pela obtenção de uma pontuação de 0 ou 1 nas perguntas 12 e 13 da *Clifton Assessment Procedures of Elderly – Behaviour Rating Scale* (CAPE-BRS) (Pattie & Gilleard, 1979); e (3) capacidades visuais e auditivas suficientes para participar no grupo e usufruir do material disponível.
- **Critérios de exclusão:** (1) incapacidades físicas graves impeditivas da sua participação no programa; (2) diagnóstico de deficiência intelectual e/ou

---

<sup>10</sup> O investigador que efetuou a aleatorização dos participantes não interveio na dinamização do programa CST nem na reavaliação.

dificuldades de aprendizagem; e (3) comportamentos agressivos e disruptivos.

À semelhança de Spector et al. (2003), o subtipo de demência não foi um parâmetro considerado na constituição dos grupos. Apesar de os participantes cumprirem critérios de diagnóstico para demência segundo o DSM-V (2013), nem sempre apresentavam um diagnóstico formal de demência e, nos casos em que havia um diagnóstico, a demência era classificada como não especificada. Adicionalmente, os autores da versão original do programa CST não consideram que exista razões para crer que o subtipo de demência exerça influência sobre a forma como os participantes experienciam e beneficiam do programa.

Posto este esclarecimento inicial, 61 indivíduos cumpriram os critérios de inclusão para a participação no estudo. Os participantes foram distribuídos aleatoriamente pelos GE (N=31) e GC (N=30). No total constituíram-se 5 grupos de EC, cada grupo com 5 a 7 elementos, nas 4 instituições. No nosso estudo dinamizámos 2 grupos de EC, sendo que os restantes dados das avaliações pré e pós-teste foram facultados pelo investigador principal do projeto de validação. No âmbito mais geral do projeto tivemos ainda a oportunidade de avaliar 14 participantes sem diagnóstico de demência, integrados em contexto comunitário (centro de dia), que não foram considerados no presente trabalho, tendo no total contribuído com 28 avaliações (14 no pré-teste e 14 no pós-teste). É de referir, porém, que, dos 61 participantes inicialmente incluídos no estudo, 13 foram excluídos da análise – 2 por falecimento e 11 por recusarem realizar as reavaliações. Assim, a nossa amostra ficou reduzida a 48 participantes, 28 no GE e 20 no GC.

### **3.2.1. Caracterização demográfica da amostra**

As características demográficas dos participantes estão representadas na tabela 1. A amostra final é composta por 48 participantes, 45 do sexo feminino (93.8%) e 3 do sexo masculino (6.2%), com uma idade média de 83.40 anos (DP=7.28 e mínimo-máximo: 67-96). Quase todos os participantes têm habilitações literárias, com exceção de 3 (6.3%), sendo que 27 (56.3%) apresentam entre 1 a 4 anos de escolaridade, 12 (25%) entre 5 a 9 anos e 6 (16.7%) mais de 10 anos.

Tabela 1

*Características demográficas da amostra (N=48)*

Variáveis	GE (N=28)		GC (N=20)		Total (N=48)		
	N	%	N	%	N	%	
Sexo	Feminino	26	54.2%	19	39.6%	45	93.8%
	Masculino	2	4.2%	1	2.1%	3	6.2%
<b><math>\chi^2(1)=0.091; p=0.762</math></b>							
Escolaridade	Analfabetos	2	4.2%	1	2.1%	3	6.3%
	1 a 4 anos	12	25%	15	31.3%	27	56.3%
	5 a 9 anos	8	16.7%	4	8.3%	12	25%
	+ de 10 anos	6	12.5%	0	0%	6	12.5%
<b><math>\chi^2(1)=6.857; p=0.077</math></b>							
Idade	Min-Max: 67-94	Min-Max: 67-96		Min-Max: 67-96			
	Média: 82.71	Média: 84.35		Média: 83.40			
	DP: 6.87	DP: 7.91		DP: 7.28			
<b><math>t(46)=-0.764; p=0.449</math></b>							

\* $p \leq 0.05$ ; Nota:  $\chi^2$ =teste qui-quadrado; t=teste t Student para amostras independentes

O GE é constituído por 28 participantes, dos quais 26 são do sexo feminino (54.2%) e 2 do sexo masculino (4.2%), com uma idade média de 82.71 anos (DP=6.87 e mínimo-máximo=67-94). Relativamente ao nível de escolaridade, a par dos 2 participantes iletrados (4.2%), 12 apresentam entre 1 a 4 anos de escolaridade (25%), 8 entre 5 a 9 anos (16.7%) e 6 apresentam mais de 10 anos de escolaridade (12.5%). Por sua vez, ao GC pertencem 20 participantes, 19 do sexo feminino (39.6%) e 1 do sexo masculino (2.1%), com uma idade média de 84.35 anos (DP=7.91 e mínimo-máximo=67 e 96). No que concerne à escolaridade, 15 participantes apresentam entre 1 a 4 anos de escolaridade (31.3%) e 4 participantes entre 5 a 9 anos de escolaridade (8.3%), havendo apenas 1 deles que é iletrado (2.1%).

### **3.3. Instrumentos**

No âmbito do projeto de validação do programa CST para a população portuguesa, foi aplicada uma bateria de avaliação extensa por forma a avaliar o impacto do programa em diferentes domínios. No presente estudo cingimo-nos a cinco domínios principais (comunicação, cognição, ansiedade, depressão e qualidade de vida), sendo que os mesmos foram avaliados com recurso à HCS (Holden & Woods, 1995), à ADAS-Cog (Rosen, Mohs & Davis, 1984; versão portuguesa de Guerreiro, Fonseca, Barreto & Garcia, 2007), à RAID (Shankar, Walker, Frost & Orrell, 1999), à CSDD (Alexopoulos, Abrams, Young & Shamolan, 1988; tradução portuguesa de Vieira, Lopes & Vieira, 2007) e à QoL-AD (versão do doente) (Logsdon, Gibbons, McCurry & Terri, 2002; versão portuguesa de Bárrios et al., 2013).

#### **3.3.1. Holden Communication Scale**

A HCS (Holden & Woods, 1995) é uma escala de autorrelato que avalia a comunicação e o comportamento social no contexto da demência<sup>11</sup>. A versão inglesa da escala foi-nos cedida pela investigadora Benedicte Sørensen Strøm. Em seguida, efetuámos a tradução da escala para o português. Posteriormente a versão portuguesa final foi submetida a retroversão por especialistas na língua inglesa. Esta escala, preenchida pelo cuidador da pessoa com demência, é constituída por três domínios principais – (a) conversação, (b) consciência e conhecimento e (c) comunicação. Cada um destes domínios contempla quatro subdomínios com 5 opções de resposta, cuja pontuação varia entre 0 e 4 (por ex., o domínio conversação contempla o subdomínio “resposta” e a partir das diferentes alternativas de resposta é possível caracterizá-lo (0. Inicia as conversas, 1. Responde bem a pessoas familiares, 2. Não tem iniciativa para principiar as conversas, 3. Resposta confusa e 4. Raramente ou nunca conversa). No total, a escala apresenta 12 itens. Holden e Woods (1995) propõem três pontos de corte: defeito ligeiro ( $\leq 15$ ), defeito moderado (15-24) e defeito severo ( $\geq 25$ ). A pontuação da escala varia entre 0 e 48, sendo que, quanto maior for a pontuação, maior o declínio na comunicação. A análise das propriedades psicométricas da escala demonstrou uma elevada consistência interna (Alfa de cronbach=0.94) e fiabilidade

---

<sup>11</sup> Consultar em anexo 8.1.

teste-reteste ( $r=0.71$ ) (Strøm, Engedal, Benth & Grov, 2016). Adicionalmente, a HCS encontra-se fortemente correlacionada com medidas de dependência (por ex., CAPE-BRS,  $r=0.78$ ) e cognição (por ex., *CAPE-Cognitive Assessment Scale*,  $r=0.75$ ; MMSE,  $r=0.67$ ) (Merchant & Saxby, 1981; Strøm, Engedal, Benth & Grov, 2016).

### **3.3.2. Alzheimer's Disease Assessment Scale – Cognitive Sub-scale**

A ADAS-Cog (Rosen, Mohs & Davis, 1984; versão portuguesa de Guerreiro, Fonseca, Barreto & Garcia, 2008) consiste numa bateria de avaliação do funcionamento cognitivo de pacientes com demência. A subescala cognitiva é composta por 11 subtestes: evocação de palavras, nomeação de objetos e de dedos, compreensão de ordens, capacidade construtiva, praxia ideativa, orientação, reconhecimento de palavras, recordação das instruções da prova, linguagem oral, dificuldade em encontrar as palavras no discurso espontâneo e compreensão da linguagem oral (Nogueira, 2016). O desempenho dos indivíduos é analisado de acordo com os dados normativos disponíveis para o grupo etário e nível de escolaridade, sendo que a maiores pontuações correspondem níveis superiores de deterioração cognitiva (Guerreiro, Fonseca, Barreto & Garcia, 2008).

### **3.3.3. Rating Anxiety in Dementia**

A RAID (Shankar, Walker, Frost & Orrell, 1999) é uma escala de autorrelato que avalia a presença de ansiedade na pessoa com demência. Como esta escala não se encontra adaptada à população portuguesa, a sua adaptação foi realizada pela investigadora principal do projeto, após envio de um pedido de autorização aos autores da versão original da escala. A RAID compreende 18 itens que estão integrados em quatro domínios: (1) preocupação, (2) apreensão e vigilância, (3) tensão motora e (4) hipersensibilidade autonómica. Existem ainda dois itens adicionais de carácter qualitativo que permitem apurar a presença de fobias e de ataques de pânico, sendo para isso solicitada uma descrição de situações exemplificativas por parte do cuidador. As opções de resposta oscilam entre 0 e 3 (0-ausente, 1-ligeiro ou intermitente, 2-moderado e 3-severo), no entanto, se, por algum motivo, não for possível responder a um dos itens, dever-se-á preencher o campo da resposta com a letra "U", que

representa a incapacidade de avaliar um dado item. De notar que em caso de a semiologia derivar de uma doença ou incapacidade física, não é atribuída qualquer pontuação. O preenchimento desta escala deve ser realizado pelo cuidador da pessoa com demência com base na semiologia manifestada nas duas semanas prévias à aplicação do instrumento. A pontuação total da escala, variável entre 0 e 80 pontos, resulta da soma dos diferentes itens. Uma pontuação igual ou superior a 11 pontos sugere a presença de sintomatologia ansiosa considerada clinicamente significativa (Shankar, Walker, Frost & Orrell, 1999).

#### **3.3.4. *Cornell Scale for Depression in Dementia***

A CSDD (Alexopoulos, Abrams, Young & Shamolan, 1988; tradução portuguesa de Vieira, Lopes & Vieira, 2007) é uma escala de autorrelato, aplicada ao cuidador do doente, que avalia a presença de sintomatologia depressiva na demência. Esta escala é composta por 19 itens distribuídos por 5 domínios distintos, nomeadamente: (a) sinais relacionados com o humor, (b) perturbações comportamentais, (c) sinais físicos, (d) funções cíclicas e (e) perturbações do pensamento. Cada domínio é constituído por 4 itens, cada um deles com quatro opções de resposta – A-não aplicável, 0-ausente, 1-ligeiro ou intermitente e 2-grave. O examinador deve tornar claro que as respostas selecionadas têm de se basear nos sinais e sintomas expressos pelo paciente na semana anterior à aplicação da escala. De notar que não se atribui pontuação a um item caso os sintomas sejam produto de incapacidade física ou doença. A pontuação total é obtida a partir da soma das opções de resposta selecionadas para cada item, a qual varia entre 0 e 40 pontos. Pontuações elevadas são sugestivas de maior sintomatologia depressiva.

#### **3.3.5. *Quality of Life – Alzheimer’s Disease Scale***

A QoL-AD (Logsdon, Gibbons, McCurry & Terri, 2002; versão portuguesa de Bárrios et al., 2013) é um instrumento administrado sob a forma de uma entrevista semiestruturada com o propósito de avaliar a qualidade de vida da pessoa com demência. Esta escala é constituída por 13 itens, designadamente a saúde física, energia, humor/disposição, condições de vida, memória, família, casamento ou

relacionamentos próximos, amigos, sentimentos do próprio (como é que se sente no geral), capacidade para realizar as tarefas domésticas, capacidade de fazer coisas para se divertir, dinheiro e a vida como um todo. É solicitado ao participante que classifique cada um dos itens, representativos dos diferentes aspetos da sua vida, de acordo com uma das quatro opções de resposta – (1) fraco, (2) razoável, (3) bom e (4) excelente. A QoL-AD contempla duas versões, uma para a pessoa com demência e outra para o seu cuidador/familiar, que nos permite obter uma medida mais global e precisa da qualidade de vida do doente. Como tal, é possível obter duas pontuações distintas – a do paciente e do cuidador. A pontuação de cada versão é calculada através da soma das diferentes respostas a cada um dos itens (1-4), sendo a pontuação mínima 13 e a máxima 52 pontos. Pontuações superiores são sugestivas de uma maior qualidade de vida. Para este estudo utilizámos somente a pontuação total da QoL-AD (versão do doente).

### **3.4. Intervenção**

O CST consiste num programa de EC multidomínio aplicado no contexto de um grupo composto por 5 a 7 elementos, com um total de 14 sessões que têm 14 temáticas diferentes, que se desenrola bissemanalmente, durante 45 minutos, ao longo de 7 semanas (cf. tabela 2). Cada sessão compreende dois níveis de dificuldade – A e B – que podem ser adotados em função das características dos elementos do grupo. As sessões são organizadas num formato similar, com o intuito de atribuir consistência à experiência terapêutica e diminuir a ansiedade e *stress* dos participantes perante o inesperado. Deste modo, as sessões podem ser segmentadas em três momentos: (1) introdução (dar as boas vindas, indicar o nome do grupo, cantar a canção do grupo, momento de orientação para a realidade através de pistas implícitas patentes no quadro de orientação e discussão de uma notícia da atualidade); (2) atividade principal; e (3) conclusão (agradecer a participação, recapitular a sessão, adiantar o conteúdo da próxima sessão e despedir-se) (Spector, Orrell, Davies & Woods, 2001; Woods, Aguirre, Spector & Orrell, 2012).

Tabela 2

*Temas das atividades principais das sessões de EC*

Sessão	Atividade principal
1	Jogos físicos
2	Sons
3	Infância
4	Alimentos
5	Assuntos da atualidade
6	Rostos/locais
7	Associação de palavras
8	Criatividade
9	Categorização de objetos
10	Orientação
11	Uso de dinheiro
12	Jogos de números
13	Jogos de letras
14	Jogos em equipa

### **3.5. Procedimentos**

O projeto de dissertação foi submetido a aprovação pela Comissão de Ética e pelo Conselho Científico do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Seguidamente foram endereçados pedidos de autorização a quatro estruturas residenciais de idosos, localizadas em Lisboa, nomeadamente o lar Padre Carlos, o lar de São José, a Casa de Saúde da Idanha e o Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima. Como este estudo está inserido no âmbito de um projeto de doutoramento da Universidade Católica Portuguesa, cuja finalidade reside na adaptação e validação linguística e cultural do CST para a população portuguesa, a amostra foi recolhida em colaboração com a investigadora principal.

Antes de as avaliações principiarem os participantes receberam um consentimento informado, o qual todos assinaram, que, não só continha elementos informativos sobre o estudo, mas também garantia a natureza voluntária, anónima e confidencial da sua participação<sup>12</sup>. As sessões de avaliação tiveram lugar nas instalações das instituições que aceitaram participar no estudo e consistiram no preenchimento de uma ficha sociodemográfica e na administração dos instrumentos previamente descritos<sup>13</sup>. Como forma de garantir o carácter duplamente cego deste estudo, as avaliações e a dinamização dos grupos foram realizadas por diferentes investigadores integrados no projeto e devidamente treinados para o efeito. Após a primeira fase de avaliação, um investigador cego ao processo de avaliação distribuiu os participantes aleatoriamente pelo GE e GC, sendo que o primeiro grupo integrou o CST e o segundo, uma vez que não foi objeto de qualquer intervenção, realizou as atividades habituais da instituição. As sessões de EC ocorreram bissemanalmente em salas de atividades pertencentes às instituições supramencionadas, ao longo de 7 semanas, tendo cada sessão uma duração prevista de 45 a 60 minutos. Findado o CST, procedeu-se à reavaliação dos participantes e dos respetivos prestadores de cuidados, a qual foi, sempre que possível, efetuada pelo mesmo investigador que levou a cabo a avaliação pré-intervenção.

### **3.6. Análise dos dados**

A análise estatística foi realizada com recurso à versão 25.0 do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*. Como forma de caracterizar a amostra quanto aos resultados da avaliação (pré e pós-teste) recorreremos a estatística descritiva, mais precisamente a medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão). Já no que toca à caracterização das distribuições das variáveis dependentes utilizámos testes para avaliar os pressupostos da normalidade (teste de Shapiro-Wilk no caso de amostras com uma dimensão inferior a 50) e da homogeneidade das variâncias (teste de Levene). Nas análises seguintes, a seleção de estatística paramétrica e não paramétrica esteve dependente da confirmação ou

---

<sup>12</sup> Consentimento informado disponível no apêndice 9.1.

<sup>13</sup> Ficha sociodemográfica disponível no apêndice 9.2.

infirmiação dos pressupostos de validação previamente referenciados. Com o intuito de averiguar a uniformidade dos grupos relativamente às características demográficas e psicométricas (no pré-teste), recorreremos a testes qui-quadrado (variáveis sexo e escolaridade), t Student para amostras independentes (variáveis idade, comunicação e cognição) e de Mann-Whitney (variáveis ansiedade, depressão e qualidade de vida). A análise da variação de cada grupo do pré para o pós-teste foi feita através da realização de testes t Student para amostras emparelhadas e de Wilcoxon. Posteriormente, calculámos as variáveis-diferença, para cada domínio em estudo, a partir da diferença entre o pós-teste e o pré-teste ( $t_2-t_1$ ). Com recurso a testes t Student para amostras independentes e de Mann-Whitney apurámos se as diferenças entre grupos eram significativas. Considerámos a existência de diferenças estatisticamente significativas para um nível de significância de  $p \leq 0.05$ .

Definimos como variáveis independentes o sexo, idade, escolaridade e o grupo (GE e GC) e, como variáveis dependentes, a comunicação, cognição, ansiedade, depressão e qualidade de vida, nos pré e pós-teste, bem como as respetivas variáveis-diferença, calculadas para os cinco domínios atrás mencionados.

#### 4. Resultados

Começámos por verificar se os grupos eram semelhantes quanto às variáveis demográficas, ou seja, se não diferiam significativamente quanto ao sexo, à escolaridade e à idade. As análises estatísticas realizadas indicaram a ausência de diferenças significativas entre grupos nas variáveis sexo ( $\chi^2(1)=0.091$ ,  $p=0.762$ ), escolaridade ( $\chi^2(1)=6.857$ ;  $p=0.077$ ) e idade ( $t(46)=-0.764$ ;  $p=0.449$ ), pelo que pudemos assumir a sua uniformidade (cf. tabela 1).

Seguidamente, analisámos as pontuações médias dos dois grupos, no pré-teste, no sentido de averiguar se os grupos eram ou não uniformes quanto às variáveis psicométricas (cf. tabela 3).

Tabela 3

*Estatística descritiva dos resultados da avaliação pré-teste dos GE e GC*

Variável	Prova	GE N=28			GC N=20		
		M	Me	DP	M	Me	DP
Comunicação	HCS	11.82	12.00	6.92	15.15	12.50	9.99
		<b>(<math>t(46)=-1.366</math>; <math>p=0.179</math>)</b>					
Cognição	ADAS-Cog	22.39	21.00	8.13	27.40	26.50	10.52
		<b>(<math>t(46)=-1.860</math>; <math>p=0.069</math>)</b>					
Ansiedade	RAID	9.14	6.50	8.76	6.15	5.50	4.46
		<b>(<math>U=224.50</math>; <math>p=0.244</math>)</b>					
Depressão	CSDD	7.04	5.00	5.43	6.65	5.50	4.17
		<b>(<math>U=278.50</math>; <math>p=0.975</math>)</b>					
Qualidade de vida	QoL-AD	27.93	26.50	5.67	28.40	29.00	5.65
		<b>(<math>U=258.50</math>; <math>p=0.652</math>)</b>					

\* $p \leq 0.05$ ; Nota:  $t$ = teste t Student para amostras independentes;  $U$ = teste Mann-Whitney para amostras independentes

Concluimos que no pré-teste não se verificavam diferenças estatisticamente significativas nas variáveis psicométricas, pelo que, em consonância com o que constatámos em termos das características demográficas, ambos os grupos eram uniformes quanto à comunicação (HCS:  $t(46)=-1.366$ ;  $p=0.179$ ), cognição (ADAS-Cog:  $t(46)=-1.860$ ;  $p=0.069$ ), ansiedade (RAID:  $U=224.50$ ;  $p=0.244$ ), depressão (CSDD:  $U=278.50$ ;  $p=0.975$ ) e qualidade de vida (QoL-AD (versão do doente):  $U=278.50$ ;  $p=0.975$ ). Após confirmação da semelhança do GE e do GC, dos pontos de vista demográfico e psicométrico (pré-teste), procedemos à avaliação do impacto do programa CST nas medidas de *outcome* principais (comunicação e cognição) e secundárias (ansiedade, depressão e qualidade de vida).

#### 4.1. Impacto do programa *Cognitive Stimulation Therapy* na comunicação e na cognição

Tabela 4

*Comparação do desempenho do GE e GC na HCS e na ADAS-Cog, nos dois momentos de avaliação*

Variável (Provas)	Grupo	Pré-teste		Pós-teste		Variação	Diferença (t2-t1)		t/U
		M	DP	M	DP	t/Z	M	DP	
Comunicação (HCS)	GE	11.82	6.92	8.50	7.69	<b>-2.41<sup>z*</sup></b>	-3.32	6.84	237. 000 <sup>u</sup>
	GC	15.15	9.99	16.60	13.93	-0.50 <sup>z</sup>	1.45	12.76	
Cognição (ADAS -Cog)	GE	22.39	8.13	22.00	9.28	0.34 <sup>t'</sup>	-0.39	6.14	-1.79 <sup>t</sup>
	GC	27.40	10.52	30.25	13.93	-2.04 <sup>t'</sup>	2.85	6.26	

\* $p \leq 0.05$ ; Nota:  $t'$ = teste t Student para amostras emparelhadas; Z= teste Wilcoxon;  $t$ = teste T Student para amostras independentes;  $U$ = teste Mann-Whitney

Na tabela 3 apresentamos os resultados dos participantes de ambos os grupos nas escalas HCS e ADAS-Cog, nos dois momentos de avaliação. Relativamente à comunicação, observamos que a pontuação média do GE na HCS passa de 11.82 pontos para 8.50 pontos. Do pré para o pós-teste, o GE apresenta uma diminuição significativa de 3.32 pontos na HCS ( $Z=-2.407$ ;  $p=0.016$ ), o que reflete um incremento na comunicação após o programa CST. Em face deste progresso, analisámos a pontuação média do GE nos 12 itens da HCS, com a finalidade de identificar os itens que revelaram melhoria (cf. tabela 5).

Tabela 5

*Resultados do GE na escala HCS, nos dois momentos de avaliação*

Domínio	Item	Momento	M	Me	DP	Z
Conversa�o	1. Resposta	Pr�-teste	0.75	1.00	0.89	
		P�s-teste	0.54	0.00	0.92	-0.98
	2. Interesse no passado	Pr�-teste	1.21	1.00	0.96	-1.13
		P�s-teste	1.04	1.00	1.04	
	3. Prazer	Pr�-teste	0.79	1.00	0.74	
		P�s-teste	0.39	0.00	0.63	<b>-2.40*</b>
	4. Humor	Pr�-teste	0.89	1.00	0.74	
		P�s-teste	0.57	0.00	0.69	<b>-2.71*</b>
Consci�ncia e conhecimento	5. Nomes	Pr�-teste	1.21	1.00	0.79	-1.17
		P�s-teste	1.00	1.00	1.05	
	6. Orienta�o	Pr�-teste	1.68	1.50	1.06	<b>-2.11*</b>
		P�s-teste	1.32	1.00	1.25	
	7. Conhecimento geral	Pr�-teste	1.25	1.00	0.89	<b>-2.07*</b>
		P�s-teste	0.93	1.00	0.86	
	8. Capacidade de se envolver em jogos	Pr�-teste	1.75	2.00	1.18	<b>-3.18**</b>
		P�s-teste	0.93	1.00	0.94	
Comunica�o	9. Discurso	Pr�-teste	0.75	0.50	0.89	-1.10

	Pós-teste	0.54	0.00	0.74	
10. Tentativas de comunicar	Pré-teste	0.39	0.00	0.74	-0.32
	Pós-teste	0.32	0.00	0.55	
11. Interesse e resposta a objetos	Pré-teste	0.82	1.00	0.86	-1.56
	Pós-teste	0.57	0.00	0.74	
12. Sucesso na comunicação	Pré-teste	0.75	0.00	0.93	-1.79
	Pós-teste	0.43	0.00	0.69	

\* $p \leq 0.05$ ; \*\* $p \leq 0.01$ ; Nota: Z=teste Wilcoxon

No pós-teste o GE apresentou uma diminuição das pontuações médias em todos os itens da HCS (Resposta:  $M_{\text{Diferença}} = -0.21$ ; Interesse no passado:  $M_{\text{Diferença}} = -0.17$ ; Prazer:  $M_{\text{Diferença}} = -0.40$ ; Humor:  $M_{\text{Diferença}} = -0.32$ ; Nomes:  $M_{\text{Diferença}} = -0.21$ ; Orientação:  $M_{\text{Diferença}} = -0.36$ ; Conhecimento geral:  $M_{\text{Diferença}} = -0.32$ ; Capacidade de se envolver em jogos:  $M_{\text{Diferença}} = -0.82$ ; Discurso:  $M_{\text{Diferença}} = -0.21$ ; Tentativas de comunicar:  $M_{\text{Diferença}} = -0.07$ ; Interesse e resposta a objetos:  $M_{\text{Diferença}} = -0.25$ ; e Sucesso na comunicação:  $M_{\text{Diferença}} = -0.32$ ). Os itens da escala em que essa diminuição é estatisticamente significativa são o prazer ( $Z = -2.40$ ;  $p = 0.016$ ); o humor ( $Z = -2.71$ ;  $p = 0.07$ ); a orientação ( $Z = -2.11$ ;  $p = 0.035$ ); o conhecimento geral ( $Z = -2.07$ ;  $p = 0.039$ ); e a capacidade de se envolver em jogos ( $Z = -3.18$ ;  $p = 0.001$ ). Segundo estes resultados, o GE parece ter melhorado sobretudo nos domínios da conversação (humor e prazer) e da consciência e conhecimento da HCS (orientação, conhecimento geral e capacidade para se envolver em jogos).

No que diz respeito à comunicação, no GC verifica-se um incremento da pontuação média na HCS, do pré para o pós-teste (15.15 pontos para 16.60 pontos), que não é considerado significativo ( $Z = -0.503$ ;  $p = 0.615$ ). Não obstante, o GC aumentou 1.45 pontos na escala, o que sugere um ligeiro agravamento das capacidades de comunicação.

Todavia, as diferenças entre grupos ao nível da comunicação não foram significativas ( $U = 237.000$ ;  $p = 0.367$ ; poder de teste = 0.47), pelo que não confirmámos a hipótese 1.

Quanto à cognição, o GE no pré-teste apresentou uma pontuação média de 22.39 pontos na ADAS-Cog que, no pós-teste, diminuiu para 22 pontos, sendo esse decréscimo não significativo ( $t(27)=0.338$ ;  $p=0.738$ ). Ainda assim, a diminuição de 0.39 pontos na escala é indicativa de uma ligeira melhoria na função cognitiva que, como constatámos, não tem expressão estatística. No que concerne ao GC, verificou-se um incremento marginalmente significativo na pontuação média da ADAS-Cog ( $t(19)=-2.036$ ;  $p=0.056$ ), do pré para o pós-teste (27.40 pontos para 30.25 pontos), sugestivo de um declínio na função cognitiva. Contudo, as diferenças entre grupos na cognição não foram estatisticamente significativas ( $t(46)=-1.79$ ;  $p=0.080$ ; poder de teste=0.52), pelo que não foi possível confirmar a hipótese 2.

#### 4.3. Impacto do programa *Cognitive Stimulation Therapy* na ansiedade, na depressão e na qualidade de vida

Tabela 6

*Comparação do desempenho do GE e GC na RAID, na CSDD e na QoL-AD (versão do doente), nos dois momentos de avaliação*

Variável (Provas)	Grupo	Pré-teste		Pós-teste		Variação Z	Diferença (t2-t1)		t/U
		M	DP	M	DP		M	DP	
Ansiedade (RAID)	GE	9.14	8.76	5.25	3.56	<b>-2.75**</b>	-3.89	8.40	192.5
	GC	6.15	4.46	5.95	3.93	-0.12	-0.20	6.06	00 <sup>U</sup>
Depressão (CSDD)	GE	7.04	5.43	4.25	4.03	<b>-3.10*</b>	-2.79	4.06	207.0
	CG	6.65	4.17	6.55	6.68	-0.52	-0.10	7.32	00 <sup>U</sup>
Qualidade de vida (QoL-AD versão do doente)	GE	27.93	5.67	27.21	5.62	-0.85	-0.72	3.67	-0.21 <sup>t</sup>
	GC	28.40	5.65	28.05	5.25	-0.52	-0.35	7.26	

\* $p \leq 0.05$ , \*\* $p \leq 0.01$ ; Nota: Z=teste Wilcoxon para amostras emparelhadas; t= teste t Student para amostras independentes; U= teste Mann-Whitney para amostras independentes

A tabela 6 ilustra os resultados dos participantes de ambos os grupos na RAID, na CSDD e na QoL-AD (versão do doente), nos dois momentos de avaliação. No que toca à ansiedade e à depressão, as pontuações médias do GE no pré-teste variaram de 9.14 e 7.04 pontos nas escalas RAID e CSDD, respetivamente, para 5.25 e 4.25 pontos, sendo essa variação estatisticamente significativa (RAID:  $Z = -2.75$ ;  $p = 0.006$ ; e CSDD:  $Z = -3.10$ ;  $p = 0.002$ ). O GE apresentou, portanto, uma redução média de 3.89 pontos na RAID e de 2.79 pontos na CSDD, indicativa de uma melhoria da sintomatologia ansiosa e depressiva na sequência da intervenção. Relativamente à qualidade de vida, a pontuação média do GE na QoL-AD (versão do doente) não variou significativamente nos dois momentos ( $Z = -0.85$ ;  $p = 0.395$ ), porém verificou-se uma diminuição de 0.72 pontos na escala, que reflete um declínio, sem expressão estatística, na qualidade de vida autopercecionada.

Por seu turno, o GC, do pré para o pós-teste, não apresentou uma variação significativa na ansiedade, depressão e qualidade de vida (RAID:  $Z = -0.121$ ;  $p = 0.903$ ; CSDD:  $Z = -0.523$ ;  $p = 0.601$ ; e QoL-AD (versão do doente):  $Z = -0.521$ ;  $p = 0.602$ ). Ainda assim, no pós-teste, verificou-se um aumento de 0.20 e 0.10 pontos na pontuação total da RAID e CSDD, respetivamente, sugestivo de uma ligeira melhoria da sintomatologia ansiosa e depressiva, bem como uma redução de 0.35 pontos na pontuação total da QoL-AD (versão do doente), que indicia um declínio, inferior ao do GE, na qualidade de vida autopercecionada.

De qualquer forma, as diferenças entre grupos na ansiedade, depressão e qualidade de vida não se revelaram significativas (RAID<sub>Diferença</sub>:  $U = 192.500$ ;  $p = 0.066$ ; poder de teste=0.50; CSDD<sub>Diferença</sub>:  $U = 207.000$ ;  $p = 0.126$ ; poder de teste=0.45; e QoL-AD (versão do doente)<sub>Diferença</sub>:  $t(25.95) = -0.206$ ;  $p = 0.838$ ; poder de teste=0.07)), o que nos impediu de confirmar as hipóteses 3, 4 e 5.

## **5. Discussão**

A elevada incidência e prevalência de demência nas sociedades modernas motivou o desenvolvimento de intervenções psicossociais que almejam retardar o ritmo da deterioração cognitiva, comportamental e funcional, otimizar as capacidades prevalentes e assegurar oportunidades para a comunicação e interação social, com tradução na qualidade de vida dos doentes. O programa CST é, precisamente, uma dessas intervenções, cuja sustentação científica tem garantido a proliferação e implementação das suas práticas a nível internacional. Neste estudo visámos avaliar o impacto da versão portuguesa do CST, presentemente em processo de validação, na comunicação e cognição de idosos com demência em contexto institucional e, a título adicional, averiguar as suas repercussões na ansiedade, depressão e qualidade de vida.

Na sequência do tratamento estatístico dos dados, os resultados obtidos não nos permitiram confirmar nenhuma das cinco hipóteses de investigação formuladas, em grande medida por motivos que especificamos nas limitações, intimamente relacionados com a dimensão da amostra e, por inerência, com a menor potência dos testes estatísticos para detetar diferenças entre os grupos (cf. ponto 5.3). Na literatura científica, ainda que, globalmente, o impacto positivo deste programa de EC esteja bem estabelecido (mesmo que com uma tendencial modesta dimensão do efeito), existem alguns estudos que providenciam resultados contraditórios, especialmente ao nível dos domínios da cognição e do humor (ansiedade e depressão).

### **5.1. Impacto do programa *Cognitive Stimulation Therapy* na comunicação e na cognição**

Em relação à comunicação, constatámos que o GE melhorou significativamente do pré para o pós-teste, todavia, a comparação entre grupos revelou que estas diferenças não foram estatisticamente significativas, o que nos impossibilitou de confirmar a hipótese 1. De qualquer modo, a partir da análise da evolução de cada grupo do pré para o pós-teste verificámos que o GE apresentou uma melhoria de 3.32 pontos na pontuação global da HCS, que se traduziu em progressos nos itens prazer e humor, que configuram o domínio conversação, e nos itens orientação, conhecimento geral e

capacidade de se envolver em jogos, os quais integram o domínio consciência e conhecimento, ao contrário do GC que demonstrou um agravamento de 1.45 pontos na pontuação global da escala.

Em conformidade com Spector, Orrell e Woods (2010) e Spector, Gardner e Orrell (2011), o programa CST em formato de grupo promove momentos dedicados à discussão de temas de vária ordem e partilha de opiniões/experiências com tendência a se generalizar nos contextos de vida real, desembocando numa maior iniciativa para principiar conversações e participar em atividades. Aliás, este programa destaca-se das demais abordagens à EC pelo seu cariz não estigmatizante e grande enfoque na comunicação e interação social, reunindo consenso na literatura sobre o seu impacto benéfico nestes domínios (por ex., Baines, Saxby & Ehlert, 1987; Hall, Orrell, Stott & Spector, 2013; Spector et al., 2003). As revisões de Aguirre, Woods, Spector e Orrell (2013) e de Woods, Aguirre, Spector e Orrell (2012) mostram que a EC é responsável por melhorias significativas na comunicação e no comportamento social de pacientes com demência ligeira e moderada. Na mesma linha, Capotosto et al. (2017) constataram uma evolução significativa na capacidade narrativa que reforça a perspetiva defendida por Hall, Orrell, Stott e Spector (2013), de que a ênfase do programa na comunicação verbal tem um efeito protetor e promotor do repertório de competências de comunicação. Em contrapartida, noutros estudos a falta de resultados significativos na comunicação é prontamente relacionada com limitações de cariz metodológico (por ex., reduzida dimensão da amostra ou pouca fidedignidade da avaliação das capacidades de comunicação por parte dos cuidadores em contexto institucional, devido à frequente rotatividade (implicativa de menos oportunidades para observar e acompanhar os doentes, assim como de identificar progressos)) (Spector, Orrell, Davies & Woods, 2001; Spector, Woods & Orrell, 2008).

No que toca à função cognitiva geral, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas dentro de cada grupo, bem como entre grupos, pelo que não confirmámos a hipótese 2. Importa salientar, todavia, que, após o CST, o GE não revelou deterioração adicional na função cognitiva – diminuiu 0.39 pontos na pontuação global da ADAS-Cog, o que representa uma reduzida melhoria no seu

desempenho –, ao contrário do GC, que manifestou um incremento marginalmente significativo de 2.85 pontos na ADAS-Cog, sugestivo de agravamento no domínio cognitivo.

Na literatura, as melhorias na cognição, conseqüentes à administração de programas de EC, estão amplamente documentadas (por ex., Breuil et al., 1994; e Woods, Aguirre, Spector & Orrel., 2012), não obstante também se verificar o inverso (por ex., Alves et al., 2014; Cove et al., 2014; e Spector, Orrell, Davies & Woods, 2001). Os 15 RCTs incluídos na revisão de Aguirre, Woods, Spector e Orrell (2013) confirmam o contributo dos grupos de EC para as aquisições no plano cognitivo, medidas pelo MMSE e ADAS-Cog. Contudo, o cariz progressivo e irreversível das demências impõe necessariamente limites à magnitude das eventuais melhorias no domínio cognitivo, visto que a deterioração da cognição é uma inevitabilidade. Nesta ótica, um dos principais eixos de atuação dos programas de EC reside na manutenção das capacidades cognitivas por via da dinamização de atividades estimulantes e simultaneamente exequíveis, suscetíveis de fomentar oportunidades de potenciação dos recursos cognitivos remanescentes. Assim, tal como ilustrado em Wong et al. (2017), resultados sugestivos de uma ligeira melhoria das capacidades cognitivas (por ex., diminuição de 0.50 pontos na ADAS-Cog;  $t=0.62$ ;  $p=0.54$ ) ou sua estabilização, embora desprovidos de significância estatística, devem ser encarados positivamente. A ausência de diferenças entre grupos na cognição pode, em alternativa, ser explicada pela reduzida sensibilidade de instrumentos como o MMSE e ADAS-Cog para detetar mudanças em participantes com demência ligeira e, tendencialmente, com melhor estado cognitivo, devido a efeitos de teto (Cove et al., 2014), ou pelo facto de as melhorias na cognição, mensuradas pelos instrumentos previamente referenciados, serem mais prováveis em indivíduos mais velhos, especialmente naqueles com idades superiores a 82 anos (Aguirre et al., 2013).

## **5.2. Impacto do programa *Cognitive Stimulation Therapy* na ansiedade, na depressão e na qualidade de vida**

Em virtude da ausência de diferenças estatisticamente significativas entre grupos na ansiedade, depressão e qualidade de vida, não confirmámos as hipóteses 3, 4 e 5, logo

concluimos que a versão portuguesa do CST não teve um impacto significativo nos domínios de interesse atrás mencionados. Ainda assim, atendendo à evolução de cada grupo, verificamos que, quanto à ansiedade e depressão, no pós-teste, o GE manifestou uma diminuição significativa de 3.89 e 2.79 pontos, respetivamente, e o GC uma redução marginal nas pontuações médias das escalas em causa ( $M_{\text{DiferençaRAID}}=-0.20$  e  $M_{\text{DiferençaCSDD}}=-0.10$ ). Estes resultados indiciam que o CST parece ter contribuído para a diminuição dos níveis de ansiedade e depressão no GE, contudo, o GC, ao invés de declinar, apresentou uma diminuta melhoria nestes domínios. Refira-se que a melhoria demonstrada pelo GC pode estar relacionada com as atividades realizadas, por defeito, nas instituições, sobre as quais não tivemos um conhecimento detalhado ou qualquer espécie de controlo. Afinal, ambos os grupos estão expostos a um mesmo ambiente institucional, sendo que esse contexto multivariável pode explicar parte da dinâmica verificada em ambos os grupos, entre os dois momentos avaliativos, nas dimensões da ansiedade e da depressão. Quanto à qualidade de vida, no pós-teste ambos os grupos demonstraram um declínio na pontuação global da QoL-AD (versão do doente) ( $M_{\text{QoL-AD (versão do doente) GE}}=-0.75$ ;  $M_{\text{QoL-AD (versão do doente) GC}}=-0.35$ ), que é compatível com uma diminuição da qualidade de vida autopercecionada, sendo o declínio do GE superior.

Não podemos afirmar que haja consenso na literatura quanto ao impacto da EC no humor. Enquanto Spector, Orrell, Davies e Woods (2001) detetaram diferenças significativas entre grupos na depressão, nas revisões de Aguirre, Woods, Spector e Orrell (2013) e Woods, Aguirre, Spector & Orrel (2012), bem como na meta-análise de Kim et al. (2017), não se verificaram diferenças significativas nas medidas de humor de aplicação direta ao doente (por ex., *Neuropsychiatric Inventory* e *Geriatric Depression Scale short form*) e ao prestador de cuidados (por ex., CSDD e RAID). Como, no geral, a presença de perturbações de humor e, em particular, de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva severa, representa um critério de exclusão na maioria dos estudos, a relativa imutabilidade do humor pode advir desse facto, visto que, no caso de pacientes com sintomatologia ansiosa e depressiva ligeira, existe menor margem para progresso (Kim et al., 2017). Segundo a revisão *Cochrane* de Orgeta, Qazi, Spector e Orrell (2014), as intervenções psicológicas vocacionadas para a ansiedade e depressão

(por ex., terapias cognitivo-comportamentais e treinos de relaxamento), no quadro da demência, tendem a contribuir significativamente para a redução destes sintomas ao invés de abordagens como a EC, cujo espectro de ação é mais vasto e não especificamente circunscrito a este tipo de sintomatologia.

Em relação à qualidade de vida, a não observância da hipótese 5 e, concomitantemente, a redução da qualidade de vida autopercionada pelo GE após o programa CST, opõe-se ao que habitualmente está documentado na literatura (por ex., Spector et al., 2003; e Kim et al., 2017). Este resultado pode ser lido à luz dos achados de Woods et al. (2007), i.e., uma vez que os progressos cognitivos se afiguram mediadores das aquisições na qualidade de vida, a melhoria diminuta e não significativa na função cognitiva dos participantes do GE pode ter influído negativamente na sua autoperceção de qualidade de vida, pois os mesmos não experienciaram progressos notórios. Como referido por Lam et al. (2010), as intervenções que acarretam melhorias substanciais na cognição transportam mais-valias para o bem-estar e qualidade de vida das pessoas com demência.

Queremos ainda realçar que a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre grupos, observada neste estudo, não invalida a importância das modalidades de intervenção terapêutica baseadas na EC e direcionadas para a demência. Note-se que outras investigações, como as de Chapman et al. (2004) e de Cove et al. (2014), não conduziram a resultados significativos nos domínios avaliados, à semelhança da presente investigação. A par dos motivos de natureza metodológica, abundantemente sinalizados como um entrave à avaliação da eficácia das intervenções não farmacológicas, é de realçar a possibilidade de os participantes beneficiarem em domínios que não são alvo de mensuração (por ex., autoestima) ou de os ganhos decorrentes destes programas não surgirem no imediato, mas sim a longo-prazo (por ex., capacidade discursiva e funcional, como observado em Chapman et al., 2004), em resultado da transformação gradual das atitudes e dos hábitos dos participantes (Chapman et al., 2004; Cove et al., 2014).

### 5.3. Limitações

O presente estudo apresenta várias limitações, potencialmente responsáveis pelo facto de os nossos resultados não irem ao encontro do esperado. Consideramos que as principais limitações que poderão estar na origem dos resultados obtidos se prendem com a reduzida dimensão da amostra e, por inerência, com a baixa potência dos testes utilizados. No que respeita, em particular, à potência dos testes, a mesma esteve abaixo de 80% para todos os domínios estudados, o que conduz ao aumento da probabilidade de erro de tipo II<sup>14</sup> (Loureiro, & Gameiro, 2011; Marôco, 2014). Por conseguinte, do ponto de vista estatístico, torna-se difícil tirar conclusões sólidas sobre o efetivo impacto da versão portuguesa do CST. Como limitação suplementar, salientamos a não inclusão de instrumentos de avaliação de aplicação direta ao paciente, complementares da avaliação efetuada aos prestadores de cuidados, para os domínios da comunicação, ansiedade e depressão. Com efeito, e em relação a este último aspeto, Spector, Woods e Orrell, (2008) esclarecem que, no caso da avaliação da evolução dos doentes por intermédio dos prestadores de cuidados em contexto institucional, nos domínios da comunicação, ansiedade e depressão, as pontuações obtidas são tão informativas do doente, quanto dos seus cuidadores. Quer isto dizer que a perceção dos cuidadores pode nem sempre se afigurar a mais representativa da realidade, especialmente em virtude de o seu trabalho ser marcado pela condicionante da rotatividade. De facto, a rotatividade não só limita as oportunidades de observação do comportamento dos doentes e o seu acompanhamento individualizado, mas também diminui a probabilidade de a avaliação destes domínios ser feita, nos dois momentos, pelo mesmo cuidador, o que naturalmente poderá comprometer a objetividade da perceção de eventuais mudanças no comportamento dos doentes, designadamente por falta de termos comparativos uniformes e precisos entre momentos.

Por fim, os dois últimos motivos que podem ter contribuído para a ausência de diferenças entre os grupos estão relacionados com a comparência dos participantes do

---

<sup>14</sup> A probabilidade de erro tipo II remete para a não rejeição de H<sub>0</sub>, quando H<sub>0</sub> é falsa (i.e., H<sub>1</sub> é verdadeira) (Marôco, 2014).

GE às sessões de EC e com o *timing* das reavaliações. Por um lado, a comparência dos participantes do GE às sessões de EC foi alvo de flutuação, por razões de saúde ou saída da instituição, pelo que nem todos completaram as 14 sessões do programa. Por outro lado, nem sempre foi possível garantir que a reavaliação dos participantes começasse no *timing* inicialmente estipulado – uma semana após a conclusão do programa –, em face de condicionantes institucionais e/ou por indisponibilidade dos examinadores, pelo que neste hiato temporal alguns dos ganhos experienciados pelo GE podem se ter esbatido.

#### **5.4. Sugestões para estudos futuros**

No seguimento das limitações supramencionadas faremos algumas recomendações para estudos futuros. Em primeira instância, sugerimos a replicação do presente estudo com uma amostra de dimensão mais alargada, por forma a incrementar a potência dos testes utilizados, e no qual seja também tido em linha de conta o nível de severidade da demência, mensurado mediante a *Clinical Dementia Rating*. Julgamos necessário investir na avaliação da comunicação, por tratar-se de um domínio pouco explorado e especialmente relevante no âmbito dos programas de EC, recorrendo também à mensuração objetiva das capacidades de comunicação, através da aplicação de instrumentos que, como o CODEM<sub>amb</sub> (Knebel et al., 2016), compreendam itens sobre as dimensões verbal e não-verbal da comunicação. A par da ADAS-Cog, propomos que o MMSE, ao invés de atuar somente como critério de inclusão, seja aplicado nos dois momentos, de forma a disponibilizar um elemento adicional de avaliação da função cognitiva. Adicionalmente, poder-se-á futuramente averiguar a influência das variáveis sociodemográficas na resposta dos participantes à versão portuguesa do programa CST, para que possamos melhor compreender quais são as variáveis que estão associadas a uma resposta mais favorável a este programa.



## 6. Conclusões

As síndromes demenciais consubstanciam-se como causas importantes de morbilidade e mortalidade entre a população idosa, cujo impacto se faz sentir ao nível individual, familiar e social. Para além da afeção cognitiva e comportamental experienciada pelas pessoas com síndromes demenciais, o declínio das competências comunicativas pode exacerbar os défices pré-existentes e limitar as oportunidades de interação e participação social, conduzindo a um declínio da sua qualidade de vida. Neste quadro, a EC tem dado um importante contributo para a promoção e manutenção das capacidades cognitivas e comunicativas, por meio da criação de um ambiente de aprendizagem, marcado pela interação social, que incentiva os indivíduos com demência a participar em atividades polivalentes, concebidas para recrutar várias funções nervosas superiores, e em discussões de grupo, que apelam à mobilização do repertório de competências de comunicação.

No presente estudo não foi possível confirmar a eficácia da versão portuguesa do programa CST nas variáveis de interesse, devido, essencialmente, a limitações ao nível da dimensão da amostra e reduzido poder dos testes estatísticos. Porém, é de ressaltar que a verificação de pequenas melhorias ou a manutenção das capacidades em causa, ainda que desprovidas de significado estatístico, podem representar ganhos com significado clínico. Designadamente o facto de se terem observado de forma mais notória melhorias no GE no que concerne à dimensão da comunicação – mesmo que destituídas de significado estatístico na comparação com o GC –, sugere a maior eficácia do programa CST nesta dimensão em particular, aliás em conformidade com o que é reportado na maior parte da literatura. Do mesmo modo, as limitações identificadas ao nível da significância estatística dos dados recolhidos no processo de pesquisa não refutam a recomendação da integração de idosos com demência em contexto institucional ou comunitário em programas de EC multidomínio, com vista à manutenção da função cognitiva e das capacidades de comunicação, por sua vez potencialmente impactantes nas dimensões do humor e da qualidade de vida. Os resultados obtidos apontam, por fim, no sentido da necessidade da acumulação e produção adicional de pesquisa no âmbito da validação do programa CST para a

população portuguesa, tanto no domínio da verificação e mensuração da sua eficácia, quanto, eventualmente, da afinação e calibragem sociocultural da versão portuguesa do programa.

## 7. Referências

- Aguirre, E., Hoare, Z., Streater, A., Spector, A., Woods, B., Hoe, J., & Orrell, M. (2013). Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia—who benefits most?. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 28*(3), 284-290. doi: <https://doi.org/10.1002/gps.3823>
- Aguirre, E., Spector, A., & Orrell, M. (2014). Guidelines for adapting cognitive stimulation therapy to other cultures. *Clinical Interventions in Aging, 9*, 1003–1007. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S61849>
- Albuquerque, E., Esteves, P. S., & Cerejeira, J. (2016). Doença de Alzheimer. In Firmino, H., Simões, M. R., & Cerejeira, J. (Coord.). *Saúde mental das pessoas mais velhas*, (pp.309-320). Lisboa: LIDEL.
- Alexopoulos, G. S., Meyers, B. S., Young, R. C., Abrams, R. C., & Shamolan, C. A. (1988). Brain changes in geriatric depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 3*(3), 157-161. doi: <https://doi.org/10.1002/gps.930030303>
- Alves, J., Alves-Costa, F., Magalhães, R., Gonçalves, Ó. F., & Sampaio, A. (2014). Cognitive stimulation for Portuguese older adults with cognitive impairment: a randomized controlled trial of efficacy, comparative duration, feasibility, and experiential relevance. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 29*(6), 503-512. doi: <https://doi.org/10.1177/1533317514522541>
- Alsawy, S., Mansell, W., McEvoy, P., & Tai, S. (2017). What is good communication for people living with dementia? A mixed-methods systematic review. *International Psychogeriatrics, 29*(11), 1785-1800. doi: <https://doi.org/10.1017/S1041610217001429>
- Alzheimer Europe (2013). The prevalence of dementia in Europe. Consultado a 8 de Outubro em <https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2013-The-prevalence-of-dementia-in-Europe>

- Alzheimer's Association. (2017). 2017 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 13(4), 325-373. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2017.02.001>
- Alzheimer's Association. (2018). 2018 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 14(3), 367-429. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.02.001>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). doi: 10.1176.books.9780890425596.744053
- Apostolova, L. G. (2016). Alzheimer disease. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 22(2), 419-434. doi: 10.1212/CON.0000000000000307
- Associação Alzheimer Portugal (s.d.). Café memória. Consultado a 2 de Setembro em <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-10-97-274-cafe-memoria>
- Bäckman, L., Lindenberger, U., Li, S. C., & Nyberg, L. (2010). Linking cognitive aging to alterations in dopamine neurotransmitter functioning: recent data and future avenues. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34(5), 670-677. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.12.008>
- Bahar-Fuchs, A., Clare, L., & Woods, B. (2013). Cognitive training and cognitive rehabilitation formild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003260.pub2>.
- Baines, S., Saxby, P., & Ehlert, K. (1987). Reality orientation and reminiscence therapy: a controlled cross-over study of elderly confused people. *The British Journal of Psychiatry*, 151(2), 222-231. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.151.2.222>
- Bárrios, H., Verdelho, A., Narciso, S., Gonçalves-Pereira, M., Logsdon, R., & De Mendonça, A. (2013). Quality of life in patients with cognitive impairment: validation of the Quality of Life–Alzheimer's Disease scale in Portugal.

*International Psychogeriatrics*, 25(07), 1085-1096. doi:  
<https://doi.org/10.1017/S1041610213000379>

Batsch, N. L., & Mittelman, M. S. (2012). *World Alzheimer Report 2012. Overcoming the stigma of dementia*. London: Alzheimer's Disease International.

Bayles, K. A. (2003). Effects of working memory deficits on the communicative functioning of Alzheimer's dementia patients. *Journal of Communication Disorders*, 36(3), 209-219. doi: [https://doi.org/10.1016/S0021-9924\(03\)00020-0](https://doi.org/10.1016/S0021-9924(03)00020-0)

Blair, M., Marczinski, C. A., Davis-Faroque, N., & Kertesz, A. (2007). A longitudinal study of language decline in Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13(2), 237-245. doi: <https://doi.org/10.1017/S1355617707070269>

Branco, M., Ruano, L., & Cruz, V. T. (2017). *Manual de apoio ao diagnóstico de demências*. Lisboa: Edições Parsifal.

Breuil, V., De Rotrou, J., Forette, F., Tortrat, D., Ganansia-Ganem, A., Frambourt, A., ... & Boller, F. (1994). Cognitive stimulation of patients with dementia: preliminary results. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(3), 211-217. doi: <https://doi.org/10.1002/gps.930090306>

Cabeza, R., Nyberg, L., & Park, D. (Eds.). (2005). *Cognitive neuroscience of aging: Linking cognitive and cerebral aging*. New York: Oxford University Press.

Capotosto, E., Belacchi, C., Gardini, S., Faggian, S., Piras, F., Mantoan, V., ... & Borella, E. (2017). Cognitive stimulation therapy in the Italian context: its efficacy in cognitive and non-cognitive measures in older adults with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(3), 331-340. doi: <https://doi.org/10.1002/gps.4521>

Carvalho, I. A. M., & Mansur, L. L. (2008). Validation of ASHA FACS–Functional Assessment of Communication Skills for Alzheimer Disease Population.

*Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 22(4), 375-381. doi: 10.1097/WAD.0b013e31818809b2

Chapman, S. B., Weiner, M. F., Rackley, A., Hynan, L. S., & Zientz, J. (2004). Effects of cognitive-communication stimulation for Alzheimer's disease patients treated with donepezil. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47(5), 1149-1163. doi: 10.1044/1092-4388(2004/085)

Clare, L., & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14(4), 385-401. <https://doi.org/10.1080/09602010443000074>

Clark, C. R., Paul, R. H., Williams, L. M., Arns, M., Fallahpour, K., Handmer, C., & Gordon, E. (2006). Standardized assessment of cognitive functioning during development and aging using an automated touchscreen battery. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 21(5), 449-467. doi: <https://doi.org/10.1016/j.acn.2006.06.005>

Cotelli, M., Manenti, R., & Zanetti, Z. (2012). Maturitas Reminiscence therapy in dementia : A review. *Maturitas*, 72(3), 203–205. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.04.008>

Cove, J., Jacobi, N., Donovan, H., Orrell, M., Stott, J., & Spector, A. (2014). Effectiveness of weekly cognitive stimulation therapy for people with dementia and the additional impact of enhancing cognitive stimulation therapy with a carer training program. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 2143–2150. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S66232>

De Vries, K. (2013). Communicating with older people with dementia. *Nursing Older People*, 25(4), 30-37. doi: 10.7748/nop2013.05.25.4.30.e429

Dixon, R. A., Rust, T. B., Feltmate, S. E., & See, S. K. (2007). Memory and aging: Selected research directions and application issues. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 48(2), 67. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/cp2007008>

- Dyer, S. M., Harrison, S. L., Laver, K., Whitehead, C., & Crotty, M. (2018). An overview of systematic reviews of pharmacological and non-pharmacological interventions for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*, 30(3), 295-309. doi: <https://doi.org/10.1017/S1041610217002344>
- Ehret, M. J., & Chamberlin, K. W. (2015). Current practices in the treatment of alzheimer disease: where is the evidence after the phase iii trials?. *Clinical Therapeutics*, 37(8), 1604-1616. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2015.05.510>
- Ellis, M. P., & Astell, A. J. (2004). The urge to communicate in severe dementia. *Brain and Language*, 1(91), 51-52. doi: 10.1016/j.bandl.2004.06.028
- Ennis, L., Mansell, W., Tai, S., & McEvoy, P. (2017). A systematic scoping review and synthesis of dementia and communication theory. *Dementia*, 1-21. doi: <https://doi.org/10.1177/1471301217744069>
- Esteves, P. S., Albuquerque, E., & Correia, J. (2016). Demência. In Firmino, H., Simões, M. R., & Cerejeira, J. (Coord.). *Saúde mental das pessoas mais velhas*. Lisboa: LIDEL.
- Finger, E.C. (2016). Frontotemporal Dementias. *Continuum*, 22 (2), 464-489. doi: 10.1212/CON.0000000000000300
- Fjell, A. M., & Walhovd, K. B. (2010). Structural brain changes in aging: courses, causes and cognitive consequences. *Reviews in the Neurosciences*, 21(3), 187-222. doi: <https://doi.org/10.1515/REVNEURO.2010.21.3.187>
- Folstein, M. F., Folstein, S. 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(3), 189-198.
- Fromm, D., & Holland, A. L. (1989). Functional communication in Alzheimer's disease. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54(4), 535-540. doi:10.1044/jshd.5404.535

- Garcia, C., & Coelho, M. H. (2009). *Neurologia clínica: princípios fundamentais*. Lisboa: LIDEL.
- Gomperts, S. N. (2016). Lewy Body Dementias: Dementia with Lewy Bodies and Parkinson Disease Dementia. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 22(2), 435-461. doi: 10.1212/CON.0000000000000309
- Gomperts, S.N.(2016).Lewy Body Dementias: Dementia with Lewy Bodies and Parkinson Disease Dementia. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 22(2), 435-461.
- Gonçalves-Pereira, M., Cardoso, A., Verdelho, A., da Silva, J. A., de Almeida, M. C., Fernandes, A., ... & Xavier, M. (2016). Implementação em Portugal de um estudo de prevalência da demência e da depressão geriátrica: a metodologia do 10/66 Dementia Research Group. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(2), 134-143. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.03.002>
- Grady, C. (2012). The cognitive neuroscience of ageing. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(7), 491. doi: <https://doi.org/10.1038/nrn3256>
- Grady, C. L. (2008). Cognitive neuroscience of aging. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124(1), 127-144. doi: <https://doi.org/10.1196/annals.1440.009>
- Guerreiro, M. (2016). Avaliação Neuropsicológica das demências degenerativas. In *A Doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*, (pp.83-109). Lisboa: LIDEL.
- Guerreiro, M., Fonseca, S., Barreto, J., & Garcia, C. (2007). Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer. In Mendonça, A., & Guerreiro, M. (Coord.). *Escalas e Testes na demência*, (pp.38-53). Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência.
- Hall, L., Orrell, M., Stott, J., & Spector, A. (2013). Cognitive stimulation therapy (CST): neuropsychological mechanisms of change. *International Psychogeriatrics*, 25(3), 479-489. doi: <https://doi.org/10.1017/S1041610212001822>

- Harada, C. N., Love, M. C. N., & Triebel, K. L. (2013). Normal cognitive aging. *Clinics in Geriatric Medicine*, 29(4), 737-752. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2013.07.002>
- Hillis, A. E. (2010). Naming and language production. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 16(4), 29-44. doi: 10.1212/01.CON.0000368258.30791.de
- Holden, U., & Woods, R. T. (1995). *Positive approaches to dementia care* (3<sup>rd</sup> Ed.). New York: Churchill Livingstone.
- Instituto Nacional de Estatística (2017). Projeções da população residente em Portugal. Consultado a 3 de Abril em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine\\_main&xpid=INE&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt)
- Kantarci, K., Weigand, S. D., Przybelski, S. A., Shiung, M. M., Whitwell, J. L., Negash, S., ... & Jack, C. R. (2009). Risk of dementia in MCI Combined effect of cerebrovascular disease, volumetric MRI, and 1H MRS. *Neurology*, 72(17), 1519-1525. doi: <http://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181a2e864>
- Kempermann, G., Kuhn, H. G., & Gage, F. H. (1998). Experience-induced neurogenesis in the senescent dentate gyrus. *Journal of Neuroscience*, 18(9), 3206-3212. doi: <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.18-09-03206.1998>
- Kim, K., Han, J. W., So, Y., Seo, J., Kim, Y. J., Park, J. H., ... & Kim, K. W. (2017). Cognitive stimulation as a therapeutic modality for dementia: A Meta-analysis. *Psychiatry Investigation*, 14(5), 626-639. doi: <https://doi.org/10.4306/pi.2017.14.5.626>
- Knebel, M., Haberstroh, J., Kümmel, A., Pantel, J., & Schröder, J. (2016). CODEMamb— an observational communication behavior assessment tool for use in ambulatory dementia care. *Aging & mental health*, 20(12), 1286-1296. doi: <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1075959>

- Lachman, M. E. (2015). Mind the gap in the middle: A call to study midlife. *Research in Human Development*, 12(3-4), 327-334. doi: <https://doi.org/10.1080/15427609.2015.1068048>
- Lagarto, L., Rafaela, D., & Cerejeira, J. (2014). Demências e perturbações neurocognitivas. In Saraiva, C. B., & Cerejeira, J. (Coord.). *Psiquiatria fundamental*, (pp. 385-406). Lisboa: LIDEL.
- Lam, L. C., Lee, J. S., Chung, J. C., Lau, A., Woo, J., & Kwok, T. C. (2010). A randomized controlled trial to examine the effectiveness of case management model for community dwelling older persons with mild dementia in Hong Kong. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(4), 395-402. <https://doi.org/10.1002/gps.2352>
- Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., & Teri, L. (2002). Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 510-519.
- Loureiro, L. M. D. J., & Gameiro, M. G. H. (2011). Interpretação crítica dos resultados estatísticos: para lá da significância estatística. *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 151-162.
- Manning, L. (2014). *A neuropsicologia clínica*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (6ª Ed). Lisboa: ReportNumber, Lda.
- Martínez-Moreno, M., Cerulla, N., Chico, G., Quintana, M., & Garolera, M. (2016). Comparison of neuropsychological and functional outcomes in Alzheimer ' s disease patients with good or bad response to a cognitive stimulation treatment : a retrospective analysis. *International Psychogeriatrics*, 11(28), 1821–1833. <https://doi.org/10.1017/S104161021600123X>
- Matthews, B. R. (2015). Memory dysfunction. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 21(3), 613-626.

- Mendonça, A., & Verdelho, A. (2014). Declínio cognitivo e demência. In Ferro & Pimentel, J. (Coord.). *Neurologia fundamental: princípios, diagnóstico e tratamento* (2ª Ed.), (pp. 207-222). Lisboa: LIDEL.
- Merchant, M., & Saxby, P. (1981). Reality orientation-a way forward. *Nursing Times*, 77(33), 1442-1445.
- Mkenda, S., Mbowe, G., & Gray, W. (2016). Cognitive stimulation therapy as a low-resource intervention for dementia in sub-Saharan Africa (CST-SSA): Adaptation for rural Tanzania and Nigeria. *Dementia*, 0(0), 1–16. <https://doi.org/10.1177/1471301216649272>
- Middelstadt, J., Folkerts, A., Blawath, S., & Kalbe, E. (2016). Cognitive Stimulation for People with Dementia in Long-Term Care Facilities : Baseline Cognitive Level Predicts Cognitive Gains, Moderated by Depression. *Journal of Alzheimer's Disease*, 54, 253–268. <https://doi.org/10.3233/JAD-160181>
- Miozzo, M., Fischer-Baum, S., & Caccappolo-van Vliet, E. (2013). Perseverations in Alzheimer's disease: memory slips?. *Cortex*, 49(8), 2028-2039. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2012.10.016>.
- Mitchell, A. J., & Shiri-Feshki, M. (2009). Rate of progression of mild cognitive impairment to dementia—meta-analysis of 41 robust inception cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(4), 252-265. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01326.x>
- National Institute for Health and clinical excellence (2006). *Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care*. National Colaborating Center for Mental Health, United Kingdon.
- Nunes, M. V. (2009). Envelhecimento cognitivo: principais mecanismos explicativos e suas limitações. *Cadernos de Saúde da Universidade Católica Portuguesa*, 2(2), 19-31.

- Nunes, M. V. S., Pinho, A. A., Campos, H. M., Abreu, P., Gonçalves, I. P., & Caldas, A. C. Cognitive output of a neuropsychological stimulation program in an elderly day care center with low educated participants. doi:
- Onder, G., Zanetti, O., Giacobini, E., Frisoni, G. B., Bartorelli, L., Carbone, G., ... & Bernabei, R. (2005). Reality orientation therapy combined with cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *187*(5), 450-455. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.187.5.450>
- Onyike, C. U. (2016). Psychiatric aspects of dementia. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, *22*(2), 600-614. doi: 10.1212/CON.0000000000000302
- Orgeta, V., Qazi, A., Spector, A. E., & Orrell, M. (2014). Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), 1-59. doi: 10.1002/14651858.CD009125.pub2.
- Orrell, M., & Woods, B. (1996). Editorial Comment. Tacrine and psychological therapies in dementia—no contest?. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *11*(3), 189-192.
- Orrell, M., & Woods, B. (1996). Editorial Comment. Tacrine and psychological therapies in dementia—no contest?. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *11*(3), 189-192. doi: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199603\)11:3<189::AID-GPS312>3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199603)11:3<189::AID-GPS312>3.0.CO;2-K)
- Orrell, M., Aguirre, E., Spector, A., Hoare, Z., Woods, R. T., Streater, A., ... & Russell, I. (2014). Maintenance cognitive stimulation therapy for dementia: single-blind, multicentre, pragmatic randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *204*(6), 454-461. doi: 10.1192/bjp.bp.113.137414
- Orrell, M., Spector, A., Thorgrimsen, L., & Woods, B. (2005). A pilot study examining the effectiveness of maintenance Cognitive Stimulation Therapy (MCST) for

- people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(5), 446-451. doi: <https://doi.org/10.1002/gps.1304>
- Orrell, M., Yates, L., Leung, P., Kang, S., Hoare, Z., Whitaker, C., ... & Pearson, S. (2017). The impact of individual Cognitive Stimulation Therapy (iCST) on cognition, quality of life, caregiver health, and family relationships in dementia: A randomised controlled trial. *PLoS Medicine*, 14(3), 1-22. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002269>
- Park, D. C., & Reuter-Lorenz, P. (2009). The adaptive brain: aging and neurocognitive scaffolding. *Annual Review of Psychology*, 60, 173-196. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093656>
- Park, D., & Gutches, A. (2006). The cognitive neuroscience of aging and culture. *Current Directions in Psychological Science*, 15(3), 105-108. doi: <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2006.00416.x>
- Petersen, R. C. (2016). Mild cognitive impairment. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 22(2), 404-418. doi: 10.1212/CON.0000000000000313
- Potkins, D., Myint, P., Bannister, C., Tadros, G., Chithramohan, R., Swann, A., ... & Margallo-Lana, M. (2003). Language impairment in dementia: impact on symptoms and care needs in residential homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(11), 1002-1006. doi: <https://doi.org/10.1002/gps.1002>
- Prince, M., Bryce, R., & Ferri, C. (2011). *World Alzheimer Report 2011: The benefits of early diagnosis and intervention*. London: Alzheimer's Disease International.
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia*, 9(1), 63-75. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.11.007>
- Rai, H., Yates, L., & Orrell, M. (2018). Cognitive Stimulation Therapy for Dementia. *Clinics in Geriatric Medicine*, 1-13. doi: 10.1016/j.cger.2018.06.010

- Reuter-Lorenz, P. A., & Park, D. C. (2014). How does it STAC up? Revisiting the scaffolding theory of aging and cognition. *Neuropsychology Review*, 24(3), 355-370. doi: 10.1007/s11065-014-9270-9
- Ribeiro, F. (2014). *Sintomatologia depressiva e perfil mnésico em pacientes com Defeito Cognitivo Ligeiro*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Ribeiro, F. C., & Guerreiro, M. G. (2002). Envelhecimento e declínio cognitivo ligeiro. *Psicologia*, 16(1), 59-78.
- Roberts, R., & Knopman, D. S. (2013). Classification and epidemiology of MCI. *Clinics in Geriatric Medicine*, 29(4), 753-772. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2013.07.003>
- Roberts, R., & Knopman, D. S. (2013). Classification and epidemiology of MCI. *Clinics in Geriatric Medicine*, 29(4), 753-772. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2013.07.003>
- Rosen, W. G., Mohs, R. C., & Davis, K. L. (1984). A new rating scale for Alzheimer's disease. *The American Journal of Psychiatry*. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.141.11.1356>
- Rousseaux, M., Sève, A., Vallet, M., Pasquier, F., & Mackowiak-Cordoliani, M. A. (2010). An analysis of communication in conversation in patients with dementia. *Neuropsychologia*, 48(13), 3884-3890. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2010.09.026>
- Sabat, S. R. (2001). *The Experience of Alzheimer's Disease: Life Through a Tangled Veil*. Oxford and Malden, Massachusetts: Blackwell.
- Salthouse, T. A. (2010). Selective review of cognitive aging. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16(5), 754-760. doi: <https://doi.org/10.1017/S1355617710000706>

- Savundranayagam, M. Y., & Moore-Nielsen, K. (2015). Language-based communication strategies that support person-centered communication with persons with dementia. *International Psychogeriatrics*, 27(10), 1707-1718. doi: <https://doi.org/10.1017/S1041610215000903>
- Savundranayagam, M. Y., Hummert, M. L., & Montgomery, R. J. (2005). Investigating the effects of communication problems on caregiver burden. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(1), S48-S55. doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/60.1.S48>
- Scarmeas, N., & Stern, Y. (2003). Cognitive reserve and lifestyle. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25(5), 625-633. doi: <https://doi.org/10.1076/jcen.25.5.625.14576>
- Shankar, K. K., Walker, M., Frost, D., & Orrell, M. W. (1999). The development of a valid and reliable scale for rating anxiety in dementia (RAID). *Aging & Mental Health*, 3(1), 39-49. doi: <https://doi.org/10.1080/13607869956424>
- Slavin, M. J., Brodaty, H., & Sachdev, P. S. (2013). Challenges of diagnosing dementia in the oldest old population. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 68(9), 1103-1111. doi: <https://doi.org/10.1093/gerona/glt051>
- Snyder, L. (2006). Personhood and interpersonal communication in dementia. In Hughes, J. C., Louw, S. J. & Sabat, S. J. (Eds). *Dementia mind, meaning and the person*, (pp. 259-276). New York: Oxford University Press.
- Sousa, I., Alvarez, C., Amante, M. J., Araújo, L. (2018, setembro). O impacto do Café Memória na Vida dos Cuidadores de Pessoas com Demência. Comunicação apresentada na IV edição da Ordem dos Psicólogos Portugueses, Braga.
- Spector, A., Davies, S., Woods, B., Orrell, M (2001). Reality orientation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials. *The Gerontologist*, 40(2), 206-212. doi: <https://doi.org/10.1080/09602010143000068>

- Spector, A., Gardner, C., & Orrell, M. (2011). Cognitive Stimulation Therapy groups on people with dementia: Views from participants , their carers and group facilitators. *Aging & Mental Health, 15*(8), 37–41. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.586622>
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, R.T., Orrell, M. (2006). *Making a Difference: An Evidence-Based Group Programme to Offer Cognitive Stimulation Therapy (CST) to People With Dementia*. London: Hawker Publications.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B. O. 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. *The British Journal of Psychiatry, 183*(3), 248-254. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.183.3.248>
- Spector, A., Woods, B., & Orrell, M. (2008). Cognitive stimulation for the treatment of Alzheimer's disease. *Expert Review of Neurotherapeutics, 8*(5), 751-757. doi: <https://doi.org/10.1586/14737175.8.5.751>
- Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society, 8*(3), 448-460. doi: <https://doi.org/10.1017/S1355617702813248>
- Stern, Y. (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *The Lancet Neurology, 11*(11), 1006-1012. doi: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(12\)70191-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(12)70191-6)
- Stern, Y. (2009). Cognitive reserve. *Neuropsychologia, 47*(10), 2015-2028. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2009.03.004>
- Verma, M., & Howard, R. J. (2012). Semantic memory and language dysfunction in early Alzheimer's disease: a review. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 27*(12), 1209-1217. doi: <https://doi.org/10.1002/gps.3766>
- Vieira, C. R. (2014). Demências. In Figueira, M. L., Sampaio, D., & Afonso, P. (Coord). *Manual de psiquiatria clínica*, (pp. 211-233). Lisboa: LIDEL.

- Vieira, C. R., Lopes, R. P., & Vieira, O. M. (2007). Escala Cornell para a Depressão na Demência. In Mendonça, A., & Guerreiro, M. (Coord.). *Escalas e Testes na demência* (2ªEd.), (pp.70-71). Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência.
- Williams, K., Kemper, S., & Hummert, M. L. (2003). Improving nursing home communication: An intervention to reduce elderspeak. *The Gerontologist*, *43*(2), 242-247. doi: <https://doi.org/10.1093/geront/43.2.242>
- Wilson, R. S., Beckett, L. A., Barnes, L. L., Schneider, J. A., Bach, J., Evans, D. A., & Bennett, D. A. (2002). Individual differences in rates of change in cognitive abilities of older persons. *Psychology and Aging*, *17*(2), 179.
- Wong, G. H., Yek, O. P., Zhang, A. Y., Lum, T. Y., & Spector, A. (2018). Cultural adaptation of cognitive stimulation therapy (CST) for Chinese people with dementia: multicentre pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *33*(6), 841-848. doi: <https://doi.org/10.1002/gps.4663>
- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. E., & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database System Review*, *2*(2). doi: [10.1002/14651858.CD005562.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005562.pub2)
- Woods, B., Thorgrimsen, L., Spector, A., Royan, L., & Orrell, M. (2007). Improved quality of life and cognitive stimulation therapy in dementia. *Aging and Mental Health*, *10*(3), 219-226. doi: <https://doi.org/10.1080/13607860500431652>
- Woodward, M. (2013). Aspects of communication in Alzheimer's disease: clinical features and treatment options. *International psychogeriatrics*, *25*(6), 877-885. doi: <https://doi.org/10.1017/S1041610213000318>
- Zec, R. F., Markwell, S. J., Burkett, N. R., & Larsen, D. L. (2005). A longitudinal study of confrontation naming in the "normal" elderly. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *11*(6), 716-726.



## 8. Anexos

### 8.1. Holden Communication Scale

Holden		Pontuação
<b>Conversa</b>		
1. Resposta	0. Inicia as conversas com qualquer pessoa de forma muito empenhada	
	1. Responde bem a pessoas familiares	
	2. Resposta pronta àqueles que estão mais próximo; não tem iniciativa de iniciar uma conversa	
	3. Resposta muito confusa; fraca compreensão	
	4. Raramente ou nunca conversa	
2. Interesse no passado	0. Testemunho completo e detalhado de eventos passados	
	1. Faz boas descrições dos eventos passados	
	2. Faz descrições curtas ou um pouco confusas	
	3. Manifesta confusão e desinteresse	
	4. Não responde	
3. Prazer	0. Mostra genuína satisfação nas situações e quando é bem sucedido	
	1. Sorri e mostra interesse	
	2. Tem respostas variáveis; sorriso ténue e/ou vago	
	3. Raramente sorri	
	4. Não responde ou só chora	
4. Humor	0. Cria situações de convívio e conta histórias divertidas por iniciativa própria	
	1. Aprecia situações ou históricas cómicas/divertidas	

	2. Precisa de uma explicação e de ser encorajado para responder	
	3. Sorriso vago; limita-se a imitar os outros	
	4. Não responde ou tem uma atitude negativa	
<b>Consciência e conhecimento</b>		
5. Nomes	0. Conhece a maioria dos nomes das pessoas	
	1. Conhece alguns nomes	
	2. Precisa de ser constantemente recordado/a dos nomes	
	3. Sabe apenas o seu próprio nome	
	4. Esquece até o próprio nome	
6. Orientação	0. Sabe o dia da semana e o mês, reconhece a estação do ano e sabe onde se encontra	
	1. Pode esquecer 1 ou 2 destes itens	
	2. Geralmente acerta em 2 mas só depois de se esforçar	
	3. Respostas vagas; pode acertar apenas em 1 dos itens	
	4. Muito confuso	
7. Conhecimento geral	0. Bom conhecimento dos eventos atuais; geralmente capaz	
	1. Só em eventos ditos memoráveis; conhecimento geral mediano	
	2. Sem conhecimento geral; informação pobre	
	3. Confuso em relação à maioria das coisas; fica ansioso/a e transtornado/a	
	4. Confuso em relação a tudo; não responde	

8. Capacidade de se envolver em jogos, etc.	0. Envolve-se facilmente em jogos e atividades	
	1. Necessita de instruções detalhadas mas participa	
	2. Apenas participa em atividades simples	
	3. Fica ansioso/a e transtornado/a	
	4. Não pode participar ou não participa por iniciativa própria	
<b>Comunicação</b>		
9. Discurso	0. Não manifesta dificuldades	
	1. Alguma hesitação ou palavras 'estranhas'	
	2. Poucas palavras; produz maioritariamente frases automáticas	
	3. Palavras inapropriadas; palavras estranhas; abanar com a cabeça	
	4. Verbalização mínima ou ausente	
10. Tentativas de comunicar	0. Comunica com facilidade	
	1. Esforça-se muito por falar com clareza	
	2. Tenta desenhar; gesticula necessidades, etc.	
	3. Riso eufórico, choro, agressividade	
	4. Ausência de tentativas	
11. Interesse e resposta a objetos	0. Responde com interesse e faz comentários	
	1. Mostra interesse apesar das dificuldades	
	2. Mostra algum interesse, mas mantém-se relativamente distante	
	3. Chora, rejeita objetos, mostra agressividade	
	4. Não responde; sem compreensão	
12. Sucesso na	0. Compreende claramente	

comunicação	1. Usa gestos e o seu discurso é eficaz	
	2. A compreensão está limitada a algumas pessoas	
	3. Fica frustrado/a e zangado/a	
	4. Não faz qualquer tentativa	
<b>Pontuação total</b>		
<b>Assinatura</b>		
<b>Data</b>		

## 9. Apêndices

### 9.1. Consentimento informado

Código: \_\_\_\_\_



**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

LISBOA · PORTO · VISEU

#### Consentimento Informado

**Caro participante,**

A presente investigação intitulada *Impacto de um programa de estimulação cognitiva na comunicação e cognição de idosos com demência institucionalizados* inscreve-se no âmbito da dissertação de mestrado em Neuropsicologia da Universidade Católica Portuguesa.

Esta investigação tem como finalidade avaliar a eficácia de um programa de estimulação que irá decorrer ao longo de 7 semanas em vários domínios, mais especificamente na comunicação, cognição, humor (ansiedade e depressão) e qualidade de vida. Todas as semanas ocorrerão duas sessões de estimulação cognitiva compostas por diferentes atividades, sendo a sua duração estimada de 45 a 60 minutos. A sua participação nesta investigação será determinante para a validação deste programa para a população portuguesa.

Esta investigação não tem carácter diagnóstico. Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais e serão utilizados somente para fins académicos e/ou científicos. Durante o período de envolvimento nas sessões de estimulação cognitiva, o participante tem o direito de tirar dúvidas e/ou pedir quaisquer esclarecimentos ao investigador. Saliente-se ainda que a sua participação é inteiramente **voluntária**, **anónima** e **confidencial**, podendo retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que de tal facto advenham consequências para si.

**Agradecemos desde logo a atenção e cooperação dispensadas.**

**E-mail de contacto da investigadora:** joana.fcamara@gmail.com

**E-mail de contacto da docente orientadora da dissertação:**

mariavanciasilvanunes@gmail.com

### **Autorização**

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como os esclarecimentos da investigadora. Aceito participar nesta investigação e autorizo a utilização dos dados que forneço de modo voluntário, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me foram dadas pela investigadora.

**Assinatura do Participante**

---

## 9.2. Ficha sociodemográfica

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Ficha sociodemográfica

Nome: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (idade: \_\_\_\_\_)

Naturalidade: \_\_\_\_\_

#### Sexo

- Masculino
- Feminino

#### Estado civil

- Solteiro/a
- Casado/a
- Divorciado/a
- Viúvo/a

#### Escolaridade

- Sem habilitações literárias
- Até 4 anos (inclusive)
- Entre 5 e 9 anos (inclusive)
- Mais de 10 anos

Profissão: \_\_\_\_\_

---

#### Residência:

- Domicílio próprio
- Casa de familiares
- Lar
- Outro

#### Antecedentes pessoas

-Patologia psiquiátrica e/ou neurológica

---

-Outras condições médias (DM, HTA, etc.)

---

**-Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**-Medicação:** \_\_\_\_\_

-Utiliza óculos ou aparelho auditivo?

---