

2 CONCEÇÃO DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO A MEMÓRIA PARA IDOSOS COM DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO

| Lia Sousa¹; Carlos Sequeira² |

RESUMO

O Défice Cognitivo Ligeiro (DCL) é a fase de transição entre as alterações cognitivas próprias do envelhecimento e o estágio inicial de uma demência. Os idosos com DCL têm maior probabilidade de desenvolver quadros demências em curtos espaços de tempo, pelo que é importante intervir precocemente, nomeadamente através de programas de intervenção na cognição. Estes programas visam capacitar os indivíduos e as suas famílias/cuidadores para conviverem com as alterações cognitivas, dotando-os de informação e estratégias capazes de melhorar o seu quotidiano.

O objetivo é sistematizar o conteúdo mínimo que deve integrar um programa de intervenção na memória para idosos com DCL amnésico.

O método utilizado foi a técnica de Delphi, recorrendo-se a um painel de 29 peritos na área para validar o conteúdo de um programa de intervenção na memória em grupo.

O programa final validado pelos peritos tem duração de 8 semanas, sendo realizada 1 sessão de grupo com os idosos por semana e 2 sessões de grupo com os familiares, na segunda e sextas semanas. O programa compreende ainda 3 momentos de avaliação, um inicial, um final e um follow-up 3 meses após o final do programa.

O programa consiste num conjunto de atividades, organizadas e estruturadas em sessões, que visam o treino da memória. O programa proposto tem diversas vantagens para a prática clínica, nomeadamente pode ser aplicado em diferentes contextos; reúne estratégias e intervenções de vários programas e de diferentes autores; pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde com formação na área.

É um programa simples e de fácil aplicação, independentemente dos meios disponíveis. Por ser pouco rígido pode ser adaptado ao contexto e aos participantes, podendo servir como um instrumento padrão que oriente os profissionais que atuam nesta área.

PALAVRAS-CHAVE: défice cognitivo ligeiro; programa cognitivo; memória; idosos.

ABSTRACT

Mild cognitive impairment is the transition between the cognitive changes of aging and early stage of dementia. Older people with mild cognitive impairment are more likely to develop dementia frames in short time, so it is important to intervene early, namely with cognitive stimulation programs. These programs aim to empower individuals and their families/caregivers to live with cognitive impairment, providing them with information and strategies to improve their daily lives.

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

The method used was Delphi technique, involving the use of a panel of 29 experts in the field to validate the contents of an intervention program memory.

The final program validated by experts consists of 8 weeks, a group session held with elderly per week for 8 weeks and 2 group sessions with family members in the second and sixth weeks. The program also consists of three stages of evaluation, an initial and a final follow-up 3 months after the end of the program.

The program consists of a set of activities, organized and structured in sessions, aimed at training the memory.

The proposed program has several advantages for clinical practice, such can be applied in different contexts; gathers strategies and interventions of various programs and different authors, can be applied by any health care professional with training in the area.

It's a simple and easy to apply, irrespective of the means available. Because little drive can be adapted to the context and participants, which may serve as a standard instrument that guides professionals working in this area.

KEYWORDS: mild cognitive impairment; cognitive program; memory; elderly.

1 Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Serviço de Neurologia Adultos do Centro Hospitalar de São João, EPE, liasousa_27@hotmail.com

2 Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto, Doutor em Ciências de Enfermagem, carlossequeira@esenf.pt

Submetido em: 30-09-2012 – Aceite em 30-11-2012

Citação: Sousa, L., & Sequeira, C. (2012). Conceção de um programa de intervenção na memória para idosos com défice cognitivo ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (8), 7-15

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo complexo, dinâmico e gradual, comum a todos os seres humanos. Neste processo ocorrem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que levam a uma maior vulnerabilidade e um aumento dos processos patológicos, culminando na morte (Netto, cit. por Freitas et al., 2002). Entre as mudanças esperadas para esta etapa da vida e as alterações de cariz patológico existe uma linha muito ténue.

O DCL é um período de transição entre o envelhecimento normal e o diagnóstico provável de uma demência em estágio inicial (Petersen, 2004). Esta transição pode apresentar períodos de sobreposição, devido à dificuldade associada a este diagnóstico, uma vez que as mudanças/queixas cognitivas podem ser muito subtis.

Os critérios de diagnóstico sobre esta entidade clínica foram instituídos por Petersen (2004) e consistem em: 1) queixa de défice de memória por parte do indivíduo, sendo esta corroborada por um informante; 2) défice objetivo de memória para a idade do indivíduo (mediante avaliação neuro psicológica); 3) preservação das restantes funções cognitivas; 4) preservação da autonomia nas atividades de vida diária; e, 5) não ter critérios diagnósticos de demência. O “típico” indivíduo com DCL é aquele que refere défice de memória, mas mantém a normalidade das restantes funções cognitivas. Contudo, devido à heterogeneidade deste conceito, atualmente, aceitam-se alguns subtipos de DCL, sendo de acordo com Ghetu, Bordelon e Langan (2010): DCL amnésico - a principal manifestação é o défice objetivo de memória, para a idade e nível de escolaridade, mantendo-se a pessoa sem outras queixas cognitivas ou funcionais e sem critérios para ser considerado demente; DCL multidomínios - aplica-se a indivíduos com défices em vários domínios cognitivos e funcionais com défice de memória (DCL multidomínios amnésico) ou sem défice de memória (DCL multidomínios não amnésico) e DCL monodomínio não amnésico - o indivíduo apresenta um único défice no seu desempenho cognitivo ou funcional que não é a memória.

A probabilidade de desenvolvimento de demência está aumentada nos indivíduos com DCL. Aproximadamente 12% das pessoas com mais de 70 anos têm DCL, sendo que apresentam 3 a 4 vezes maior probabilidade de desenvolver Demência de Alzheimer. Segundo alguns estudos longitudinais, entre 10 a 15% dos indivíduos com DCL desenvolvem demência no período de um ano (Petersen et al., cit. por Simon e Ribeiro, 2011), enquanto pessoas saudáveis evoluem entre 1 a 2% ao ano. A maioria dos indivíduos com DCL desenvolve demência em 3 a 6 anos (Troyer et al., 2008).

Estes números revelam a importância de uma intervenção precoce e preventiva. Ainda não existe um tratamento eficaz para o DCL, mas os seus efeitos podem ser minimizados. A abordagem a este problema deve ser “combinada”, contemplando uma vertente farmacológica e uma abordagem cognitiva, através da intervenção na cognição.

A intervenção na cognição consiste num processo de cooperação entre o indivíduo com défice cognitivo e os profissionais de saúde, familiares e membros da comunidade mais ampla, tendo por objetivo compensar ou atenuar os défices cognitivos resultantes do dano neurológico (Wilson, cit. por Pais, 2008). Consiste num conjunto de estratégias e de técnicas cognitivas, que visam inicialmente a restauração clínica de funções e, depois, a compensação de funções, com o objetivo de minimizar os distúrbios de atenção, de linguagem, de processamento visual, memória, raciocínio e resolução de problemas, além dos de funções executivas (Capovilla, cit. por Pais, 2008).

Existem várias abordagens de intervenção na cognição. Segundo Pais (2008) podemos distinguir entre estimulação da cognição (consiste numa abordagem cognitiva mais abrangente), reabilitação da cognição (é uma intervenção que se centra em estratégias de orientação temporal e espacial) e treino da cognição (diz respeito à prática de tarefas/funções específicas). Estas abordagens podem ser desenvolvidas de forma individual ou em grupo.

Para que a eficácia das diferentes técnicas de intervenção na cognição seja maximizada importa que sejam organizadas e realizadas de forma sequencial e periódica, com objetivos específicos delineados, daí a importância dos programas de intervenção na cognição para idosos.

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

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

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

A) Os programas de estimulação cognitiva envolvem estimulação cognitiva geral e abordagens de orientação para a realidade, englobando uma série de atividades e discussões em grupo que visam obter uma melhoria geral do funcionamento cognitivo e social dos indivíduos (Claire & Woods, 2004). Estes programas não se focalizam em funções específicas, mas visam estimular a cognição como um todo.

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

C) Os programas de treino cognitivo envolvem geralmente a prática guiada num conjunto de tarefas específicas, que visam intervir em funções cognitivas concretas, como a memória, a atenção, a linguagem ou a função executiva. Este tipo de programa baseia-se no pressuposto de que a prática regular de determinadas funções cognitivas pode ajudar a melhorar ou manter essa função, para além do contexto da formação imediata (Claire, & Woods, 2004). Dentro deste tipo de programas podemos incluir os programas de treino de memória, cujo objetivo é treinar a memória de forma a melhorar o desempenho diário dos indivíduos, sendo essencial a realização de exercícios diários e o treino de estratégias de compensação de memória.

O programa apresentado focaliza-se no treino de memória, contudo, independentemente da estratégia de intervenção na cognição a utilizar existem alguns critérios essenciais para o seu sucesso, que se relacionam entre si. Esses critérios são: o envolvimento da família/cuidadores em todo o processo; a adaptação do ambiente do idoso às suas novas necessidades, sendo para tal essencial o apoio da família/cuidadores; o treino de estratégias de compensação e a possibilidade de realização de exercícios de estimulação diários, numa perspetiva de estimulação 24 horas, o que mais uma vez requer o envolvimento da família/cuidadores.

A importância dos programas de intervenção na cognição revela-se nos seus benefícios, sendo eles amplamente divulgados em vários artigos científicos. Como exemplo temos a melhoria da orientação do doente; melhoria das funções executivas, da linguagem e da

memória; melhoria da performance do doente nas atividades de vida diárias; manutenção da autonomia por mais tempo; diminuição da sobrecarga dos cuidadores e/ou família; facilitação da interação social e melhoria da qualidade de vida do idoso/família (Sequeira, 2007).

A sistematização e implementação de programas de intervenção na cognição, nomeadamente na memória, são uma necessidade da sociedade atual, cada vez mais envelhecida. Atualmente em Portugal, 19% da população é idosa (INE, 2011), o que favorece um aumento da incidência e prevalência das demências, sendo necessário intervir preventivamente nos idosos com DCL.

Para conhecer melhor a temática, antes da conceção do programa proposto realizou-se uma revisão da bibliografia para saber quais os estudos que existem na área e quais os principais resultados encontrados, de forma a compreender o que se tem feito e qual o estado atual do conhecimento. Para o efeito utilizou-se o método PICO (Sackett et al., cit. por Santos, Pimenta e Nobre, 2007) para construir a pergunta de partida: “Qual a efetividade dos programas de intervenção cognitiva em idosos com DCL?”. Para responder a esta questão recorreu-se à revisão bibliográfica, em bases de dados creditadas, selecionando-se 6 artigos, dos 243 encontrados. A seleção teve por base os seguintes critérios: 1º) a adequação ao tema da pesquisa, devendo ser referentes a programas de intervenção na cognição aplicados a idosos com DCL; 2º) datas de publicação compreendida entre os anos de 2005 e 2012; 3º) o acesso ao texto integral ser gratuito; 4º) estarem escritos em Inglês, Espanhol ou Português. Os programas de estimulação cognitiva apresentados nos 6 artigos selecionados apresentam alguns aspetos comuns entre si, nomeadamente, o número de participantes/amostra, que varia entre 1 e 84 indivíduos, sendo a média de participantes de 35. A grande maioria das abordagens é em grupo. A duração e número de sessões do programa variam de três semanas e um ano e o número de sessões varia de diárias e semanais. Quanto ao tipo de intervenção, a maioria dos estudos revistos utilizam treino cognitivo e estimulação cognitiva, dando especial atenção ao treino de estratégias adaptativas, ao treino de memória e ao fornecimento de informações. Metade dos estudos incluiu a família/cuidadores no programa. Os resultados destes programas apontam para os benefícios da sua implementação, contudo é necessário realizar mais estudos e aprofundar estes dados. Os principais dados resultantes da revisão bibliográfica podem ser observados no quadro 1.

Autor/Ano	Simon e Ribeiro, 2011	Kurz,Ramsenthaler, Pohl e Sorg, 2009	Troyer et al., 2008	Talassi et al., 2007	Jean et al., 2010	Greenaway et al., 2008
Metodologia - Participantes	Revisão sistemática (15 estudos)	Estudo Experimental Controlado - 40 participantes(18+12)	Estudo Experimental Controlado - 48 participantes (24+24)	Estudo Experimental Controlado - 66 participantes (54+12)	Estudo Experimental Controlado - 22 participantes (11+11)	Estudo Piloto (24 participantes + parceiros de programa)
Duração e nº de sessões	$\chi = 11,5$ semanas (4 a 12 sessões)	4 semanas (22h/semana)	6 meses (10 sessões)	3 semanas (12 sessões)	10 semanas (9 sessões)	6 semanas (12 sessões)
Exemplos de intervenções	Reabilitação cognitiva (2); Treino cognitivo (12); Psicoterapia (1)	Treino cognitivo; grupo de informação para cuidadores.	Treino de estratégias de compensação de memória.	Treino cognitivo computadorizado.	Associação nome/face.	Treino de uma estratégia de compensação de memória.
Inclusão da família/cuidadores	Em 5 dos 15 estudos.	Sim (grupo de apoio 1h/semana)	Não	Não	Não	Sim (em todas as sessões)
Informar sobre DCL	Em 4 dos 15 estudos	Sim	Sim	Não	Sim	Não
Follow-up	Em 7 dos 15 estudos (1 a 6 meses)	Não	3 meses	Não	4 semanas	8 semanas
Resultados <i>Major</i>	Melhores resultados cognitivos e funcionais; aumento da aceitação do DCL.	Melhoria das AVD'S humor e habilidades cognitivas.	Maior conhecimento e maior uso de estratégias de compensação de memória	Melhoria cognitiva; diminuição da ansiedade e depressão.	Aumento do uso de estratégias de compensação de memória no quotidiano.	Aumento do uso da estratégia de compensação de memória no quotidiano.

Quadro 1 - Resumo dos dados da revisão da bibliografia

Na revisão bibliográfica realizada não foram encontrados dados sobre a seriação deste tipo de programas em Portugal, nem sobre o impacto da ação dos Enfermeiros de Saúde Mental e Psiquiatria neste âmbito. Este estudo tem como principal objetivo sistematizar o conteúdo de um programa de intervenção na memória para idosos com DCL amnésico, de modo a que possa ser testada e avaliada a sua efetividade em contexto clínico.

Quadro 2 - Etapas realizadas ao longo do estudo

Etapas	Descrição
1ª Revisão bibliográfica	Utilizou-se o método PICO (Sackett et al., cit. por Santos, Pimenta e Nobre, 2007) para construir a pergunta de partida: "Qual a efetividade dos programas de intervenção cognitiva em idosos com DCL?". Para responder a esta questão recorreu-se à revisão bibliográfica, em bases de dados creditadas, selecionando-se 6 artigos.
2ª Formulação do programa	Constituição do programa de intervenção na memória para idosos com DCL amnésico, através da seleção das estratégias que constam em, pelo menos, 50% dos artigos analisados na revisão da bibliografia.
3ª Critérios de seleção dos peritos que integram o grupo	Os critérios estabelecidos para os participantes no grupo de peritos foram: 1) Experiência profissional, de pelo menos 2 anos, com idosos com défice cognitivo; 2) Formação na área da enfermagem de saúde mental e psiquiatria, neurologia, psiquiatria ou psicologia.
4ª Identificação dos peritos e obtenção dos contactos	Através de: • Contacto via telefone e via correio eletrónico com instituições de saúde e associações não-governamentais que prestam cuidados a idosos com défices cognitivos e demência, solicitando os nomes dos profissionais que atuam nesta área; • Contacto com profissionais de saúde com trabalho conhecido na área e solicitação de nomes de outros peritos - Técnica de amostragem por redes ("bola de neve"). • Contactos obtidos através da internet e via artigos científicos publicados. Identificou-se um grupo de 69 peritos, composto por 44 enfermeiros de saúde mental e psiquiatria; 10 neurologistas; 10 psicólogos e 5 psiquiatras, entre 19 Março e 13 Maio de 2012.
5ª Envio da 1ª ronda	A proposta de programa de intervenção na memória foi convertida num questionário eletrónico, através do aplicativo Google Docs e foi enviado entre 31 Março e 13 Maio de 2012, aos 69 peritos identificados, solicitando-se as respostas até dia 31 Maio de 2012. O questionário era composto por três partes, a primeira abordava a caracterização sociodemográfica dos peritos; na segunda colocavam-se duas perguntas abertas e, finalmente, na terceira parte apresentava-se cada um dos itens que compõem o programa e pediu-se aos peritos que assinassem a sua concordância através de uma escala tipo Likert. Como a adesão dos peritos foi baixa enviou-se uma mensagem de correio eletrónico personalizada, a cada um deles, a apelar à participação e enviou-se novamente o questionário. No final do prazo, obtiveram-se 29 respostas, de 23 enfermeiros de saúde mental e psiquiatria; 2 neurologistas; 3 psicólogos e 1 psiquiatra.
6ª Análise estatística das respostas ao questionário	Através dos operativos Microsoft Excel 2010 e Google Docs calculou-se: • Distribuição de frequências (frequência absoluta e relativa das respostas a cada item). • Medidas de tendência central (média). As respostas foram selecionadas através dos critérios de concordância estabelecidos, seriam rejeitados os itens que não obtivessem "concordância positiva": • Concordância positiva = % respostas "concordo" + % respostas "concordo totalmente". • Concordância positiva $\geq 70\%$. Os níveis de consenso estabelecidos foram: • Consenso perfeito - 100% de respostas no "concordo totalmente". • Consenso forte - $90\% \leq$ Concordância positiva $\leq 100\%$. • Consenso moderado - $70\% \leq$ Concordância positiva $< 90\%$.
Como se alcançou concordância positiva em todos os itens, não se avançou para a segunda volta.	

METODOLOGIA

O método selecionado para realizar este estudo foi a Técnica de Delphi. Esta técnica consiste num processo estruturado de recolha e síntese de conhecimentos sobre determinado assunto, através de um grupo pré-definido de peritos no tema, por meio da aplicação de uma série de questionários e de um feedback organizado das opiniões.

Para a elaboração deste trabalho segundo esta técnica percorreram-se as etapas que constam no quadro 2.

O que se propõe é um programa de treino cognitivo, nomeadamente de treino de memória, com uma abordagem teórica e prática, multifatorial (indivíduo/família/interação social), cujo principal objetivo é estimular a memória de idosos com DCL amnésico e capacitar o utente e a sua família/cuidadores com conhecimentos e estratégias que permitam treinar a memória no quotidiano e, conseqüentemente, potenciar a autonomia. Sendo que os seus objetivos específicos são:

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

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

- Idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos;
- Idosos com DCL, com comprometimento da memória (critérios de Petersen et al., 2004);
- Idosos sem diagnóstico clínico de depressão ou outra patologia de foro mental.

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

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

- Informar sobre DCL e sobre estratégias de compensação a utilizar no quotidiano;
- Dar apoio emocional;
- Discutir aspetos relevantes para a família/cuidadores;
- Esclarecer dúvidas.

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

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS SOBRE O PROGRAMA

A primeira parte do questionário visava a caracterização sociodemográfica dos peritos. Estes são maioritariamente do sexo feminino, casados ou solteiros, enfermeiros de saúde mental e psiquiatria, com experiência profissional com idosos com défice cognitivo entre 6 a 10 anos, atuando principalmente em cuidados de saúde primários, na região Norte do país. O resumo da caracterização sociodemográfica dos peritos consta no quadro 3.

Quadro 3 - Resumo da caracterização sociodemográfica do grupo de peritos

Variáveis	Resultados [% (nº)]
Género	59% (17) mulheres 41% (12) homens
Estado civil	41,4% (12) casados/ 41,4% (12) solteiros 13,8% (4) união de facto/ 3,4% (1) outra
Área de formação profissional	79,3%(23) enfermeiros de saúde mental e psiquiatria 6,9% (2) neurologistas/ 3,4% (1) psiquiatra 10,3% (3) psicólogos
Anos de experiência com idosos com défice cognitivo	31,0% (9) 2 a 5 anos/ 34,5% (10) 6 a 10 anos 13,8% (4) 11 a 15 anos 20,7% (6) mais de 15 anos
Área de actuação profissional	27,6% (8) cuidados de saúde diferenciados 51,7% (15) cuidados de saúde primários 20,7% (6) outros
Área geográfica onde trabalham	82,8% (24) Região Norte/ 10,3% (3) Região Sul 3,4% (1) Arquipélago dos Açores 3,4% (1) Arquipélago da Madeira

Na segunda parte do questionário propunha-se ao grupo de peritos assinalar a sua concordância relativamente aos objetivos e procedimentos delineados para cada uma das sessões do programa, através de uma escala tipo Likert, composta por cinco níveis, desde o discordo totalmente até ao concordo totalmente.

Os níveis de consenso obtidos relativamente aos aspetos gerais do programa constam no quadro 4.

Quadro 4 - Níveis de consenso obtidos nos aspetos gerais do programa proposto

Aspetos gerais do programa	Nível do Consenso (NC)
O programa proposto tem a duração de 8 semanas (1 sessão de grupo por semana, com duração de 1,5 horas)	79,31% (moderado)
Serão realizadas 2 sessões para os familiares, com duração de 1 hora cada, na segunda e sexta semana do programa.	79,31% (moderado)
O grupo de participantes será constituído, no máximo, por 10 elementos.	72,42% (moderado)

Neste artigo apresentam-se apenas os pontos principais de cada uma das sessões do programa de intervenção na memória proposto.

Neste artigo apresentam-se apenas os pontos principais de cada uma das sessões do programa de intervenção na memória proposto.

No quadro 5 constam os procedimentos essenciais do 1º contacto com os idosos e suas famílias, da 1ª e 2ª sessões de grupo com os idosos e da 1ª sessão com os familiares. Nestas sessões utiliza-se maioritariamente a terapia por reminiscências e a transmissão de informação.

Quadro 5 - Principais aspetos que integram o programa de intervenção na memória para idosos com DCL e consensos obtidos pelo grupo de peritos (1º contacto; 1ª e 2ª sessões de grupo com os idosos e 1ª sessão com os familiares)

SESSÃO	OBJETIVOS/PROCEDIMENTOS	NÍVEL DE CONSENSO (NC)
1º CONTACTO	O 1º contacto com o participante e com o seu familiar/cuidador será individual e ocorrerá no mês anterior ao início do programa.	93,10% (forte)
	Estabelecer o primeiro contacto com o participante e o familiar/cuidador.	100,00% (forte)
	Avaliação inicial e caracterização dos participantes, através de um questionário que contém a caracterização sociodemográfica e os antecedentes de saúde dos participantes; a avaliação cognitiva (mini-exame do estado mental, teste do relógio e escala de avaliação da demência) e avaliação funcional (índice de Lawton e índice de Barthel).	96,55% (forte)
	Apresentar o programa e verificar a disponibilidade do idoso e do familiar/cuidador para o integrarem.	100,00% (forte)
1ª SESSÃO	Estimular a memória a longo prazo episódica.	93,11% (forte)
	Utiliza-se a Terapia por Reminiscências para os idosos construírem um marcador colorido identificador que utilizarão em todas as sessões.	96,55% (forte)
	Tarefa de casa: refletir sobre as alterações cognitivas que sentem no seu quotidiano, escrevê-las num papel (ou pedir a alguém que as escreva) e trazer para a próxima sessão.	89,66% (moderado)
2ª SESSÃO	Informar sobre o DCL e suas implicações no quotidiano dos utentes.	89,66% (moderado)
	Discutir em grupo quais os sinais que cada um apresenta e de que forma influenciam o seu quotidiano.	100,00% (forte)
	Distribuição de material didático sobre DCL.	96,56% (forte)
1ª SESSÃO DE GRUPO COM OS FAMILIARES / CUIDADORES	Tarefa de casa: discutir com a família os efeitos dos sinais e sintomas que apresentam no seu quotidiano e mostrar o material didático fornecido.	96,55% (forte)
	Informar sobre o DCL e suas implicações no quotidiano dos utentes.	100,00% (forte)
	Perceber a perspetiva dos familiares sobre o DCL.	100,00% (forte)
	Discutir em grupo quais os sinais que os seus familiares apresentam e de que forma influenciam o quotidiano da família.	100,00% (forte)
	Informar sobre estilos de vida e gestão do regime terapêutico.	96,55% (forte)
	Apresentação de estratégias de compensação para os défices de memória (listas, mnemónicas, agendas, alarmes, diários, etc.).	100,00% (forte)
	Incentivar a utilização diária das estratégias compensatórias de memória.	100,00% (forte)
	Tarefa de casa para os familiares: executar diariamente uma das	100,00% (forte)

No quadro 6 constam os procedimentos essenciais da 3ª, 4ª, 5ª e 6ª sessão de grupo com os idosos e da 2ª sessão com os familiares. Estas sessões centram-se no ensino e treino de estratégias de compensação de memória.

Quadro 6 - Principais aspetos que integram o programa de intervenção na memória para idosos com DCL e consensos obtidos pelo grupo de peritos (3ª, 4ª, 5ª e 6ª sessões de grupo com os idosos e 2ª sessão com os familiares)

SESSÃO	OBJETIVOS/PROCEDIMENTOS	NÍVEL DE CONSENSO (NC)
3ª SESSÃO	Informar sobre as estratégias que podem ser utilizadas no quotidiano para lidar com os problemas de memória.	100,00% (forte)
	Apresentação de estratégias de compensação para os défices de memória (listas, mnemónicas, agendas, alarmes, diários, etc.).	100,00% (forte)
	Tarefa de casa: discutir as estratégias apresentadas com os familiares.	93,10% (forte)
4ª SESSÃO	Treinar as estratégias de compensação de memória.	100,00% (forte)
	Treinar o uso dos auxiliares internos de memória (mnemónicas e repetição de palavras e números).	96,59% (forte)
	Tarefa de casa: treinar as estratégias aprendidas com os familiares.	100,00% (forte)
5ª SESSÃO	Treinar as estratégias de compensação de memória.	100,00% (forte)
	Treinar o uso dos auxiliares externos de memória (listas, diários, agendas).	96,55% (forte)
	Fazer a lista de ingredientes para um bolo.	82,76% (moderado)
	Escrever numa folha de agenda, as atividades para o dia seguinte.	96,55% (forte)
6ª SESSÃO	Tarefa de casa: treinar as estratégias aprendidas com os familiares.	96,55% (forte)
	Utilizar a técnica de associação nome/face: Associar fotografias de 10 figuras históricas/públicas (fotografias com o mesmo tamanho) ao nome e relembrar algo que tenham feito: qual o nome desta pessoa? Qual a sua profissão? Recorde algo que esta pessoa tenha feito?	100,00% (forte)
2ª SESSÃO DE GRUPO COM OS FAMILIARES/ CUIDADORES	Esclarecer dúvidas.	96,56% (forte)
	Rever estratégias.	100,00% (forte)
	Obtenção de feedback sobre a implementação das estratégias de compensação de memória.	100,00% (forte)
	Reforço de estratégias de compensação da memória.	100,00% (forte)

No quadro 7 constam os procedimentos essenciais da 7ª e 8ª sessões de grupo com os idosos, do contacto final e do follow-up. Nestas sessões o foco é a promoção da orientação temporal e o reforço de estratégias.

SESSÃO	OBJETIVOS/PROCEDIMENTOS	NÍVEL DE CONSENSO (NC)
7ª SESSÃO	Promover a orientação temporal.	100,00% (forte)
	Leitura de 2 notícias de jornais/revistas da semana.	100,00% (forte)
	Realização de algumas perguntas sobre o que foi lido.	100,00% (forte)
	Evocação de acontecimentos sociais marcantes de que os utentes se lembram	100,00% (forte)
8ª SESSÃO	Reforço de algumas estratégias de compensação de memória aprendidas.	100,00% (forte)
CONTACTO FINAL COM OS IDOSOS COM DCL E SUA FAMÍLIA / CUIDADORES	O último contacto com os idosos com DCL e suas famílias/cuidadores será individual e ocorrerá na semana seguinte ao fim do programa, através de marcação de hora individualmente com as famílias.	96,55% (forte)
	Avaliação final dos utentes, através do mesmo questionário utilizado na avaliação inicial.	100,00% (forte)
	Verificação da opinião dos utentes e família sobre o programa.	100,00% (forte)
	Reforço da importância de continuar com as estratégias de estimulação cognitiva no domicílio.	100,00% (forte)
	Orientação para o follow-up.	100,00% (forte)
FOLLOW UP	O Follow-up será individual e será realizado 3 meses após o fim do programa.	86,20% (moderado)
	Avaliação dos utentes, através do mesmo questionário utilizado nas outras avaliações.	100,00% (forte)
	Verificação das estratégias de estimulação que a família tem utilizado.	100,00% (forte)
	Esclarecimento de dúvidas.	100,00% (forte)
	Perceber a perspetiva dos familiares sobre o DCL.	100,00% (forte)
	Marcação de nova consulta de follow-up, se necessário.	100,00% (forte)

Quadro 7 - Principais aspetos que integram o programa de intervenção na memória para idosos com DCL e consensos obtidos pelo grupo de peritos (7ª e 8ª sessões de grupo com os idosos, contacto final e follow-up)

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O programa proposto reuniu concordância positiva por parte do grupo de peritos logo na primeira volta da técnica de Delphi, assim todos os itens que o constituem foram aprovados pelo grupo de peritos. Contudo existem alguns aspetos que geraram mais controvérsia e que podem ser analisados. Em primeiro lugar, apesar da duração e constituição do programa ter reunido um consenso moderado por parte dos peritos, não existe consenso na literatura sobre o tema. Os estudos realizados apresentam uma grande variedade de amplitude, com duração de três semanas a um ano, variando de acordo com a tipologia do programa e com as técnicas utilizadas, sendo que esta diversificação está também relacionada com os objetivos estabelecidos para os programas. Na revisão bibliográfica efetuada para este trabalho, os cinco estudos experimentais utilizados (Talassi et al., 2007; Greenaway, Hancnda, Lepore & Smith, 2008; Troyer et al., 2008; Kurz, Ramsenthaler & Sorg, 2009; Jean et al., 2010) apresentam uma média de duração dos programas de 10 semanas, sendo realizadas desde sessões únicas a 5 sessões por semana, dependendo da durabilidade do programa. Na revisão sistemática (Simon e Ribeiro, 2011), a média de duração dos programas foi de 11,5 semanas. Metade dos estudos apresenta programas de 8 semanas, ocorrendo entre 4 a 12 sessões durante o programa. Nos estudos avaliados, a duração das sessões varia de 40 a 120 minutos, sendo que a sua média de duração é de 72 minutos. Apesar de concordarem com a tipologia do programa proposto, o grupo de peritos sugeriu que se aumentasse o tempo de realização do programa para o mínimo de 4 meses e que se realizassem mais sessões de grupo e com uma duração mais curta.

Relativamente aos momentos de avaliação, os testes utilizados vão de encontro aos achados bibliográficos e o grupo de peritos demonstra concordância positiva relativamente a eles. O aspecto mais controverso foi o timing do follow-up, 3 meses, que apesar de ser o período de tempo que surge mais vezes citado na revisão bibliográfica, os peritos referem que uma avaliação mais estreita no tempo seria mais vantajosa. Relativamente aos objetivos e intervenções propostas ao longo do programa, as que suscitaram mais discussão entre os peritos foram as relacionadas com o informar sobre o DCL e as suas implicações no quotidiano, reunindo uma concordância positiva de 89,66% (consenso moderado). O propósito desta intervenção é levar os participantes a refletir sobre a sua condição e sobre as dificuldades que sentem no quotidiano, promovendo assim a consciencialização e a partilha das dificuldades com os elementos do grupo. Alguns autores propõem uma abordagem teórica nos seus estudos, como é o caso de Kurz, Pohl, Ramsenthaler e Sorg (2009) que propõem um programa de reabilitação cognitiva para o DCL com várias componentes, inclusivamente abordam aspetos de educação para a saúde e de informação clínica. Estes autores concluíram que um programa de reabilitação cognitiva multivariado acarreta melhorias para as atividades de vida diária, para o humor e para as habilidades cognitivas de pessoas com DCL. Também Troyer et al. (2008) propõem um programa de intervenção na memória para indivíduos com DCL, no qual integram aspetos informativos que vão desde a nutrição às estratégias de compensação de memória e como principais resultados verificaram que os indivíduos do grupo experimental demonstraram melhores conhecimentos e maior utilização das estratégias de memória, tanto no laboratório, como no quotidiano, comparativamente ao grupo controlo. Apesar da mudança de comportamentos ser difícil, nomeadamente na área da saúde, os autores atribuem o sucesso do seu programa à abordagem teórica que realizaram. Como se constata, dar informação aos participantes pode ser uma mais-valia para a eficácia de um programa de intervenção na cognição, pelo que, o que se pretende no programa proposto neste trabalho é informar sobre o DCL de uma forma simplificada, explicando aos participantes o que se está a passar com eles, desmistificando o problema e explicando a importância dos exercícios de treino da memória e da implementação de estratégias de compensação da memória no dia-a-dia. Com esta vertente orientadora pretende-se aumentar a motivação e a adesão dos participantes através da informação.

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

A aprendizagem e o treino de estratégias de memória integram vários programas de intervenção na cognição. Exemplos disso são o estudo de Troyer et al. (2008), onde os autores fornecem aos participantes uma visão geral sobre as estratégias de memória e instruem sobre a realização de um “livro de memória”; e o estudo de Greenaway et al. (2008), cujo estudo visava desenvolver e treinar o uso de um sistema compensatório de memória. Atendendo a que o programa proposto neste trabalho se centra na memória é indiscutível o papel relevante que as estratégias de compensação assumem. Assim, das 8 sessões de grupo propostas, 4 são dedicadas a esta temática (3^a, 4^a, 5^a e 8^a sessões). Estas intervenções reuniram um consenso forte pelo grupo de peritos, resultados que são conducentes com os dados da bibliografia, onde é afirmado que a intervenção na memória implica o desenvolvimento de habilidades e estratégias específicas, que raramente são utilizadas de forma espontânea, necessitando de treino. O objetivo do treino de estratégias é melhorar o desempenho diário e, com os idosos, não só é necessário treinar essas novas técnicas, mas também demonstrar-lhes que estas trazem resultados positivos para a sua performance, daí a importância da incorporação de sessões de treino de estratégias nos programas de treino de memória.

Um aspeto fundamental nos programas de intervenção na cognição é o envolvimento da família/cuidadores. Na revisão da literatura não há consenso sobre qual o timing e duração ideal para a intervenção junto dos familiares. Neste programa propõe-se a realização de duas sessões para os familiares, com duração de 60 minutos cada, na segunda e sexta semana do programa. Esta proposta reuniu um consenso moderado (79,31%) por parte do grupo de peritos, que referem ainda que a realização de mais sessões para a família/cuidadores de forma a aumentar a sua interação ao longo do programa.

As intervenções sugeridas passam por: abordar o tema DCL, obter o feedback sobre o material didático que os seus familiares levaram para casa no final da última sessão, discutir em grupo quais os sinais/sintomas que os seus familiares apresentam e de que forma influenciam o quotidiano da família, informar

sobre estilos de vida e gestão do regime terapêutico, abordar os défices de memória e como influenciam o dia-a-dia dos seus familiares, apresentar de estratégias de compensação para os défices de memória (listas, mnemónicas, agendas, alarmes, diários, etc.) e incentivar a partilha de sentimentos entre o grupo de familiares.

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

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

CONCLUSÕES

Na sua generalidade o programa apresentado reuniu consenso forte pelos peritos, de tal modo que não foi necessário realizar a segunda ronda do questionário, pois todos os itens abordados apresentaram uma concordância positiva acima dos 70%.

As intervenções de treino de estratégias de compensação de memória e a inclusão da família/cuidadores são os pontos que reuniram consenso forte pelos peritos (93,10% a 100,00%). Os pontos que suscitam mais discussão são o informar sobre o DCL e a tipologia do programa, que reuniram consenso moderado por parte dos peritos (de 72,42% a 89,66%).

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

- Pode ser aplicado em diferentes contextos.
- Reúne estratégias e intervenções de vários programas e de diferentes autores.
- Pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde com formação na área.
- Pode servir como linha orientadora para o desenvolvimento de outros estudos.
- É um programa simples, económico e de fácil aplicação, independentemente dos meios disponíveis.
- Por ser pouco rígido pode ser adaptado ao contexto e aos participantes.

Após a conceção deste programa, é de máxima importância divulgá-lo e implementá-lo de modo a aferir na prática a sua utilidade e validade clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Claire, L., & Woods, R. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14 (4). Wales, 385-401. Acedido em <http://scottsdale.brainadvantage.com/PDF/clare%20and%20woods%202004%20neuro%20rehab.pdf>

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

Freitas, E. V., & Py, L. (Eds.) (2002). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.

Gehring, K., Aaronson, N. K., Taphoorn, M. J. B., & Sitskoorn, M. M. (s.d.). A description of a cognitive rehabilitation programme evaluated in brain tumour patients with mild to moderate cognitive deficits. *Clinical Rehabilitation*, 25(8), 675-692. Acedido em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&hid=119&sid=de37bfff-96c4-44ec-a0b5-710098faed92%40sessionmgr12>

Ghetu, M. V., Bordelon, P. C., & Langan, R. C. (2010). Diagnosis and Treatment of Mild Cognitive Impairment. *Clinical Geriatrics*, 30-36. Acedido em <http://www.clinicalgeriatrics.com/node/3612>

Greenaway, M. C., Hanna, S. M., Lepore, S. W., & Smith, G. E. (2008). A Behavioral Rehabilitation Intervention for Amnesic Mild Cognitive Impairment. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 2(5), 450-461. Acedido em <http://aja.sagepub.com/content/23/5/451>

Portugal. Instituto Nacional de Estatística (2011). Censos 2011: resultados provisórios. Acedido em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=129675729&DESTAQUESmodo=2

Jean, L., Simard, M., Wiederkehr, S., Bergeron, M., Turgeon, Y., Hudon, C., Tremblay, I., & van Reekum, R. (2010). Efficacy of a cognitive training programme for mild cognitive impairment: Results of a randomized controlled study. *Psychology press*, 20(3), 377-405. Acedido em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&hid=122&sid=de37bfff-96c4-44ec-a0b5-710098faed92%40sessionmgr12>

Kurz, A., Pohl, C., Ramsenthaler, & Sorg, C. (2009). Cognitive rehabilitation in patients with mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry* (24), 163-168. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18636436>

Nunes, B. (2008). *Memória: Funcionamento, perturbações e treino*. Porto: Lidel.

Pais, J. (2008). Intervenção cognitiva na demência. In B. Nunes, *Memória: Funcionamento, perturbações e treino* (pp. 311-317). Porto: Lidel.

Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, (256), p. 183-194. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15324362>

Santos, A., Moura, S., & Haase, V. (2008). *Recomendações para reabilitação neuropsicológica aplicada à demência*. Vol. II, nº 1. Belo Horizonte: Mosaico. Acedido em <http://www.fafich.ufmg.br/mosaico>

Santos, C., Pimenta, C., & Nobre, M. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3). Acedido em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções* (1ª ed.). Coimbra: Editora Quarteto.

Simon, S. S., & Ribeiro, M. P. O. (2011). Comprometimento cognitivo leve e reabilitação neuropsicológica: uma revisão bibliográfica. *Revista de Psicologia*, 20(1), 93-122. Acedido em <http://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/viewFile/6795/4918>

Talassi, E., Guerreschi, M., Feriani, M., Fedi, V., Bianchetti, A., & Trabucchi, M. (2007). Effectiveness of a cognitive rehabilitation program in mild dementia and mild cognitive impairment: a case control study. *Archives of gerontology and geriatrics*, 391-199. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17317481>

Troyer, A. K., Murphy, K. J., Anderson, N. D., Moscovitch, M., & Craik, F. I. (2008). Changing everyday memory behaviour in amnesic mild cognitive impairment: A randomised controlled trial. *Neuropsychological Rehabilitation*, (18), 65-88. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17943615>

