



Vera Carolina de Oliveira Coelho

Declínio Cognitivo e Perturbação do Desenvolvimento Intelectual
em adultos e idosos: perfil cognitivo e efeito das variáveis
sociodemográficas

Trabalho realizado sob orientação da:
Professora Doutora Célia Regina Gomes Oliveira
E sob coorientação do:
Professor Doutor Pedro Machado dos Santos

Setembro, 2019



Vera Carolina de Oliveira Coelho

Declínio Cognitivo e Perturbação do Desenvolvimento Intelectual
em adultos e idosos: perfil cognitivo e efeito das variáveis
sociodemográficas

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto
no dia 11/12/2019, perante o júri seguinte:

Presidente: Prof. Doutora Inês Martins Jongenelen

Vogais: Prof. Doutora Maria Teresa Soares Souto, Universidade Lusófona do
Porto, arguente

Orientadora: Prof. Doutora Célia Regina Gomes Oliveira

Setembro, 2019

É autorizada a reprodução integral desta tese/dissertação apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Agradecimentos

A realização desta Dissertação contou com importantes apoios e incentivos, aos quais estarei sempre grata.

À Professora Doutora Célia Oliveira pela sua orientação, disponibilidade, total apoio, pelas críticas e opiniões, pelo saber que transmitiu, pela resolução de problemas que tantas vezes foram surgindo e pelas palavras de incentivo.

Ao Professor Doutor Pedro Machado dos Santos, que me recebeu com disponibilidade para integrar no Projeto *MentHA*, e pelas indispensáveis contribuições para este trabalho.

À minha preciosa amiga Vanessa pelo apoio incondicional, pelo incentivo e motivação, pela troca de ideias, pela disponibilidade e pelo carinho e amizade.

À minha amiga Diana pela motivação, troca de ideias pelas críticas e opiniões.

Ao meu namorado Carlos, pelo amor, pela companhia, pelo companheirismo, pelas horas de sermões e serões, pela disponibilidade, pelo incentivo incondicional, pelas críticas e por todo o apoio.

Ao meu irmão, Eduardo, pelo amor, carinho, dedicação, apoio e pelas palavras de incentivo.

Aos meus queridos pais, José e Lúcia, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A todos que de uma forma direta ou indireta contribuíram para a realização desta dissertação.

Declínio Cognitivo e Perturbação do Desenvolvimento Intelectual em adultos e idosos: perfil cognitivo e efeito das variáveis sociodemográficas

Resumo: O presente trabalho corresponde a um estudo piloto, desenvolvido a partir da avaliação inicial de um grupo de participantes que integra um programa de estimulação cognitiva (*Mental Health and Ageing - MentHA*), cuja aplicação e validação se encontra em curso. Os objetivos principais deste estudo consistem em caracterizar e comparar o perfil cognitivo de adultos e idosos com Declínio Cognitivo e Perturbação do Desenvolvimento Intelectual comórbida, com um grupo equivalente de participantes com Declínio Cognitivo sem psicopatologia comórbida e investigar a associação entre o Declínio Cognitivo e as variáveis sociodemográficas escolaridade, idade e sexo, em adultos idosos com e sem Perturbação do Desenvolvimento Intelectual. Os participantes são adultos e idosos com idades compreendidas entre os 50 e 92 anos, sendo divididos em três grupos: grupo experimental com uma média de idades de 54.7 ($DP = 4.03$), grupo de comparação emparelhado no Declínio Cognitivo com uma média de idades de 85.1 ($DP = 7.19$) e grupo de comparação aleatório com uma média de idades de 82.2 ($DP = 6.25$). Verificou-se que indivíduos com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual apresentam níveis de declínio cognitivo mais afetado do que os sujeitos sem esta patologia com idades mais elevadas. E ainda que existem associações positivas entre a escolaridade e declínio cognitivo. Conclui-se que a Perturbação do Desenvolvimento Intelectual parece aumentar o risco de um declínio cognitivo mais precoce. A escolaridade é a variável que obteve maior número de associações, tendo-se verificado uma correlação positiva entre a escolaridade e o Declínio Cognitivo.

Palavras-chaves: Declínio Cognitivo, Perturbação do Desenvolvimento Intelectual, Perfil Cognitivo, Idade, Escolaridade, Sexo

Cognitive Impairment and Intellectual Disability in adults and the elderly: cognitive profile and effect of sociodemographic variables

Abstract: The present work is a pilot study, developed based on an initial evaluation of a group of participants integrating a cognitive stimulation program (*Mental Health and Ageing – MentHA*) whose application and validation is on course. This study has two main objectives. The first objective is to characterize and compare the cognitive profile of aged adults with cognitive impairment comorbid with intellectual disability, with an equivalent

group of participants with cognitive impairment without any comorbid psychopathology. The other objective, is to study the association between cognitive impairment and sociodemographic variables like scholar level, age and gender in aged adults, with and without intellectual disability. The participants are aged adults between 50 and 92 years old, divided in three groups: experimental group with a mean age of 54.7 years old (*Standard-Deviation (SD)* = 4.03), paired comparison group in the cognitive impairment with a mean age of 85.1 years old (*SD* = 7.19) and a random comparison group with a mean age of 82.2 years old (*SD* = 6.25). Participants with intellectual disability revealed higher levels of cognitive impairment, in comparison with participants without this pathology and more advanced age. It is possible to conclude that the intellectual disability increases the risk of early cognitive impairment. From this study, it is also possible to conclude from the studied variables, the scholar level variable has the strongest positive correlation with cognitive impairment.

Keywords: Cognitive Impairment, Intellectual Disability, Cognitive Profile, Age, Schooling and Gender

Índice

Introdução.....	10
Declínio Cognitivo Ligeiro.....	10
Fatores de risco e fatores protetores.....	10
Prevalência.....	11
Sinais e Diagnóstico de DC.....	11
DC e Perturbação do Desenvolvimento Intelectual.....	12
Demência e Perturbação do Desenvolvimento Intelectual.....	15
Impacto da Estimulação Cognitiva nos indivíduos com DC.....	15
Projeto MentHA “Mental Health and Aging”.....	16
Objetivos de Investigação.....	16
Metodologia.....	17
Tipo de estudo.....	17
Participantes.....	17
Instrumentos.....	18
Procedimento.....	19
Análise de dados.....	19
Resultados.....	20
Discussão.....	25
Referências Bibliográficas.....	29

Lista de tabelas

Tabela 1 Análise descritiva dos grupos.....	18
Tabela 2 Teste de normalidade dos grupos emparelhados no ACE-R Total e subescalas...	21
Tabela 3 Comparações do ACE-R Total e das subescalas nos grupos emparelhados.....	22
Tabela 4 Associações entre as variáveis sociodemográficas e subescalas do ACE-R no grupo experimental	23
Tabela 5 Associações entre as variáveis sociodemográficas e subescalas do ACE-R no grupo de comparação aleatório.....	24

Lista de siglas

ACE-R - Avaliação Cognitiva de *Addenbrooke* - Revista

APA - *American Psychiatric Association*

BLAD – Bateria de Lisboa para Avaliação de Demências

DC - Declínio Cognitivo

DCL - Declínio Cognitivo Ligeiro

DA- Doença de Alzheimer

DSM V - Manual Diagnóstico e estatística das Perturbações Mentais

MentHA – Mental Health and Aging

MMSE – *Mini Mental State Examination*

TCC - Terapia Cognitiva Comportamental

Introdução

Declínio Cognitivo Ligeiro

O envelhecimento corresponde a um processo natural e gradual, caracterizado por alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas. Com o avançar da idade, o aumento da incidência de patologia diminui a capacidade de adaptação ao meio (Ferreira, Maciel, Costa, Silva, & Moreira, 2012). O Declínio Cognitivo (DC) pode decorrer do envelhecimento (Freitas, Simões, Martins, Vilar, & Santana, 2010), afeta a execução de atividades sociais e ocupacionais, e vai progredindo para a perda das capacidades funcionais e autonomia, de acordo com a fase da doença (Machado, Ribeiro, Cotta, & Leal, 2011). No fim da década de 80, Reisberg e colaboradores (1988) introduziram o conceito de Declínio Cognitivo Ligeiro (DCL) como um estágio intermédio entre o envelhecimento normal e a demência muito precoce. Assim, para caracterizar os indivíduos que estavam neste estágio, Reisberg e colaboradores (1988), desenvolveram a Escala Global de Deterioração, composta por sete estágios sendo estes: 1) sem declínio cognitivo, 2) declínio cognitivo muito leve, 3) declínio cognitivo leve, 4) declínio cognitivo moderado, 5) declínio cognitivo moderadamente grave, 6) declínio cognitivo grave e 7) declínio cognitivo muito grave. Para identificar indivíduos com DCL, estes têm que ter cumpridos os critérios do estágio 3, isto é, apresentar os primeiros défices cognitivos notórios ao nível da atenção, concentração e memória (Petersen, Cracciolo, Brayne, Gauthier, Jelic, & Fratiglioni, 2014; Reisberg et al., 1988).

Fatores de risco e fatores protetores

São vários os fatores de risco para o desenvolvimento de DCL, tanto a nível intrínseco como extrínseco ao sujeito, nomeadamente: o baixo grau de escolaridade, a idade avançada, hipertensão arterial, história de acidente vascular encefálico, associação com incapacidade funcional, isolamento social, atividade intelectual pobre, tabagismo, viver só, sedentarismo e problemas de saúde. Em relação aos fatores protetores sabe-se que existem estilos de vida que protegem os idosos do Declínio Cognitivo, como a prática de atividade de lazer que constituem também um indicador do desempenho cognitivo, ou seja, quanto mais atividades de lazer, melhor o desempenho dos idosos em competências como a linguagem, memória e atenção (Rabelo, 2009; Sattler et al., 2012). Outro fator protetor potencial é a atividade física, quando utilizada como estratégia para melhorar a função cognitiva, atrasar e prevenir o DC (Lautenschlager et al., 2010).

Prevalência

Quanto à prevalência de DCL, há uma variabilidade muito grande. Inicialmente, em estudos epidemiológico, a incidência de DCL foi desvalorizada entre os indivíduos com um bom funcionamento cognitivo (Petersen et al., 2014). As taxas de DCL variam entre os 3% e os 42% em estudos populacionais. Por ano, a taxa de desenvolvimento de DCL é de cerca de 5,3%, sendo que 3,5% é na sétima década de vida e 7,2% na oitava década (Pinto, & Subramanyam, 2009). A taxa de conversão de DCL para demência é de cerca de 10% por ano. A prevalência de DCL está a aumentar nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (Eshkoor et al., 2015). Diversos estudos internacionais, realizados com milhares de indivíduos, apontam para uma prevalência global de DCL entre 12% a 18% em pessoas com mais de 60 anos (Petersen, 2016). Estima-se que até 80% das pessoas com DCL em 6 anos progridam para Demência de tipo Alzheimer (Eshkoor et al., 2015; Rosenberg et al., 2011).

Sinais e Diagnóstico de DC

O DC varia entre DCL e demência, sendo o DCL a fase mais precoce do Declínio Cognitivo. Os declínios cognitivos visíveis no DCL além de mostrarem possíveis marcadores da Doença de Alzheimer (DA) ou outra perturbação neurodegenerativa significativa, mostram alterações anormais na estrutura neuronal (Sherman, Mauser, Nuno, & Sherzai, 2017). Para despistar o quadro de DCL é necessário recorrer a uma avaliação psicológica, atendendo em particular aos défices de memória, uma vez que estes estão associados a um risco elevado para o aparecimento da Doença de Alzheimer ou outras demências (Freitas et al., 2010). Para a caracterização clínica do DCL contribuiu significativamente o *First Key Symposium* realizado no ano de 2003 em Estocolmo. O objetivo deste simpósio foi incluir perspetivas clínicas e epidemiológicas sobre o DCL, onde os sinais para definir o DCL deixaram de ser focados apenas na memória e foram alargados de forma a incluir o comprometimento cognitivo e um declínio objetivo, como ter um desempenho inferior ao que é esperado para determinada idade/escolaridade nos testes de avaliação cognitiva (e.g. ACE-R), existir queixa de problemas de memória, de preferência comprovada por uma terceira pessoa, ter a função cognitiva geral conservada, não preencher os critérios de demência e não apresentar dificuldades nas atividades de vida diária (Fichman, Caramelli, Sameshima, & Nitrini, 2005; Petersen et al., 2014). Estes critérios são adotados pelo *National Institute on Aging Alzheimer's Disease Centers Program* e pela *Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative*, reconhecendo-se que, tal

como a DA, o DCL poderia resultar de uma multiplicidade etiológica (Petersen, 2016). Na literatura encontram-se diferentes formas de classificar o DCL. O DSM-5, por exemplo, apresenta uma categoria designada de “Perturbação Neurocognitiva”, que está dividida em “Perturbação Neurocognitiva Ligeira” e “Perturbação Neurocognitiva Major” (American Psychiatric Association, 2013). O DCL é ainda classificado em dois subtipos: a) DCL amnésico (com comprometimento na memória), b) DCL não amnésico (quando não existe comprometimento da memória, mas comprometimento em um ou mais domínios cognitivos não relacionados a esta, incluindo funções executivas, atenção, linguagem e capacidades visuoespaciais). Além disso, o DCL pode comprometer um único ou múltiplos domínios cognitivos (Eshkoor et al., 2015; Roberts, 2013; Rosenberg et al., 2011). Para o diagnóstico é necessário realizar uma avaliação neuropsicológica, capaz de representar o funcionamento cognitivo do paciente, de modo a identificar as funções cognitivas que estão comprometidas e caracterizar de forma compreensiva o estado cognitivo e emocional dos indivíduos, devendo incluir a avaliação do desempenho das funções cognitivas superiores como: atenção, memória, linguagem, funções executivas e funções visoperceptivas / visoconstrutivas (Lopez, 2013).

A identificação precoce de indivíduos com DC é muitas vezes feita através de exames neurológicos como o *Mini Mental State Examination* (MMSE). Apesar de ter limitações para o diagnóstico definitivo, torna-se um instrumento precioso de avaliação inicial (Nordon, Guimarães, Kozonoe, Mancilha, & Neto, 2009). Sabe-se ainda que esta escala é a mais utilizada para o rastreio do comprometimento cognitivo, pois avalia a cognição e auxilia a investigação e a monitorização da evolução do declínio cognitivo em sujeitos que têm risco de demência, como os idosos (Machado, Ribeiro, Leal, & Cotta, 2007).

DC e Perturbação do Desenvolvimento Intelectual

O diagnóstico de DC pode ser acompanhado de comorbilidade com várias perturbações, como é o caso da Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI). Esta perturbação tem habitualmente início precoce, e provoca défices de funcionamento a nível intelectual, social e prático (APA, 2013).

Na Perturbação do Desenvolvimento Intelectual, a característica essencial é o comprometimento cognitivo, que pode afetar a inteligência, o raciocínio lógico, a capacidade de planeamento, a resolução de problemas, o pensamento abstrato, a aprendizagem, a memória, a coordenação visuoespacial, a postura corporal, a atenção, a

capacidade expressiva (nomeadamente a verbal) e a percepção. Também de importante relevância destacam-se as limitações significativas nas competências práticas, sociais e emocionais e nas limitações adaptativas em pelo menos duas das seguintes habilidades: comunicação, autocuidado, vida no lar, interação social, saúde e segurança, uso de recursos da comunidade, autodeterminação, funções académicas, lazer e trabalho. Ressalva-se ainda que estes domínios não estarão sempre todos comprometidos da mesma forma, em todos os sujeitos. Nesta perturbação, o desenvolvimento da linguagem merece ser salientado, uma vez que é comum a presença de défices na produção desta, bem como, a existência de problemas com a morfologia que levam à formação apenas de frases simples e curtas. Este problema limita a possibilidade do autorrelato, que é muito relevante na avaliação destes indivíduos, o que leva a elevados obstáculos nesta área (dos Santos, 2012). As principais patologias mentais podem ter impacto negativo na função cognitiva em idosos com esta perturbação, sendo que indivíduos com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual são quatro vezes mais diagnosticados com distúrbios psiquiátricos (41% a 57%) do que a população em geral (Bakken, & Sageng, 2016; Westerhof, 2016). Segundo o DSM-5 (APA, 2013), para esta perturbação ser diagnosticada têm que ser cumpridos três critérios:

A) Declínio em funções intelectuais tais como: raciocínio, resolução de problemas, planeamento, pensamento abstrato, discernimento, aprendizagem académica e aprendizagem pela experiência, confirmados por avaliação clínica, e por testes de inteligência individualizados e estandardizados;

B) Défice no funcionamento adaptativo que originam na falha para atingir os padrões de desenvolvimento e socioculturais de independência pessoal e responsabilidade social. Sem suporte contínuo, os défices adaptativos limitam o funcionamento numa ou mais atividades da vida diária, como comunicação, participação social e subsistência independente, em variados contextos como casa, escola, trabalho e comunidade;

C) Início das perdas intelectuais e adaptativas ao longo do período de desenvolvimento.

Existem quatro níveis de gravidade desta perturbação: ligeiro, moderado, grave e profundo. Sabe-se ainda que a prevalência é de aproximadamente 1% na população em geral e estas taxas variam consoante a idade (American Psychiatric Association, 2013, pp. 38, 42).

Na Perturbação do Desenvolvimento Intelectual, umas das áreas mais estudadas tem sido a do desenvolvimento e funcionamento cognitivo. Para a caracterização desta perturbação existem dois modelos teóricos distintos, o Modelo Desenvolvimentista (simples atraso no desenvolvimento) e o Modelo Deficitário ou da Diferença (expressão de défices qualitativos específicos) (Belo, Caridade, Cabral, & Sousa, 2008).

O Modelo Desenvolvimentista, defendido pelo Zigler e seus colaboradores, considera que os sujeitos com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual Ligeiro apresentam a mesma sequência de estágios de Desenvolvimento Cognitivo que os indivíduos sem esta perturbação, diferenciando-se apenas em dois aspetos: velocidade dos

processos cognitivos mais lenta e nível cognitivo inferior nos indivíduos com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual do que nos indivíduos sem esta perturbação (hipótese da sequência semelhante). Por sua vez, o Modelo Deficitário ou da Diferença, defende que os sujeitos com a Perturbação do Desenvolvimento Intelectual mostram défices cognitivos específicos que os distinguem dos indivíduos sem perturbação e que ultrapassam as diferenças no ritmo e no final do desenvolvimento. Vários autores defendem que os dois modelos são conciliáveis, uma vez que lidam com diferentes modalidades de comparação e níveis de análise (Belo et al., 2008).

Atualmente, a Perturbação do Desenvolvimento Intelectual é vista como crónica, permanente e incurável (San Martín, & Pagani, 2014) que pode afetar ambos os sexos, sendo que os do sexo masculino têm maior probabilidade de um nível de gravidade moderado e grave (APA, 2013). Como os indivíduos com esta perturbação se encontram com o domínio cognitivo significativamente afetado, é relevante a reabilitação deste, através de técnicas específicas remediadoras, compensatórias ou adaptativas, que podem ser utilizadas individualmente ou em grupo, dependendo dos pontos fortes ou fracos de cada indivíduo (Medalia, & Revheim, 2007, p. 21). Há estudos que mostram que adultos com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual podem participar e beneficiar de Terapia Cognitiva Comportamental (TCC). A TCC é baseada em evidências empíricas e serve para compensar os prejuízos cognitivos permanentes, apresentados pelos indivíduos com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual, através das estratégias compensatórias incorporadas nesta terapia (Bhaumik, Gangadharan, Hiremath, & Russell, 2011).

Black e Andreasen (2014) referem que 85% dos indivíduos com esta perturbação apresentam Perturbação do Desenvolvimento Intelectual Leve, sendo capazes de aprender e de adaptar-se à comunidade. Afirmam ainda, que 10% apresentam um nível de gravidade moderado e podem ser treinados, ou seja, podem aprender tarefas simples com supervisão vitalícia. Por fim, 5% sofrem desta perturbação no estado grave onde são profundamente afetados, o que leva muitas vezes à institucionalização com apoio permanente.

Nos últimos anos, realizaram-se estudos que compararam experiências de indivíduos mais velhos com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual em instituições e na comunidade (McCausland, McCallion, Cleary, & McCarron, 2016). Haveman e colaboradores (2011) fizeram um estudo na Europa, onde descobriram que indivíduos idosos com Deficiência do Desenvolvimento Intelectual (com idade superior aos 55 anos) estão mais predispostos a viver em ambientes institucionais em vez de contatos sociais

com familiares ou amigos. Já McCausland e colaboradores (2016) verificaram que indivíduos com esta perturbação e que vivem na comunidade, obtêm melhores resultados do que os que estão nas instituições, com variações nas características individuais e variedade de competências, e nas diferenças no desempenho pessoal.

A expectativa de vida dos indivíduos com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual tem vindo a aumentar (idade média de 66,1 anos), apesar de permanecer menor do que a da população geral. Sabe-se que os indivíduos com esta perturbação, na meia-idade, estão mais propensos à obesidade e a uma diminuição da aptidão física em comparação com a população geral. Estes têm ainda maior risco de desenvolver problemas psiquiátricos, osteoporose, problemas na tiroide, problemas cardíacos não isquémicos, deficiência sensorial e início precoce de demência (Coppus, 2013).

Demência e Perturbação do Desenvolvimento Intelectual

Nesta temática torna-se difícil verificar se o Declínio Cognitivo pertence à fase do envelhecimento normal ou se pertence à Perturbação do Desenvolvimento Intelectual já diagnosticada, que por sua vez, também apresenta vários défices cognitivos.

Para a realização do diagnóstico de demência em indivíduos com Perturbação de Desenvolvimento Intelectual, é necessário um conjunto de avaliações durante um período prolongado de tempo, para se verificarem alterações significativas, em relação às competências que o indivíduo tinha anteriormente. Com isto, torna-se importante a realização regular da avaliação da deterioração funcional, especialmente nos momentos mais sensíveis do ciclo de vida, como a velhice (Coopere et al., 2015).

Impacto da Estimulação Cognitiva nos indivíduos com DC

A manutenção da capacidade cognitiva é importante na prevenção de declínios cognitivos e no atraso do aparecimento de demências (Rojas et al., 2013). O desenvolvimento da terapêutica farmacológica, em conjunto com as intervenções de estimulação cognitiva bem estruturadas, formam um coadjuvante essencial nos indivíduos com declínios cognitivos (Kinsella et al., 2009). Há vários estudos internacionais, que sugerem que a estimulação cognitiva está associada a uma diminuição do risco de declínio cognitivo (Apóstolo, Cardoso, Marta, & Amaral, 2011).

O objetivo da estimulação cognitiva consiste em readquirir e estimular as funções cognitivas comprometidas, fornecer o suporte psicológico, favorecer as atividades de vida diária e desenvolver novas aquisições motoras do paciente idoso (Mendonça, & Macedo,

2010). Vários estudos têm revelado que após a aplicação de programas de estimulação cognitiva existe uma melhoria significativa nas competências cognitivas, na qualidade de vida e nas competências funcionais em idosos com demência (Spector, Orell, & Woods, 2010). Rojas e colaboradores (2013) sugerem que o treino cognitivo em DCL pode ser uma opção de tratamento para otimizar o desempenho, prevenir o declínio cognitivo e a evolução para demência.

Projeto MentHA “Mental Health and Aging”

O Projeto *MentHA* é um Programa de Estimulação Cognitiva, criado com base no Programa de Psicoestimulação Integral (Boada, & Tárraga, 1990), onde o objetivo consiste em avaliar os efeitos da reabilitação neuropsicológica em indivíduos mais velhos com declínio cognitivo ou demência leve, com e sem patologia mental previamente diagnosticada. O programa *MentHA* é composto por 14 sessões, aplicadas duas por semana, com uma duração que varia entre os 60 e os 90 minutos. Estas sessões avaliam diferentes dimensões: orientação, atenção, memória, linguagem, cálculo, gnosias, praxias e funções executivas. O *MentHA* é um projeto de promoção de estimulação cognitiva composto por várias etapas, desde o rastreio, passando pela intervenção e momentos de avaliação.

Objetivos de Investigação

Globalmente, a revisão da literatura apresenta um conhecimento restrito em torno do Declínio Cognitivo Ligeiro, particularmente quando este é comórbido com a Perturbação do Desenvolvimento Intelectual. Portanto, o presente estudo centra-se em dois objetivos essenciais:

- 1) caracterizar e comparar o perfil cognitivo de adultos e idosos com Declínio Cognitivo e Perturbação do Desenvolvimento Intelectual comórbida, com um grupo equivalente de participantes com Declínio Cognitivo sem psicopatologia comórbida;
- 2) investigar a associação entre o declínio cognitivo e as variáveis sociodemográficas de escolaridade, idade e sexo, em adultos e idosos com e sem Perturbação do Desenvolvimento Intelectual.

Metodologia

Tipo de estudo

O presente estudo é um estudo exploratório, do tipo quantitativo, com um desenho transversal. Os dados utilizados reportam-se à fase de rastreio dos participantes que integraram o programa de estimulação cognitiva *MentHa* “*Mental Health and Aging*”.

Participantes

A amostra do estudo é de conveniência, uma vez que é constituída por indivíduos voluntários recrutados em centros de apoio a indivíduos com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual e em Centros de Saúde da Comunidade no centro do país. Os participantes são adultos e idosos com idades compreendidas entre os 51 e os 92 anos, e foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: apresentar Declínio Cognitivo, ter diagnóstico de Perturbação do Desenvolvimento Intelectual comórbido para os participantes do grupo experimental, e ter idade igual ou superior a 50 anos.

A amostra final foi constituída por 30 participantes ($n = 30$), distribuídos por três grupos: um grupo experimental ($n = 10$) e dois grupos de comparação ($n=20$) um grupo de comparação equivalente no DC ao grupo experimental ($n =10$) (objetivo 1) e um segundo grupo de comparação constituído aleatoriamente a partir do grupo inicial de 20 participantes sem psicopatologia ($n = 10$) (objetivo 2) como se verifica na Tabela 1. O grupo experimental é composto por 8 sujeitos do sexo masculino (80%) e 2 do sexo feminino (20%), com uma média de idades de 54,7 anos ($DP = 4.03$). Em relação à escolaridade 1 (10%) sujeito é analfabeto, 6 (60%) frequentaram a escola até ao 4º ano e 3 (30%) frequentaram até ao 10º ano ($Mdn = 2$, $IQQ = 1$). No ACE-R Total obtiveram uma média de 55.6 ($DP = 16.37$). O grupo de comparação emparelhado no DC é composto por 2 sujeitos do sexo masculino (20%) e 8 do sexo feminino (80%), com uma média de idades de 85.1 anos ($DP = 7.19$). Quanto à escolaridade, 1 sujeito (10%) é analfabeto, 3 (30%) frequentaram a escola até ao 4º ano, 2 (20%) frequentaram até ao 10º ano e 4 (40%) frequentaram até pelo menos o 11º ano ($Mdn = 3$, $IQQ = 2$). No ACE-R Total obtiveram uma média de 64.5 ($DP = 12.98$). O Grupo de comparação aleatório é composto por 1 sujeito do sexo masculino (10%) e 9 do sexo feminino (90%), com uma média de idades 82.2anos ($DP = 6.25$). Em relação à escolaridade, 3 sujeitos (30%) são analfabetos, 4 (40%) frequentaram a escola até ao 4º ano, 2 (20%) frequentaram até ao 10º ano e 1 (10%)

frequentou a escola até pelo menos o 11º ano ($Mdn = 2$, $IQQ = 2$). No ACE-R Total obtiveram uma média de 55.6 ($DP = 16.43$).

Tabela 1

Análise descritiva dos grupos

	Grupo experimental	Grupo de comparação emparelhado no DC	Grupo de comparação aleatório
N	10	10	10
Sexo			
Feminino	2	8	9
Masculino	8	2	1
Idade			
Média	54.7	85.10	82.20
Desvio padrão	4.03	7.19	6.25
Mínimo	51	72	72
Máximo	62	94	92
Escolaridade			
Analfabeto	1	1	3
1-4 anos	6	3	4
5-10 anos	3	2	2
≥ 11 anos	---	4	1
Acer total			
Média	55.6	64.5	55.6
Desvio padrão	16.37	12.98	16.43
Mínimo	32	40	30
Máximo	79	78	79

FONTE: elaborada pela autora

Instrumentos

No presente estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

Questionário Sociodemográfico: que teve como objetivo abordar questões relacionadas com o sexo, a idade e escolaridade.

Avaliação Cognitiva de Addenbrooke Revista (ACE-R) (Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira, & Martins, 2015; Hodges, & Mioshi, 2005): é um instrumento de rastreio válido para demência e usado para a classificação dos diferentes tipos destas, em especial a DA. Avalia 5 domínios neurocognitivos: orientação e atenção, memória, fluência verbal, linguagem e aptidão visoespacial. A pontuação máxima são 100 pontos e a sua administração demora sensivelmente 15 minutos. Abrange ainda os itens do MMSE, que fornecem a comparação

e a monitorização da evolução dos desempenhos. Quanto aos dados psicométricos do instrumento da validação na população portuguesa, apresentam uma elevada consistência interna, com um α de *Cronbach* = .95. O mesmo foi verificado para a avaliação do DCL (α = .82) e para a avaliação da Demência (α = .97). Quanto à validade os valores variam de .58 a .88, demonstrando uma validade adequada. Por fim, para o DCL, os valores de especificidade e sensibilidade dos pontos de corte são 79 pontos e para a demência são 68, o que indica serem úteis para o diagnóstico na prática clínica (Simões et al., 2015).

Procedimento

O presente estudo enquadra-se no Projeto *MentHA* e considerando a fase em que o projeto se encontra, este estudo inclui as variáveis com os dados disponíveis da fase de rastreio, designadamente, dados sociodemográficos (sexo, idade e escolaridade), desempenho cognitivo medido pelo ACE-R e informação sobre comorbilidade psicopatológica. Para integrar o estudo, foi apresentado aos participantes (ou seus responsáveis) um consentimento informado, que mencionava a participação voluntária e onde eram garantidos o anonimato e confidencialidade de todos os dados, assim como os marcos principais do estudo e a hipótese de desistência da realização dos testes em qualquer circunstância. Reunidas as condições necessárias, foi realizada a avaliação inicial dos sujeitos no rastreio, onde os voluntários responderam a um questionário sociodemográfico e ao instrumento ACE-R. Nesta fase os resultados são ainda exploratórios. De seguida, as etapas previstas consistem em os indivíduos completarem um pré-teste onde respondem a uma entrevista clínica, a uma Bateria Cognitiva e à Escala de Deterioração Global. No primeiro pós-teste (avaliação intermédia) usa-se novamente os instrumentos previamente referidos. Na segunda aplicação do programa e segundo pós-teste (avaliação final) serão utilizadas apenas a Entrevista Clínica e a Bateria de Cognição. Por fim, após seis meses, momento de seguimento, serão aplicados os mesmos instrumentos utilizados no pré-teste.

Análise de dados

A análise e o tratamento dos dados foram realizados no *Software Statistical Package for the Social Sciences – version 20* com o objetivo de realizar uma análise do tipo descritiva, correlacional e inferencial. Foram constituídos grupos emparelhados para a caracterização e comparação do perfil cognitivo de adultos com Declínio Cognitivo e com

Declínio Cognitivo comórbido com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual. Para garantir a variância dos resultados nas análises correlacionais, foi constituído um segundo grupo de comparação que inclui participantes sem perturbação, selecionados de forma aleatória a partir da amostra inicial de 20 sujeitos. Para as variáveis intervalares e contínuas, como é o caso da idade, foram testados os pressupostos da normalidade e de homogeneidade. Caso os pressupostos não se verificassem era utilizada a estatística não paramétrica.

Resultados

Para descrever a amostra recorreu-se à análise descritiva dos dados, essencialmente frequências, médias e desvio-padrão para descrever as variáveis, especificamente as sociodemográficas e o somatório total do ACE-R.

Em relação ao primeiro objetivo, especificamente a caracterização e comparação do perfil cognitivo de adultos com Declínio Cognitivo e Perturbação do Desenvolvimento Intelectual comórbida com um grupo equivalente de adultos com Declínio Cognitivo sem Psicopatologia associada constituíram-se os grupos emparelhados no funcionamento cognitivo, a partir dos resultados do ACE-R Total. Na constituição destes grupos, verificaram-se os pressupostos da normalidade e homogeneidade, onde se verificou o cumprimento da normalidade dos grupos ($p = .20$) ($p = .20$) e homogeneidade ($p = .95$). Assim, selecionou-se o *Teste-T de student* onde se verificou que não existem diferenças de médias entre os grupos emparelhados no ACE-R Total ($t(18) = .00$, $p = .95$), garantindo que se tratam de grupos com o mesmo nível de comprometimento cognitivo. Para descrever o perfil cognitivo dos grupos realizou-se a análise descritiva do declínio cognitivo do grupo experimental através dos resultados no ACER-R Total e respetivas subescalas. Verificou-se que os sujeitos têm um desempenho que se situa pelo menos 3 desvio-padrão abaixo da média no ACE-R Total ($M = 55.6$, $DP = 16.37$) apresentando declínio cognitivo grave. Também nas subescalas de orientação e atenção ($M = 12.9$, $DP = 3.96$), memória ($M = 9.6$, $DP = 3.57$), fluência ($M = 4.1$, $DP = 3.25$) e capacidade visuoespacial ($M = 10.4$, $DP = 4.7$), verificou-se que os sujeitos têm um desempenho que se situa pelo menos 3 desvio-padrão abaixo da média, relevando que estas áreas têm um grau de comprometimento elevado. Contudo, a área menos afetada é a da linguagem ($M = 18.6$, $DP = 4.5$), apresentando um desempenho que se situa pelo menos 2 desvio-padrão abaixo da média.

De seguida foram elaborados os mesmos procedimentos para o grupo de comparação emparelhado no DC, onde se verificou que os sujeitos têm um desempenho que se situa pelo menos 3 desvio-padrões abaixo da média no ACE-R Total ($M = 64.50$, $DP = 13$), apresentando Declínio Cognitivo Grave. Também na orientação e atenção ($M = 13.90$, $DP = 3.65$), memória ($M = 10.45$, $DP = 4.03$) e capacidade visuoespacial ($M = 10.50$, $DP = 4.20$) verificou-se que os sujeitos apresentam um desempenho que se situa pelo menos 3 desvio-padrão abaixo da média, verificando que estas áreas estão afetadas com um grau de severidade elevado. Verificou-se ainda que os sujeitos têm um desempenho que se situa pelo menos 2 desvio padrão abaixo da média na fluência ($M = 5.70$, $DP = 3.26$) e na linguagem ($M = 19.50$, $DP = 4.45$), mostrando que estas áreas estão afetadas com um grau de severidade moderado.

Posteriormente foram realizadas comparações do ACE-R Total e das subescalas entre o grupo experimental e o grupo de comparação emparelhado. Os pressupostos da normalidade não foram cumpridos ($p < .05$) como se verifica na Tabela 2, sendo utilizado o Teste *Mann-Whitney*. De acordo com os resultados apresentados na Tabela 3 não existem diferenças estatisticamente significativas entre o ACE-R Total e as subescalas ao nível dos grupos ($p > .05$) à exceção da fluência que apresenta diferenças estatisticamente significativas ($p < .05$).

Tabela 2

Teste de normalidade dos grupos emparelhados no ACE-R Total e subescalas

	Grupos $p = .000$
ACER Total	
p	.064*
Atenção e orientação	
p	.009
Memória	
p	.036
Fluência	
p	.492*
Linguagem	
p	.533*
Capacidade visuoespacial	
p	.178*

FONTE: elaborada pela autora

*Valor de significância $p > .05$

Tabela 3

Comparações do ACE-R Total e das subescalas nos grupos emparelhados

	Grupos		Grupo experimental	Grupo de comparação emparelhado com DC
	p^*	U		Média
ACER Total	.22	.39	55.60	64.50
Atenção e orientação	.25	.37	8.95	12.05
Memória	.48	.24	9.50	11.50
Fluência	.02**	.71	4.10	7.30
Linguagem	.39	.26	18.60	20.40
Capacidade visuoespacial	1.00	.01	10.40	10.60

FONTE: elaborada pela autora

*Teste *Mann-Whitney* quando não há normalidade para avaliar as diferenças entre o ACE-R e as subescalas ao nível dos grupos

** $p < .05$

*** $p < .01$

**** $p < .001$

Para o segundo objetivo do estudo, referente à associação entre o declínio cognitivo e as variáveis sociodemográficas de escolaridade, idade e sexo, em adultos e idosos com e sem Perturbação do Desenvolvimento Intelectual, realizaram-se análises correlacionais para os grupos experimental e de comparação aleatório. Inicialmente, no grupo experimental, realizou-se a correlação de *Pearson*, para as variáveis idade e ACE-R Total, uma vez que o pressuposto da normalidade foi cumprido ($p > .05$), verificando-se que estas variáveis não estão correlacionadas ($r = -.39$, $p = .27$). Para as variáveis escolaridade e ACE-R Total realizou-se a correlação de *Spearman*, encontrando-se valores significativos de correlação positiva ($r_s = .71$, $p = .020$). Relativamente à associação entre a variável sexo e ACE-R Total, realizou-se uma correlação *Ponto Bissereal*, verificando-se que estas variáveis não estão correlacionadas ($r_{pb} = .1$, $p = .78$).

Além destas correlações, realizaram-se análises de correlação das variáveis sociodemográficas com as subescalas do ACE-R (Tabela 4) no grupo experimental. Para a idade, atenção e orientação utilizou-se a correlação de *Spearman*, uma vez que os pressupostos da normalidade não foram cumpridos ($p < .05$), verificando-se que não existe correlação entre elas ($p > .05$). Nas restantes correlações entre a idade e as subescalas do ACE-R, o pressuposto da normalidade foi cumprido, utilizando-se a correlação de

Pearson, verificando-se que entre a idade e a capacidade visuoespacial existe correlação significativa ($p < .05$).

Realizou-se a correlação de *Spearman* para a escolaridade e subescalas do ACE-R. A escolaridade apresentou correlação positiva muito forte com a subescala da linguagem ($p < .05$).

Quanto às variáveis sexo e subescalas do ACE-R, não existiram correlações ($p > .05$).

Tabela 4

Associação entre variáveis sociodemográficas e subescalas do ACER no grupo experimental

	Correlações				
	Atenção – Orientação	Memória	Fluência	Linguagem	Capacidade Visuoespacial
Idade					
r_s	.07	---	---	---	---
r	---	-.23	-.29	-.17	-.66
p	-.85	.51	.42	.64	.04*
Escolaridade					
r_s	.29	.50	.62	.76	.64
p	.42	.14	.05	.01*	.05
Sexo					
r_{pb}	-.15	.02	.18	.01	.33
p	.69	.97	.62	.97	.36

FONTE: elaborada pela autora

Idade: Correlação de *Pearson* (quando há normalidade) e *Spearman* (quando não há normalidade)

Escolaridade: Correlação de *Spearman*

Sexo: Correlação *Ponto Bissereal*

* $p < .05$.

** $p < .01$

*** $p < .001$

Em seguida, realizaram-se análises de correlação entre as variáveis sociodemográficas e o ACE-R Total no grupo de comparação aleatório. Realizou-se a correlação de *Pearson* para as variáveis idade e ACE-R Total, uma vez que o pressuposto da normalidade foi cumprido ($p > .05$), verificando-se que estas variáveis não estão correlacionadas ($r = -.15$, $p = .66$). Realizou-se a correlação de *Spearman* para as variáveis escolaridade e ACE-R Total ($r_s = .95$, $p = .00$), encontrando-se valores significativos de correlação positiva. Nas variáveis sexo e ACE-R Total, realizou-se a correlação *Ponto Bissereal* ($r_{pb} = .62$, $p = .18$), verificando-se que estas variáveis não estão correlacionadas.

Além destas correlações, realizaram-se análises de correlações das variáveis sociodemográficas com as subescalas do ACE-R no grupo de comparação aleatório. Como se pode verificar na Tabela 5, utilizou-se a correlação de *Pearson* e a de *Spearman* conforme os pressupostos da normalidade, para a idade e subescalas do ACE-R, verificando-se a inexistência de correlações significativas ($p > .05$).

Realizou-se a correlação de *Spearman* para a variável escolaridade com todas as subescalas do ACE-R, verificando-se correlações significativas fortes e positivas na atenção e orientação, na linguagem e na capacidade visuoespacial ($p < .05$).

Em relação à variável sociodemográfica sexo e respectivas subescalas do ACE-R, não existiram correlações significativas entre elas ($p > .05$).

Tabela 5

Associação entre variáveis sociodemográficas e subescalas do ACER no grupo de comparação aleatório

	Correlações				
	Atenção – Orientação	Memória	Fluência	Linguagem	Capacidade Visuoespacial
Idade					
r_s	-.34	---	---	-.08	---
r	---	-.53	.55	---	.10
p	.21	.11	.10	.84	.79
Escolaridade					
r_s	.76	.41	.50	.87	.76
P	.01*	.24	.14	.00**	.01*
Sexo					
r_{pb}	.32	.47	-.23	-.03	.08
p	.36	.17	.53	.94	.83

FONTE: elaborada pela autora

Idade: Correlação de *Pearson* (normalidade) e *Spearman* (não há normalidade);

Escolaridade: Correlação de *Spearman*

Sexo: Correlação *Ponto Bissereal*

* $p < .05$.

** $p < .01$

*** $p < .001$

Neste estudo, verificou-se que a variável idade apenas teve associação com a capacidade visuoespacial em indivíduos com patologia. Já a escolaridade foi a variável que obteve maior número de correlações, tendo-se verificado uma correlação positiva entre a escolaridade e o ACE-R Total em indivíduos com Perturbação do Desenvolvimento

Intelectual e sem patologia; na subescala de linguagem em sujeitos com patologia comórbida e na atenção e orientação, linguagem e capacidade visuoespacial em indivíduos sem patologia.

A variável sexo não tem correlações com o Declínio Cognitivo, verificando-se que tanto no ACE-R Total, como nas subescalas deste em indivíduos com e sem patologia não há correlações entre estas variáveis.

Conclui-se que é a variável escolaridade que está mais associada ao DC tanto nos sujeitos com patologia como nos sujeitos sem patologia.

Discussão

Após a análise do primeiro objetivo, o presente estudo mostra que o grupo com a perturbação comórbida tem uma média de idades inferior ao grupo sem patologia associada, revelando assim, que os sujeitos mais novos têm níveis de declínio cognitivo semelhantes ao de pessoas mais velhas. Neste sentido, os resultados sugerem que a presença de Perturbação do Desenvolvimento Intelectual parece aumentar o risco de um declínio cognitivo mais precoce. O Modelo Desenvolvimentalista defende que nos sujeitos com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual, os processos cognitivos desenvolvem-se a um ritmo mais lento, atingindo um nível cognitivo inferior ao dos sujeitos sem esta perturbação (Belo et al., 2008). Outro fator que pode justificar este resultado é o facto do teste aplicado (ACE-R) ser sensível a perturbações que afetem a comunicação, linguagem, funções motoras ou sensoriais, faculdades essas afetadas pela Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (APA, 2013).

Neste estudo a caracterização e descrição do perfil cognitivo de sujeitos com perturbação do desenvolvimento intelectual verificou que estes sujeitos apresentam défices moderados na linguagem. A literatura tem vindo a defender que sujeitos com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual apresentam défices na produção da linguagem, assim como problemas com a morfologia que levam à formação apenas de frases simples e curtas (dos Santos, 2012).

Em relação ao grupo com declínio cognitivo sem psicopatologia, verificou-se que os indivíduos apresentam um perfil cognitivo deteriorado, uma vez que todos apresentam todas as capacidades cognitivas afetadas em comparação com a população normal. Este resultado pode estar relacionado com a faixa etária, uma vez que é bastante elevada. Há estudos que apresentaram a idade avançada como um fator de risco considerável para o declínio cognitivo e a doença de Alzheimer (Sheline et al., 2006; Wight, et al., 2006).

Em relação ao segundo objetivo foram avaliadas diversas associações entre as variáveis sociodemográficas, especificamente a idade, a escolaridade, o sexo e o declínio cognitivo. No estudo foi-se verificando que existem várias associações, especialmente com o nível de escolaridade dos indivíduos. Tanto no grupo experimental como no grupo de comparação aleatório verificou-se que a escolaridade está positivamente associada com o Declínio Cognitivo Global. No grupo experimental, verificou-se que quanto mais elevados são os níveis de escolaridade, melhor é a capacidade de linguagem em indivíduos com declínio cognitivo, comórbido com perturbação do desenvolvimento intelectual. No grupo sem psicopatologia associada verificou-se que quanto mais elevados são os níveis de escolaridade, melhor é o desempenho na atenção e orientação, linguagem e capacidade visuoespacial. Ribeiro e colaboradores (2010), verificaram no seu estudo que a escolaridade mais elevada está associada a *scores* mais altos nos testes de avaliação psicológica com exceção do teste de reconhecimento no *Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease* (CERAD). Também no estudo de Beeri e colaboradores (2006), a associação positiva entre escolaridade e o desempenho cognitivo geral, atenção, fluência verbal e praxia foram verificadas. Vários estudos ao analisar a associação entre a escolaridade e o declínio cognitivo, concluíram que a escolaridade mais elevada pode atuar como fator de proteção contra o envelhecimento cognitivo patológico (Machado, Ribeiro, Leal, & Cotta, 2007). No estudo verificou-se que não existe associação entre a escolaridade e a memória tal como no estudo de Paulo e Yassuda (2009).

A partir dos 30 anos de idade, os sujeitos perdem capacidades cognitivas (Antunes et al., 2006). A literatura apresenta estudos que apontam para uma associação negativa entre a idade e desempenho cognitivo, ou seja, quanto maior a idade, pior o desempenho cognitivo (Ribeiro et al., 2010). Neste estudo verificou-se uma associação negativa entre as variáveis idade e capacidade visuoespacial no grupo experimental. Este resultado pode ser explicado pelo facto destes sujeitos além de sofrerem de declínio cognitivo, terem perturbação do desenvolvimento intelectual. Valentim e de Oliveira (2013) no seu estudo referem que os sujeitos com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual têm um atraso cronológico de idade em relação aos sujeitos sem esta psicopatologia, pensamento baseado na teoria de idade mental, divulgada pela psicologia através dos testes do Quociente de Inteligência (QI). Também o Critério A do DSM-5 refere que a Perturbação do Desenvolvimento Intelectual corresponde à associação de défices na generalidade das capacidades cognitivas, ou seja, défice cognitivo abaixo do segundo desvio-padrão

negativo do desenvolvimento intelectual para a idade (APA, 2013. p.42), o que pode justificar esta correlação negativa. Apesar de o Grupo de comparação aleatório que tem uma média de idades elevada, não apresentar associações significativas entre a idade e o DC, na literatura está bem estabelecido que o avançar da idade está associado ao declínio no desempenho cognitivo (Coelho et al., 2012).

Quanto à variável sexo e declínio cognitivo, o presente estudo não demonstrou associações entre elas. Em relação a estas variáveis a literatura tem mostrado diferentes resultados empíricos. Numa subamostra do *Baltimore Longitudinal Study of Aging* (BLSA), verificaram que os homens apresentaram pior desempenho em testes cognitivos (Ribeiro et al., 2010). Um outro estudo, demonstra que homens idosos apresentam melhor capacidade cognitiva de percepção em comparação às mulheres, fazendo com que ao longo do tempo, os homens tenham maior qualidade na cognição (Argimon et al., 2012). Ainda, outro estudo revela que existe uma predominância de casos de défice cognitivo e demência no sexo feminino. A possível explicação está relacionada ao facto de as mulheres apresentarem maior expectativa de vida e por deterem um nível de educação mais baixo do que os homens. Outra hipótese apresentada para este resultado está relacionada com o declínio dos níveis hormonais verificados após a menopausa que podem contribuir para o risco aumentado de défice cognitivo no sexo feminino (Foroni, dos Santos, & Leila, 2012).

Dado ser um estudo piloto, e que ainda se encontra numa fase inicial, o projeto inclui diferentes medidas equivalentes ao ACE-R que quando estiverem disponíveis poderão auxiliar na validação e interpretação dos atuais resultados, tais como: *Entrevista Clínica* composta por um guião de perguntas acerca da saúde global e cognição; *Bateria de Avaliação Cognitiva* composta pela *Subescala de Memória Visual Imediata e Diferida – Desenhos de Weschler* que pretende avaliar a memória visual imediata e diferida; o *Trail Making Test* para avaliar a atenção visual sustentada, rastreio visual, velocidade de processamento, habilidade grafomotora, sequencia e flexibilidade cognitiva; a *Gnosia – Orientação Direita Esquerda* para a Avaliação de Demências (BLAD); *Interpretação de Provérbios* (BLAD) que pretende avaliar o grau de abstração verbal; o *Token Test – Compreensão e execução de ordens verbais*, teste de linguagem que pretende avaliar a compreensão auditiva e a memória auditiva imediata e a *Escala de Deterioração Global* que pretende avaliar a demência degenerativa primária.

Este estudo contribuiu para o estado da arte com uma caracterização do perfil cognitivo de adultos idosos com Declínio Cognitivo comórbido com Perturbação do

Desenvolvimento Intelectual. Contribuiu também na comparação do perfil cognitivo de adultos idosos com Declínio Cognitivo e Perturbação do Desenvolvimento Intelectual comórbida, com um grupo equivalente de participantes com Declínio Cognitivo sem psicopatologia comórbida. Os estudos até à presente data focam-se apenas no Declínio Cognitivo ou na Perturbação do Desenvolvimento Intelectual. O estudo ainda contribui para perceber que a presença de Perturbação do Desenvolvimento Intelectual tem impacto no Declínio Cognitivo. Este estudo reforça a literatura ao verificar a existência de correlações positivas entre a escolaridade em adultos e idosos com e sem Perturbação do Desenvolvimento Intelectual, apontando que quanto mais elevada a escolaridade menor o nível de declínio.

O presente estudo apresenta algumas limitações que não puderam ser controladas, nomeadamente a dimensão reduzida da amostra; disponibilidade de um único instrumento de avaliação, o ACE-R, que apenas nos indica se existe Declínio Cognitivo Ligeiro, Moderado ou Grave, não permitindo obter mais interpretações de possíveis resultados. Outra limitação é a escolaridade reduzida dos sujeitos, principalmente os que têm a psicopatologia comórbida, podendo influenciar negativamente os resultados no ACE-R.

Para estudos futuros seria ainda importante que a dimensão da amostra fosse mais alargada, obtendo assim resultados estatisticamente mais relevantes, que permitam que se façam generalizações para a população geral. E ainda, dado ser um estudo piloto seria relevante analisar a eficácia do programa de estimulação *MentHA* após a conclusão de todas as fases deste programa.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5th ed.). Artmed Editora.
- Antunes, H. K., Santos, R. F., Cassilhas, R., Santos, R. V., Bueno, O. F., & Mello, M. D. (2006). Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. *Rev Bras Med Esporte*, 12(2), 108-14.
- Apóstolo, J. L. A., Cardoso, D. F. B., Marta, L. M. G., & Amaral, T. I. D. O. (2011). Efeito da estimulação cognitiva em idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, (5), 193-201.
- Bakken, T. L., & Sageng, H. (2016). Mental health nursing of adults with intellectual disabilities and mental illness: A review of empirical studies 1994–2013. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 286-291. doi: 10.1016/j.apnu.2015.08.006
- Belo, C., Caridade, H., Cabral, L., & Sousa, R. (2008). Deficiência intelectual: terminologia e conceptualização. *Revista Diversidades*, 22(6), 4-8.
- Beeri, M. S., Schmeidler, J., Sano, M., Wang, J., Lally, R., Grossman, H., & Silverman, J. M. (2006). Age, gender, and education norms on the CERAD neuropsychological battery in the oldest old. *Neurology*, 67(6), 1006-1010.
- Bhaumik, S., Gangadharan, S., Hiremath, A., & Russell, P. S. S. (2011). Psychological treatments in intellectual disability: the challenges of building a good evidence base. *The British Journal of Psychiatry*, 198(6), 428-430.
- Black, D. W., & Andreasen, N. C. (2014). *Introductory textbook of psychiatry* (6th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Charchat-Fichman, F. H., Caramelli, P., Sameshima, K., & Nitrini, R. (2005). Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento [Decline of cognitive capacity during aging]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(21), 79-82.
- Cooper, S. A., McLean, G., Guthrie, B., McConnachie, A., Mercer, S., Sullivan, F., & Morrison, J. (2015). Multiple physical and mental health comorbidity in adults with intellectual disabilities: population-based cross-sectional analysis. *BMC family practice*, 16(1), 110.
- Coppus, AMW (2013). Pessoas com deficiência intelectual: o que sabemos sobre a vida adulta e a expectativa de vida?. *Avaliações de pesquisas sobre deficiências do desenvolvimento*, 18 (1), 6-16.

- de Lima Argimon, I. I., Lopes, R. M. F., Terroso, L. B., Farina, M., Wendt, G., & Esteves, C. S. (2012). Gênero e escolaridade: estudo através do miniexame do estado mental (MEEM) em idosos. *Aletheia*, (38-39), 153-161.
- de Melo Coelho, F. G., Vital, T. M., de Paiva Novais, I., de Araújo Costa, G., Stella, F., & Santos-Galduroz, R. F. (2012). Desempenho cognitivo em diferentes níveis de escolaridade de adultos e idosos ativos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(1), 7-15.
- Domiciano, B. R., Braga, D. K. A. P., da Silva, P. N., de Vasconcelos, T. B., & Macena, R. H. M. (2014). Escolaridade, idade e perdas cognitivas de idosas residentes em instituições de longa permanência. *Revista Neurociências*, 22(3), 330-336.
- dos Santos, D. C. O. (2012). Potenciais dificuldades e facilidades na educação de alunos com deficiência intelectual. *Educação e pesquisa*, 38(4), 935-948.
- Eshkoor, SA, Hamid, TA, Mun, CY, & Ng, CK (2015). Comprometimento cognitivo leve e seu manejo em pessoas idosas. *Intervenções clínicas no envelhecimento*, 10, 687.
- Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Costa, S. M. G., Silva, A. O., & Moreira, M. A. S. P. (2012). Envejecimiento activo y su relación con la independencia funcional. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 21(3), 513-518.
- Foroni, P. M., & dos Santos, P. L. (2012). Fatores de risco e proteção associados ao declínio cognitivo no envelhecimento-revisão sistemática de literatura. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 25(3), 364-373.
- Freitas, S., Simões, M. R., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9(3).
- Gonçalves, C., Pinho, M. S., Cruz, V., Pais, J., Gens, H., Oliveira, F., ... & Santos, J. M. (2015). The Portuguese version of Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R) in the diagnosis of subcortical vascular dementia and Alzheimer's disease. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 22(4), 473-485.
- Haveman, M., Perry, J., Salvador-Carulla, L., Walsh, PN, Kerr, M., Van Schroyen-Lantman-de Valk, H., ... & Cara, AC (2011). Envelhecimento e estado de saúde em adultos com deficiência intelectual: resultados do estudo europeu POMONA II. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 36 (1), 49-60.

- Kinsella, G.J., et al. (2009). Early intervention for mild cognitive impairment: a randomised controlled trial. *Journal Neurology Neurosurgery & Psychiatry*, 80, 730-736.
- Lautenschlager, N. T., Cox, K., & Kurz, A. F. (2010). Physical activity and mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Current neurology and neuroscience reports*, 10(5), 352-358.
- Lopez, O. L. (2013). Mild cognitive impairment. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 19(2 Dementia), 411.
- Machado, J. C., Ribeiro, R. D. C. L., Cotta, R. M. M., & Leal, P. F. D. G. (2011). Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Rev bras geriatrgerontol*, 14(1), 109-21.
- Machado, J. C., Ribeiro, R. D. C. L., Leal, P. F. D. G., & Cotta, R. M. M. (2007). Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. *Revista brasileira de epidemiologia*, 10, 592-605.
- McCausland, D., McCallion, P., Cleary, E., & McCarron, M. (2016). Social Connections for Older People with Intellectual Disability in Ireland: Results from Wave One of IDS-TILDA. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 29(1), 71-82.
- Medalia, A., & Revheim, N. (2007). Como lidar com os défices cognitivos associados às doenças mentais—Guia prático para familiares e amigos de pessoas com doença mental. Associação de Apoio às Pessoas Com Perturbação Mental Grave). Porto: ENCONTRAR-SE
- Mendonça, T. C., & Macedo, A. B. (2010). A importância do lúdico durante o tratamento fisioterapêutico em pacientes idosos com déficit cognitivo—estudo de caso. *Revista Eletrônica “Saúde CESUC*, 1(1), 1-11.
- Nordon, D. G., Guimarães, R. R., Kozonoe, D. Y., Mancilha, V. S., & Neto, V. S. D. (2009). Perda cognitiva em idosos. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 11(3), 5-8.
- Paulo, D. L. V., & Yassuda, M. S. (2010). Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Archives of Clinical Psychiatry*, 37(1), 23-26.

- Petersen, R. C., Caracciolo, B., Brayne, C., Gauthier, S., Jelic, V., & Fratiglioni, L. (2014). Mild cognitive impairment: a concept in evolution. *Journal of internal medicine*, 275(3), 214-228.
- Petersen, R. C. (2016). Mild cognitive impairment. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 22(2 Dementia), 404.
- Pinto, C., & Subramanyam, A. A. (2009). Mild cognitive impairment: The dilemma. *Indian journal of psychiatry*, 51(Suppl1), S44.
- Rabelo, D. F. (2009). Comprometimento Cognitivo Leve em Idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. *Revista Kairós: Gerontologia*, 12(2).
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., Franssen, E. S. E., Kluger, A., Mir, P., ... & Cohen, J. (1988). Stage-specific behavioral, cognitive, and in vivo changes in community residing subjects with age-associated memory impairment and primary degenerative dementia of the Alzheimer type. *Drug Development Research*, 15(2-3), 101-114.
- Ribeiro, P. C. C., Oliveira, B. H. D., Cupertino, A. P. F. B., Neri, A. L., & Yassuda, M. S. (2010). Desempenho de idosos na bateria cognitiva CERAD: relações com variáveis sociodemográficas e saúde percebida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*.
- Roberts, R., & Knopman, D. S. (2013). Classification and epidemiology of MCI. *Clinics in geriatric medicine*, 29(4), 753-72.
- Rojas, G. J., Villar, V., Iturry, M., Harris, P., Serrano, C. M., Herrera, J. A., & Allegri, R. F. (2013). Efficacy of a cognitive intervention program in patients with mild cognitive impairment. *International Psychogeriatrics*, 25(5), 825-831.
- Rosenberg, P. B., Mielke, M. M., Appleby, B., Oh, E., Leoutsakos, J. M., & Lyketsos, C. G. (2011). Neuropsychiatric symptoms in MCI subtypes: the importance of executive dysfunction. *International journal of geriatric psychiatry*, 26(4), 364-372.
- San Martin, A., & Pagani, M. R. (2014). Understanding intellectual disability through RASopathies. *Journal of Physiology - Paris*, 108, 232-239.
- Sattler, C., Toro, P., Schönknecht, P., & Schröder, J. (2012). Cognitive activity, education and socioeconomic status as preventive factors for mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Psychiatry research*, 196(1), 90-95.
- Sheline, Y. I., Barch, D. M., Garcia, K., Gersing, K., Pieper, C., Welsh-Bohmer, K., ... & Doraiswamy, P. M. (2006). Cognitive function in late life depression: relationships to

- depression severity, cerebrovascular risk factors and processing speed. *Biological psychiatry*, 60(1), 58-65.
- Sherman, D. S., Mauser, J., Nuno, M., & Sherzai, D. (2017). The efficacy of cognitive intervention in mild cognitive impairment (MCI): a meta-analysis of outcomes on neuropsychological measures. *Neuropsychology review*, 27(4), 440-484.
- Simões, M. R. (2012). Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: investigação e estudos de validação em Portugal. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(34).
- Simões, M. S., Pinho, M. S. Preito, G., Sousa, L. B., Ferreira, I., Gonçalves, C., ...Firmino, H. (2015). Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R). *Escalas e testes na demência. Lisboa: Novartis*, 32-37.
- Spector, A., Orell, M. & Woods, B. (2010). Cognitive Stimulation Therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 25 (2), 1253-1258.
- Valentim, F. O. D., & de Oliveira, A. A. S. (2013). Avaliação da aprendizagem e deficiência intelectual na perspectiva de professores do ensino comum. *Revista Diálogo Educacional*, 13(40), 851-871.
- Westerhof, G. J., Beernink, J., & Sools, A. (2016). Who am I? A life story intervention for persons with intellectual disability and psychiatric problems. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 54(3), 173-186. doi: 10.1352/1934-9556-54.3.173
- Wight, R. G., Aneshensel, C. S., Miller-Martinez, D., Botticello, A. L., Cummings, J. R., Karlamangla, A. S., & Seeman, T. E. (2006). Urban neighborhood context, educational attainment, and cognitive function among older adults. *American journal of epidemiology*, 163(12), 1071-1078.