



Mariana Magalhães Araújo

**Declínio cognitivo e perturbação de esquizofrenia em
adultos idosos: Perfil de funcionalidade e efeito das
variáveis sociodemográficas**

Trabalho realizado sob orientação da

Professora Doutora Célia Oliveira

e co-orientação do

Professor Doutor Pedro Machado dos Santos

novembro 2019



Mariana Magalhães Araújo

**Declínio cognitivo e perturbação de esquizofrenia em
adultos idosos: Perfil de funcionalidade e efeito das
variáveis sociodemográficas**

Dissertação de mestrado

Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto
no dia 28/11/2019, perante o júri seguinte:

Presidente: Professora Doutora Inês Jongenelen

Arguente: Professor Doutor Diogo Lamela

Orientador: Professora Doutora Célia Oliveira

novembro, 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

Queria agradecer em primeiro lugar, à minha orientadora, Prof. Doutora Célia Oliveira, pela orientação prestada ao longo de todo este ano, por todo o apoio, disponibilidade, dedicação, que sempre evidenciou nesta longa etapa. E por isso, o meu Muito obrigada!

À minha família, pelo carinho, apoio, dedicação e amor incondicional que manifestaram ao longo de toda a minha vida.

Queria também agradecer, ao Henrique, meu namorado, amigo, companheiro, confiante, por todo o apoio, paciência e força para que sempre desse o melhor de mim.

Às minhas amigas, Vera, Diana, Cláudia, por estes cinco anos passados juntas e pela amizade que construímos. Ficarão na memória os bons momentos que passamos!

Aos meus amigos de sempre, o meu eterno agradecimento, vocês fazem parte da minha vida há muitos anos. Obrigada por sempre estarem lá quando eu preciso, obrigada por me ouvirem, por me aconselharem e acima de tudo, por serem amigos no verdadeiro sentido da palavra.

A todos, o meu Obrigada!

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 Aging – MenTHa), cuja aplicação e validação se encontra em curso. O declínio cognitivo está associado a um quadro clínico onde se verifica um padrão específico de perdas numa ou mais áreas cognitivas, que origina um comprometimento na realização de atividades. Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo explorar o impacto funcional da comorbilidade entre declínio cognitivo e esquizofrenia em adultos idosos. A amostra total deste estudo é constituída por oito participantes, distribuídos por um grupo experimental, referente ao grupo clínico (esquizofrenia) com declínio cognitivo (n=4), e um grupo de controlo sem psicopatologia e com declínio cognitivo (n=4). Os participantes integram um programa de estimulação cognitiva em curso (MenTHa), pelo que os resultados são ainda exploratórios e referentes à avaliação inicial dos sujeitos. Os resultados evidenciaram diferenças estatisticamente significativas na variável escolaridade nos dois grupos e um nível de funcionalidade elevado tendo em conta a presença de declínio cognitivo e esquizofrenia. Os resultados apresentados permitiram verificar que os pacientes têm uma grande preservação da funcionalidade, tendo em conta a presença de declínio cognitivo, ou seja, a estimulação cognitiva é eficaz para preservar a funcionalidade mesmo com nível de declínio considerável.

Palavras-chave: Declínio cognitivo, Variáveis Sócio-demográficas, Comorbilidade, Funcionalidade

Abstract

The present work corresponds to a pilot study, developed from the initial evaluation of a group of participants that integrate a program of cognitive stimulation (Mental Health and Aging - MenTHa), whose application and validation is ongoing. Cognitive decline is associated with a clinical picture in which there is a specific pattern of loss in one or more cognitive areas, leading to impairment in activities. In this sense, the present study aimed to explore the functional impact of comorbidity between cognitive decline and schizophrenia in elderly adults. The total sample of this study consisted of eight participants, distributed by an experimental group, referring to the clinical group (schizophrenia) with cognitive decline ($n = 4$), and a control group without psychopathology and cognitive decline ($n = 4$). Participants are part of an ongoing cognitive stimulation program (MenTHa), so the results are still exploratory and refer to the initial assessment of the subjects. The results evidenced statistically significant differences in the educational level variable in both groups and a high level of functionality considering the presence of cognitive decline and schizophrenia. The results presented showed that patients have a great preservation of functionality, considering the presence of cognitive decline, that is, cognitive stimulation is effective to preserve functionality even with considerable decline.

Keyword: Cognitive decline, Sociodemographic variables, Comorbidity, Functionality

Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo:	ii
Abstract.....	iii
Definição de declínio cognitivo ligeiro (DCL).....	1
Subtipos de declínio cognitivo (DC)	2
Fatores de risco de declínio cognitivo.....	2
Prevalência.....	2
Diagnóstico de DC.....	3
Esquizofrenia e funcionalidade.....	5
Objetivos de estudo:.....	7
Métodos.....	8
Instrumentos:	9
Procedimento:	11
Análise de dados.....	12
Resultados:.....	12
Perfil de funcionalidade dos grupos	13
Análise inter-participantes:.....	13
Análises intra-participantes:	14
Análises correlacionais: Teste de de Spearman.....	16
Discussão.....	18
Limitações e propostas para futuras investigações.....	21
Referências Bibliográficas.....	21

O envelhecimento humano é acompanhado por perdas e ganhos em todas as dimensões da vida. A nível sensorial, todos os sentidos são afetados, verificando-se uma perda de acuidade e de sensibilidade que vai modificar a relação com o exterior. “Parece existir uma relação dual entre o envelhecimento sensorial e o declínio cognitivo de maneira que um influencia o outro e os dois comprometem a qualidade de vida do idoso com demência” (da Silva Giro, & Paúl, 2013, pp.2). A literatura associa o conceito de DC (declínio cognitivo) às manifestações de DC ligeiro (DCL) que se distinguem das demências.

Definição de declínio cognitivo ligeiro (DCL)

O declínio cognitivo ligeiro está associado a um quadro clínico onde se verifica um padrão específico de perdas numa ou mais áreas cognitivas, que origina um comprometimento na realização de atividades (Radanovic, Stella & Forlenza, 2015). O declínio cognitivo ligeiro é um termo bastante usado que descreve um estágio intermédio entre a função cognitiva normal e a demência. O conceito de DCL é altamente importante para o campo do envelhecimento e da demência por várias razões. Entre outras, os indivíduos com declínio cognitivo ligeiro têm uma elevada taxa de progressão para demência durante um período relativamente curto. Mesmo entre indivíduos que retornam à cognição normal, a taxa de DCL ou demência subsequente é maior do que entre aqueles que nunca apresentaram declínio (Roberts & Knopman, 2013). Aproximadamente 12% das pessoas com mais de 70 anos têm DCL, apresentando 3 a 4 vezes maior probabilidade de desenvolver Demência de Alzheimer (Sousa & Sequeira, 2012). Apesar de a doença de Alzheimer ser uma das maiores causas de declínio cognitivo ligeiro, existem outras tais como, transtornos somáticos, neurológicos ou psiquiátricos, que influenciam o funcionamento cerebral e que podem ser preditores de declínio cognitivo ligeiro (Visser, 2006).

Alterações de memória episódica, tais como esquecimentos relacionados às situações da vida quotidiana e outras alterações cognitivas envolvendo atenção, linguagem, orientação no tempo e no espaço, reconhecimento de ambientes e pessoas, bem como, organização e planeamento de pensamentos e ações podem fazer parte das características clínicas do DCL. A importância clínica dessas alterações tende a ser criteriosamente valorizadas na medida em que elas passam a ter um impacto desfavorável no desempenho das atividades da vida diária (Radanovic, Stella & Forlenza, 2015). Por norma, o impacto na funcionalidade começa a fazer-se sentir nas atividades básicas de vida diária (alimentar-se, vestir-se, cuidados

peçoais) e só mais tarde nas atividades instrumentais (usar o telefone, utilizar meios de transporte) (Imagínario, Machado, Rocha, Antunes & Martins, 2017).

Subtipos de declínio cognitivo (DC)

O número e o tipo de alterações cognitivas determinam o padrão de diagnóstico de DC. Assim, um indivíduo com comprometimento único de memória episódica recebe o diagnóstico de declínio cognitivo ligeiro amnésico. Indivíduos com alterações de memória e de outras funções cognitivas são diagnosticados como tendo DCL amnésico e de múltiplos domínios. Indivíduos com a memória preservada, mas que apresentam comprometimento de outras funções cognitivas recebem o diagnóstico de DCL de múltiplos domínios. A identificação do tipo de DCL merece um cuidado especial porque a natureza clínica de cada um deles pode representar uma condição prodômica própria ou antecipar a conversão para um padrão específico de demência (Radanovic, Stella & Forlenza, 2015).

Fatores de risco de declínio cognitivo

Existem diversos fatores de risco que foram identificados para o declínio cognitivo. Estes incluem fatores de risco não modificáveis, como o sexo, a idade, e fatores genéticos, e fatores de risco modificáveis, como fatores de risco vasculares níveis de escolaridade, desfechos cardiovasculares, condições neuropsiquiátricas (Roberts & Knopman, 2013). O fator de risco relacionado com os níveis de escolaridade, é considerado um fator muito importante, visto que idosos que apresentem um elevado nível de escolaridade, ou seja, (> 11 anos de escolaridade) têm risco diminuído de possuir declínio cognitivo em comparação com aqueles que apenas estudam (6-10 anos) e menor probabilidade de desenvolvimento subsequente de demência (Sánchez, Abanto, Sanchez-Boluarte, Boluarte-Carbajal, SanchezCoronel, Custodio-Capuñay & Samalvides-Cuba, 2019). Relativamente ao sexo, um estudo revelou que as mulheres têm uma prevalência mais alta de declínio cognitivo ligeiro nãoamnésico, contudo não existiram diferenças relativas à incidência ou prevalência relacionadas ao sexo no declínio cognitivo mnésica.

Prevalência

Estima-se que a prevalência global de DCL em idosos seja de 15-20%. Contudo, assim como na demência, as taxas de prevalência dependem da faixa etária, aumentando de 3% para indivíduos com 60 anos, ou mais, para 15% em pessoas com 75 anos ou mais (Forlenza, Diniz, Stella, Teixeira & Gattaz, 2013).

Indivíduos de meia-idade com diagnóstico de DCL são mais propensos a ter uma única entidade etiológica, como a doença de alzheimer de início precoce. Em populações ainda mais jovens, condições como HIV/SIDA, traumatismo crânio-encefálico e distúrbios psiquiátricos podem ser relativamente mais comuns. No entanto, quando o DCL é detetado em pessoas com 70/80 anos de idade é ainda mais provável que uma etiologia degenerativa ou mista seja deduzida (Petersen, Caracciolo, Brayne, Gauthier, Jelic & Fratiglioni, 2014).

Diagnóstico de DC

Para a identificação precoce de indivíduos com DCL o teste mais utilizado na literatura para rastreio de demência é o “Mini Mental State Examination” (MMSE), sendo usado como teste de referência para a validação de muitos outros testes breves. No entanto, para a deteção de DCL, o MMSE não tem mostrado poder discriminativo satisfatório na distinção entre sujeitos normais e sujeitos com DCL, o que é melhor conseguido com o teste MoCA. O MoCA é um teste de rastreio cognitivo que foi projetado para ajudar os profissionais de saúde na detecção do DCL, principalmente em doentes que apresentam uma pontuação entre 24 e 30 pontos no MMSE. Este teste dá mais realce às tarefas de atenção e funcionamento executivo do que o MMSE, o que pode torná-lo mais sensível na deteção de demências. Este teste demora cerca de 10 minutos e tem pontuação máxima de 30 pontos (Guerreiro, 2010).

Segundo o DSM-5 (APA, 2013) o declínio cognitivo ligeiro encontra-se na categoria designada de perturbações neurocognitivas e caracteriza-se por comprometimento em um ou mais dos seguintes domínios:

- 1) **Atenção complexa:** As tarefas normais demoram mais tempo do que antigamente. Relativamente às tarefas de rotina começa a encontrar-se alguns erros. O pensamento quando tem outros estímulos concomitantes (telemóvel, condução, conversa paralela) torna-se mais difícil e complexo. O trabalho tem de ser verificado mais vezes do que antes.
- 2) **Função executiva:** Projetos mais complexos requerem maior esforço; Maior dificuldade na realização de múltiplas tarefas ou em retomar uma tarefa após interrupção; Queixa de fadiga causada pelo esforço adicional necessário para

tomar decisões, planejar e organizar; A nível social requer um maior esforço para acompanhar as conversas e mudanças existentes nesta.

- 3) **Aprendizagem e memória:** Dependência crescente de listas/calendários para prestar auxílio na recordação de acontecimentos recentes; Dificuldade em relembrar personagens de um filme ou romance; Repetição contínua das mesmas coisas à mesma pessoa por um longo período de tempo;
- 4) **Linguagem:** Dificuldade em encontrar palavras; Substituição de termo gerais por específicos; Erros gramaticais e uso incorreto de artigos, verbos auxiliares, proposições, etc.
- 5) **Percetivo-motor:** Dependência de mapas ou de terceiros para obter direções. Dificuldade em saber direções, podendo perder-se ou mudar de direção quando não está concentrado na tarefa; Maior dificuldade em estacionar o carro; Maior esforço em tarefa especiais como, montagem, tricô, carpintaria ou costura; 6) **Cognição Social:** Alterações na personalidade e no comportamento; Capacidade diminuída em identificar pistas sociais ou ler expressões faciais, menor empatia, aumento da extroversão ou da introversão;

O declínio cognitivo na esquizofrenia afeta um elevado número de domínios no que concerne à capacidade cognitiva. Como por exemplo, a memória de trabalho, memória episódica, velocidade de processamento, funcionamento executivo, e algumas habilidades linguísticas (Bowie e Harvey, 2005. cit. in Harvey & Rosenthal, 2018). Em termos das habilidades baseadas no desempenho que parecem menos afetadas, as pessoas com esquizofrenia parecem ser menos prejudicadas nos domínios da memória de reconhecimento, em testes de memória episódica. Relativamente às habilidades verbais, a fluência verbal, é a área mais afetada comparativamente a outras, como nomear. Estas perdas não são consistentes com a doença de alzheimer. Também está claro que o perfil de declínio

cognitivo observado na maioria das pessoas com esquizofrenia não se assemelha ao observado na demência cortical, como a doença de Alzheimer. O que está ausente na esquizofrenia é o rápido esquecimento observado na DA e no declínio cognitivo leve mnésico (Harvey & Rosenthal, 2018).

Esquizofrenia e funcionalidade

A esquizofrenia pode ser considerada uma das dez maiores causas de incapacidade atingindo, pelo menos, 26 milhões de pessoas em todo o mundo (Amorim, Neto, Archer, Frainer & Cruz, 2017). As funções cognitivas que parecem estar mais afetadas, são a memória e aprendizagem verbal; vigilância/atenção; raciocínio e resolução de problemas; memória e aprendizagem visual; velocidade de processamento; memória de trabalho e cognição social (Lima & Espíndola, 2015). Na literatura, existe consenso acerca da influência multifatorial da esquizofrenia, contudo não existem indicadores para explicar o desenvolvimento desta perturbação (Zoghbi & Lieberman, 2018 citado por Nunes, Amorim, Delben, Gusso & Cruz, 2018). Relativamente às causas da esquizofrenia, também não existe conformidade, assim como, não existe uma perspectiva de cura. Os sintomas que advêm desta perturbação são controlados e minimizados através do tratamento medicamentoso, que afeta a vários níveis a vida da pessoa diagnosticada com esquizofrenia, como por exemplo, nas interações, comportamentos, sentimentos... (Vedana & Miaso, 2014 citado por Nunes, Amorim, Delben, Gusso & Cruz, 2018).

Segundo o DSM-5, para esta perturbação ser diagnosticada têm que estar cumpridos os seguintes critérios (APA, 2013, p.117):

- A.** Presença de dois (ou mais) dos seguintes sintomas, por um período de 1 mês
 1. Delírios;
 2. Alucinações;
 3. Discurso desorganizado;
 4. Comportamento desorganizado ou catatónico;
 5. Sintomas negativos (por exemplo, diminuição da expressão emocional ou avolição);
- B.** Desde o início da perturbação e por um período de tempo significativo, o nível de funcionamento de uma ou mais das áreas principais, tais como o trabalho, as relações interpessoais ou o autocuidado, está marcadamente abaixo do nível previamente atingido

(ou quando inicia na infância ou adolescência, não atinge o nível esperado de funcionamento interpessoal, acadêmico ou ocupacional).

- C.** Sinais contínuos da perturbação persistem por pelo menos 6 meses. Este período de 6 meses tem de incluir pelo menos 1 mês de sintomas (ou menos, e tratado com sucesso) que preencham o Critério A (por exemplo, sintomas de fase ativa) e pode incluir período de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante este período prodrômico ou residuais os sinais de perturbação podem manifestar-se apenas por sintomas negativos ou pela presença numa forma atenuada, de dois ou mais do sintoma enumerado no Critério A (por exemplo, crença estranha, experiência perceptiva pouco habitual).
- D.** A perturbação esquizoafetiva e as perturbações depressiva ou bipolar com característica psicótica foram excluídas porque ou: 1) o episódio depressivo maior ou maníaco não ocorreram simultaneamente com o sintoma de fase ativa, ou 2) caso o episódio de humor tenham ocorrido durante o sintoma de fase ativa, este estiveram presente durante uma pequena parte da duração total do período de doença ativa e residual.
- E.** A perturbação não é atribuível ao efeito fisiológico de uma substância (por exemplo uma droga de abuso, medicamento) ou condição médica
- F.** Caso exista história de perturbação do espectro do autismo ou da perturbação da comunicação com início na infância, o diagnóstico adicional de esquizofrenia só é realizado, para além do outro sintoma requerido para a esquizofrenia, também estiverem presente delírio ou alucinações proeminentes por pelo menos (1 mês ou menos e tratado com sucesso).

Uma vez que o presente estudo se enquadra num projeto de validação de um programa de estimulação cognitiva em sujeitos com esquizofrenia e declínio cognitivo comórbido, segundo a literatura um estudo realizado sobre a eficácia de um programa de estimulação cognitiva em sujeitos que possuem demência leve a moderada, que consistiu em verificar os resultados da terapia de estimulação cognitiva, ou seja, observar os benefícios obtidos em várias áreas, como funcionamento cognitivo, desempenho comportamental e psicológico, qualidade de vida percebida, entre outros. De acordo com os resultados da terapia de estimulação cognitiva, existiu uma melhoria na qualidade de vida, no funcionamento geral e num domínio cognitivo em particular, a linguagem. Esta terapia apresenta bons resultados linguísticos, tendo em conta as atividades que são realizadas nas

sessões de estimulação, como categorização de objetos, palavras associadas, jogos de palavras. Esta atividade era programada para estimular as competências verbais e para fomentar a comunicação, como todos os membros do grupo, promovendo a interação. A terapia de estimulação cognitiva exibiu menor eficácia na melhoria de outros domínios cognitivos, como a orientação, memória a curto prazo e no funcionamento comportamental e psicológico (Lobbia, Carbone, Faggian, Gardini, Piras, Spector & Borella, 2018).

Os sintomas negativos da esquizofrenia têm um forte impacto na diminuição do desempenho físico, da capacidade funcional, social e cognitivo (Gomes, Bastos, Costa & Correadeira, 2017 citado por Vaz-Serra et al., 2010), comprometendo assim, a realização das atividades da vida diária (Gomes, Bastos, Costa & Correadeira 2017). A evolução da esquizofrenia reflete um comprometimento funcional que pode representar um desafio para o próprio paciente e aqueles que o rodeiam. A perturbação de esquizofrenia provoca uma deterioração a nível funcional em várias áreas de vida doente como, défices neuropsicológicos, na atenção, aprendizagem verbal, solução de problemas e memória de trabalho. Estes défices têm-se mostrado associados ao comprometimento funcional no doente como, na execução do trabalho, atividades de vida diária e comportamento social (Sá Junior & Souza, 2007).

Objetivos de estudo:

O presente estudo pretende explorar o impacto funcional da comorbilidade entre declínio cognitivo e esquizofrenia em adultos com mais de 50 anos. Considerando o atual estado do conhecimento na área e as variáveis em estudo, formulam-se os seguintes objetivos:

1º Objetivo: Caracterizar o perfil de funcionalidade nas atividades básicas de vida diária (ABVD) de um grupo com esquizofrenia e declínio cognitivo comórbido;

2º Objetivo: Explorar a associação entre variáveis sociodemográficas, perfil de funcionalidade e declínio cognitivo em adultos idosos com esquizofrenia;

Método

A amostra é composta por oito participantes, todas do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 61 e os 90 anos ($M=74.87$, $DP=10.52$). Relativamente ao nível de escolaridade, uma participante (12.5%) não é escolarizada, três participantes (37.5%) tem um a quatro anos de escolaridade, três participantes (37.5%) têm cinco a dez anos de escolaridade e um participante (12.5%) apresenta escolaridade superior ou igual a 11 anos. No que diz respeito ao estado civil duas participantes (25.0%) são solteiras, uma participante (12.5%) é casada ou a viver como tal e duas participantes (25.0%) são viúvas. As restantes 3 participantes (37.5%) apresentam valores omissos. Em relação à situação laboral quatro participantes (50.0%) encontram-se reformadas e uma participante (12.5%) é doméstica. No que se refere à satisfação com a situação económica, quatro participantes (50.0%) salientam que se sentem satisfeitas, uma participante (12.5%) pouco satisfeita e por fim, três participantes (37.5%) não responderam a este item. Todas as participantes possuem nacionalidade portuguesa.

A amostra total ($N=8$) possui um grupo experimental que é referente ao grupo clínico (esquizofrenia) com declínio cognitivo ($n=4$) e um grupo de controlo sem psicopatologia e com declínio cognitivo ($n=4$). Procedeu-se à realização individual das análises descritivas destes dois grupos, que estão presentes na tabela 1.

Tabela 1

Análise descritiva das variáveis sociodemográficas: Grupo de controlo e grupo experimental

	Média		Desvio-Padrão		Mediana		Intervalo inter Quartílico	
	Idade	Esc.	Idade	Esc.	Idade	Esc.	Idade	Esc.
GC	75.5	1.75	9.54	.50	2 (1/4 anos 76 escolaridade)		18	0.75
GE	74.25	3.25	12.89	.50	3 (5/10 anos 73 escolaridade)		25	0.75

Nota. GC= Grupo de controlo; GE= Grupo experimental; Esc=Escolaridade

Procedeu-se à análise de diferenças entre grupos através do teste estatístico Mann Whitney e verificou-se apenas diferenças estatisticamente significativas na escolaridade. Após a realização da análise descritiva dos dois grupos, das variáveis sociodemográficas (idade e escolaridade), presentes na tabela 1, foi possível perceber que o grupo que apresenta maior nível de escolaridade é o grupo experimental, ou seja, o grupo que apresenta esquizofrenia com comorbilidade de declínio cognitivo.

Para a realização das análises descritivas que se apresentam abaixo, foi necessário criar um grupo de controlo equivalente ao grupo experimental no desempenho do ACE-R, para controlar o efeito do nível de declínio cognitivo e determinar o impacto da comorbilidade.

Instrumentos:

Questionário Sociodemográfico- Questionário composto por 14 questões para caracterização sociodemográfica dos participantes tendo as seguintes variáveis: Sexo, idade, nacionalidade, residência, escolaridade, situação laboral, identificação da profissão, situação económica, estado civil, agregado familiar, estrutura familiar;

Escala de atividades básicas de vida diária- ABVD- Benhamou, R. (1997a). Avaliar a dependência dos idosos: proposta de uma escala de avaliação global. 1-7.

Esta escala visa avaliar as necessidades funcionais atuais dos idosos envolvidos na execução de comportamentos básicos de autocuidado: Atividades Básicas da Vida Diária - AVD (ou seja, identificar acima de tudo a necessidade de ajuda) e, como a maioria das escalas que avaliam a dependência funcional, o MDA se aplica diretamente ao sujeito ou indiretamente a um indivíduo responsável pelos cuidados com o sujeito.

Especificamente, o instrumento mede o grau de dependência em 4 seções diferentes (com subseções correspondentes): atividades corporais (alimentação, higiene e descarte), atividades motoras (mobilização, deslocamento e espaço vital), atividades sensoriais (visão, audição e fala) e mentais (memória, comportamento e humor). Cada uma das perguntas pode ter uma pontuação de 0 ("independente ou normal"), 1 ("Parcialmente dependente") ou 2 ("totalmente dependente da ajuda humana"), resultando em uma pontuação máxima de 24 e pontuação mínima de 0. A pontuação total obtida corresponde ao grau de dependência do idoso, sendo que no caso de sendo maior que zero ("Nulo"), os resultados da escala total

indicam: entre 1 e 7 a dependência leve, entre 8 e 14, dependência moderada, entre 15 e 19, dependência grave e entre 20 e 24 uma dependência muito grave.

Atividades Corporais

Alimentação: A capacidade de se alimentar é avaliada: “0 – Alimenta-se normalmente, 1 - Precisa de ajuda parcial ou de alimentos esmagados 2 - Precisa de ajuda humana ou alimentação artificial (sonda, perfusão).”

Higiene: A capacidade do paciente para realizar sua higiene é avaliada: “0 – Executa a sua higiene normalmente”, 1 - Precisa de ajuda parcial, 2 - Precisa de ajuda total”.

Eliminação: A capacidade do paciente de eliminar: “0 - Micção e defecação normal, 1 - Incontinência urinária ou fecal ocasional, 2 - Incontinência urinário ou fecal permanente”.

Atividades motoras

Mobilização: A capacidade do paciente de subir ou descer da cama é avaliada: “0- É feito normalmente”, 1 - Precisa de ajuda ou suporte parcial, 2 – Precisa da ajuda humana total ou de uma cadeira elevatória ou incapacidade de se mover.

Deslocamento: A capacidade do paciente de se mover é avaliada em casa ou no exterior: “0 - Normalmente é feito, 1 - Você precisa de ajuda humano ou técnico, 2 - Precisa de cadeira de rodas ou impossibilidade de deslocamento.

Espaço de convivência: O possível espaço vital é avaliado, com mais ou menos Assistência técnica ou humana: “0 - Possível fora de casa, 1 - Limitado a Endereço, 2 - Limitado à cama.

Atividades sensoriais

Discurso: As habilidades de expressão verbal do paciente são avaliadas: “0- Expressão verbal perfeita, 1 - Dificuldades em falar, 2 – Falta de compreensão ou afasia.

Visão: As habilidades visuais são avaliadas, mais ou menos corrigidas: “0 - Normal, 1 – mal, 2 - Muito mal ou cegueira.

Audição: As habilidades auditivas são avaliadas, mais ou menos corrigidas: “0 -Normal, 1 - Mal, 2 - Muito Mal ou surdez.

Atividades Mentais

Memória: As habilidades amnésicas do paciente são avaliadas: “0 - Normal, 1 Esquecimento mais ou menos frequente, 2 - Esquecimento muito frequente ou amnésia. **Comportamento:**

A presença de distúrbios emocionais ou distúrbios comportamentais é avaliada: “0 - Normal, 1 - Distúrbios menores (teimosia, lamentações, Emotividade), 2- Perturbações Principais (Agitação, Desorientação, Fuga)

Coragem: O humor do paciente é avaliado: “0 - Normal, 1 - Tristeza mais ou menos importante ou irritabilidade, 2 - Apatia (sem energia) ou agressividade.

ACE-R - Addenbrooke's Cognitive Examination - Revised (Mioshi, Dawson, Mitchell, Arnold & Hodges, 2006) / Versão Portuguesa Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira, Martins, 2010). O ACE-R é um instrumento de rastreio cognitivo, cuja administração é individual tendo o tempo médio de aplicação de 20 minutos. Apresenta um resultado máximo de 100 pontos obtido através do somatório das sub-pontuações em 5 domínios examinados: Atenção e Orientação (18 pontos), Memória (26 pontos), Fluência (14 pontos), Linguagem (26 pontos) Capacidade Viso-espacial (16 pontos). Este instrumento é composto por sub-testes do Mini-Mental State Examination (MMSE) sendo possível apurar o resultado desta prova através dos itens que o compõe tendo uma pontuação máxima de 30 pontos.

Procedimento:

Este programa de estimulação foi criado com base no Programa de Psicoestimulação Integral (Boada y Tárraga, 1990). O programa de psicoestimulação é definido como uma estratégia terapêutica, tendo por base o pressuposto da neuroplasticidade fundamentada pelas terapias de modificação de comportamento e tem como objetivo promover a funcionalidade básica e instrumental da pessoa e manter a sua autonomia. A Estimulação Cognitiva é dirigida de forma mais específica para melhorar o funcionamento cognitivo de pessoas com comprometimento cognitivo e/ou demência, aumentando as capacidades cognitivas ainda preservadas, bem como retardando o processo de deterioração. A amostra foi por conveniência isto é, já possuíam diagnóstico prévio, e foram recrutados em contexto institucional e na comunidade, com diagnóstico de perturbação de esquizofrenia e declínio cognitivo. De momento, o programa ainda está a decorrer e considerando a fase onde o projeto se encontra, ou seja, da avaliação inicial, apenas estão disponíveis dados referentes às análises que serão tratadas, nomeadamente, variáveis sociodemográficas, funcionalidade e declínio cognitivo, que foram utilizadas neste trabalho. Foi entregue aos participantes ou aos familiares um consentimento informado, onde eram garantidos a confidencialidade de todos os dados, bem como informações relativas aos resultados do estudo. O projeto Mental Health and Aging - Mentha® inclui uma bateria de testes neuropsicológicos que foi administrada a todos os participantes. A fase de rastreio iniciou-se pelo preenchimento de um *Questionário Sociodemográfico*, uma *entrevista clínica* e a aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação: *Mini Dependence Assessment* (Benhamou, 1997; versão portuguesa Santos et al., 2010); o *Brief Symptom Inventory*, *Addenbrooke's Cognitive*

Examination (L.R.Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995). O rastreio foi complementando pela avaliação pré-teste no qual foram repetidos alguns testes anteriormente referidos e outros tais como, a *Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária* (Lawton e Brody), *Global Deterioration Scale* (Reisberg, Ferris, Leon & Cook, 1982; Reisberg et al, 1986) e a bateria de avaliação cognitiva. Esta última contém os testes de *Memória Visual Imediata e Diferida*, *Trail Making Test – Parte A*, *Trail Making Test – Parte B*, *Orientação Direita Esquerda*, *Interpretação de Provérbios* e *Token Test*. A aplicação do programa de estimulação cognitiva consiste em duas administrações. No final da primeira aplicação é realizada uma avaliação intermédia com os instrumentos previamente utilizados. Está prevista uma segunda aplicação do programa e uma avaliação pós-teste que corresponde à avaliação final. Após seis meses realizou-se a avaliação de seguimento. O projeto MentHA (que incluiu um programa de estimulação cognitiva integrado pelos participantes em análise) contemplou um estudo (comunitário e institucional) de âmbito nacional, que se encontra a decorrer em quatro centros distritais (Lisboa, Porto, Viseu e Covilhã). Para a constituição da amostra, os critérios de inclusão foram os seguintes: a) idade igual superior a 50 anos; b) Residente na comunidade e instituição; c) Presença de queixas cognitivas, DCL ou demência; d) Diagnóstico neuropsiquiátrico; e) Cuidador identificado (de preferência).

Análise de dados

A análise e tratamento dos dados foram trabalhados no *software Statistical Package for the Social Sciences* – IBM SPSS Statistics®, 2016 (versão 24) com o objetivo de realizar uma análise do tipo descritiva dos dados sociodemográficos da amostra e das variáveis em estudo, análises inferenciais e correlacionais.

Resultados:

1. Para responder ao primeiro objetivo deste trabalho, que consiste em traçar o perfil de funcionalidade dos sujeitos com esquizofrenia e declínio cognitivo, analisou-se e comparouse o desempenho dos dois grupos em estudo (grupo de controlo e grupo experimental), tendo-se obtido os resultados que se seguem.

Perfil de funcionalidade dos grupos

Conforme se verifica na Tabela 2, todos os participantes do grupo experimental possuem dependência ligeira, uma vez que segundo o valor da mediana, os valores mínimo e máximo se encontram no intervalo de 1-7 que significa dependência ligeira. Relativamente ao grupo de controlo os valores mínimo e máximo encontram-se no intervalo de 1-7 que significa dependência ligeira.

Tabela 2

Estatística descritiva das Atividades básicas de vida diária, AVD Total e sub-escalas (AVD sensorial, AVD motoras, AVD mentais e AVD corporais) para GE (n=4) e para o GC (n=4)

	AVD Total			AVD Motoras			AVD Corporais			AVD Sensoriais			AVD Mentais		
	Mdn Min Máx			Mdn Min Máx			Mdn Min Máx			Mdn Min Máx			Mdn Min Máx		
GE	3,5	2	6	0	0	0	1,5	0	3	0	0	1	2	1	3
GC	2,5	2	5	0	0	2	0,5	0	2	0,5	0	2	1	0	2

Notas, GE = Grupo experimental; GC = Grupo experimental; Mdn = Mediana; Min = Valor mínimo; Máx = Valor máximo

Análise inter-participantes:

Para analisar as diferenças entre os grupos no perfil de funcionalidade e no desempenho cognitivo, procedeu-se à utilização de um teste de comparação de grupos. Atendendo ao tamanho reduzido da amostra, e uma vez que os pressupostos da normalidade não estavam cumpridos, uma vez que o $p < .05$, utilizou-se a alternativa não paramétrica, o teste de Mann-Whitney. A tabela 3 permite verificar que os grupos apresentam diferenças estatisticamente significativas apenas na variável escolaridade ($U = .000$, $p = .015$, $r = -0.858$). O índice r é indicado como o mais adequado para o cálculo da magnitude do efeito no teste de Mann-Whitney e resulta da aplicação da seguinte fórmula: $r = Z/\sqrt{N}$, com N equivalente à totalidade das observações da amostra (n° de participantes x n° de vezes em que são testados) (Field, 2009, cit in Oliveira, 2013).

Tabela 3.

Comparação de Grupos- Teste Mann-Whitney nas escalas, idade e escolaridade, ABVD total, ACE-R total e subescalas corporais, mentais, sensoriais e mentais

	ABVD- MDA total	Activ. Corporais	Activ. Motoras	Acti. Sensoriais	Acti. Mentais	Idade	Escolaridade	ACE_R Total
U de Mann Whitney	5.500	5.000	6.000	5.500	4.000	8.000	.000	8.000
Significância (Bilateral)	.457	.369	.317	.405	.215	1.000	.015	1.000

Nota. ABVD= Atividades Básicas de vida diária

Análises intra-participantes:

Para cada um dos grupos, a análise intra-participantes das diferenças de desempenho entre as subescalas das atividades motoras, corporais, mentais e sensoriais, apontam para um perfil de funcionalidade homogêneo, sem variações estatisticamente significativas entre as subescalas. Os resultados do teste de Wilcoxon apresentam-se nas tabelas 4 e 5.

Tabela 4.

Grupo experimental

Análise intra-participantes do desempenho nas subescalas atividades motoras, corporais, mentais e sensoriais- teste de Wilcoxon

	Activ. Motoras- Rastreio - Activ. Corporais- Rastreio	Activ. Mentais- Rastreio - Activ. Sensoriais- Rastreio	Activ. Sensoriais- Rastreio - Activ. Corporais- Rastreio	Activ. Mentais- Rastreio - Activ. Motoras- Rastreio	Activ. Sensoriais- Rastreio - Activ. Motoras- Rastreio	Activ. Corporais- Rastreio - Activ. Mentais- Rastreio
Z	-1,604	-1,841	-1,289	-1,857	-1,000	-,447
Significância Assint. (Bilateral)	,109	,066	,197	,063	,317	,655

Tabela 5.

Grupo de controlo

Análise intra-participantes do desempenho nas subescalas atividades motoras, corporais, mentais e sensoriais- teste de Wilcoxon

	Activ. Motoras- Rastreio - Activ. Corporais- Rastreio	Activ. Mentais- Rastreio - Activ. Sensoriais- Rastreio	Activ. Motoras- Rastreio - Activ. Mentais- Rastreio	Activ. Corporais- Rastreio - Activ. Mentais- Rastreio	Activ. Corporais- Rastreio - Activ. Sensoriais- Rastreio	Activ. Motoras- Rastreio - Activ. Sensoriais- Rastreio
Z	-,272	-,447	-,816	-,378	,000	-1,000
Significância Assint. (Bilateral)	,785	,655	,414	,705	1,000	,317

1. Para responder ao segundo objetivo deste trabalho, que consiste em avaliar a associação entre variáveis sociodemográficas, a funcionalidade e o DC, realizou-se um teste de correlação, e atendendo ao tamanho reduzido da amostra, e uma vez que os pressupostos da normalidade não estavam cumpridos, uma vez que é $p < .05$ realizou-se uma análise correlacional, não-paramétrica, de Spearman. Verificaram-se correlações estatisticamente significativas em algumas variáveis para o grupo de controlo, que revelou que o ACE-R total está negativa e marginalmente correlacionado com as subescalas de atividades corporais ($r_s = -.949$, $p = .051$) e de atividades sensoriais ($r_s = -.949$, $p = .051$), conforme se indica na tabela 7. O valor de $p = .051$ é marginalmente significativo, tendo em conta a amostra reduzida. As restantes variáveis revelaram ausência de diferenças estaticamente significativas para os dois grupos.

Análises correlacionais: Teste de Spearman

Tabela 6.

Correlação de Spearman entre as variáveis sociodemográficas, ACER-total, ABVD total e subescalas para o Grupo experimental

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1.Ativ.Corporais	-		.225	1.000	.200	.600	.600	.225
			-.775	.000	-.800	.400	.400	-.775
2.Ativ.Motoras		-						
3.Ativ.sensoriais	.225			.423	.225	.742	.225	
	-.775		-	.577	.775	.258	-.775	
4.Ativ.Mentais	1.000		.423		1.000	.106	.106	.423
	.000		.577	-	.000	.894	-.894	.577
5.ACE-R total	.200		.225	1.000		.800	.800	.225
	-.800		.775	.000	-	-.200	-.200	.775
6.ABVD total	.600		.742	.106	.800		.400	.742
	.400		.258	.894	-.200	-	-.600	.258
7.Idade	.600		.225	.106	.800	.400		.225
	.400		-.775	-.894	-.200	.400	-	.225
8.Escolaridade	.225			.423	.225	.742	.225	-
	-.775			.577	.775	.258	-.775	

*Nota. Para cada subescala os primeiros valores apresentados correspondem ao valor do coeficiente de correlação (r). E os segundos valores ao valor de significância de Spearman. *p ≤ .05 ** p ≤ .01 *** p ≤ .001.*

Tabela 7

Correlação de Spearman entre as variáveis sociodemográficas, ACER-total, ABVD total e subescalas para o Grupo de Controle

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1.Ativ.Corporais	-	-.544	-.899	-.333	-.949	-.389	.211	-.816
		.456	.111	.667	.051	.661	.789	.184
2. Ativ.Motoras	-.544		.816	.000	.775	.816	.258	.333
	.456	-	.184	1.000	.225	.184	.742	.667
3.Ativ.Sensoriais	-.889	.816		.000	.949	.500	-.211	.544
	.111	.184	-	1.000	.051	.500	.789	.456
4. Ativ.Mentais	-.333	.000	.000		.316	.500	.632	.816
	.667	1.000	1.000	-	.684	.500	.368	.184
5. ACE-R total	-.949	.775	.949	.316		.632	.000	.775
	.051	.225	.051	.684	-	.368	1.000	.225
6. ABVD total	-.389	.816	.500	.500	.632		.738	.544
	.611	.184	.500	.500	.368	-	.262	.456
7. Idade	.211	.258	-.211	.632	.000	.738		.258
	.789	.742	.789	.368	1.000	.262	-	.742
8. Escolaridade	-.816	.333	.544	.816	.775	.544	.258	-
	.184	.667	.456	.184	.225	.456	.742	

*Nota. Para cada subescala os primeiros valores apresentados correspondem ao valor do coeficiente de correlação (r). E os segundos valores ao valor de significância de Spearman. *p ≤ .05 ** p ≤ .01 *** p ≤ .001.*

Discussão

Neste estudo começou por se traçar o perfil de funcionalidade dos grupos, através de uma análise descritiva, de forma a caracterizar o nível de funcionalidade global nas atividades de vida diária e o nível de funcionalidade específico, nos domínios das atividades corporais, motoras, sensoriais e mentais. Os resultados da ABVD total evidenciaram para ambos os grupos dependência ligeira. É possível verificar, que existe uma grande preservação da funcionalidade, tendo em conta a presença de declínio cognitivo, ou seja, pode-se concluir que a intervenção é eficaz para preservar a funcionalidade mesmo com nível de declínio considerável. A respeito disto alguns autores, salientam a importância da estimulação cognitiva, uma vez que esta contribui para a manutenção da saúde cognitiva dos idosos, a uma diminuição do risco de declínio cognitivo, protege contra o aparecimento de demência e consequentemente melhora a autonomia e independência dos sujeitos (Apóstolo, Cardoso, Marta & Amaral, 2011) ainda outro estudo realça que a estimulação cognitiva tem um efeito positivo na autonomia dos idosos e na qualidade de vida das famílias, sendo uma componente essencial no cuidado com esta população (Borges, 2018).

Para aprofundar o perfil de funcionalidade, analisaram-se as diferenças entre o grupo de controlo e o grupo experimental ao nível das variáveis sociodemográficas (idade e escolaridade), ACER-total, escala da ABVD total e respetivas subescalas. Verificou-se que os grupos diferem na variável escolaridade, sendo que foi possível observar um maior grau de escolaridade no grupo experimental. Segundo os resultados de um estudo analítico transversal, realizado por Machado, Ribeiro, Leal & Cotta, (2007), níveis superiores de escolaridade poderão ser considerados um fator protetor para o surgimento de declínio cognitivo, o que não se verifica no presente estudo. Uma hipótese que podemos levantar para explicar este resultado é a presença de comorbilidade de perturbação de esquizofrenia no grupo experimental, sendo que este poderá ser um fator que elimina os efeitos protetores da escolaridade.

Para uma análise mais detalhada, procedeu-se, ainda, à comparação do desempenho de cada grupo nas subescalas de atividades motoras, corporais, mentais e sensoriais. O resultado das análises intra-participantes evidenciaram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as subescalas, em ambos os grupos (GE e GC). Estes dados revelam que os participantes apresentam um grau de funcionalidade elevado, isto é, verifica-se uma preservação significativa da funcionalidade apesar da presença de declínio

cognitivo. Os dados sugerem que se deve estimular estas áreas na intervenção com os pacientes, atendendo à aparente possibilidade de prolongar a funcionalidade. A título de exemplo, FERP, de Oliveira, da Silva e Confort, (2018), verificaram que a estimulação cognitiva utiliza diversos jogos e atividades em simultâneo, uma vez que a área mais afetada com o envelhecimento estão relacionadas com a capacidade de realizar tarefas ao mesmo tempo, o que condiciona as áreas motoras e cognitivas, ou seja, é de extrema importância a estimulação nestas áreas. Referem ainda, que a Estimulação Cognitiva melhora a qualidade de vida do paciente, uma vez que proporciona melhoria no desempenho psicomotor; melhoria na capacidade funcional, ou seja, maior independência; integração social; melhoria da memória, linguagem, atenção, concentração, aprendizagem, velocidade de raciocínio, entre outros. A Estimulação Cognitiva no processo de envelhecimento tem como objetivo auxiliar na melhoria do desempenho cognitivo dos pacientes, a fim de estes adquirirem as competências necessárias para a realização das atividades diárias.

Realizara-se, ainda, análises correlacionais entre as variáveis em estudo (ou seja, subescalas da ABVD, ABVD total, ACE-R Total e variáveis sociodemográficas) para cada um dos grupos, com o objetivo de explorar a associação entre as variáveis. Para o grupo experimental, os resultados indicaram a ausência de associações estatisticamente significativas entre as variáveis em análise ou seja nenhuma destas variáveis estão associadas entre si. Segundo a análise, não existe associação entre as atividades básicas de vida diária e as variáveis sociodemográficas, contudo esta hipótese é refutada pela literatura que refere “que a cada ano, cerca de 10% da população com idade superior a 75 anos perde a independência em uma ou mais Atividades da Vida Diária (AVD’s). A capacidade funcional, especialmente a dimensão motora, é um marcador importante de um envelhecimento bem-sucedido e da qualidade de vida dos idosos. A perda da capacidade funcional, poderá predispor o idoso à fragilidade, dependência, institucionalização, entre outros” (Carneiro, Vilela & Meira, 2016, pp.204). Além disso, ainda um outro estudo, refere que a idade e a escolaridade influenciam positivamente na manutenção da capacidade funcional (Pinto, Lange, Pastore, Llano, Castro & Santos, 2016), o que não se verificou neste caso.

No que concerne à associação entre o desempenho global na escala de atividades básicas de vida diária e as respetivas subescalas (motoras, sensoriais, mentais e corporais) não existe uma associação entre estas variáveis. Contudo, Mlinac & Feng, (2016) contrapõem esta hipótese referindo que a capacidade de realizar tanto atividades básicas

como instrumentais de vida diária depende de algumas capacidades motoras, perceptivas, sensoriais e, inclusive, cognitivas, como o planeamento e o raciocínio.

Por fim, no que se refere à associação entre as atividades de vida diária e o ACE-R, que avalia o declínio cognitivo, os resultados obtidos no presente estudo demonstram que não existe associação entre estas variáveis. No entanto, estudos salientam que pacientes que possuam declínio cognitivo expressam dificuldades no desempenho das atividades de vida diária (Cunha, et al., 2015) e maior dependência funcional nas atividades básicas e instrumentais de vida diária comparativamente a sujeitos que não possuem declínio cognitivo (Nunes, Dias, Nascimento, Gomes & dos Santos Tavares, 2016).

No grupo de controlo existe associação entre o ACE-R e as atividades sensoriais e corporais, e segundo a literatura, à medida que as pessoas vão envelhecendo e entram num processo de declínio cognitivo, surge um declínio gradual das funções sensoriais, devido à diminuição do número de neurónios sensoriais, da função dos neurónios remanescentes e do processamento feito pelo sistema nervoso central. Com o avançar da idade, a visão é uma das áreas que sofre bastantes alterações. A capacidade de acomodação visual, acuidade, a perceção de texturas e cor e a capacidade de adaptação ao escuro, declinam com o envelhecimento. A perda de visão contribui para incapacidade na mobilidade, nas atividades de vida diária entre outras (Lamas & Paul, 2013).

O presente projeto incluiu outras medidas semelhantes com o ACE-R, que quando a aplicação do programa terminar e os resultados estiverem disponíveis, estes poderão auxiliar na interpretação dos nossos resultados.

Por fim, apesar da dimensão exploratória do presente estudo, importa referir a respetiva pertinência, uma vez que não se encontraram estudos que aprofundem a funcionalidade na vida diária em pacientes idosos com DC e perturbação de esquizofrenia comórbida. Neste caso, o presente estudo sugere que estes pacientes mantêm um nível de funcionalidade elevado e que o programa de estimulação cognitiva contribuiu para a preservação das capacidades funcionais no que concerne às atividades de vida diária. Também foi possível perceber a importância da estimulação cognitiva de maneira a atenuar as consequências que advêm do envelhecimento.

Limitações e propostas para futuras investigações

O presente estudo apresenta algumas limitações que podem servir de motivação para futuras investigações. Primeiramente, a ausência de estudos em torno desta área não permite comparar os resultados obtidos com estudos semelhantes. Uma outra limitação prende-se com o número reduzido de participantes e com a representatividade exclusiva de pessoas do sexo feminino, o que inviabiliza a comparação entre os dois sexos e a generalização dos resultados (pese embora, o esperado tamanho reduzido da amostra comórbida, dada a especificidade das características deste grupo). Em estudos futuros seria importante aumentar o número de participantes, assim como incluir participantes do sexo masculino de forma a enriquecer a análise e poder explicativo dos resultados. A inclusão de outros instrumentos seria benéfico para validar os resultados encontrados (uma vez que a utilização de apenas uma medida para cada variável não permite ultrapassar eventuais limitações dos instrumentos e pode explicar uma parte dos resultados obtidos).

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Amorim, L., Franzim Neto, L., Archer, A. B., Frainer, J., & Cruz, R. M. (2017). Perspectivas conceituais e instrumentos para avaliação de funcionalidade em pacientes com esquizofrenia. *Avaliação Psicológica*, 16(4), 478-488;
- 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.
- Benhamou, R. (1997a). Avaliar a dependência dos idosos: proposta de uma escala de avaliação global. 1-7.
- (Borges, A. (2018). ESTIMULAÇÃO COGNITIVO-SENSORIAL EM IDOSOS DE UMA IPSS.
- Carneiro, D. N., Vilela, A. B. A., & Meira, S. S. (2016). AVALIAÇÃO DO DÉFICIT COGNITIVO, MOBILIDADE E ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA ENTRE IDOSOS. *Revista de APS*, 19(2).

- da Cunha, F. C. M., Cintra, M. T. G., Dornelas, J. M., Assis, M. G., Cassiano, J. G., Nicolato, R., ... & Bicalho, M. A. C. (2015). Declínio funcional em idosos com comprometimento cognitivo leve. *Rev Med Minas Gerais*, 25(3), 423-431.
- da Silva Giro, A. J. N., & Paúl, C. (2013). Envelhecimento sensorial, declínio cognitivo e qualidade de vida no idoso com demência.
- de Lima, A. B., & Espíndola, C. R. (2015). Esquizofrenia: funções cognitivas, análise do comportamento e propostas de reabilitação. *Revista Subjetividades*, 15(1), 105-112.
- de Sá Junior, A. R., & de Souza, M. C. (2007). Avaliação do comprometimento funcional na esquizofrenia. *Archives of Clinical Psychiatry*, 34(supl. 2), 164-168.
- FERP, U., de Oliveira, A. S. A., da Silva, V. C. L., & Confort, M. F. (2018). BENEFÍCIOS DA ESTIMULAÇÃO COGNITIVA APLICADA AO ENVELHECIMENTO. *Episteme Transversalis*, 8(2).
- Forlenza, O. V., Diniz, B. S., Stella, F., Teixeira, A. L., & Gattaz, W. F. (2013). Mild cognitive impairment (part 1): clinical characteristics and predictors of dementia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(2), 178-185.
- Guerreiro, M. (2010). Testes de rastreio de defeito cognitivo e demência: uma perspectiva prática. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 26(1), 46-53;
- Gomes, E., Bastos, T., Costa, R., & Corredeira, R. (2017). Efeito de um programa de atividade física na capacidade funcional para o exercício e nível de atividade física de pessoas com esquizofrenia: um estudo piloto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (18), 44-50
- Harvey, P. D., & Rosenthal, J. B. (2018). Cognitive and functional deficits in people with schizophrenia: Evidence for accelerated or exaggerated aging?. *Schizophrenia research*, 196, 14-21.
- Imaginário, C., Machado, P., Rocha, M., Antunes, C., & Martins, T. (2017). Atividades de vida diária como preditores do estado cognitivo em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (18), 37-43.
- Lamas, M. C. R., & Paul, C. (2013). O envelhecimento do sistema sensorial: implicações na funcionalidade e qualidade de vida.

- Lobbia, A., Carbone, E., Faggian, S., Gardini, S., Piras, F., Spector, A., & Borella, E. (2018). The Efficacy of Cognitive Stimulation Therapy (CST) for People With Mild-toModerate Dementia.
- 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.
- Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., & Hodges, J. R. (2006). The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(11), 1078– 1085. doi:10.1002/gps.1610
- Mlinac, M. E., & Feng, M. C. (2016). Assessment of activities of daily living, self-care, and independence. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31(6), 506-516.
- Nunes, P. P., Amorim, L., Delben, P. B., Gusso, H. L., & Cruz, R. M. (2018). PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EM AMBULATORIO DE UM HOSPITAL PÚBLICO. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*, 7 (1), 12-24.
- Nunes, W. A., Dias, F. A., Nascimento, J. S., Gomes, N. C., & dos Santos Tavares, D. M. (2016). Cognição, funcionalidade e indicativo de depressão entre idosos. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 17(1), 103-111.
- 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;
- Pinto, A. H., Lange, C., Pastore, C. A., Llano, P. M. P. D., Castro, D. P., & Santos, F. D. (2016). Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 3545-3555.
- Radanovic, M., Stella, F., & Forlenza, O. V. (2015). Comprometimento cognitivo leve. *Revista de Medicina*, 94(3), 162-168.
- Roberts, R., & Knopman, D. S. (2013). Classification and epidemiology of MCI. *Clinics in geriatric medicine*, 29(4), 753-7

- Sánchez, S. S., Abanto, J., Sanchez-Boluarte, A., Boluarte-Carbajal, A., Sanchez-Coronel, D., Custodio-Capuñay, N., & Samalvides-Cuba, F. (2019). FREQUÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS DO COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE AMNÉSICO EM QUATRO CLUBES DE IDOSOS EM LIMA, PERU. *Dementia & Neuropsychologia*, 13(3), 321-328.
- 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;
- Vaz-Serra, A., Palha, A., Figueira, M. L., Bessa-Peixoto, A., Brissos, S., Casquinha, P., ... & Relvas, J. (2010). Cognição, cognição social e funcionalidade na esquizofrenia. *Acta Médica Portuguesa*, 23(6), 1043-1058;
- Visser, P. J. (2006). Mild cognitive impairment. *Principles and practice of geriatric medicine*, 4(...)
- Volgman, A. S., Bairey Merz, C. N., Aggarwal, N. T., Bittner, V., Bunch, T. J., Gorelick, P. B., ... & Russo, A. M. (2019). Sex Differences in Cardiovascular Disease and Cognitive Impairment: Another Health Disparity for Women?. *Journal of the American Heart Association*, 8(19), e013154.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS (3rd Edition)*. London: Sage.
- Firmino, H., Simões, M. R., Pinho, S., Cerejeira, J., & Martins, C. (2010). Avaliação Cognitiva de Addenbrooke. Experimental Portuguese version of the Addenbrooke's cognitive examination Manual. Psychological Service. Coimbra: Faculty of Psychology and Educational Sciences of University of Coimbra.
- Oliveira, C. R. G. (2013). Capacidade de Memória de Trabalho: Efeitos das funções inibitórias de restrição, acesso e eliminação da informação (Tese de Doutoramento). Braga: Universidade do Minho.