

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-graduação em Medicina Molecular

Amanda Pelinson Gomes Tiago

Implementação da Terapia de Estimulação Cognitiva para Transtornos
Neurocognitivos em contexto de Instituição de Longa Permanência no Brasil

Belo Horizonte
2025

Amanda Pelinson Gomes Tiago

Implementação da Terapia de Estimulação Cognitiva para Demência em
contexto de Instituição de Longa Permanência no Brasil

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Medicina Molecular

Orientador: Prof. Dr. Bernardo de Mattos Viana

Coorientador: Prof. Dr. Jonas Jardim de Paula

Belo Horizonte

2025

Tiago, Amanda Pelinson Gomes.
T551i Implementação da Terapia de Estimulação Cognitiva para Transtornos Neurocognitivos em contexto de Instituição de Longa Permanência no Brasil [recurso eletrônico] / Amanda Pelinson Gomes Tiago. - - Belo Horizonte: 2025. 74 f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador: Bernardo de Mattos Viana
Coorientador: Jonas Jardim de Paula
Área de concentração: Medicina Molecular
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Terapia Cognitivo-Comportamental. 2. Demência. 3. Instituição de Longa Permanência para Idosos. 4. Qualidade de Vida. 5. Dissertação Acadêmica.
I. Viana, Bernardo de Mattos. II. Paula, Jonas Jardim de. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WT 152.3



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA MOLECULAR
ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Às 08:00 horas do dia vinte e cinco de fevereiro de dois mil e vinte e cinco, de forma remota, através da plataforma TEAMS, realizou-se a sessão pública para a defesa de Dissertação de **AMANDA PELISON GOMES TIAGO**, inscrição 2023656413. A presidência da sessão coube ao Prof. Bernardo de Mattos Viana - orientador. Inicialmente, o presidente fez a apresentação da Comissão Examinadora assim constituída: Prof. Daniel Corrêa Mograbi (PUCRJ), Prof. Rodrigo Nicolato (UFMG) e Prof. Jonas Jardim de Paula (UFMG) coorientador. Em seguida, o candidato fez a apresentação do trabalho que constitui sua Dissertação de Mestrado, intitulada: "**IMPLEMENTAÇÃO DA TERAPIA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA PARA TRANSTORNOS NEUROCOGNITIVOS EM CONTEXTO DE INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA NO BRASIL**". Seguiu-se a arguição pelos examinadores e logo após, a Comissão reuniu-se, sem a presença do candidato e do público e decidiu considerar **aprovada** a Dissertação de Mestrado. O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pelo presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ata que, depois de lida, se aprovada, será assinada pela Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 25 de fevereiro de 2025.

Assinatura dos membros da banca examinadora:



Documento assinado eletronicamente por **Rodrigo Nicolato, Professor do Magistério Superior**, em 26/02/2025, às 12:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Jonas Jardim de Paula, Servidor(a)**, em 26/02/2025, às 13:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Daniel Corrêa Mograbi, Usuário Externo**, em 26/02/2025, às 14:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Bernardo de Mattos Viana, Professor do Magistério Superior**, em 27/02/2025, às 09:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4006123** e o código CRC **C6A1B56F**.

Aos meus avós, Ana e Nilton, que tanto me ensinaram e que, até hoje, me inspiram com seu exemplo de dignidade e sabedoria no envelhecimento.

AGRADECIMENTOS

A conclusão desta dissertação representa não apenas a realização de um importante marco acadêmico, mas também o resultado de um percurso repleto de aprendizado, desafios e colaborações. Por isso, expresso aqui minha profunda gratidão a todos que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste trabalho. Agradeço, primeiramente, ao meu orientador, professor Bernardo Mattos Viana, por sua orientação, paciência, e dedicação ao longo de todo o processo. Agradeço meu coorientador Jonas Jardim, suas valiosas contribuições e incentivo foram essenciais para o desenvolvimento deste estudo. À minha família, que esteve ao meu lado em cada etapa desta jornada, meu mais profundo agradecimento. À minha irmã Mariana Pelinson Gomes Tiago, que participou da pesquisa como parte da equipe. Agradeço meu amor Sandro Vieira, por estar comigo durante todo esse processo me dando todo o suporte que eu precisava, sempre com muita paciência e carinho. Agradeço a todos os fellows de Psicogerontologia que participaram ativamente dos treinamentos e da pesquisa com muita proatividade e eficiência. Por fim, expresso minha gratidão a todas as pessoas e instituições que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, seja por meio de suporte técnico, financeiro ou motivacional. A cada um de vocês, meu sincero muito obrigada. Este trabalho é fruto da soma de esforços de todos vocês.

RESUMO

O aumento do envelhecimento populacional e dos casos de demência (1) tem impactado diretamente na demanda por serviços voltados para essa faixa etária. A Terapia de Estimulação Cognitiva (CST) surge como uma intervenção não farmacológica destinada a quadros de declínio cognitivo leve a moderado, consistindo em atividades temáticas realizadas em pequenos grupos, com foco na melhoria do funcionamento cognitivo e social dos pacientes. (2) Este estudo teve como objetivo avaliar a viabilidade da implementação do protocolo CST em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), identificando facilitadores e obstáculos que demandassem adaptações, além de investigar os efeitos da intervenção na cognição, qualidade de vida e humor dos participantes. Uma amostra de 33 participantes foi avaliada em três momentos: T0 (linha de base), T1 (após 7 semanas de lista de espera em cuidado usual) e T2 (após 7 semanas de intervenção com o protocolo CST). As sessões ocorreram em cinco ILPIs filantrópicas de Belo Horizonte, vinculadas ao Projeto Cuidar. (3) As adaptações identificadas incluíram ajustes no espaço e na logística das sessões, além da relevância do bom relacionamento com as equipes das ILPIs para a realização da intervenção. As taxas de recrutamento, retenção e aceitabilidade foram altas, indicando boa adesão por parte dos idosos e das equipes das instituições. Os resultados mostraram melhorias significativas na qualidade de vida dos participantes após a intervenção, embora não tenham sido observadas mudanças significativas na cognição, humor ou atividades de vida diária. O presente estudo reforça a importância de um processo de implementação cuidadoso, que contemple adaptações específicas ao contexto, a receptividade do público-alvo e a manutenção da eficácia da intervenção, considerando as variáveis ambientais que impactam diretamente na aplicação da CST em ILPIs.

Palavras-chave: estimulação cognitiva; demência; instituição de longa permanência; intervenção psicossociais.

ABSTRACT

The increase in population aging and dementia cases has directly impacted the demand for services targeting this age group. (1) Cognitive Stimulation Therapy (CST) has emerged as a non-pharmacological intervention aimed at individuals with mild to moderate cognitive decline, consisting of themed activities conducted in small groups, with a focus on improving patients' cognitive and social functioning. (2) This study aimed to evaluate the feasibility of implementing the CST protocol in Long-Term Care Facilities for the Elderly, identifying facilitators and barriers that required adaptations, as well as investigating the effects of the intervention on cognition, quality of life, and mood. A sample of 33 participants was assessed at three time points: T0 (baseline), T1 (after 7 weeks on a usual care waiting list), and T2 (after 7 weeks of CST intervention). The sessions were conducted in five philanthropic nursing homes in Belo Horizonte, linked to the Projeto Cuidar. (3) Identified adaptations included adjustments to the space and logistics of the sessions, as well as the importance of maintaining positive relationships with nursing home staff for the successful implementation of the intervention. Recruitment, retention, and acceptability rates were high, indicating strong adherence from both the elderly participants and the institutional teams. The results showed significant improvements in participants' quality of life following the intervention, although no significant changes were observed in cognition, mood, or daily living activities. This study underscores the importance of a carefully planned implementation process that includes specific contextual adaptations, target audience receptivity, and the maintenance of intervention effectiveness, while considering environmental variables that directly impact the application of CST in Nursing Homes.

Keywords: cognitive stimulation; dementia; nursing homes; psychosocial interventions

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 –	Etapas da pesquisa.....pag. 25
FIGURA 2 -	Recrutamento e retenção.....pag. 40
FIGURA 3 -	Motivos de saída da pesquisa.....pag.42
FIGURA 4 -	Análise da qualidade de vida.....pag.46
FIGURA 5 -	Análise dos sintomas depressivospag.47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos participantes por ILPI	38
Tabela 2. Média (M) e desvio-padrão (DP) da escolaridade (anos) e idade (anos)	38
Tabela 3. Dados escalas e avaliação cognitiva da amostra em T0	39
Tabela 4. Frequência (%) na intervenção de CST	41
Tabela 5. Adaptações necessárias	43
Tabela 6. Avaliações Tempo 0 (T0), Tempo 1 (T1) e Tempo 2 (T2), com valor de p	46
Tabela 7. Análise Post Hoc – QOLAD	47
Tabela 8. Análise Post Hoc – Cornell.	48

LISTA DE SIGLAS

AVDs	Atividades de Vida Diária
AVDBs	Atividades de Vida Diária Básicas
AVDIs	Atividades de Vida Diárias Instrumentais
BPSD	Sintomas Comportamentais e Psicológicos da Demência
CAMCOG	Exame Cognitivo de Cambridge
CDR – SOB	Clinical Dementia Rating – Sum of Boxes
CST	Cognitive Stimulation Therapy
DA	Doença de Alzheimer
DSM 5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5. ^a edição
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
MEEM	Mini-exame do Estado Mental
NUGG	Núcleo de Geriatria e Gerontologia do HC-UFGM
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	Instituições de Longa Permanência para Idosos.....	14
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	15
2.1.	Intervenções não-farmacológicas em ILPIs	17
2.2	Terapia de Estimulação Cognitiva	18
2.3	Eficácia da CST.....	20
2.4	Outros estudos de implementação da CST	21
3	OBJETIVOS	22
3.1.	Objetivo Primário:	22
3.2.	Objetivo Secundário:	23
4	Hipótese	23
5	MATERIAIS E MÉTODOS	24
5.1.	Desenho do estudo.....	24
5.1.1.	Validação da aplicação do Protocolo de CST em ILPI:	25
5.1.2.	Avaliação de impactos na Cognição, regulação emocional e comportamentos	26
5.2	Critérios de Inclusão e exclusão	26
5.1	Local de estudo e casuística	27
5.2	Treinamento da equipe	28
5.3	Recrutamento.....	30
5.4	Instrumentos de avaliação	31
5.5	Análises estatísticas.....	37
6	RESULTADOS.....	37
6.1	Taxa de recrutamento e retenção.....	39
6.4	Taxa de fidelidade	42
6.5	Análise das avaliações	44
6.6	Análise da qualidade de vida	46
6.4	Análise do humor	47

7	DISCUSSÃO	48
8	CONCLUSÃO.....	57
	REFERÊNCIAS	60
	ANEXOS	67

1. INTRODUÇÃO

O crescente número de pessoas idosas na população geral tem trazido à tona questões associadas ao cuidado e as necessidades específicas do envelhecimento, e a importância da disponibilidade de serviços que atendam essa população tem se mostrado cada vez mais evidente (1). De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de pessoas com 65 anos ou mais no país aumentou 57,4% entre 2010 e 2022. (4).

Em coerência com a mudança demográfica, percebe-se uma mudança epidemiológica marcada pela substituição gradual de doenças infecciosas por doenças crônicas (5), evidenciando-se um aumento significativo de síndromes demenciais (6) e vários desafios associados ao manejo e ao cuidado que esses pacientes demandam.

Diante dessa realidade, a institucionalização surge como uma alternativa para atender às demandas específicas dessa população, especialmente em situações em que o núcleo familiar não dispõe de recursos ou capacidade para oferecer os cuidados necessários. Atualmente observa-se uma tendência de aumento na idade média de ingresso em Instituições de longa Permanência para Idosos (ILPIs), assim como aumento do tempo de permanência, enquanto a idade mediana de óbito não apresenta mudanças expressivas.(7) Esses achados podem estar relacionados a avanços na saúde pública, melhorias no status socioeconômico, aumento da expectativa de vida e ao desenvolvimento de políticas e regulamentações voltadas à proteção dos idosos no Brasil.

Os quadros de declínio cognitivo, especialmente nas formas mais avançadas, são citados como um grande fator de risco para a institucionalização dos pacientes (8). Os sintomas comportamentais e cognitivos associados à demência aumentam significativamente a probabilidade de internação em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), além da crescente necessidade de suporte nas atividades diárias, a deterioração da autonomia e os desafios no manejo (9). Um estudo recente destaca que indivíduos com sintomas comportamentais como agitação, agressão e psicoses têm uma probabilidade maior de serem

institucionalizados, com um risco 1,45 vezes maior em comparação com aqueles sem esses sintomas (10).

1.1 Instituições de Longa Permanência para Idosos

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) são estabelecimentos destinados a atender pessoas com 60 anos ou mais. Esses locais oferecem suporte em regime de internato, seja gratuito ou mediante pagamento, por tempo indeterminado, com o objetivo de atender às necessidades de moradia, cuidado e assistência aos idosos (11). Tais cuidados são previstos pelo **Estatuto do Idoso**, especificamente nos **Artigos 35 e 37**, que preveem a proteção e assistência aos idosos em regime de institucionalização.

Art. 35. Todas as entidades de longa permanência, ou casa-lar, são obrigadas a firmar contrato de prestação de serviços com a pessoa idosa abrigada. (12)

Art. 37. § 3 As instituições que abrigarem pessoas idosas são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades delas, bem como provê-las com alimentação regular e higiene indispensáveis às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei. (12)

O cuidado de pessoas com demência em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) apresenta uma série de desafios, sendo comum que a equipe de profissionais tenha dificuldades para lidar com os comportamentos e as necessidades específicas desses pacientes (13). Dessa forma, intervenções adaptadas a esses ambientes são essenciais, pois capacitam os cuidadores a oferecer um atendimento mais eficaz e humanizado.

A rotina pouco estimulante em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) exerce um impacto significativo para um maior déficit cognitivo entre idosos institucionalizados. (14) Nesse contexto, a implementação de intervenções psicossociais surge como uma estratégia fundamental para enriquecer a rotina, integrando atividades que não apenas estimulam as funções cognitivas, mas que

também possibilitam o engajamento ativo e significativo por parte da pessoa com demência. Além disso, atividades que promovem a socialização e a estimulação cognitiva podem ser fundamentais, não apenas para melhorar a qualidade de vida dos idosos, mas também para prevenir o desenvolvimento de transtornos de humor, como a depressão(15), podendo também influenciar de forma positiva a rotina dos próprios cuidadores e trabalhadores das ILPIs.

A adaptação de atividades para promover a participação ativa de pessoas com demência em uma rotina mais estimulante apresenta-se como um grande desafio. (16) A rotina intensa da equipe, focada na proteção dos idosos mais frágeis e no atendimento às demandas dos idosos com maior grau de dependência, compromete a dedicação necessária para adaptar atividades e intervenções não-medicamentosas para idosos com demências leves ou moderadas. (16) Além disso, a ausência de preparação e orientação adequadas sobre os quadros de demência e o manejo dos sintomas psicológicos e comportamentais associados (*Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia* - BPSDs) evidencia a dificuldade em compreender a relevância de intervenções não farmacológicas e o comprometimento da equipe em explorar estratégias alternativas de manejo. (16)

2 REVISÃO DA LITERATURA

As intervenções cognitivas mais amplamente empregadas atualmente incluem o treino cognitivo, a reabilitação cognitiva e a estimulação cognitiva.(17) Ressalta-se a importância de estabelecer distinções conceituais claras entre esses termos, uma vez que, embora frequentemente utilizados na literatura, eles podem apresentar sobreposições em seus objetivos e públicos-alvo. Compreender essas diferenças é essencial para uma abordagem adequada das intervenções cognitivas, possibilitando que profissionais e pesquisadores escolham estratégias mais precisas e eficazes, alinhadas às necessidades específicas de cada grupo populacional.

O Treino Cognitivo é uma abordagem que oferece práticas específicas, visando áreas como memória, atenção, resolução de problemas e atividades de vida diária (AVDs). Este método não apenas pretende manter ou melhorar habilidades específicas, mas também busca promover a generalização dessas habilidades para tarefas não

treinadas diretamente. (18) Este tipo de intervenção se fundamenta no princípio de que a prática regular de um conjunto específico de tarefas pode promover a melhoria de um determinado domínio cognitivo ou, ao menos, impedir a progressão do déficit cognitivo, e pode ser aplicado individualmente ou em grupo (19). A aplicação de intervenções que envolvem o treino cognitivo em idosos com quadros progressivos é ainda uma prática controversa, uma vez que a literatura não apresenta um consenso de sua eficácia, com estudos que demonstram uma redução da velocidade do avanço de demências, e outros que não identificam efeitos significativos. (19)

A Reabilitação Cognitiva é uma abordagem personalizada que se concentra no desenvolvimento de estratégias individuais para melhorar o funcionamento no cotidiano, adaptando-se às necessidades e contextos específicos dos indivíduos.(18) O objetivo é atuar diretamente sobre as dificuldades consideradas prioritárias pelo indivíduo em intervenção e por seus cuidadores. (19)

Esse tipo de intervenção é aplicado individualmente e segue um protocolo específico de demandas de reabilitação para cada paciente. Inicialmente foi uma intervenção desenvolvida para pacientes jovens com lesões cerebrais, porém tem se demonstrado uma intervenção viável para idosos que sofreram AVC. (17)

A Estimulação Cognitiva engloba uma variedade de atividades projetadas para aprimorar de forma geral as funções cognitivas e sociais dos indivíduos. (18) As atividades de caráter lúdico utilizadas na estimulação cognitiva são desenvolvidas com o objetivo de engajar e motivar os participantes, abrangendo uma ampla gama de domínios cognitivos, como aprendizagem, atenção, funções executivas, linguagem, memória, processamento visuoespacial e raciocínio.(20)

Pesquisas de implementação se fazem extremamente importantes, uma vez que observam tanto a acurácia da aplicação do protocolo quanto possíveis variáveis que possam interferir na sua eficácia (21). Sem uma avaliação precisa que determine se a intervenção foi conduzida conforme planejado, as interpretações sobre os resultados obtidos tornam-se frágeis e questionáveis. Isso ocorre porque a implementação incorreta pode mascarar o impacto real da intervenção, resultando em conclusões

enviesadas ou imprecisas sobre sua eficácia. Assim, o acompanhamento rigoroso do protocolo e a análise sistemática de sua execução são etapas fundamentais para assegurar que as medições de resultado reflitam a eficácia genuína do método utilizado e da sua viabilidade. (22)

A pesquisa conduzida por este trabalho é voltada para a investigação dos efeitos da aplicação de um protocolo de estimulação cognitiva em instituições de longa permanência. O protocolo utilizado é a Terapia de Estimulação Cognitiva (CST), que tem como objetivo principal envolver os participantes (pessoas com quadros cognitivos leves ou moderados) em atividades mentalmente estimulantes para exercitar as competências existentes.(23) O protocolo inclui discussões temáticas, como discutir uma notícia atual; reminiscência, por exemplo, ouvindo músicas antigas ou sendo expostos a objetos que remetam à infância (peão, bolinha de gude, boneca de pano); tarefas de resolução de problemas, como jogar um jogo de palavras; exercícios criativos, como atividade com argila; e experiências multissensoriais.(11) A CST também busca ter um impacto mais amplo nos sintomas relacionados à demência, como sintomas comportamentais, sintomas afetivos e prejuízos na comunicação. Ao abranger componentes cognitivos juntamente com elementos psicossociais, a CST procura promover uma melhoria da qualidade de vida geral e do bem-estar dos indivíduos com demência. (24)

2.1. Intervenções não-farmacológicas em ILPIs

O envolvimento em atividades sociais e intelectuais tem demonstrado potencial para mitigar o declínio cognitivo associado ao envelhecimento, mesmo na ausência de instrução explícita. (25) Esse benefício pode ser explicado pelo fato de que tanto os desafios sociais quanto os intelectuais demandam uma ampla variedade de habilidades, em vez de se concentrarem no domínio de uma única competência. Assim, intervenções não farmacológicas que promovem o engajamento cognitivo tendem a explorar múltiplos conjuntos de competências, exigindo maior flexibilidade cognitiva e promovendo benefícios amplificados para a saúde mental e funcionalidade dos indivíduos. (15)

Dessa forma, a relevância das intervenções não medicamentosas no tratamento de quadros demenciais, como a Doença de Alzheimer (DA), tem sido amplamente reconhecida, especialmente diante do impacto expressivo que essas condições exercem sobre a qualidade de vida dos idosos (26). A DA e outras demências (27) apresentam desafios que vão além do controle farmacológico, exigindo abordagens complementares para atender às necessidades complexas dos pacientes. Nesse contexto, as intervenções não medicamentosas podem ser ferramentas valiosas, não apenas por oferecerem suporte ao manejo dos sintomas cognitivos e comportamentais, mas também por contribuir para a compreensão mais ampla das necessidades emocionais, sociais e funcionais dos pacientes (28). Ao ampliar o horizonte do cuidado e ir além do tratamento medicamentoso, essas intervenções mostram-se indispensáveis para um cuidado mais humanizado, integrativo e eficaz, que busca não apenas prolongar a vida, mas também garantir que ela seja vivida com dignidade e qualidade.

2.2 Terapia de Estimulação Cognitiva

A Terapia de Estimulação Cognitiva (CST) configura-se como uma intervenção em grupo, direcionada a indivíduos com demência em estágios leve a moderado, sendo composta por 14 sessões estruturadas. O objetivo principal dessa intervenção é estimular habilidades cognitivas e comunicativas por meio de atividades cuidadosamente elaboradas para promover a interação, a memória e algumas funções executivas. Com uma base de evidências científicas consolidadas, a CST proporciona melhorias significativas no desempenho cognitivo geral dos participantes, além de impactar positivamente sua Qualidade de Vida (QV) (2) (29). Alguns estudos mostram impactos relevantes também na qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores, que estão diretamente associados com os cuidados e demandas desses pacientes. (30) (31)

Atualmente a CST é vista como uma alternativa viável e eficaz para complementar o manejo clínico da demência. Trata-se de uma abordagem que busca ir além das intervenções farmacológicas, oferecendo estratégias integrativas para melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Sua relevância é destacada em diretrizes

internacionais, como as UK NICE Guidelines, que enfatizam sua importância no contexto do cuidado multidimensional à demência. (32).

Diversos mecanismos podem ser responsáveis pelas mudanças observadas pela aplicação da CST. O ambiente de aprendizagem desempenha um papel central nesse processo, especialmente por ser concebido para atender às necessidades específicas de pessoas com demência. Durante as sessões, o ambiente é planejado de forma a explorar a memória implícita, incorporando técnicas de reminiscência e estímulos multissensoriais ao longo do programa. Essas estratégias não apenas contribuem para a melhoria da cognição, mas também promovem um maior sentimento de capacidade comunicativa entre os participantes. (2)

Além disso, a dinâmica de interação nos grupos pode ser um fator significativo para a elevação da autoestima, uma vez que o estímulo e o apoio social são reforçados continuamente. Tais interações proporcionam um contexto encorajador para que os indivíduos se engajem ativamente, questionem, reflitam e interajam tanto com outras pessoas quanto com objetos e o ambiente. Assim, os grupos atuam como um espaço para o reforço positivo dessas habilidades, promovendo, de forma integrada, benefícios cognitivos, emocionais e sociais. (2) Os temas de cada uma das 14 sessões do protocolo da CST podem ser observados em Anexo B.

Com o manual validado para o Brasil (33), a CST está sendo implementada em diferentes contextos e sua viabilidade tem sido avaliada para o público brasileiro (34).

Um dos principais obstáculos identificados ao avaliar a viabilidade da CST no Brasil é pela demanda imposta aos cuidadores. Muitos desses cuidadores, já sobrecarregados, enfrentariam dificuldades para atender a um compromisso de frequência relativamente alta, como duas sessões semanais, além de lidar com a necessidade de transporte dos idosos até o local de aplicação da terapia, o que indica uma probabilidade alta de desistências e ausências (34). No entanto, ao considerar um contexto institucional em que os grupos sejam conduzidos dentro da própria instituição, fatores como mobilidade reduzida dos idosos e a sobrecarga dos cuidadores podem exercer uma influência menor sobre a frequência e a adesão ao programa.

2.3 Eficácia da CST

O Relatório Mundial sobre Alzheimer de 2011 (35), em sua análise das abordagens psicossociais para o tratamento da demência, concluiu que a estimulação cognitiva apresenta a “evidência mais robusta” em relação aos benefícios cognitivos para pessoas com demência. A estimulação cognitiva é descrita como o envolvimento de indivíduos, geralmente em grupos, em uma série de atividades e discussões voltadas para melhorar tanto o funcionamento cognitivo quanto o social. (36).

A literatura sobre a CST (Terapia de Estimulação Cognitiva) apresenta diversos efeitos já observados em ensaios clínicos realizados para avaliar sua eficácia e impacto no funcionamento global dos pacientes (2). Os efeitos cognitivos, por exemplo, surgem em diferentes pesquisas e revelam melhorias significativas quando comparados ao tratamento usual. (37) Tais melhorias sugerem que o domínio da linguagem tem maior suscetibilidade de melhora, já que o protocolo prioriza como um de seus princípios-chave a comunicação e interação dos seus membros de forma ativa. “É provável que melhorar a conversação e a comunicação tenha benefícios generalizados e possa, até certo ponto, explicar por que as mudanças na qualidade de vida foram mediadas por mudanças na cognição.” (37)

Com relação aos quadros de demência, um estudo avaliou a eficácia da CST em idosos com demência vascular, comparando um grupo que participou de 14 sessões do programa com um grupo controle que realizou atividades alternativas. Os resultados indicaram que o grupo submetido à CST apresentou melhora significativa no funcionamento cognitivo geral, com aumento nos escores do Mini-Mental State Examination (MMSE) e redução na subescala cognitiva da Alzheimer’s Disease Assessment Scale (ADAS-Cog). Além disso, houve tendência de melhora na memória de curto prazo e na qualidade de vida percebida. (38) Uma revisão sistemática com meta-análise de ensaios clínicos randomizados controlados avaliou a eficácia da CST em pacientes com doença de Alzheimer leve a moderada mostrou benefícios na redução do declínio cognitivo e na promoção da qualidade de vida dos pacientes. No entanto, não foram observadas melhorias significativas nas atividades de vida diária. (23)

Uma revisão sistemática conduzida pela autora da intervenção de Estimulação Cognitiva para pessoas com demência (CST) em 2023 destacou certa heterogeneidade nos resultados dos estudos analisados, especialmente no que se refere aos desfechos cognitivos e à qualidade de vida. As análises exploratórias de subgrupos revelaram que os ganhos cognitivos foram mais evidentes em contextos em que as sessões em grupo ocorriam com maior frequência e onde os participantes apresentavam, no início da intervenção, um grau mais leve de demência, em oposição àqueles com demência moderada. A revisão também identificou benefícios cognitivos de curto prazo, embora modestos, para indivíduos com demência leve a moderada, e alguns estudos mostraram melhorias na comunicação, interação social e efeitos positivos discretos em qualidade de vida, humor e comportamento.(39)

De forma qualitativa, observa-se uma percepção positiva dos cuidadores e dos participantes em relação aos efeitos da CST, como um aumento na disposição do idoso em se comunicar e maior interesse ao ambiente, demonstrando benefícios que envolvem uma convivência melhor. (30)

2.4 Outros estudos de implementação da CST

Estudos de intervenção, ao avaliarem as etapas de cada processo, ressaltam a importância de identificar tanto os facilitadores quanto as barreiras à implementação. Essas avaliações permitem verificar se o programa foi conduzido conforme o planejado e frequentemente evidenciam quais dificuldades nesse processo podem explicar a ausência total ou parcial dos efeitos esperados (21). No contexto das intervenções não farmacológicas em instituições de longa permanência, pesquisas anteriores já destacam alguns obstáculos significativos que podem ser considerados inicialmente, como a baixa proporção de funcionários em relação aos residentes, as exigências mais complexas relacionadas ao cuidado de pessoas com demência e a falta de entendimento, por parte da equipe, sobre a eficácia dessas estratégias (16).

A forma de estimulação cognitiva mais amplamente aplicada e com maior evidência de eficácia atualmente é a CST(24). Com a crescente busca por adaptações em outros países, os pesquisadores identificaram a necessidade de elaborar e divulgar um guia

baseado em evidências para apoiar modificações culturais que garantam a manutenção de sua eficácia(36). Esse guia estabelece cinco etapas principais, detalhando pontos críticos que devem ser observados durante o processo de adaptação a diferentes contextos culturais, visando assegurar que os objetivos originais da intervenção sejam preservados e efetivamente alcançados.

Um estudo conduzido por Streater (40) analisou a implementação da Terapia de Estimulação Cognitiva (CST) em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) em Londres, com foco na capacitação de funcionários para sua aplicação. Os resultados preliminares revelaram impactos positivos, como maior adesão dos profissionais à prática da CST, avanços nas abordagens ao cuidado de pessoas com demência e um aumento na percepção de competência dos funcionários ao longo do processo. Esses dados reforçam a relevância da CST como parte integrante da prática clínica de rotina em ILPIs. Contudo, a pesquisa apresentou algumas limitações relevantes: a ausência de uma avaliação das respostas dos idosos aos grupos de estimulação, e a natureza do suporte oferecido aos funcionários que aplicaram a CST, que foi externo (telefone ou e-mail), sob demanda e sem acompanhamento contínuo. Isto pode, ao menos em parte, ter interferido na qualidade do serviço.

Tendo em vista o crescente número de idosos residentes em ILPI no Brasil e o número de idosos com demência nestas instituições, faz-se necessário a validação de intervenções psicológicas baseadas em evidências científicas. A CST se destaca como uma intervenção psicológica de escolha para pessoas com demência, mas o estudo de validação para o seu uso em pessoas idosas brasileiras residentes de ILPI ainda se faz necessário. Desta forma, este estudo visa validar e discutir os desafios da implementação do protocolo da CST em ILPI no Brasil.

3 OBJETIVOS

3.1. Objetivo Primário:

Validar o protocolo de Terapia de Estimulação Cognitiva (CST) para pessoas idosas brasileiras residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos.

3.2. Objetivo Secundário:

1. Avaliar o impacto das intervenções na cognição dos idosos, utilizando como instrumentos o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e o Exame Cognitivo de Cambridge (CamCog).
2. Examinar os efeitos na regulação emocional e nos comportamentos dos participantes, por meio da Escala Cornell de Depressão na Demência.
3. Avaliar a qualidade de vida dos idosos, mensurada pela Escala para Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer (QoL-AD).
4. Examinar os efeitos da intervenção na sobrecarga dos cuidadores, utilizando a Escala de Sobrecarga do Cuidador para Instituições de Longa Permanência para Idosos.

4 Hipótese

Hipótese nula (H_0):

- A Terapia de Estimulação Cognitiva (CST) não alcança as taxas de recrutamento (70 - 80%), retenção (70 - 80%), presença (70 – 80%) e adesão (70 – 80%).
- A CST não é válida para uso em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).
- A CST não apresenta impacto positivo na cognição.
- A CST não apresenta impacto positivo na qualidade de vida e no humor.
- A CST não reduz a sobrecarga do cuidador.

Hipótese alternativa (H_1):

- A Terapia de Estimulação Cognitiva (CST) alcança as taxas de recrutamento (70 - 80%), retenção (70 - 80%), presença (70 – 80%) e adesão (70 – 80%).
- A CST é válida para uso em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).
- A CST apresenta impacto positivo na cognição.
- A CST apresenta impacto positivo na qualidade de vida e no humor.
- A CST reduz a sobrecarga do cuidador.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1. Desenho do estudo

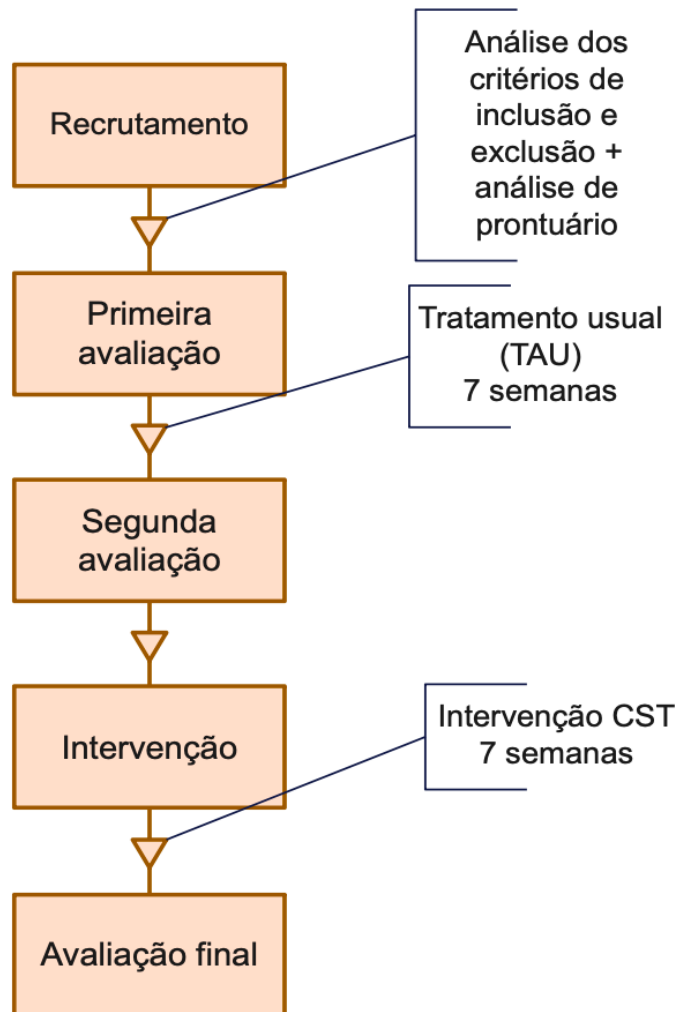
Trata-se de um ensaio clínico aberto, não-randomizado, com dois grupos, controlado por lista de espera. Grupo lista de espera / tratamento usual das ILPIs: 33 pessoas – 7 semanas; Grupo experimental: 33 pessoas participarão de 14 sessões de Terapia de Estimulação Cognitiva (grupos de 6 a 8 idosos).

Apesar das ILPIs apresentarem semelhanças em termos do caráter filantrópico, elas são heterogêneas em relação às atividades oferecidas e aos tratamentos usuais realizados. O número pequeno de instituições e as diferenças inclusive no tamanho das mesmas, foi outro ponto considerado. Nesse contexto, adotar o paciente como seu próprio controle foi uma estratégia vantajosa, permitindo uma análise mais precisa dos efeitos das intervenções, independentemente das diferenças institucionais.

A seleção dos participantes foi realizada a partir da indicação dos funcionários das ILPIs, seguido de uma avaliação dos prontuários incluindo as avaliações realizadas pelos geriatras do Projeto Cuidar. A aplicação dos instrumentos teve como finalidade única a observação de possíveis alterações resultantes da participação dos membros nos grupos de intervenção, não influenciando no processo de recrutamento que havia sido realizado previamente.

Os instrumentos foram aplicados nos pacientes antes da alocação no grupo TAU (lista de espera / tratamento usual das ILPIs) T0 e logo após as 7 semanas, T1. Após esta avaliação os participantes iniciavam a intervenção (grupo experimental) e após a intervenção eram reavaliados T2.

Figura 1. Etapas da pesquisa



5.1.1. Validação da aplicação do Protocolo de CST em ILPI:

A validação de intervenções psicológicas é composta por quatro parâmetros: avaliação de viabilidade de recrutamento; taxa de retenção; taxa de aceitabilidade; e taxa de fidelidade. (41)

A avaliação de viabilidade de recrutamento é realizada através da taxa de recrutamento. Esta será obtida pela razão entre o total de participantes que iniciaram as intervenções pelo total de indivíduos triados. Espera-se alcançar uma taxa de recrutamento em torno de 70%-80%

A avaliação da taxa de retenção é realizada pela razão entre o total de participantes que finalizaram todas as sessões de Terapia de Estimulação Cognitiva. Também será avaliada a taxa de presença calculada pela razão entre a quantidade de sessões realizadas e a quantidade de sessões ofertadas. Espera-se alcançar uma taxa de retenção e de presença de 75%-85%

A avaliação da taxa de aceitabilidade da Terapia de Estimulação Cognitiva é realizada pela descrição de eventos negativos ou adversos pelos idosos que sejam relacionados à intervenção.

A avaliação da taxa de fidelidade da intervenção de acordo com o protocolo será avaliada se por algum motivo, não foi possível realizar alguma etapa do protocolo

5.1.2. Avaliação de impactos na Cognição, regulação emocional e comportamentos

Os participantes serão avaliados antes da alocação e ao final da intervenção por escalas e testes cognitivos através dos seguintes instrumentos: Mini mental do Estado Mental (MEEM); CAMCOG; QoL-AD (Escala de Qualidade de Vida); Escala Cornell de Depressão em Demência, Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zaritt com o cuidador. Após a realização do primeiro ensaio, aqueles que estão na lista de espera serão convocados para participar do grupo experimental.

5.2 Critérios de Inclusão e exclusão

Critérios de inclusão: Idosos residentes em ILPIs com quadro inicial de demência ou de transtorno neurocognitivo leve/ moderado. Capacidade de se comunicar com outros participantes e com a equipe de facilitadores que aplicarão os grupos. Capacidade auditiva e visual que permitam a participação do participante nas atividades propostas nas sessões. Capacidade de locomoção (com ou sem auxílio) para que possa se dirigir até o local das atividades. Capacidade de permanecer no local das atividades durante o período das sessões, em torno de uma hora e meia.

Critérios de exclusão: Idosos residentes em ILPI com incapacidades comunicativas ou demências em fase avançada. Pacientes com outros transtornos mentais graves e/ou descompensados. Incapacidade de locomoção, mesmo com auxílio. Incapacidade de permanecer no local das atividades durante o período das sessões, em torno de uma hora e meia.

5.1 Local de estudo e casuística

CAAE: 63782722.8.0000.5149 aprovado em 30 de janeiro de 2023 pelo comitê de ética da Universidade Federal de Minas Gerais.

Registrado no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos sob o código RBR-89fbts7 Cognitive Stimulation Therapy for Neurocognitive Disorders in Brazilian Long-Term Care Institutions for the Aged.

Locais

O estudo foi realizado em cinco Instituições de Longa Permanência (ILPIs) localizadas em Belo Horizonte, selecionadas por conveniência a partir de uma lista de instituições previamente vinculadas ao Projeto Cuidar do Núcleo de Geriatria e Gerontologia do HC-UFMG (NUGG), sob a coordenação do professor Edgar Nunes de Moraes. (3) As instituições ligadas ao projeto eram todas instituições filantrópicas conveniadas à Rede Municipal de Assistência Social de Belo Horizonte. Esse vínculo pré-estabelecido entre as ILPIs e a equipe de geriatria facilitou a abertura dessas instituições para a realização da pesquisa, possibilitando um acesso direto e colaborativo para a coleta de dados. Além disso, o vínculo com as ILPIs facilitou a seleção dos idosos que atendiam aos critérios necessários para participar da pesquisa. A equipe de geriatria, ao avaliar o nível de fragilidade dos residentes, foi capaz de identificar os quadros cognitivos dos idosos, classificando-os em leves, moderados ou graves. Esse processo permitiu uma triagem mais precisa dos participantes, assegurando que somente aqueles que correspondiam ao perfil requerido fossem incluídos no estudo.

Tamanho da amostra

Na formação dos grupos da Terapia de Estimulação Cognitiva (CST), a quantidade de participantes é estabelecida de acordo com as orientações do manual (33), levando em consideração fatores como possíveis faltas e desistências. Essa configuração busca assegurar que a dinâmica do grupo não seja comprometida e que os facilitadores possam gerir as atividades de forma eficiente. Assim, o manual determina que os grupos devem ser compostos por um mínimo de cinco e um máximo de oito idosos, garantindo um equilíbrio que favoreça tanto a interação entre os membros quanto a qualidade da gestão das atividades.

Após as 14 sessões de CST, foram considerados concluintes apenas participantes que tiveram no mínimo 50% de presença, ou seja, que tenham participado de pelo menos 7 sessões. (33)

Para estimar o poder amostral do estudo utilizamos o procedimento post hoc do software G*Power versão 3.1.9.7 (42) Como estimativa de tamanho de efeito selecionamos o valor médio reportado na metanálise de CAO et. al (43) (0.20) e fixamos o alfa em 0.05. Para estimar a correlação média entre as medidas (CAMCOG, CDR, CORNELL e OQL-AD) buscamos estimativas de confiabilidade em estudos psicométricos destes instrumentos. (44) (45) (46) (47). A maior parte dos trabalhos sugere índices de confiabilidade teste-reteste entre 0.75 e 0.99. Utilizamos o valor 0.75 como uma estimativa conservadora de confiabilidade.

Com esses parâmetros a amostra de 33 participantes em um único grupo, avaliados 3 vezes, apresenta poder amostral de 94% para detectar um efeito de 0.20.

5.2 Treinamento da equipe

Inicialmente, a pesquisadora responsável pela condução desta pesquisa, Amanda Pelinson Gomes Tiago, participou de dois cursos de treinamento específicos relacionados ao protocolo da Terapia de Estimulação Cognitiva (CST). Esses cursos foram realizados com o objetivo de proporcionar a qualificação necessária para a

correta aplicação do protocolo, assegurando tanto a padronização das intervenções quanto a fidelidade metodológica. Em dezembro de 2021 foi realizado o Cognitive Stimulation Therapy Training, com a professora Aimee Spector, promovido pelo Department of Clinical, Educational and Health Psychology, na University College London (UCL). Após este curso, a pesquisadora participou do Treinamento CST – Terapia de Estimulação Cognitiva: Um Tratamento Baseado Em Evidência Para Pessoas Com Demência, com o professor Daniel C. Mograbi, promovido pelo Departamento de Psicologia da PUC-Rio, em março de 2022.

Em seguida, o projeto avançou para a etapa de confecção dos materiais necessários à aplicação do protocolo. Essa fase incluiu a elaboração de recursos que seriam utilizados durante a pesquisa (anexo C), assim como a compra de materiais necessários (quadro branco, caixa de som etc.). O valor total médio do material foi R\$ 450,00, incluindo a impressão das atividades. Esse material foi utilizado em todos os grupos promovidos pelo projeto, demonstrando um custo/ benefício razoável. Concomitantemente, foi realizado o treinamento da equipe de pesquisa, com o objetivo de capacitá-los para a aplicação adequada do protocolo e garantir a uniformidade nos procedimentos. Além disso, os pesquisadores assistentes também receberam o treinamento da aplicação dos instrumentos e escalas que seriam utilizados nos idosos e funcionários responsáveis pelos cuidados deles nas ILPIs.

A equipe que participou da pesquisa era composta de psicólogos que estavam fazendo a formação de Fellowship em Psicogerontologia, uma aluna de enfermagem e, para auxiliar na aplicação dos instrumentos, médicos que estavam fazendo a formação de Fellowship em Psicogeriatría. É importante ressaltar que a CST é um protocolo multiprofissional e pode ser aplicada por diferentes áreas da saúde (ex.: terapeutas ocupacionais, enfermeiros, médicos, psicólogos).

Após a qualificação e treinamento da equipe, um estudo piloto em uma das instituições vinculadas ao Projeto Cuidar proporcionou uma percepção mais clara dos possíveis fatores que precisariam de adaptação e de como as avaliações seriam conduzidas. O estudo piloto contou com o total de 5 participantes.

Durante a aplicação do grupo piloto, realizada em dois dias diferentes da semana, observou-se que essa configuração gerava resistência entre os cuidadores, com uma colaboração consideravelmente menor. Desta forma as sessões dos grupos experimentais foram realizadas em um mesmo dia com 10 minutos entre elas. Durante esse intervalo, foi oferecido um lanche aos participantes (algumas ILPIs proporcionavam esse lanche, outras não, de forma que era necessário que a equipe de pesquisa providenciasse levando em consideração restrições alimentares dos participantes), acompanhado de músicas e em um ambiente descontraído. Essa estratégia promoveu um clima acolhedor, incentivando os participantes a permanecerem no local e mantendo o interesse até o início da segunda sessão do dia.

A aplicação do grupo piloto também revelou a necessidade de ajustar o processo de preenchimento das escalas destinadas aos cuidadores. Devido à alta rotatividade desses profissionais, tornou-se inviável coletar informações consistentes diretamente deles. Como alternativa, optou-se por delegar o preenchimento das escalas a outro profissional da equipe que mantinha contato frequente com os idosos, garantindo maior continuidade e confiabilidade nos dados coletados.

Sobre a confecção do material, após aplicação do grupo piloto percebeu-se uma boa compreensão e receptividade das atividades propostas, apresentando reconhecimento de estímulos de imagem que referenciavam lugares ou pessoas famosas. Durante a aplicação do grupo piloto foi percebida uma adaptação necessária direcionada àqueles idosos que apresentavam analfabetismo ou um nível de escolaridade muito baixo. Para que esses idosos conseguissem participar de forma ativa de atividades que envolviam leitura (sessão de “associação de palavras” e “jogos de palavras”) foi necessário que o facilitador, além de oferecer os estímulos em escrito, falasse em voz alta o conteúdo apresentado. Essa estratégia foi suficiente para promover a inclusão desses participantes nas atividades.

5.3 Recrutamento

O recrutamento dos participantes ocorreu por meio de indicações feitas pelos(as) psicólogos(as) das equipes das ILPIs, com base nos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Após a primeira indicação, os dados da avaliação geriátrica realizada pelo Projeto Cuidar foram consultados para confirmar se os idosos indicados atendiam aos critérios estabelecidos. Por fim, a aplicação da primeira bateria de testes, composta pelo CAMCOG e pelas escalas de humor e AVDs, funcionava como um terceiro parâmetro para confirmar a inclusão do participante na pesquisa.

A coleta de dados era realizada no período de duas semanas e era composta pelas seguintes informações: dados sociodemográficos, diagnóstico, funcionalidade/impactos em atividades da vida diária, escalas cognitivas MEEM, CAMCOG, CDR, escalas de depressão Cornell, qualidade de vida QoL-AD, Zaritt, escalas de funcionalidade, avaliação das ações disponíveis na ILPI, dados da ILPI (tamanho, número e tipo de profissionais, liberação para saídas externas).

5.4 Instrumentos de avaliação

A aplicação dos instrumentos de avaliação foi conduzida em colaboração entre a equipe de pesquisa e a equipe das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Os pesquisadores foram previamente treinados para administrar os testes cognitivos, como o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e o Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly (CAMCOG). Já as escalas de avaliação funcional e de qualidade de vida – incluindo Pfeffer, Katz, QOL-AD, Cornell e CDR – foram delegadas à psicóloga responsável pela equipe das ILPIs, que recebeu as instruções necessárias para sua aplicação. O preenchimento dessas escalas foi realizado com base em discussões entre a psicóloga, os demais profissionais da equipe (incluindo cuidadores) e o próprio idoso.

Mini-Exame do Estado Mental – MEEM

O Mini-exame do Estado Mental (MEEM), conhecido internacionalmente como *Mini-Mental State Examination (MMSE)*, é uma ferramenta amplamente utilizada para avaliar funções cognitivas e rastrear déficits, especialmente em contextos de

demência. Desenvolvido por Marshal Folstein, Susan Folstein e Paul McHugh em 1975 (48), o MEEM foi criado para fornecer uma avaliação padronizada, simplificada e rápida do estado mental dos pacientes. No Brasil, o MEEM foi traduzido e adaptado culturalmente para uso clínico e de pesquisa. (49) e é amplamente utilizado em pesquisas que avaliam as funções cognitivas dos participantes. (24)

Pontuação total: 0 a 30 pontos.

Pontos de corte no Brasil(49):

- Analfabetos: ≥ 13 .
- 1 a 3 anos de escolaridade: ≥ 18 .
- 4 a 7 anos de escolaridade: ≥ 26 .
- ≥ 8 anos de escolaridade: ≥ 28 .

Interpretação: Pontuações abaixo do ponto de corte indicam possíveis déficits cognitivos e necessidade de avaliação complementar.

The Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly - CAMCOG

O CAMDEX (The Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly) foi desenvolvido em meados da década de 1980 (50) como um instrumento estruturado para a avaliação de transtornos mentais em idosos. Este instrumento é composto por oito seções que abrangem entrevistas estruturadas com o paciente e seus familiares, avaliações cognitivas, entre outros aspectos. O CAMDEX foi projetado para possibilitar o diagnóstico formal de transtornos mentais em onze categorias distintas, por meio da soma das pontuações obtidas e de um algoritmo. As categorias diagnósticas incluem Doença de Alzheimer, Demência Multi-infartos, Demência Mista (DA+DV), Demência por outras causas, Delirium, Depressão, Ansiedade ou Transtornos Fóbicos, Parafrenia ou Transtornos Delirantes, além de outros transtornos psiquiátricos.

Entre os componentes do CAMDEX, destaca-se a seção B, dedicada à avaliação cognitiva, denominada CAMCOG. Trata-se de uma bateria neuropsicológica abrangente que avalia diversos domínios cognitivos, como orientação, linguagem, memória, praxia, cálculo, pensamento abstrato e percepção. Essa seção desempenha

um papel central na identificação de déficits cognitivos associados a diferentes transtornos mentais em idosos. Nessa bateria estão incluídos o MEEM, Teste do Relógio (TDR) e FV. (51)

O CAMDEX foi adaptado para o português brasileiro em 2001 (52).

Pontuação total: 0 a 107 pontos.

Pontos de corte:

- Demência provável: ≤ 79 .
- Déficit cognitivo leve: 80–89
- Normalidade: ≥ 90 .

Escala Cornell de Depressão em Demência

Desenvolvida no final da década de 1980 na Universidade de Cornell (53), e adaptada para o Brasil em 2007 (45), a Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) foi projetada para avaliar síndromes depressivas em indivíduos com demência, bem como monitorar a resposta às intervenções terapêuticas. A coleta de informações é realizada por meio de entrevistas com o paciente e seu cuidador, complementadas pelo julgamento clínico do profissional de saúde.

Com o avanço do quadro demencial, as informações fornecidas pelo paciente tendem a se tornar menos elaboradas, congruentes ou compreensíveis. No entanto, a coleta de dados com base no relato do cuidador, aliada ao acompanhamento clínico contínuo, pode atenuar os efeitos dessas limitações. Por integrar informações de múltiplas fontes, a escala Cornell reduz o viés de informações, mesmo em situações em que um dos informantes enfrenta descompensação clínica ou estresse significativo.

A escala é composta por 19 itens que abrangem dimensões psíquicas, neurovegetativas e afetivas, permitindo uma avaliação abrangente das manifestações depressivas em indivíduos com demência.

Functional Activities Questionnaire – índice de Pfeffer

Criado no início da década de 1980 (54), e adaptado para o Brasil em 2011 (55) o Functional Activities Questionnaire (FAQ), mais conhecido em nosso meio como índice de Pfeffer, foi desenvolvido para a mensuração de comprometimento funcional em atividades de vida diária instrumental (AVDI).

São 10 itens que podem ser avaliados como plenamente capaz, necessitando de supervisão, necessitando de ajuda ou completamente incapaz. A escala avalia o desempenho em dez AVDIs que envolvem também habilidades cognitivas: controlar as próprias finanças, fazer compras, esquentar água e apagar o fogo, preparar refeições, manter-se atualizado, prestar atenção em uma notícia e discuti-la, lembrar-se de compromissos, cuidar da própria medicação, manter-se orientado ao andar pela vizinhança e ficar sozinho em casa. (56) Quanto maior a pontuação, maior o comprometimento. Não estão incluídas atividades de vida diária básica (AVDs), tampouco há uma hierarquização da perda das AVDs.

Índice de Katz

O Índice de Katz, desenvolvido por Katz et al. em 1963 (57), avalia a funcionalidade dos idosos em relação às Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs). Este instrumento mensura a independência funcional em seis domínios: banho, vestir-se, uso do banheiro, transferência, continência e alimentação. Para cada atividade, o indivíduo é classificado como independente ou dependente, sendo a pontuação total expressa em uma escala de 0 (totalmente dependente) a 6 (totalmente independente). A aplicação da escala é realizada com base nas informações fornecidas por um informante, visando minimizar possíveis equívocos nas respostas do idoso, que podem ser influenciados por condições como anosognosia ou confusão mental decorrentes do quadro cognitivo.

A adaptação do instrumento para o Brasil foi feita em 2008 (58), viabilizando sua utilização para a identificação precisa de níveis de dependência funcional entre os participantes do estudo.

Clinical Dementia Rating – CDR

A escala de classificação de demência, conhecida como Clinical Dementia Rating (CDR), foi desenvolvida no início da década de 1980 (59) e tornou-se amplamente reconhecida como a ferramenta mais utilizada para a classificação da gravidade e o estadiamento da demência em pesquisas científicas. Além de sua aplicação no diagnóstico inicial, a CDR também é frequentemente empregada no acompanhamento longitudinal e na quantificação do declínio cognitivo ao longo do tempo. (60) Sua consistência e alinhamento com avaliações neuropsicológicas consolidaram seu status como o “padrão-ouro” para o estadiamento da doença de Alzheimer (DA). A CDR foi adaptada para o Brasil em 2005. (61) (62) (63)

A escala abrange seis domínios de avaliação, divididos em dois grandes eixos: três deles estão diretamente relacionados à cognição, englobando os aspectos de memória, orientação e resolução de problemas, enquanto os outros três estão associados à funcionalidade, avaliando questões como atividades comunitárias, hobbies e cuidados básicos.

Algoritmo CDR Score Global (Hughes, Berg et al. 1982; Morris 1993)		Pontuação pela soma dos “Boxes” (O’Byrant, Waring et al. 2008; O’Byrant, Lacritz et al. 2010)	
0	Saudável	0	Saudável
0,5	Demência Questionável	0,5 – 2,5	Comprometimento Cognitivo Leve
		3,0 – 4,0	Demência muito inicial
1	Demência leve	4,5 – 9	Demência inicial
2	Demência moderada	9,5 – 15,5	Demência moderada
3	Demência grave	16 – 18	Demência grave

--	--	--	--

Quality of life-Alzheimer Disease QOL-AD

Criada no final da década de 1990 (64) e adaptada para o Brasil em 2005 (65), a escala de avaliação da qualidade de vida na doença de Alzheimer – Quality of life-AD (QoL-AD) é um instrumento destinado a avaliação da qualidade de vida do paciente com DA pelo seu ponto de vista e pelo de seu cuidador.

Esse instrumento é composto por duas escalas: uma preenchida pelo paciente e outra preenchida pelo familiar/cuidador. Na soma total, a pontuação do paciente recebe peso 2 e a do familiar/cuidador peso 1. Esta estratégia em demências é interessante pela possibilidade de ausência de crítica de morbidade nestes pacientes e pela possibilidade de estresse do cuidador.

As duas escalas são compostas por 13 itens que classificam cada domínio em ruim, regular, bom e excelente. Avalia a qualidade de vida em domínios nas AVDs, nos relacionamentos sociais, saúde, em relação a si mesmo e da vida como um todo.

The Burden Interview - Zarit

Desenvolvida por Zarit e colaboradores no início da década de 1980 (66), e adaptada para o Brasil em 2002 por Scazufca, M. (67), a escala de sobrecarga do cuidador, conhecida como *The Burden Interview*, surgiu como uma ferramenta para avaliar o impacto do estresse sobre cuidadores de pacientes idosos com demência. A proposta inicial da escala pressupunha que o nível de desgaste do cuidador aumentaria proporcionalmente ao crescimento da dependência funcional do idoso. Contudo, a evolução dos quadros demenciais revela-se frequentemente dinâmica e imprevisível, desafiando essa suposição. Eventos como episódios de descompensação comportamental grave por parte do idoso ou dificuldades financeiras inesperadas por parte do cuidador podem intensificar o desgaste, particularmente nas fases iniciais da doença. Em contrapartida, nas fases mais avançadas, a implementação de estratégias eficazes por parte dos familiares para o gerenciamento do estresse e a divisão das tarefas pode resultar em uma diminuição significativa do nível de sobrecarga.

5.5 Análises estatísticas

Na análise descritiva de variáveis categóricas, as frequências e as proporções foram calculadas e testes de X² calculado. Na presença de valores menores que 5 por célula, o teste exato de Fisher foi aplicado.

Na comparação de variáveis contínuas a análise de Shapiro-Wilk foi realizada para determinar normalidade. Variáveis normais foram descritas com média e desvio padrão, enquanto não-normais com as medianas e intervalo interquartil.

Para a comparação entre as variáveis contínuas no tempo, o teste de Anova de medidas repetidas foi selecionado, com nível de significância de $p < 0,05$. Os testes de Esfericidade de Mauchly e Greenhouse-Geisser e Huynh-Feldt para correção do grau de liberdade, foram realizados para dar maior confiabilidade aos resultados obtidos. Essas análises foram realizadas utilizando-se o programa estatístico JASP (Jeffreys's Amazing Statistics Program). (68)

6 RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos participantes da pesquisa por Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), indicando características específicas de cada instituição. A tabela abrange informações sobre o número total de residentes, a permissão para que os idosos realizem passeios externos, a presença de equipe multidisciplinar e o número de participantes da pesquisa em cada ILPI.

Tabela 1. Distribuição dos participantes por ILPI

ILPI	Número total de residentes	A ILPI permite aos idosos saírem para passeios	A ILPI possui equipe multidisciplinar	Número de participantes na pesquisa por ILPI
A	40	Sim*	Sim	7
B	18	Sim*	Não	6
C	24	Sim*	Não	7

D	63	Sim*	Sim	5
E	47	Sim*	Sim	8
TOTAL				33

* Em todas as ILPIs incluídas na pesquisa, a autorização de sair da instituição só acontece com a condição do idoso estar acompanhado de familiar ou de um funcionário, mesmo que se trate de um idoso sem problemas de mobilidade nem quadros cognitivos.

Neste estudo participaram um total de 33 sujeitos, sendo 18 do sexo feminino, representando 54,5% da amostra (Quadro 2). A idade mínima registrada dos participantes foi de 62 anos e a idade máxima de 99 anos ($M = 80$, $DP = 9.11$). A escolaridade dos participantes variou entre 0 e 11 anos ($M = 4$, $DP = 3.23$), como apresentado no Tabela 3.

Tabela 2. Média (M) e desvio-padrão (DP) da escolaridade (anos) e idade (anos)

	Total de Participantes	Idade Média (DP)	Escolaridade Média (DP)
Total	33	80 (9,11)	4 (3,23)
Masculino	15		
Feminino	18		

Tabela 3. Dados escalas e avaliação cognitiva da amostra em T0

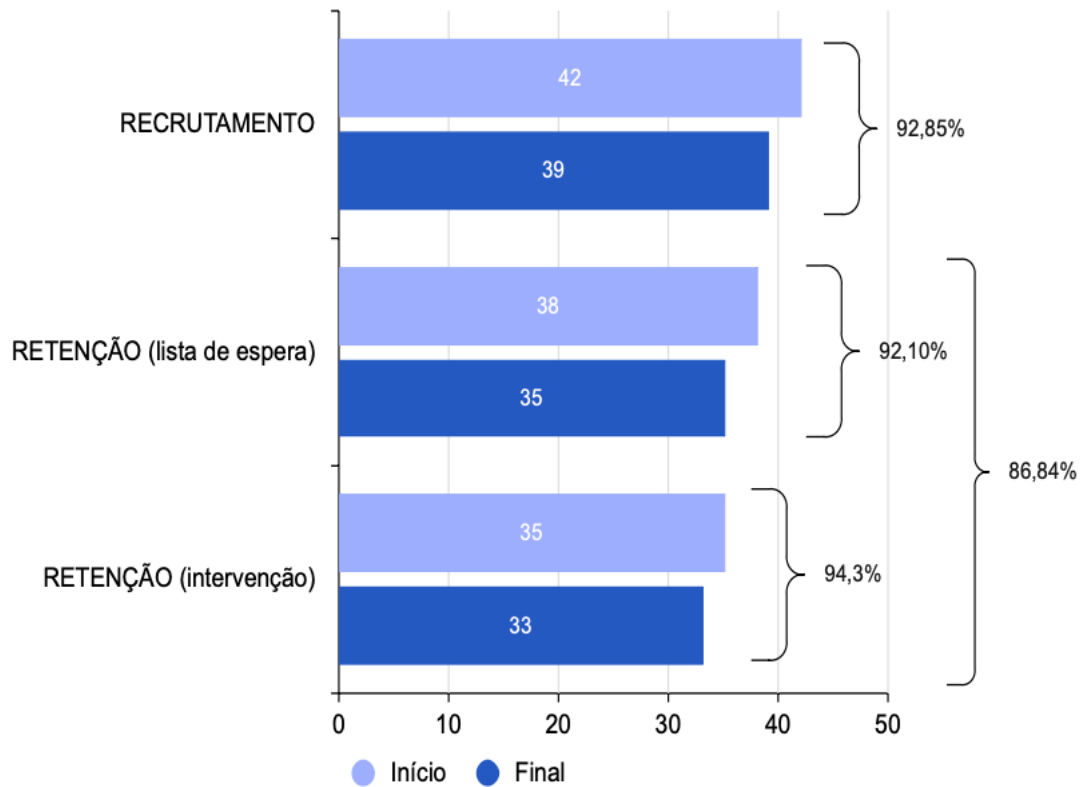
ESCALA	M (DP)
MEEM (T0)	12.78 (6.48)
CAMCOG (T0)	40.72 (18.59)
PFEFFER (T0)	23.15 (6.65)
KATZ (T0)	3.03 (2.38)

CDR - SOB (T0)	7.65 (4.21)
QOL-AD - MÉDIA (T0)	29.93 (6.31)
CORNELL - MÉDIA (T0)	6.33 (4.53)

6.1 Taxa de recrutamento e retenção

A fase inicial de recrutamento contou com a participação de 42 indivíduos previamente indicados pela equipe das instituições, após esclarecimento dos critérios de inclusão e exclusão definidos para a pesquisa. A elegibilidade dos idosos foi confirmada por meio da verificação das avaliações que tinham sido realizadas pelos geriatras, com exceção de dois casos específicos. Um dos participantes foi excluído devido a um quadro de afasia que comprometia significativamente sua capacidade de comunicação, enquanto uma idosa não foi incluída em razão de um quadro depressivo, considerado um fator confundidor para a obtenção de um diagnóstico cognitivo confiável. Adicionalmente, a taxa de recrutamento foi afetada pela internação de um outro idoso que tinha sido indicado pela equipe, o que impossibilitou a realização das avaliações dentro do período estipulado pela equipe de pesquisa, inviabilizando a participação dele no projeto. Dessa forma, o número de indivíduos recrutados foi de 39 participantes, com a taxa de recrutamento 92,85% (Figura 2).

Após o período de lista de espera / tratamento usual (TAU – *Treatment as Usual*), houve o registro de um óbito, reduzindo o número de participantes para 38. No período da segunda avaliação, 3 indivíduos apresentaram piora no quadro clínico e não puderam continuar no grupo de pesquisa, resultando em 35 participantes aptos para o início da intervenção. Durante o período da intervenção, ocorreram mais duas perdas: uma participante foi hospitalizada e um participante decidiu interromper sua participação no grupo, finalizando o estudo com 33 participantes ativos (taxa de retenção da intervenção: 94,30%). A taxa de retenção geral, considerando o tempo de lista de espera até o fim da intervenção, foi de 86,84%. (Figura 2).

Figura 2. Recrutamento e retenção

Desses 35 participantes que iniciaram a intervenção, 15 tiveram frequência de 100%, 4 tiveram frequência de 85,71%, 1 teve frequência de 78,57%, 6 tiveram frequência de 71,43%, 2 participantes tiveram frequência de 64,29%, 3 tiveram frequência de 57,14% e 2 tiveram frequência de 50%, e 2 tiveram frequência de 14%. (Tabela 4). A taxa geral de frequência dos participantes na intervenção foi de 79,4%. Um gráfico mostrando a relação de presença em cada uma das 14 sessões pode ser consultado em Anexo A.

Tabela 4. Frequência (%) na intervenção de CST

Frequência – N de sessões (%)	N de participantes
14 (100%)	15
12 (85,71%)	4

11 (78,57%)	1
10 (71,43%)	6
9 (64,29%)	2
8 (57,14%)	3
7 (50%)	2
2 (14%)	2

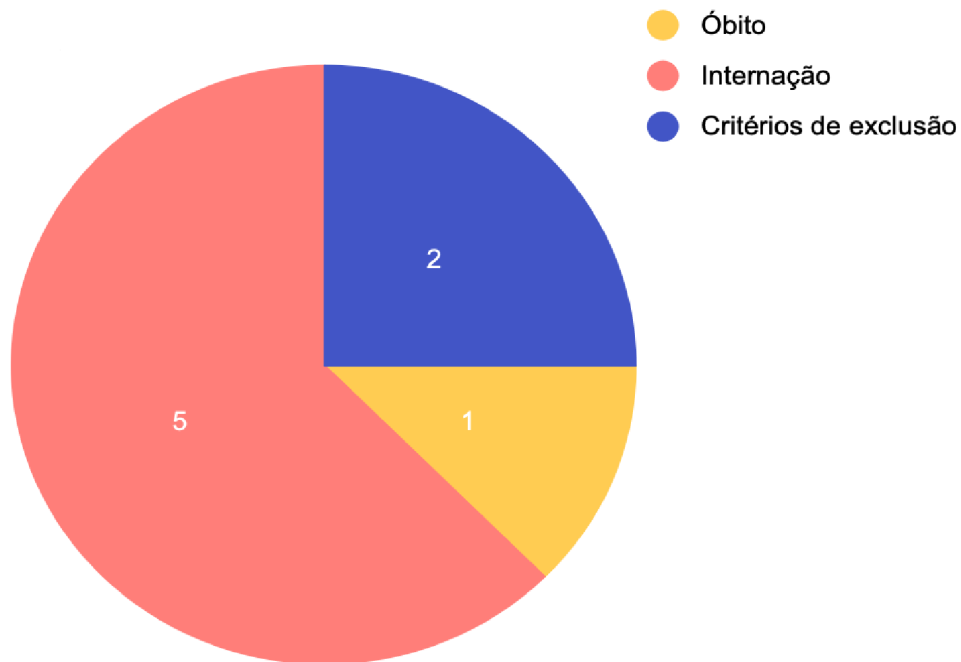
A taxa de aceitabilidade da intervenção foi de 97,1%. Ela foi distinta da taxa de retenção da intervenção (94,3%), refletindo as diferenças conceituais entre esses indicadores. Enquanto a aceitabilidade refere-se à disposição dos participantes em aderir à proposta da intervenção, a retenção diz respeito à capacidade de mantê-los ao longo do processo. No caso analisado, uma participante deixou o grupo devido a uma internação hospitalar, o que impactou a taxa de retenção, mas não interferiu na aceitabilidade, já que não se tratou de uma opção dela. Cabe ressaltar que a internação não apresentou relação com a intervenção (infecção respiratória).

Não foram registrados eventos adversos significativos decorrentes da intervenção, como lesões, dores, queixas relacionadas às atividades físicas do protocolo, quedas, agressões, alterações comportamentais, distúrbios do sono ou quaisquer outras intercorrências relevantes. Durante as sessões, observou-se que pacientes com declínio cognitivo mais leve apresentavam maior frequência de queixas relacionadas à motivação para a realização das atividades. Essas situações eram prontamente identificadas pela equipe e, conforme as diretrizes estabelecidas no manual, as atividades eram adaptadas para evitar a desmotivação desses participantes. No total, 8 participantes, representando 24,2% da amostra, relataram tais queixas. Contudo, essas adaptações garantiram que não houvesse impacto na adesão ao protocolo, uma vez que as queixas relatadas foram adequadamente resolvidas.

Apenas um participante recusou a participação na pesquisa devido a um mal-entendido sobre o tipo de intervenção, pois esperava que fosse uma terapia individual e se frustrou ao perceber que se tratava de atividades em grupo.

Os principais motivos de perda dos participantes na pesquisa, excluindo a análise de aceitabilidade, foram atribuídos aos critérios de exclusão, como afasia e depressão, além de casos de internação e óbito, conforme ilustrado na Figura 3.

Figura 3. *Motivos de saída da pesquisa*



6.4 Taxa de fidelidade

A taxa de fidelidade indica o grau em que a intervenção foi executada conforme o planejado, seguindo os protocolos, métodos e procedimentos estabelecidos no projeto original. No que se refere às sessões em si, todas as adaptações referentes ao nível cognitivo dos participantes e a complexidade das tarefas já são previstas pelo manual do protocolo, dessa forma, a fidelidade das sessões se manteve inalterada.

Fatores que demandaram adaptação estavam associados à rotina e estrutura das instituições, sendo eles: visitas inesperadas de familiares, eventos promovidos pela própria ILPI, com ou sem aviso prévio à equipe de pesquisa, reformas feitas no espaço utilizado para a intervenção, eventos feitos no espaço agendado para a intervenção de CST que se prolongavam e interferiam na organização do grupo, além do feriado de carnaval, que seria no dia das sessões de CST – terça-feira (13/02/2024) – e a ILPI

já tinha programado atividades com todos os idosos para esse dia. Dessa forma, a equipe de pesquisa remanejou a intervenção para ser realizada na mesma semana, na sexta-feira (16/02/2024), mantendo assim a frequência semanal. (Tabela 5)

Tabela 5. Adaptações necessárias

Variável	Estratégia de adaptação
Feriado de carnaval que coincidiu com o dia da sessão em uma ILPI	Sessões realizadas em outro dia da mesma semana.
Visita de mascote de time de futebol à uma das instituições, sem aviso prévio da equipe da ILPI	Intervenção interrompida, com a realização de apenas uma sessão no dia, sendo compensado na semana seguinte, com 3 sessões.
Visita de mascote de time de futebol à outra instituição, com aviso prévio da equipe da ILPI	Sessões realizadas em outro dia da mesma semana.
Evento religioso – missa com convidados e bispo da cidade (sem aviso prévio da ILPI)	Sessões realizadas em outro dia da mesma semana.
Reforma do espaço onde a intervenção estava sendo realizada. (com aviso prévio da ILPI)	Remanejamento para outro espaço com condições apropriadas para a realização das sessões de CST, com retorno ao espaço anterior na semana seguinte.
Visita inesperada de familiar	O participante se ausentava até o final da visita e, caso estivesse disponível antes do início da segunda sessão, ele voltava para a atividade, caso contrário contava duas faltas.
Evento de aniversário com presença de familiares que se prolongou e estava sendo realizado no espaço onde a intervenção de CST era	Remanejamento para outro espaço com condições apropriadas para a realização das sessões de CST, com

aplicada semanalmente. (sem aviso prévio da ILPI)	retorno ao espaço anterior na semana seguinte.
---	--

6.5 Análise das avaliações

Para o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), o teste F foi significativo ($F(2) = 3,59$, $p = 0,03$, $\eta^2 = 0,1$), indicando uma mudança moderada nos escores médios (T0: $M = 12,78$ (DP 6,48); T1: $M = 13,42$ (DP 5,16); T2: $M = 14,60$ (DP 6,49)). Entretanto, o valor de p não se demonstrou significativo quanto observado em lista de espera (T0 – T1) nem em intervenção (T1 – T2). Para o Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly (CAMCOG), os resultados também foram significativos ($F(2) = 4,24$, $p = 0,01$, $\eta^2 = 0,1$), com aumento nos valores médios ao longo do tempo (T0: $M = 40,72$ (DP 18,59); T1: $M = 42,30$ (DP 18,03); T2: $M = 44,90$ (DP 20,17)), e sem valor de p significativo entre lista de espera (T0 – T1) e intervenção (T1 – T2).

As análises para o Functional Activities Questionnaire (Pfeffer) ($F(2) = 2,59$, $p = 0,08$, $\eta^2 = 0,07$) e Katz ($F(2) = 2,03$, $p = 0,14$, $\eta^2 = 0,06$) não apresentaram significância estatística. As médias para o Pfeffer foram T0: $M = 23,15$ (DP 6,65); T1: $M = 24,84$ (DP 7,35) T2: $M = 24,93$ (DP 7,22). Para o Katz, os valores foram T0: $M = 3,03$ (DP 2,38) T1: $M = 2,84$ (DP 2,39); T2: $M = 2,75$ (DP 2,49). Para o Clinical Dementia Rating (CDR), os resultados indicaram ausência de significância ($F(2) = 0,004$, $p = 0,99$, $\eta^2 = 1,20$), com médias constantes ao longo do tempo (T0: $M = 7,65$ (DP 4,21); T1: $M = 7,69$ (DP 4,38); T2: $M = 7,69$ (DP 3,96)).

Por outro lado, as variáveis relacionadas à qualidade de vida e humor apresentaram significância estatística. Para o Quality of life-Alzheimer Disease (QoL-AD), os resultados foram significativos ($F(2) = 7,99$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,21$), com aumento nos valores médios ao longo do tempo (T0: $M = 29,93$ (DP 6,31); T1: $M = 30,96$ (DP 4,87); T2: $M = 33,75$ (DP 4,89)). Por fim, a escala de humor Cornell também apresentou resultados significativos ($F(2) = 9,45$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,22$), com redução média nos escores ao longo do tempo (T0: $M = 6,33$, DP = 4,53; T1: $M = 3,75$, DP = 3,83; T2: $M = 3,45$, DP = 3,03), porém o valor significativo de p está na lista de espera, entre T0 – T1. (Tabela 6)

Esses resultados destacam mudanças significativas nas dimensões avaliadas, particularmente nas variáveis de qualidade de vida e humor, que apresentaram tamanhos de efeito moderados.

Tabela 6. Avaliações Tempo 0 (T0), Tempo 1 (T1) e Tempo 2(T2), com valor de *p*.

	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	η^2	T0 M (DP)	T1 M (DP)	T2 M (DP)	T0-T1	T1-T2
<i>NEEM</i>	3.59	(2.0)	0.03*	0.1	12.78 (6.48)	13.42 (5.16)	14.60 (6.49)	0.35	0.18
<i>CAMCOG</i>	4.24	(2.0)	0.01*	0.1	40.72 (18.59)	42.30 (18.03)	44.90 (20.17)	0.28	0.15
<i>Pfeffer</i>	2.59	(2.0)	0.08	0.07	23.15 (6.65)	24.84 (7.35)	24.93 (7.22)	1.14	0.91
<i>Katz</i>	2.03	(2.0)	0.14	0.06	3.03 (2.38)	2.84 (2.39)	2.75 (2.49)	0.38	0.51
<i>CDR-SOB</i>	0.004	(2.0)	0.99	1.20	7.65 (4.21)	7.69 (4.38)	7.69 (3.96)	1.0	1.0
<i>Qol-AD Média</i>	7.99	(2.0)	<0.001*	0.21	29.93 (6.31)	30.96 (4.87)	33.75 (4.89)	0.38	0.009*
<i>Cornell Média</i>	9.45	(2.0)	<0.001*	0.22	6.33 (4.53)	3.75 (3.83)	3.45 (3.03)	0.002*	0.67

6.6 Análise da qualidade de vida

Figura 4. Análise da qualidade de vida

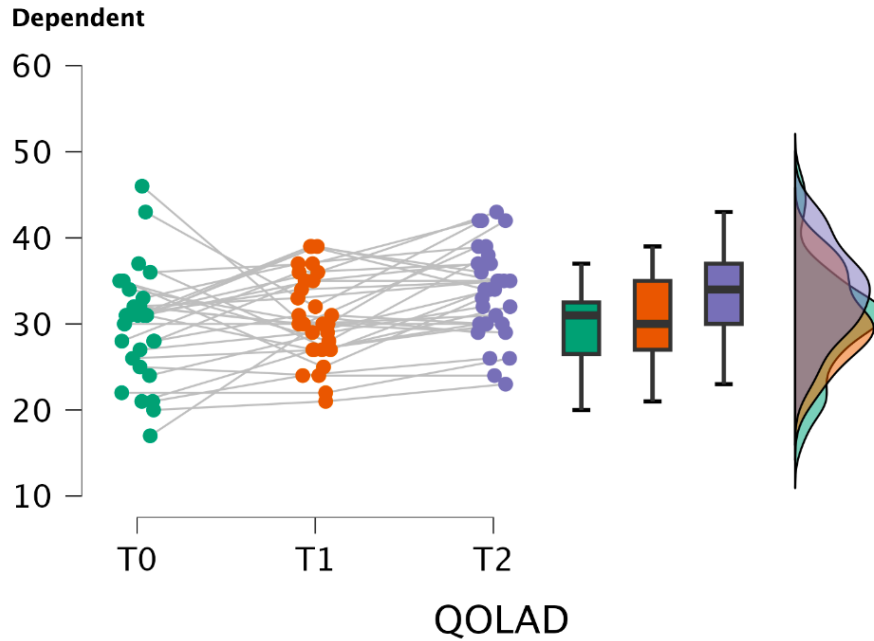


Tabela 7. Análise Post Hoc – QoLAD

Comparação Post Hoc - QOLAD		Diferença da Média	ED	t	P _{holm}
T0	T1	-0.839	0.964	-0.870	0.388
	T2	-3.677	0.964	-3.816	< .001
T1	T2	-2.839	0.964	-2.946	0.009

Observa-se uma tendência geral de aumento nos escores da QoL-AD, com a maioria dos participantes apresentando uma melhora progressiva de T0 para T2. Em T0, os escores estão concentrados principalmente entre 25 e 35, com alguns valores mais baixos. Em T1, os valores apresentam um leve aumento em relação a T0, com uma dispersão menor. Já em T2, os escores exibem uma elevação evidente em comparação com os dois momentos anteriores, indicando uma melhora geral na qualidade de vida dos participantes.

6.4 Análise do humor

Figura 5. Análise dos sintomas depressivos

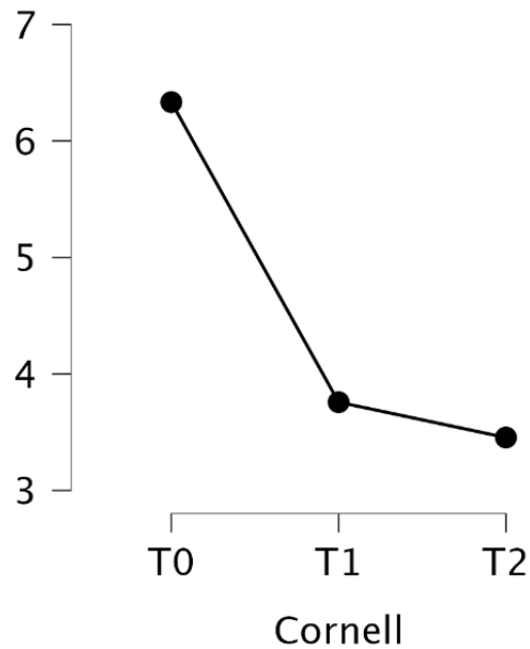


Tabela 8. Análise Post Hoc – Cornell

Comparações Post Hoc – Cornell

		Diferenças Médias	SE	t	P _{holm}
T0	T1	2.576	0.727	3.541	0.002
	T2	2.879	0.727	3.957	< .001
T1	T2	0.303	0.727	0.417	0.678

O gráfico representa a variação nos escores da escala de depressão Cornell ao longo de três momentos: T0, T1 e T2. Em T0, a pontuação média foi mais alta, próxima de 7, indicando níveis mais elevados de sintomas depressivos. Entre T0 e T1, há uma redução significativa nos escores, com a pontuação média caindo para aproximadamente 4. Entre T1 e T2, a redução contínua, embora de forma menos acentuada, com os escores atingindo valores médios em torno de 3.

7 DISCUSSÃO

Estudos de validação de intervenção que incorporam avaliações do processo aplicação têm demonstrado o papel crucial de identificar facilitadores e barreiras à implementação de programas. Essas avaliações fornecem uma análise detalhada de como a intervenção é conduzida na prática, permitindo verificar se foi implementada conforme o planejamento inicial. Além disso, elas frequentemente destacam que dificuldades na execução do programa podem ser fatores determinantes na ausência, parcial ou total, dos efeitos esperados da intervenção. Assim, ao examinar o alinhamento entre o protocolo teórico e sua aplicação prática, as avaliações de processo oferecem insights valiosos para ajustes e aprimoramentos, aumentando a probabilidade de sucesso das intervenções. (21)

O presente estudo teve como objetivo principal avaliar a viabilidade de aplicação do protocolo da Terapia de Estimulação Cognitiva (CST) em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e, diante de possíveis adaptações necessárias ao ambiente, se essas adaptações interfeririam na sua eficácia.

A implementação da CST (Cognitive Stimulation Therapy) em instituições de longa permanência em Belo Horizonte revelou diversos desafios associados à estrutura e organização dessas instituições. Entre as dificuldades observadas pela nossa equipe, destacam-se a disponibilidade de cuidadores durante os horários dos grupos, o grau de envolvimento dos funcionários com o projeto de pesquisa — incluindo a participação nas sessões e esclarecimento de dúvidas —, a adequação da estrutura física das instituições e a estabilidade no cargo dos cuidadores. Essas variáveis impactaram significativamente a execução e possivelmente a eficácia da intervenção, evidenciando a necessidade de uma organização meticulosa para a implementação bem-sucedida da CST.

O manual da CST enfatiza a necessidade de atenção em determinados aspectos no processo de recrutamento dos participantes, sugerindo, por exemplo, o equilíbrio de gêneros e a consideração das preferências individuais: “Alguns homens gostam de ser os únicos homens em um grupo, outros odeiam. Tente evitar uma variação muito grande nas capacidades dos participantes, uma vez que alguns podem se frustrar com

aqueles que estiverem tendo dificuldades em acompanhar o grupo. Claro, se houver pessoas que você sabe que não se dão bem entre si, pode ser melhor não as convidar para o mesmo grupo” (69). Para esta pesquisa, questões de convivência foram investigadas antes da formação dos grupos, evitando assim participantes que não tinham um bom relacionamento prévio. Contudo, houve uma dificuldade de manter a homogeneidade da gravidade dos quadros de demência entre os participantes, uma vez que os critérios de inclusão podem limitar o número de idosos que atendem aos requisitos necessários para sua participação. Isso se torna ainda mais complexo em ILPIs onde há uma diversidade de quadros clínicos, como idosos com Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), quadros de demência moderados e comorbidades associadas. Dessa forma, para viabilizar a formação dos grupos dentro de um universo limitado de possibilidades, outros fatores precisaram ser flexibilizados, como as variações na gravidade dos quadros clínicos (leve ou moderado) e as preferências individuais, o que reflete os desafios inerentes à implementação da CST em cenários com restrições demográficas.

Por se tratar de uma intervenção semanal com duração de sete semanas, a CST impacta diretamente a rotina dos participantes e das equipes das ILPIs, exigindo uma reestruturação organizacional para garantir a realização dos grupos no horário e dia previamente estabelecidos. Durante a aplicação do grupo piloto, realizada em dois dias diferentes da semana, observou-se que essa configuração gerava resistência entre os cuidadores, com uma colaboração consideravelmente menor. Essa resistência manifestou-se por meio de empecilhos associados a eventos e atividades pré-existentes da ILPI, além de uma receptividade reduzida às demandas relacionadas aos grupos.

Para mitigar essas dificuldades, foi adotada a estratégia de concentrar ambas as sessões no mesmo dia, com um intervalo médio de 10 minutos entre elas. Essa mudança resultou em maior aceitação tanto por parte dos idosos quanto dos cuidadores, que passaram a demonstrar maior disposição e engajamento com o processo. Contudo, mesmo com a concentração das intervenções em um único dia, a influência da CST sobre a rotina institucional permaneceu evidente. Manter a consistência em relação à frequência, ao dia da semana e ao local das sessões revelou-se um desafio significativo. O manual reforça a continuidade e consistência

entre as sessões como um de seus princípios-chave: “Memória e aprendizagem são sustentadas quando se provém continuidade e consistência entre as sessões. Exemplos disso incluem: referir-se ao nome do grupo, sempre conduzir os grupos na mesma sala e sempre começar e terminar as sessões de maneira similar.”(69), entretanto, ao conduzir os grupos de CST em ILPIs, a constância e a continuidade foram impactadas por variáveis relacionadas à rotina institucional, como visitas de mascotes de times de futebol (comuns em Belo Horizonte), eventos religiosos e reformas no ambiente onde as sessões ocorriam. Esses fatores exigiram flexibilidade por parte da equipe de pesquisa, sendo a comunicação com a equipe da ILPI fundamental nesses momentos. Quanto melhor a comunicação, mais cedo a equipe de pesquisa era informada sobre ocorrências que poderiam influenciar as atividades, possibilitando uma melhor adaptação. Além disso, ficou evidente a importância da comunicação interna entre os funcionários da própria ILPI, já que, em algumas situações, o colaborador responsável por intermediar o diálogo com a equipe de pesquisa não estava ciente de determinados eventos que impactavam as intervenções.

Outro desafio referente a consistência na frequência e nos dias programados para as sessões foram os feriados. Para resolver essa questão, optou-se por ajustar a data da realização dos grupos nas semanas que coincidem com feriados nacionais. Essa flexibilidade mostrou-se uma solução viável e prática para a logística da ILPI e da equipe, contribuindo para a manutenção da regularidade semanal do programa.

É fundamental que o espaço destinado às atividades esteja afastado dos demais idosos que não participam dos grupos, a fim de evitar interferências durante as discussões. No grupo piloto, a Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) disponibilizou um espaço que atendia a condições adequadas de luminosidade, tamanho e temperatura. Contudo, a ausência de uma barreira física evidente, como uma porta ou portão, resultou em algumas interrupções ocasionais devido à entrada de outros idosos, uma vez que o local era separado do pátio apenas por uma parede. Dessa forma, recomenda-se que a presença de uma barreira física seja um critério imprescindível na escolha do ambiente para a realização das sessões.

Percebeu-se que a interação dos participantes durante as sessões melhora progressivamente, mesmo quando a maioria já se conhecia previamente por conviverem na mesma instituição. Nos primeiros encontros é comum que os participantes que têm a cognição mais preservada questionem a finalidade do grupo e se mostrem mais críticos com relação ao nível de dificuldade das atividades apresentadas. O manual da Terapia de Estimulação Cognitiva (69) prevê uma flexibilidade na preparação das sessões, levando em conta nível de complexidade da tarefa e a capacidade cognitiva dos participantes. Nesse sentido, adaptações foram realizadas para assegurar que os temas discutidos e as atividades fossem acessíveis e motivadoras a todos os idosos do grupo, contribuindo para uma boa adesão.

Com relação a taxa de retenção, percebe-se uma influência considerável dos quadros de saúde dos idosos e sua participação no projeto. Essa ocorrência destaca como a vulnerabilidade do perfil dos participantes pode ser um fator relevante para a permanência no grupo. O "Relatório Técnico Consolidado" da Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência para Idosos destaca a importância de considerar a vulnerabilidade dos residentes ao planejar intervenções, enfatizando que a fragilidade e as múltiplas comorbidades são fatores que podem influenciar a adesão e a continuidade dos idosos em programas institucionais. (70)

A intervenção apresentou uma alta aceitabilidade geral, com adesão de 97,1% dos idosos. A única recusa foi justificada por um idoso que relatou frustração ao perceber que sua expectativa de receber atendimento individual em um processo de psicoterapia não seria atendida. Esse caso destaca a importância de uma comunicação clara e consistente durante todas as etapas do recrutamento e avaliação, esclarecendo que a Terapia de Estimulação Cognitiva, apesar de conduzida por psicólogos, é uma intervenção em grupo voltada para a realização de diversas atividades. Embora esse esclarecimento tenha sido realizado pela equipe no momento do recrutamento e recolhimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), considerando o perfil cognitivo dos participantes, torna-se recomendável reforçar essa informação em outros momentos até o início efetivo dos grupos.

No que se refere a equipe das ILPIs, percebeu-se que havia maior empolgação nos primeiros encontros, entretanto, ao longo das semanas, a equipe foi ficando menos participativa e menos interessada nas atividades desenvolvidas. Seguem algumas hipóteses desse baixo engajamento:

- A CST foi aplicada pela equipe de pesquisa e não era essencial que tivéssemos o envolvimento dos cuidadores nem funcionários das ILPIs para sua realização, de forma que ao longo do processo, a equipe das ILPIs não teve contato direto com as atividades, apesar de terem sido frequentemente encorajados a isso.
- A realização da CST demanda aos funcionários das ILPIs uma disponibilidade frequente em interromper a rotina já estabelecida para levar os participantes até o local determinado.
- A pesquisa era apresentada para os coordenadores responsáveis das ILPIs que participaram, com os objetivos e métodos bem esclarecidos. Entretanto, ao longo do processo de intervenção, muitos cuidadores pareciam não estar inteirados sobre do que se tratavam as atividades, o que expunha um problema de comunicação das equipes.

O fato das sessões de CST terem sido realizadas por uma equipe externa à instituição pode ter sido um potencializador das dificuldades associadas a incorporação das sessões na rotina institucional. Observou-se que a frequência dos idosos nas sessões tinha alguma influência da disponibilidade dos cuidadores para acompanhá-los ao espaço onde as atividades ocorriam, além da qualidade do vínculo estabelecido entre os cuidadores e os idosos. Cuidadores mais engajados e com um vínculo sólido com os residentes demonstraram maior eficiência e leveza ao mobilizá-los para as sessões, enquanto cuidadores recém-contratados ou menos envolvidos frequentemente enfrentavam atrasos e dificuldades para explicar aos participantes o propósito da atividade. Considerando o perfil cognitivo dos idosos, caracterizado por declínios significativos em domínios como orientação e memória, era necessário que os cuidadores reforçassem repetidamente a informação sobre a atividade. Esse cenário evidencia o impacto do engajamento dos cuidadores na eficácia da implementação das sessões de CST na rotina institucional.

Em uma das ILPIs participantes da pesquisa, ocorreu uma situação que evidenciou os desafios no manejo de idosos com declínio cognitivo e a importância de uma abordagem cuidadosa e ética. Durante a abordagem para levar uma das participantes até a sessão, ela questionou o cuidador sobre o propósito da atividade e o motivo de sua participação. Em resposta, o cuidador optou por dizer que a família da idosa estava aguardando na sala, o que a motivou prontamente a acompanhá-lo. No entanto, ao chegar ao local, ela se deparou com os outros participantes e a equipe de pesquisa, o que lhe causou irritação evidente durante sua interação inicial com o grupo. Embora tenha se regulado emocionalmente ao longo da sessão, a situação gerou desconforto desnecessário, que só foi esclarecido posteriormente, quando a psicóloga da instituição relatou o ocorrido e questionou sobre o comportamento da idosa. Esse episódio reforça a necessidade de uma equipe devidamente treinada no manejo de idosos com declínio cognitivo, uma vez que condutas imediatistas e pouco sensíveis podem comprometer o bem-estar emocional dos idosos e prejudicar o andamento das intervenções planejadas.

O engajamento dos funcionários da ILPI pode ser significativamente ampliado se a CST for conduzida pela equipe interna, pois isso permitiria que os próprios colaboradores estivessem atentos aos elementos fundamentais para a adaptação do protocolo, garantindo sua fidedignidade. Além disso, é essencial que os benefícios da aplicação correta da CST sejam bem esclarecidos aos funcionários e incorporados à rotina, de modo que justifiquem o esforço necessário para esse tipo de atuação e promovam maior comprometimento coletivo.

A alta rotatividade de cuidadores nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) incluídas na pesquisa revelou-se um obstáculo significativo para a aplicação da Escala Zarit, utilizada para avaliar a sobrecarga desses profissionais. O período médio de coleta de dados em cada ILPI foi de três a quatro meses, um intervalo que expôs a instabilidade na permanência dos cuidadores. Durante esse tempo, foi observado um fluxo constante de profissionais, com novos cuidadores ingressando e outros deixando suas funções, além de afastamentos temporários, como períodos de férias. Essa dinâmica instável comprometeu a viabilidade da coleta de dados consistente e representativa, da qual apenas 23% das escalas foram preenchidas pelo

mesmo profissional em T0, T1 e T2, já que a maioria dos cuidadores não permanecia por tempo suficiente nas instituições para permitir uma avaliação contínua.

A produção científica voltada para cuidadores formais de idosos ainda é escassa, evidenciando a necessidade de estudos mais aprofundados sobre essa temática. Um estudo observacional realizado em Instituições de Longa Permanência para Idosos filantrópicas e particulares de Belo Horizonte (ILPIs) (71) identificou diferenças significativas entre os relatos dos cuidadores dessas instituições, especialmente no que diz respeito à qualidade do cuidado oferecido aos idosos. Nas ILPIs filantrópicas, foi observado que muitos cuidadores são inicialmente contratados para desempenhar funções não relacionadas ao cuidado, sendo posteriormente promovidos à função de cuidador. No entanto, esses profissionais frequentemente acumulam suas tarefas anteriores, o que limita o tempo disponível para se dedicarem exclusivamente ao cuidado dos idosos e para aprimorarem suas habilidades na área. Apesar dessas adversidades, os cuidadores relataram satisfação com a nova função, percebendo-a como uma oportunidade de inserção no mercado de trabalho.

Além disso, estudos anteriores já identificaram uma diferença relevante no perfil de indivíduos que ingressam na profissão de cuidador em ILPIs particulares e ILPIs públicas, que tendem a assumir os cargos sem possuir uma capacitação prévia para exercer essa atividade, enquanto nas ILPIs particulares, há um percentual maior de cuidadores que adquiriram suas competências por meio de cursos técnicos, sugerindo uma tendência de melhor formação entre os profissionais dessas instituições em comparação às filantrópicas. (71)

Um estudo exploratório-descritivo investigou as representações sociais sobre o trabalho de cuidado elaboradas por cuidadores formais em uma ILPI.(72) Os resultados indicaram que os cuidadores percebem seu trabalho como uma oportunidade de aprendizado e desenvolvimento pessoal, mas também enfrentam desafios como a falta de reconhecimento profissional e condições laborais inadequadas, fatores que podem contribuir para a alta rotatividade.

Ainda sobre a escala Zarit, foi realizada uma adaptação nos itens que tinham maior implicação para contexto familiar e não se aplicavam para a aplicação em um cuidador formal. Essa alteração foi pautada em uma modificação já realizada em um estudo

anterior (73) que investigou sobrecarga de cuidadores em ILPIs. Essa versão modificada também foi usada em outros artigos que abordavam a sobrecarga laboral de cuidadores formais (74) (Anexo D). Entretanto, diante da alta rotatividade dos cuidadores, apenas 20% das escalas aplicadas em T0 foram respondidas até T2, inviabilizando a utilização desses dados para análise.

Outro aspecto relevante da pesquisa que foi diretamente impactado pela alta rotatividade dos cuidadores foi a inviabilidade de contar com a disponibilidade desses profissionais para o preenchimento das escalas relacionadas aos idosos participantes do grupo. Diante dessa dificuldade, a solução adotada foi direcionar a aplicação dessas escalas à equipe de psicologia das instituições envolvidas, e renunciar à aplicação das escalas de sobrecarga do cuidador (Zarit). Assim, o preenchimento ficou a cargo do profissional da equipe que mantinha maior proximidade com os participantes e com toda a equipe de cuidadores, assegurando maior precisão e confiabilidade nas respostas.

Por outro lado, os profissionais envolvidos no acompanhamento do processo de avaliação e intervenção demonstraram receptividade e apoiaram a equipe de pesquisa de forma positiva. O diálogo com o mediador da equipe de pesquisa – geralmente o psicólogo da ILPI e, em um caso, a assistente social – mostrou-se de extrema importância para garantir uma integração eficiente no ambiente da instituição. Essa colaboração foi essencial tanto para a realização das atividades quanto para a implementação de adaptações necessárias ao longo do processo.

Em relação às adaptações estruturais, as ILPIs participantes apresentaram, de maneira geral, ambientes adequados para a realização da intervenção, uma vez que já atendiam às necessidades de residentes com diferentes graus de funcionalidade. Assim, adaptações específicas para cadeirantes, ajustes de luminosidade, tamanho dos ambientes e temperatura não representaram um problema significativo. Os espaços utilizados incluíram a sala de terapia ocupacional, capela, auditório, área externa e sala de informática. Entre esses, o espaço que demandou maior adaptação foi a sala de informática, onde, antes de iniciar as sessões, a equipe precisou reorganizar o ambiente, deslocando mesas e computadores para otimizar o espaço e garantir a acomodação adequada dos participantes.

Em relação aos impactos avaliados, os resultados cognitivos demonstraram a ausência de melhorias significativas no intervalo da intervenção, tanto nas medidas do MEEM ($p = 0.18$) quanto do CAMCOG ($p = 0.15$). Ao analisar este desdobramento, pode-se levar em consideração a heterogeneidade do nível educacional dos participantes da amostra, que variava entre 0 e 11 anos de escolaridade. Estudos anteriores que demonstraram benefícios cognitivos após a aplicação do CST foram conduzidos com amostras compostas por indivíduos com desempenho educacional homogêneo, seja alto ou baixo. Assim, é plausível que a diversidade educacional presente no grupo tenha dificultado a adaptação do nível de dificuldade das sessões, o que pode ter limitado o alcance de melhorias cognitivas esperadas.(33) Além disso, a literatura apresenta estudos de intervenção da CST que não apresentaram efeitos na cognição que tenham sido estatisticamente significativos, sugerindo a existência de variáveis que podem impactar nesse desfecho. (33) (75)

Com relação a Escala de Cornell, que avalia sintomas depressivos em idosos com demência, evidenciou-se uma melhora significativa durante a lista de espera ($p = 0.002$), tendência que não apareceu na avaliação pós-intervenção ($p = 0.67$). Esse resultado pode estar relacionado a diferentes variáveis, entre elas podemos considerar a deseabilidade social ou uma interpretação enviesada de melhora influenciada pela satisfação por ter sido recrutado para uma intervenção nova. Diante dessa resposta inicial positiva, uma possível melhora de sintomas depressivos após a intervenção ficaria encoberta pelos resultados prévios, inviabilizando a atribuição dos resultados da escala às sessões de CST, uma vez que o valor que apresentou alteração significativa não coincide com o tempo da intervenção.

O resultado significativo do efeito da CST na qualidade de vida ($p = 0.009$) é coerente com literatura prévia (24) e reforça como o ambiente de atividades estimulantes construído para incluir pessoas com declínio cognitivo é importante no tratamento de demências, além de se apresentar viável para implementação em Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Sobre os resultados das escalas de funcionalidade (Katz e Pfeffer), é importante levar em consideração que o acesso destes idosos às AVDs instrumentais se encontra limitado pelas normas das instituições, como a administração de medicamentos e atividades domésticas, o que restringe a percepção dos cuidadores e dos próprios idosos sobre a funcionalidade, sendo assim uma limitação importante na interpretação desses resultados.

A principal limitação deste estudo é a ausência de um grupo controle separado, o que dificulta a comparação direta dos resultados e a avaliação de causalidade entre a intervenção e os desfechos observados. Sem um grupo controle, é mais desafiador excluir fatores externos, como viés do pesquisador, efeito placebo ou variações naturais no curso da condição dos participantes. Além disso, o modelo aberto, em que tanto os participantes quanto os pesquisadores estão cientes da intervenção, pode introduzir vieses adicionais, como o viés de expectativa, que pode influenciar tanto os comportamentos quanto as avaliações dos resultados.

Outra limitação é que o processo de implementação deste estudo não incluiu o treinamento específico dos funcionários das ILPIs no protocolo da CST, o que pode ser considerado um potencial limitador na identificação e manejo de barreiras e facilitadores à intervenção nesse ambiente. Além disso, o tamanho da amostra, com a inclusão de um número reduzido de ILPIs, representa outra limitação relevante. Todas as instituições participantes eram filantrópicas e vinculadas ao Hospital das Clínicas por meio do Projeto Cuidar, o que resultou na ausência de variações significativas no perfil das ILPIs analisadas. Essa homogeneidade dificulta a generalização dos resultados, uma vez que as dificuldades e facilitadores para a implementação da intervenção podem variar dependendo do perfil institucional, como a natureza administrativa (pública, particular ou filantrópica) ou o porte (grande ou pequeno).

8 CONCLUSÃO

A aplicação de grupos de Terapia de Estimulação Cognitiva (CST) em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) demonstrou ser uma estratégia válida e

viável, com boa taxa de recrutamento, alta taxa de retenção dos participantes, aceitabilidade entre os idosos e manutenção da fidelidade ao protocolo proposto. Embora os resultados não tenham mostrado impactos significativos na cognição, a intervenção foi eficaz para promover melhorias relevantes na qualidade de vida dos idosos que participaram da pesquisa. Esses achados reforçam o potencial da CST como uma estratégia benéfica para o bem-estar psicossocial em ambientes institucionais, destacando a importância de intervenções que valorizem aspectos além do desempenho cognitivo.

Os resultados desta pesquisa indicaram um impacto positivo nos sintomas de depressão dos participantes durante o período em que estiveram na lista de espera, embora não tenha sido observado um efeito evidente durante o período de intervenção. Esse achado sugere que fatores externos ou contextuais podem ter influenciado a melhora nos sintomas, destacando a complexidade de avaliar intervenções em populações institucionalizadas. Dado o caráter inesperado desses resultados, é necessário aprofundar a investigação em futuras pesquisas, incluindo estudos multicêntricos em outras Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), a fim de compreender melhor os mecanismos envolvidos e avaliar a reprodutibilidade desses dados em diferentes contextos e populações.

Embora as demências irreversíveis e progressivas representem um desafio significativo para serviços de saúde e para cuidados de longo prazo, as intervenções voltadas para a qualidade de vida dos pacientes se mostram essenciais. Este estudo reforça a importância de estratégias que, mesmo sem reverter o curso da doença, promovem o bem-estar e a dignidade dos indivíduos acometidos. Abordagens como a Terapia de Estimulação Cognitiva (CST) contribuem para melhorar aspectos emocionais, sociais e psicológicos, proporcionando um cuidado mais humanizado e centrado no paciente.

Embora os resultados desta pesquisa tenham demonstrado o potencial impacto positivo da Terapia de Estimulação Cognitiva (CST), é fundamental considerar a viabilidade de sua implementação em larga escala. Nesse sentido, estudos futuros são necessários para avaliar a custo-efetividade dessa intervenção, especialmente em contextos institucionais e de recursos limitados. A análise do equilíbrio entre os benefícios observados e os custos associados à aplicação pode fornecer dados

essenciais para a formulação de políticas públicas e para a integração dessas práticas no cuidado regular de populações vulneráveis, como os idosos residentes em Instituições de Longa Permanência.

REFERÊNCIAS

1. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. junho de 2018 [citado 31 de dezembro de 2024];23(6):1929–36. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601929&lng=pt&tlng=pt
2. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies S, Butterworth M, et al. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. setembro de 2003;183:248–54.
3. Luna Normand. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. 2022 [citado 1º de janeiro de 2025]. Projeto do HC para idosos institucionalizados apresenta resultados de 24 meses de monitoramento. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmg/comunicacao/noticias/projeto-do-hc-para-idosos-institucionalizados-apresenta-resultados-de-24-meses-de-monitoramento>
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Tabela síntese - Idade e sexo - Censo Demográfico (1940/2022) [Internet]. 2022 [citado 31 de dezembro de 2024]. Disponível em: agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/6e3da28dfe74401c5464880d8896197f.pdf
5. Mrejen M, Nunes L, Giacomini K. Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: O Brasil está preparado? *Inst Estud Para Políticas Saúde*. 2023;10.
6. GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health*. fevereiro de 2022;7(2):e105–25.
7. Viana B de M, Bicalho MAC, Moraes EN, Romano-Silva MA. Twenty-four-year demographic trends of a Brazilian long-term care institution for the aged. *J Am Med Dir Assoc*. fevereiro de 2015;16(2):174.e1-6.
8. Simon Long, Chloé Benoist, Wendy Weidner. World Alzheimer Report 2023 – Reducing Dementia Risk: Never too early, never too late [Internet]. 2023 [citado 19 de novembro de 2024]. Disponível em: <https://www.decadeofhealthyageing.org/find-knowledge/resources/publications/world-alzheimer-report-2023-reducing-dementia-risk-never-too-early-never-too-late>
9. Luppá M, Luck T, Weyerer S, König HH, Brahler E, Riedel-Heller SG. Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age Ageing* [Internet]. 1º de janeiro de 2010 [citado 20 de julho de 2024];39(1):31–8. Disponível em: <https://academic.oup.com/ageing/article-lookup/doi/10.1093/ageing/afp202>
10. Khandker RK, Chekani F, Mirchandani K, Kathe N. Diagnosis of behavioral symptoms as a predictor of institutionalization among Medicaid patients with dementia. *BMC Geriatr* [Internet]. 5 de dezembro de 2023 [citado 19 de novembro de 2024];23(1):807. Disponível em: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-023-04506-9>
11. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Manual de funcionamento para Instituição de Longa Permanência para Idosos. 2003.

12. Brasil. Diário Oficial da União. 2003 [citado 8 de janeiro de 2025]. Lei nº 10.741. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm
13. Siewert JS, Alvarez AM, Brito FA, Santos SMA dos, Santana RF, Freitas MA de. DEMENTIA IN INSTITUTIONALIZED ELDERLY: A NURSING TEAM'S EXPERIENCES AND PERCEPTIONS. Texto Contexto - Enferm [Internet]. 2021 [citado 20 de maio de 2022];30:e20200131. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072021000100348&tlng=en
14. Carneiro DN, Vilela ABA, Meira SS. AVALIAÇÃO DO DÉFICIT COGNITIVO, MOBILIDADE E ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA ENTRE IDOSOS. Rev APS [Internet]. 2016 [citado 27 de dezembro de 2024];19(2). Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15453>
15. Dinius CJ, Pocknell CE, Caffrey MP, Roche RAP. Cognitive interventions for memory and psychological well-being in aging and dementias. Front Psychol [Internet]. 2 de fevereiro de 2023 [citado 19 de novembro de 2024];14. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2023.1070012/full>
16. Kolanowski A, Fick D, Frazer C, Penrod J. It's About Time: Use of Nonpharmacological Interventions in the Nursing Home. J Nurs Scholarsh [Internet]. junho de 2010 [citado 18 de novembro de 2024];42(2):214–22. Disponível em: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2010.01338.x>
17. Clare L, Woods B. Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2003 [citado 14 de agosto de 2024];(4). Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003260/full>
18. Kurz AF, Leucht S, Lautenschlager NT. The clinical significance of cognition-focused interventions for cognitively impaired older adults: a systematic review of randomized controlled trials. Int Psychogeriatr [Internet]. novembro de 2011 [citado 5 de setembro de 2024];23(9):1364–75. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/product/identifiier/S1041610211001001/type/journal_article
19. Clare L, Woods RT. Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. Neuropsychol Rehabil [Internet]. 1º de setembro de 2004 [citado 11 de janeiro de 2025];14(4):385–401. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09602010443000074>
20. Vítor Parola, Adriana Coelho, Hugo Neves, Maria Almeida, Isabel Gil, Ana Mouro, et al. Efeitos de um programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados | Revista de Enfermagem Referência. Rev Enferm Referência [Internet]. 2019 [citado 11 de janeiro de 2025];IV(20):47–56. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/35828>
21. Boersma P, Weert JCM van, Lakerveld J, Dröes RM. The art of successful implementation of psychosocial interventions in residential dementia care: a systematic review of the literature based on the RE-AIM framework. Int Psychogeriatr [Internet]. janeiro de 2015 [citado 17 de novembro de 2024];27(1):19–35. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics/article/art-of-successful-implementation-of-psychosocial-interventions-in-residential-dementia-care-a-systematic-review-of-the-literature-based-on-the-reaim-framework/A919E6EF4974BBDC010EF2478DDD35D7>

22. Vanessa Lawrence, Jane Fossey, Clive Ballard, Esme Moniz-Cook, Joanna Murray. Improving quality of life for people with dementia in care homes: making psychosocial interventions work | Cambridge Core. *The British Journal of Psychiatry* [Internet]. 2012 [citado 19 de novembro de 2024];201:344–51. Disponível em: <https://www.cambridge.org.ez27.periodicos.capes.gov.br/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/improving-quality-of-life-for-people-with-dementia-in-care-homes-making-psychosocial-interventions-work/D735835380CC9DE588AFB1EDF6A59429>
23. Neves VP, Rosa A, Lima J, Helha M, de AAV, de TCS. TERAPIA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA COMPARADA AO TRATAMENTO PADRÃO PARA PACIENTES COM DOENÇA DE ALZHEIMER LEVE A MODERADA.
24. Desai R, Leung WG, Fearn C, John A, Stott J, Spector A. Effectiveness of Cognitive Stimulation Therapy (CST) for mild to moderate dementia: A systematic literature review and meta-analysis of randomised control trials using the original CST protocol. *Ageing Res Rev* [Internet]. 1º de junho de 2024 [citado 11 de dezembro de 2024];97:102312. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1568163724001302>
25. Stine-Morrow EAL, Payne BR, Roberts BW, Kramer AF, Morrow DG, Payne L, et al. Training versus Engagement as Paths to Cognitive Enrichment with Aging. *Psychol Aging* [Internet]. dezembro de 2014 [citado 2 de janeiro de 2025];29(4):891–906. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4361254/>
26. Kishita N, Backhouse T, Mioshi E. Nonpharmacological Interventions to Improve Depression, Anxiety, and Quality of Life (QoL) in People With Dementia: An Overview of Systematic Reviews. *J Geriatr Psychiatry Neurol* [Internet]. 1º de janeiro de 2020 [citado 23 de maio de 2022];33(1):28–41. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0891988719856690>
27. Alzheimer’s Association. Alzheimer’s disease facts and figures. *Alzheimers Dement* [Internet]. 30 de abril de 2024 [citado 19 de novembro de 2024];20(5):3708. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11095490/>
28. Patel B, Perera M, Pendleton J, Richman A, Majumdar B. Psychosocial interventions for dementia: from evidence to practice. *Adv Psychiatr Treat* [Internet]. setembro de 2014 [citado 19 de novembro de 2024];20(5):340–9. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/product/identifiier/S1355514600011871/type/journal_article
29. Orrell M, Aguirre E, Spector A, Hoare Z, Woods RT, Streater A, et al. Maintenance cognitive stimulation therapy for dementia: single-blind, multicentre, pragmatic randomised controlled trial. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. junho de 2014;204(6):454–61.
30. Naylor R, Spector A, Fisher E, Fucci F, Bertrand E, Marinho V, et al. Experiences of cognitive stimulation therapy (CST) in Brazil: a qualitative study of people with dementia and their caregivers Experiences of cognitive stimulation therapy (CST) in Brazil: a qualitative study of people with dementia and their caregivers. *Ageing Ment Health*. 17 de julho de 2023;28.
31. Kristine G. Madsø, Rita Weum, Torhild Holthe. Caregiver experience of the Norwegian manual for individual cognitive stimulation therapy (iCST): a qualitative study. *Ageing Ment Health* [Internet]. 2024 [citado 10 de março de 2024]; Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/13607863.2024.2313725?needAccess=true>

32. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Dementia: A NICE-SCIE Guideline on Supporting People With Dementia and Their Carers in Health and Social Care [Internet]. Leicester (UK): British Psychological Society (UK); 2007 [citado 20 de maio de 2022]. (National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55459/>
33. Marinho V, Bertrand E, Naylor R, Bomilcar I, Laks J, Spector A, et al. Cognitive stimulation therapy for people with dementia in Brazil (CST-Brasil): Results from a single blind randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. fevereiro de 2021;36(2):286–93.
34. Bertrand E, Naylor R, Laks J, Marinho V, Spector A, Mograbi DC. Cognitive stimulation therapy for brazilian people with dementia: examination of implementation’ issues and cultural adaptation. *Aging Ment Health*. outubro de 2019;23(10):1400–4.
35. Prince M, Bryce DR, Ferri DC. World Alzheimer Report 2011: The benefits of early diagnosis and intervention.
36. Aguirre E, Spector A, Orrell M. Guidelines for adapting cognitive stimulation therapy to other cultures. *Clin Interv Aging* [Internet]. junho de 2014 [citado 11 de dezembro de 2024];1003. Disponível em: <http://www.dovepress.com/guidelines-for-adapting-cognitive-stimulation-therapy-to-other-culture-peer-reviewed-article-CIA>
37. Spector A, Orrell M, Woods B. Cognitive Stimulation Therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2010 [citado 12 de agosto de 2024];25(12):1253–8. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/gps.2464>
38. Piras F, Carbone E, Faggian S, Salvalaio E, Gardini S, Borella E. Efficacy of cognitive stimulation therapy for older adults with vascular dementia. *Dement Neuropsychol* [Internet]. dezembro de 2017 [citado 13 de janeiro de 2025];11:434–41. Disponível em: https://www.scielo.br/j/dn/a/jtBcgTQHrQH4xttNxQyg9Lg/?utm_source=chatgpt.com
39. Woods B, Rai HK, Elliott E, Aguirre E, Orrell M, Spector A. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2023 [citado 30 de maio de 2025];2023(1). Disponível em: <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.cd005562.pub3>
40. Amy Streater, Elisa Aguirre, Aimee Spector and Martin Orrell. Cognitive stimulation therapy for people with dementia in practice: A service evaluation. setembro de 2016;519–80.
41. Peniche P da C, Pinto AP da S, Ribeiro RLMN, Martins JC, Faria CDC de M. Recrutamento, retenção, presença e adesão de um ensaio clínico aleatorizado para avaliar os efeitos do treino específico da tarefa em indivíduos pós-acidente vascular encefálico. *Fisioter E Pesqui* [Internet]. 9 de maio de 2022 [citado 23 de janeiro de 2025];29:22–8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/mfbg8R8nThSfcFck7jvYLNn/>
42. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*. novembro de 2009;41(4):1149–60.
43. Cao Y, Wang N, Zhang Q, Shen N, Bai J, Luo X, et al. Effects of cognitive stimulation therapy on patients with dementia: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Exp Gerontol*. 15 de junho de 2023;177:112197.

44. Paradela EMP, Lopes CDS, Lourenço RA. Reliability of the Brazilian version of the Cambridge Cognitive Examination Revised CAMCOG-R. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. junho de 2009 [citado 5 de outubro de 2024];67(2b):439–44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2009000300013&lng=en&tlng=en
45. Carthery-Goulart MT, Areza-Fegyveres R, Schultz RR, Okamoto I, Caramelli P, Bertolucci PHF, et al. Versão brasileira da Escala Cornell de depressão em demência (Cornell depression scale in dementia). *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. setembro de 2007 [citado 5 de janeiro de 2025];65:912–5. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/qpsH87CqR9M9yFMmdSW7kDr/?lang=pt>
46. Monserratt LH, Morales JA, Ovalle-Eliseo S, Mohammed A, Islas-Huerta G, Díaz-Santos M. H - 14 Psychometric Properties of the Clinical Dementia Rating (CDR) Scale in Hispanic-Latinx Communities: a Systematic Review. *Arch Clin Neuropsychol* [Internet]. 1º de outubro de 2023 [citado 30 de janeiro de 2025];38(7):1495. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/arclin/acad067.332>
47. Cousi C, Igier V, Quintard B. French cross-cultural adaptation and validation of the Quality of Life-Alzheimer’s Disease scale in Nursing Homes (QOL-AD NH). *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 15 de setembro de 2021 [citado 30 de janeiro de 2025];19(1):219. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01853-2>
48. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. novembro de 1975;12(3):189–98.
49. Bertolucci PHF [UNIFESP, Brucki SMD [UNIFESP, Campacci SR [UNIFESP, Juliano Y [UNIFESP. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. 1º de março de 1994 [citado 18 de janeiro de 2025]; Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/42727>
50. Roth M, Tym E, Mountjoy CQ, Huppert FA, Hendrie H, Verma S, et al. CAMDEX: A Standardised Instrument for the Diagnosis of Mental Disorder in the Elderly with Special Reference to the Early Detection of Dementia. *Br J Psychiatry* [Internet]. dezembro de 1986 [citado 5 de janeiro de 2025];149(6):698–709. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/camdex-a-standardised-instrument-for-the-diagnosis-of-mental-disorder-in-the-elderly-with-special-reference-to-the-early-detection-of-dementia/195948C408E197A5253CB3EE7EF6DFA0?utm_source=chatgpt.com#access-block
51. Martin Roth; Felicia A. Huppert; C. Q. Mountjoy; Elizabeth Tym. CAMDEX-R: The Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly. *Psychiatr Bull*. 1º de maio de 2000;24.
52. Cássio Machado de Campos Bottino, Alberto Stoppe. Validade e confiabilidade da versão brasileira do CAMDEX. *Arq Neuropsiquiat* [Internet]. 2001 [citado 5 de janeiro de 2025];59. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/303918735_Validade_e_confiabilidade_da_versao_brasileira_do_CAMDEX
53. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell scale for depression in dementia. *Biol Psychiatry* [Internet]. 1º de fevereiro de 1988 [citado 5 de janeiro de 2025];23(3):271–84. Disponível em: [https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/0006-3223\(88\)90038-8/abstract](https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/0006-3223(88)90038-8/abstract)

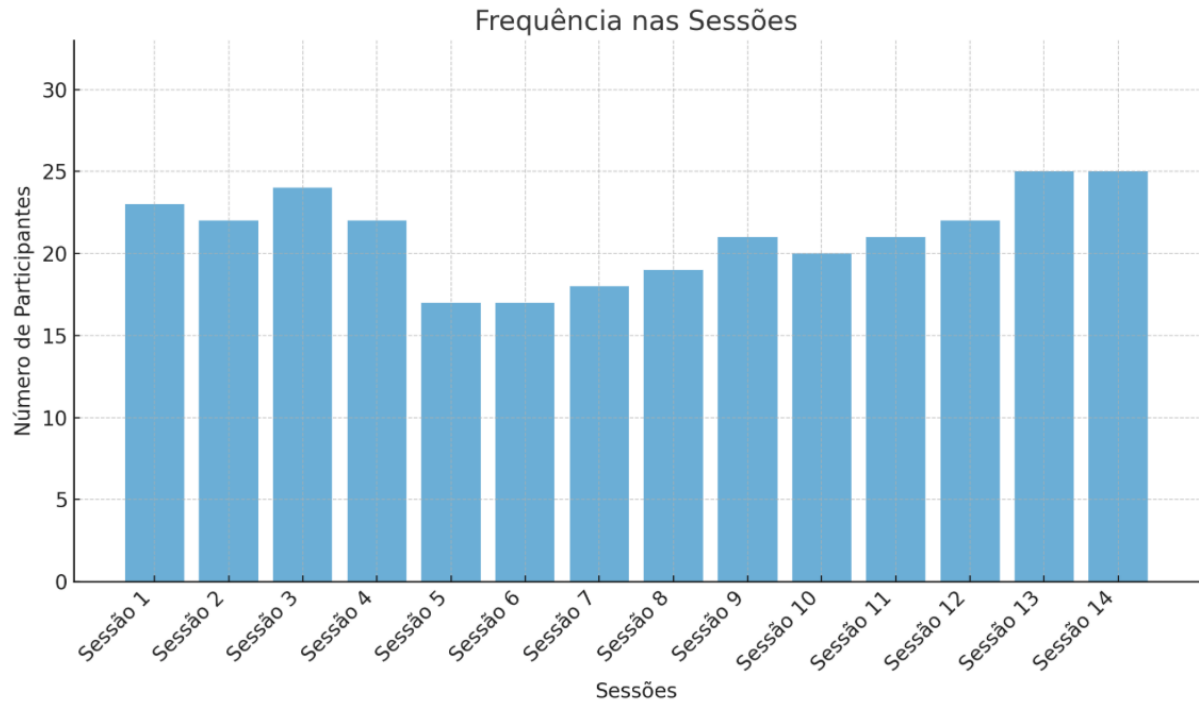
54. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol.* maio de 1982;37(3):323–9.
55. Sanchez MA dos S, Correa PCR, Lourenço RA. Cross-cultural Adaptation of the “Functional Activities Questionnaire - FAQ” for use in Brazil. *Dement Neuropsychol* [Internet]. dezembro de 2011 [citado 9 de janeiro de 2025];5:322–7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dn/a/7yzzc7ScB5QcYND5BnVT4Gs/?lang=en>
56. Assis L de O, Assis MG, Paula JJ de, Malloy-Diniz LF. O QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES FUNCIONAIS DE PFEFFER: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA BRASILEIRA. *Estud Interdiscip Sobre O Envelhec* [Internet]. 2 de setembro de 2015 [citado 9 de janeiro de 2025];20(1). Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/50189>
57. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. STUDIES OF ILLNESS IN THE AGED. THE INDEX OF ADL: A STANDARDIZED MEASURE OF BIOLOGICAL AND PSYCHOSOCIAL FUNCTION. *JAMA.* 21 de setembro de 1963;185:914–9.
58. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública* [Internet]. janeiro de 2008 [citado 5 de janeiro de 2025];24:103–12. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hssCqfGkZRfBCH5Nc9fBbtN/?lang=pt>
59. Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL. A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* junho de 1982;140:566–72.
60. O’Bryant SE, Waring SC, Cullum CM, Hall J, Lacritz L, Massman PJ, et al. Staging Dementia Using Clinical Dementia Rating Scale Sum of Boxes Scores. *Arch Neurol* [Internet]. agosto de 2008 [citado 11 de janeiro de 2025];65(8):1091–5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3409562/>
61. Montañó MBMM, Ramos LR. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2005 [citado 11 de janeiro de 2025];9:12–7. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000600007
62. Maia ALG, Godinho C, Ferreira ED, Almeida V, Schuh A, Kaye J, et al. Aplicação da versão brasileira da escala de avaliação clínica da demência (Clinical Dementia Rating - CDR) em amostras de pacientes com demência. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. junho de 2006 [citado 11 de janeiro de 2025];64:485–9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/PHzbCDZ396J48ZLxTXH34Nk/>
63. Chaves MLF, Camozzato AL, Godinho C, Kochhann R, Schuh A, de Almeida VL, et al. Validity of the clinical dementia rating scale for the detection and staging of dementia in Brazilian patients. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2007;21(3):210–7.
64. Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, Teri L. Quality of life in Alzheimer’s disease: Patient and caregiver reports. *J Ment Health Aging.* 1999;5(1):21–32.
65. Novelli MMPC, Rovere HHD, Nitrini R, Caramelli P. Cross-cultural adaptation of the quality of life assessment scale on Alzheimer disease. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 2005 [citado 7 de janeiro de 2025];63:201–6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/DtzHbMGk9MDgF6KQr6TZxDn/?lang=en>

66. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden¹. *The Gerontologist* [Internet]. 1º de dezembro de 1980 [citado 7 de janeiro de 2025];20(6):649–55. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>
67. Scazufca M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Braz J Psychiatry* [Internet]. março de 2002 [citado 7 de janeiro de 2025];24:12–7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/W8TVd9skgdCrM7vCJDjRrh/>
68. JASP - A Fresh Way to Do Statistics [Internet]. 2023 [citado 28 de janeiro de 2025]. (JASP Team). Disponível em: <https://jasp-stats.org/>
69. Daniel Mograbi, Renata Naylor. *Manual de Terapia de Estimulação Cognitiva (CST): versão brasileira*. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2018.
70. Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência para Idosos. *Relatório Técnico Consolidado: diagnóstico e propostas de ações para o fortalecimento das ILPIs no Brasil*. Brasília Câmara Deputados. 2020;
71. Ribeiro MT de F, Ferreira RC, Magalhães CS de, Moreira AN, Ferreira EF e. Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. *Rev Bras Enferm* [Internet]. dezembro de 2009 [citado 7 de janeiro de 2025];62:870–5. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/DfvGMNSMWdxcWGFRDXPw7Jf/?utm_source=chatgpt.com
72. Gomes AF. O trabalho de cuidado : uma análise das representações sociais de cuidadores de pessoas idosas em uma Instituição de Longa Permanência (ILPI). *The work of care : an analysis of the social representations of caregivers of elderly people in an Institution of Long Permanence (ILPI)* [Internet]. 23 de fevereiro de 2017 [citado 7 de janeiro de 2025]; Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/9311>
73. Canon MBF, Novelli MMPC. Identificação dos sintomas comportamentais e psicológicos em idosos moradores de uma Instituição de Longa Permanência. *Rev Ter Ocupacional Universidade São Paulo* [Internet]. 1º de abril de 2012 [citado 24 de janeiro de 2025];23(1):72–80. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/46920>
74. Peixoto JM, Rabelo I de O, Araújo JRCL, Silva JM, Pereira KC, Vieira D, et al. Sobrecarga laboral e qualidade de vida em cuidadores de idosos institucionalizados em Araguari - MG : Work overload and quality of life in caregivers of institutionalized elderly in Araguari - MG. *Braz J Health Rev* [Internet]. 10 de agosto de 2022 [citado 24 de janeiro de 2025];5(4):13973–89. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/51025>
75. Capotosto E, Belacchi C, Gardini S, Faggian S, Piras F, Mantoan V, et al. Cognitive stimulation therapy in the Italian context: its efficacy in cognitive and non-cognitive measures in older adults with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. março de 2017 [citado 25 de janeiro de 2025];32(3):331–40. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.4521>

ANEXOS

ANEXO A

Gráfico com frequência em cada sessão realizada



ANEXO B

Temas das sessões do programa de Terapia de Estimulação cognitiva (CST)

Sessões Temática
1 Jogos Físicos
2 Sons
3 Infância
4 Alimentação
5 Atualidade
6 Rostos/Cenários
7 Associação de Palavras
8 Criatividade
9 Categorização de objetos
10 Orientação
11 Uso de dinheiro
12 Jogos de números
12 Jogos de palavras
14 Jogos de perguntas

ANEXO C

Imagens utilizadas para confecção do material para as sessões, considerando a aplicação em Belo Horizonte.

Lagoa da Pampulha



(This file is licensed under the Creative Commons Attribution 2.0 Generic license.)



(foto: Luciano Carneiro/O Cruzeiro/Arquivo EM)

ANEXO D

Tabela 9. Modificações realizadas no ISZ para aplicação com os cuidadores formais da instituição (73)

Instrumento original	Modificações/Adaptações
Você sente que não tem tanta privacidade como gostaria por causa do seu familiar? Você se sente desconfortável em receber amigos em casa devido ao seu familiar?	Ambas as questões foram excluídas do instrumento.
Você sente que não tem tempo suficiente para você devido ao tempo que dedica ao seu familiar?	Você sente que não tem tempo suficiente para realizar outras tarefas de sua função na instituição devido ao tempo que dedica ao idoso?
Você sente que seu familiar frequentemente afeta negativamente seu relacionamento com outros membros da família?	Você sente que o idoso frequentemente afeta negativamente o seu relacionamento com os outros membros da equipe?
Você sente que sua vida social foi prejudicada por causa dos cuidados com o seu familiar?	Você sente que o idoso parece esperar que você cuide dele(a) como se você fosse o(a) único(a) de quem ele(a) pudesse depender?
Você sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de seu familiar, além de outras despesas?	Você sente que o seu salário não equivale a sua dedicação neste trabalho?
Você sente que perdeu o controle de sua vida desde que seu familiar adoeceu?	Você sente que deixou de realizar muitas atividades de lazer desde que iniciou neste trabalho?