

ESTIMULAÇÃO COGNITIVA EM IDOSOS COM DEMÊNCIA: QUAL O IMPACTO NA SAÚDE DE SEUS CUIDADORES?

Cognitive stimulation in older adults with dementia: what is the impact on their caregivers' health?

Thaíssa Thayara Machado Pinto^a , Mariana Asmar Alencar^a ,
Paula Maria Machado Arantes^a , Luciana de Oliveira Assis^{a*} 

RESUMO

OBJETIVOS: Identificar e avaliar o efeito das intervenções de estimulação cognitiva (EC) em idosos com demências na saúde dos cuidadores. **MÉTODO:** Revisão sistemática da literatura conduzida de acordo com as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analysis Protocols* (PRISMA). A busca foi realizada em maio de 2018, por dois pesquisadores independentes, nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Escala da Base de Dados de Evidência em Fisioterapia (PEDro), PsycINFO e PubMed. Os descritores utilizados foram “dementia” AND “cognitive stimulation” e seus equivalentes em português e espanhol. Foram incluídos apenas artigos experimentais, publicados entre janeiro de 2007 e abril de 2018, que realizaram EC em idosos com demência, conduzida por profissional ou pelo próprio cuidador e cujo desfecho incidisse no cuidador. A qualidade dos estudos selecionados foi avaliada pela Escala PEDro. **RESULTADOS:** A amostra foi composta de 10 estudos, sendo que apenas dois verificaram benefícios da EC sobre a saúde do cuidador do idoso com demência. **CONCLUSÃO:** Este estudo não encontrou evidências consistentes sobre os reais benefícios da realização de EC no idoso com demência para a vida do seu cuidador. **PALAVRAS-CHAVE:** caregivers; rehabilitation research; aged; dementia.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To identify and evaluate the effect of cognitive stimulation (CS) interventions for older adults with dementia on caregivers' health. **METHOD:** This systematic literature review was conducted in accordance with Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analysis Protocols (PRISMA) guidelines. A search was performed by two independent researchers in May 2018, using Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Health Science Literature Database (LILACS), Physiotherapy Evidence Database (PEDro), PsycINFO, and PubMed databases. The terms used were “dementia” AND “cognitive stimulation” and their equivalents in Portuguese and Spanish. For inclusion, articles should have been experimental, published from January 2007 to April 2018, with CS delivered to older adults with dementia by a professional or by a caregiver, and outcome measured in the caregiver. Quality of selected studies was assessed using the PEDro scale. **RESULTS:** The sample consisted of 10 studies, and only two reported CS benefits to the health of caregivers of older adults with dementia. **CONCLUSION:** This study found no consistent evidence of actual benefits of CS in older adults with dementia to their caregivers' health. **KEYWORDS:** caregivers; rehabilitation research; aged; dementia.

^aUniversidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Dados para correspondência

Luciana de Oliveira Assis – Avenida Presidente Antônio Carlos, 6.627, Campus Pampulha – CEP: 31270-901 – Belo Horizonte (MG), Brasil – E-mail: luoliveira.ufmg@gmail.com
Recebido em: 15/10/2018. Aceito em: 04/12/2018
DOI: 10.5327/Z2447-211520191800055

INTRODUÇÃO

Demência é um transtorno neurocognitivo caracterizado por deterioração global e progressiva de habilidades cognitivas que resulta na perda funcional progressiva do indivíduo.^{1,2} O manejo do idoso com demência pode ser especialmente desafiador para quem cuida, uma vez que esses cuidadores são expostos ao aumento da demanda por cuidado e a situações progressivamente estressantes.^{3,4} Dessa forma, há uma necessidade emergente de intervenções que visem a diminuir os impactos dessa atividade sobre a condição de saúde dos cuidadores.⁵

Atualmente, têm sido descritas na literatura intervenções não farmacológicas que objetivam aumentar as habilidades relacionadas ao cuidar e melhorar a qualidade de vida (QV) dos cuidadores, entre eles os grupos psicossociais e psicoeducacionais.⁶ Outras intervenções, no entanto, visam desacelerar o processo de perda cognitiva e funcional dos idosos com demências e, conseqüentemente, contribuir para a redução da sobrecarga de seus cuidadores,^{4,7} como acontece na estimulação cognitiva (EC).

A EC é definida como uma série de atividades e técnicas que têm como objetivo a melhora geral do funcionamento cognitivo e social de idosos com demências.⁸⁻¹⁰ Essa intervenção, que é vastamente estudada na literatura,⁸⁻¹⁰ tem evidências robustas que suportam a melhora cognitiva de idosos com demência, como na mensuração de atenção, memória, orientação, linguagem e da função cognitiva geral, bem como a melhora relacionada ao autorrelato de bem-estar, à QV, à comunicação e à interação social desses idosos.¹⁰ No entanto, as comprovações em relação aos benefícios da EC para a saúde dos cuidadores de idosos ainda precisam ser mais bem investigadas.

Torna-se importante compreender melhor os resultados dessa intervenção para a saúde dos cuidadores de idosos com demência. Esse conhecimento pode auxiliar no planejamento de intervenções que possam proporcionar benefícios tanto para os idosos com demência quanto para seus cuidadores.⁷ Portanto, o objetivo desta revisão sistemática da literatura foi identificar e avaliar o efeito das intervenções de EC na saúde dos cuidadores de idosos com demências.

MÉTODO

Estratégia de busca

Esta revisão sistemática foi conduzida de acordo com as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analysis Protocols* (PRISMA).¹¹ Realizou-se a pesquisa

em cinco bases de dados — Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Escala da Base de Dados de Evidência em Fisioterapia (PEDro), PsycINFO, PubMed e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) — utilizando os seguintes termos: “demência” OR “*dementia*” AND “estimulação cognitiva” OR “*cognitive stimulation*” OR “*estimulación cognitiva*”.

Crítérios de elegibilidade

Foram incluídos apenas ensaios clínicos randomizados em que a EC foi realizada com a população idosa (60 anos e mais) diagnosticada com demência, cujo desfecho fosse avaliado no cuidador. A intervenção poderia ser realizada individualmente ou em grupo e ser conduzida por profissional ou pelo próprio cuidador.

Foram considerados os artigos publicados entre janeiro de 2007 e abril de 2018, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Foram excluídos estudos nos quais a EC aconteceu concomitantemente a um grupo de suporte para os cuidadores de idosos com demência.

Seleção dos estudos

De acordo com os critérios de elegibilidade, dois pesquisadores realizaram as buscas de forma independente, em maio de 2018. Os artigos da revisão foram selecionados a partir da leitura do título/resumo ou da íntegra de cada artigo. Não houve discordâncias, entre os pesquisadores, quanto à elegibilidade dos artigos. Os resultados dos diferentes bancos de dados foram cruzados e os estudos duplicados foram removidos.

Avaliação da qualidade

Todos os artigos que se encaixaram nos critérios de inclusão foram submetidos à Escala PEDro, que se propõe a avaliar a qualidade metodológica dos estudos a partir de 11 critérios que analisam se o estudo tem validade interna.¹² Como o item 1 da Escala PEDro está relacionada à validade externa, não é incluído na pontuação final. Dessa forma, a pontuação máxima de qualidade é 10.

RESULTADOS

A busca resultou em 395 artigos, dos quais 95 foram eliminados por estarem duplicados, restando 300 artigos que foram avaliados para elegibilidade. Destes, 124 foram excluídos pela leitura do título e do resumo (78 eram artigos de revisão; 21, estudos-piloto; 16, editoriais ou cartas ao editor; oito, de idiomas diferentes dos admitidos nos critérios de inclusão; e um estudo realizou a

EC concomitante a um grupo de suporte para cuidadores). Após leitura na íntegra, outros 166 artigos foram excluídos (143 artigos não apresentavam desfecho da EC no cuidador, 19 não eram estudos clínicos controlados randomizados e quatro não foram realizados com a população idosa com diagnóstico de demência). Portanto, a amostra final foi de 10 artigos incluídos nesta revisão sistemática (Figura 1).

Avaliação da qualidade

A maioria dos estudos incluídos nesta revisão sistemática apresenta qualidade metodológica moderada a alta, sendo que oito deles tiveram pontuação igual ou superior a 5 pontos na Escala PEDro (Tabela 1).

Características dos estudos incluídos

Os 10 artigos que foram incluídos nessa revisão tiveram tamanho amostral variando de 17 a 261 idosos, recrutados na comunidade, bem como em Centros-Dia, Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), sanatório, clínicas e hospitais geriátricos e universitários e diagnosticados com diversos tipos de demência (Tabela 2). Os critérios utilizados para diagnóstico de demência variaram entre os estudos, e os mais utilizados foram a 4ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-IV),¹³⁻¹⁵ o National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Association Work Group (NINCDS-ADRDA)¹⁶⁻¹⁸ e a 10ª versão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas

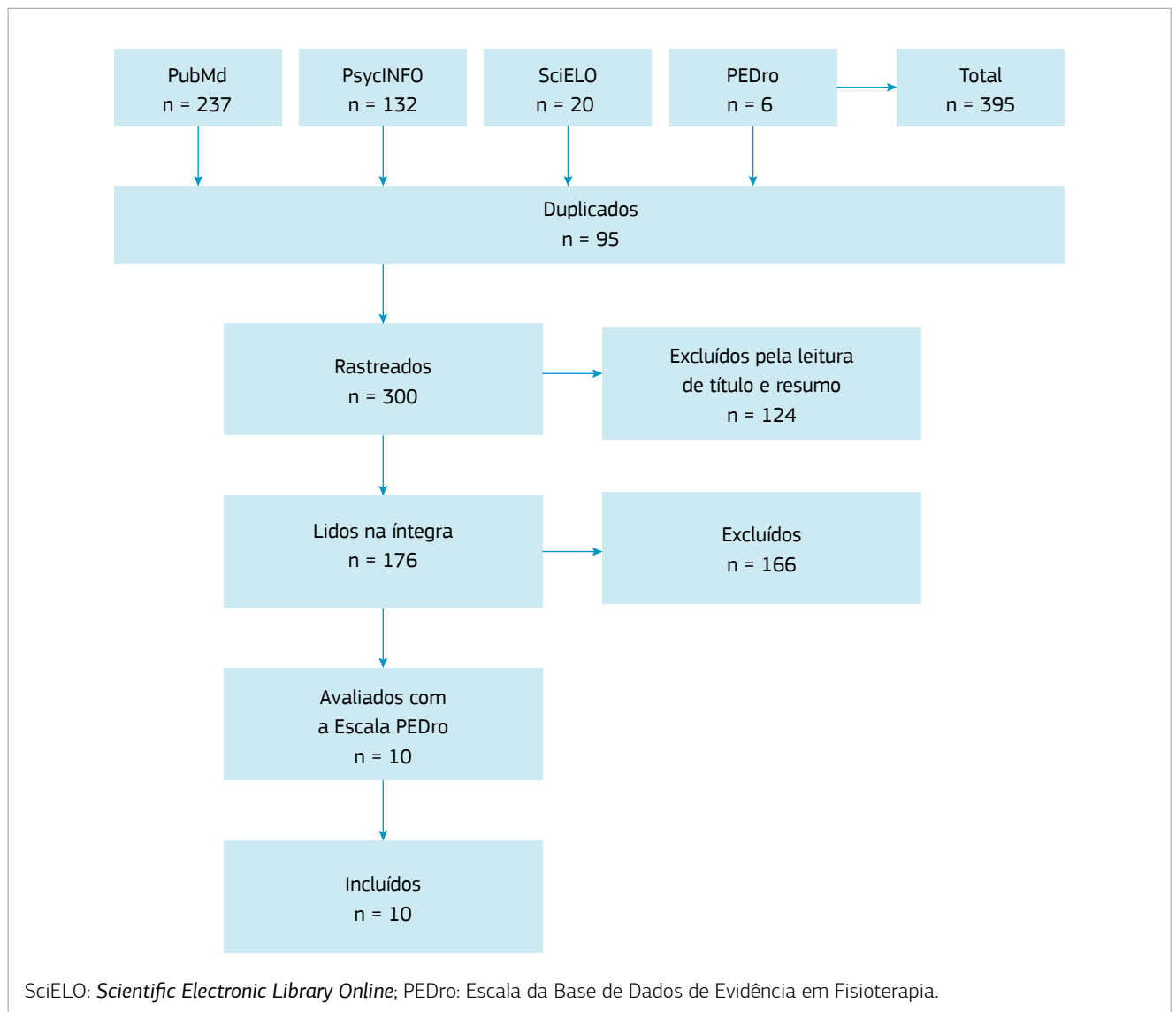


Figura 1 Fluxo da informação.

Relacionados à Saúde (CID-10)¹⁹. Para o estadiamento das demências, foram utilizados o Miniexame do Estado Mental (MEEM)^{13,14,17-20} e a Global Deterioration Scale (GDS).²¹ Sete estudos foram realizados com idosos com demência leve a moderada,^{13-15,17,18,20,21} um com idosos em transição para a fase moderada,¹⁶ um com idosos em fase moderada¹⁹ e outro não especificou a fase da demência.⁷ A caracterização dos estudos selecionados é apresentada na Tabela 2.

Características das intervenções

As características dos programas de intervenção foram bastante variadas em relação ao número de sessões (de 8 a 144 encontros), à duração (de 30 a 180 minutos) e à frequência dos atendimentos (de 1 a 5 vezes por semana). A maioria das intervenções de EC foi realizada em grupo^{7,16,18-21} e contou com orientação para a realidade (OR), terapia de reminiscências e outras atividades para estimular as funções cognitivas e a interação grupal. Dois estudos desenvolveram programas de intervenção multidomínio^{16,19} que incluíam, também, exercícios físicos,^{16,19} musicoterapia,¹⁶ realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária,¹⁹ intervenções de terapia ocupacional, arteterapia e horticultura.¹⁶ Em dois estudos, a EC foi realizada exclusivamente pelos cuidadores dos idosos, em casa, após treinamento.^{13,14} Em outro estudo,

os cuidadores de um dos grupos de intervenção, participaram de treinamento onde receberam informações gerais sobre as demências e o desenvolvimento dos programas de EC, sendo estimulados a realizarem essas atividades em casa.²⁰

Eficácia das intervenções

Dois estudos identificaram que as intervenções promoveram efeito positivo tanto para o cuidador quanto para o idoso.^{15,21} No cuidador, observou-se melhora referente à sobrecarga,²¹ à percepção do desgaste ocasionado pelas alterações comportamentais dos idosos com demência e à ansiedade.¹⁵ Outros três estudos evidenciaram efeitos benéficos da intervenção apenas para os idosos.^{16,17,19} Em quatro estudos não se observou nenhum efeito positivo da EC nos idosos com demências ou em seus cuidadores.^{13,14,18,20} Outro estudo não avaliou o desfecho da intervenção nos idosos e não encontrou mudanças significativas nos cuidadores após a intervenção.⁷

DISCUSSÃO

Apenas 10 estudos atenderam aos critérios de inclusão desta revisão sistemática. Os estudos analisados variaram muito quanto às características da população estudada, ao local de recrutamento da amostra, ao estadiamento da demência,

Tabela 1 Escore da Escala da Base de Dados de Evidência em Fisioterapia dos estudos incluídos.

Estudo	Alocação aleatória	Alocação secreta	Grupos semelhantes no baseline	Participantes cegados	Terapeutas cegados	Avaliadores cegados	Perda < 15%	Análise de intenção de tratamento	Descrição de comparação intergrupos	Medidas de precisão e variabilidade	Total (0 a 10)
Aguirre et al. ⁷	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	4
Orrel et al. ¹³	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	7
Orgeta et al. ¹⁴	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	7
Paddick et al. ¹⁵	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	8
Kim et al. ¹⁶	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	4
Niu et al. ¹⁷	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	7
Piras et al. ¹⁸	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	5
Luttenberger et al. ¹⁹	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	5
Cove et al. ²⁰	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	7
Alves et al. ²¹	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	8
Total (número de estudos)	10	5	9	1	0	6	4	7	10	10	Média = 6,2

Tabela 2 Características dos estudos selecionados.

Título/autor/ano	Número de participantes	Tipo de cuidador	Características dos idosos	Período da intervenção	Intervenção	Intervenção teve desfecho positivo no idoso	Desfechos avaliados nos cuidadores	Resultados
The effects of a Cognitive Stimulation Therapy (CST) programme for people with dementia on family caregivers' health. Aguirre et al., 2014. ⁷	85.	Informal.	Idosos com demências residentes na comunidade.	Programa EC padrão: 14 sessões Duração: - Frequência: 2 vezes por semana. Programa de manutenção da EC: 24 sessões Duração: - Frequência: 1 vez por semana.	Estimulação cognitiva grupal seguindo os seguintes princípios orientadores: uso de novas ideias, pensamentos e associações; orientação sensitiva e implicitamente; foco em opiniões e não em fatos; uso da reminiscência como uma ajuda para o aqui-e-agora; fornecer gatilhos para ajudar na recuperação; criação de continuidade e consistência entre as sessões; foco na aprendizagem implícita (em vez de explícita); linguagem estimulante; estimular o funcionamento executivo e ser centrado na pessoa.	Não avaliado.	- EQ-5D: avaliou qualidade de vida relacionada a saúde - Short Form-12: avaliou a saúde física e mental (bem-estar) do cuidador.	Não houve diferença estatisticamente significativa em nenhum dos três momentos de avaliação (Baseline 1-2, Follow-up de 3 meses e de 6 meses).
The impact of individual Cognitive Stimulation Therapy (iCST) on cognition, quality of life, caregiver health, and family relationships in dementia: A randomised controlled trial. Orrel M et al., 2017. ¹³	261 - GE (EC realizada pelo cuidador + Tratamento usual):135 - GC (Tratamento usual): 126.	Informal	Idosos com demência leve a moderada, diagnosticado de acordo com os critérios do DSM-IV, com escore no MEEEM maior ou igual a 10, residentes na comunidade.	EC realizada pelo cuidador: máximo de 75 sessões Duração: 30 minutos Frequência: 3 vezes por semana, durante 25 semanas. Tratamento usual: os serviços e intervenções disponíveis para pessoas com demência e cuidadores familiares variaram entre e dentro dos centros de EC e podem ter mudado com o tempo.	EC realizada pelo cuidador: intervenções EC provida pelo cuidador, individualmente, em casa, incluindo jogos de palavras, atividades criativas, OR, terapia de reminiscências. Tratamento usual: os grupos tinham acesso a um intervalo semelhante e tipos semelhantes de atividades mentalmente estimulantes fora da pesquisa, por exemplo, atividades em grupo não baseadas em EC oferecidas por centros de dia, hobbies, jardinagem, grupos de apoio ou visitas a locais de interesse. Em geral, os serviços oferecidos para o grupo de tratamento habitual também estavam disponíveis para aqueles do grupo de tratamento ativo.	Não encontrado	- Short Form-12: avalia a saúde física e mental (bem-estar) do cuidador - HAD: avalia sintomas ansiosos e depressivos do cuidador. - Resilience Scale-14: avalia a resiliência do cuidador. - EQ-5D: avalia a qualidade de vida do cuidador relacionada a saúde - QCPR: avalia a qualidade da relação entre o paciente e o cuidador.	Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, associada à intervenção.

Continua...

Tabela 2 Continuação.

Título/autor/ano	Número de participantes	Tipo de cuidador	Características dos idosos	Período da intervenção	Intervenção	Intervenção teve desfecho positivo no idoso	Desfechos avaliados nos cuidadores	Resultados
Individual cognitive stimulation therapy for dementia: a clinical effectiveness and cost-effectiveness pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. Orgeta et al., 2015. ¹⁴	261 - GE (EC realizada pelo cuidador + Tratamento usual): 135 - GC (Tratamento usual): 126.	Informal	Idosos com demência leve a moderada, diagnosticados de acordo com os critérios do DSM-IV, com escore no MEEEM maior ou igual a 10, residentes na comunidade.	EC realizada pelo cuidador: máximo de 75 sessões Duração: 30 minutos Frequência: 3 vezes por semana, durante 25 semanas. Tratamento usual: os serviços e intervenções disponíveis para pessoas com demência e cuidadores familiares variaram entre e dentro dos centros de EC e podem ter mudado com o tempo.	EC realizada pelo cuidador: intervenções EC provida pelo cuidador, individualmente, em casa, incluindo jogos de palavras, atividades criativas, OR, terapia de reminiscências. Tratamento usual: os grupos tinham acesso a um intervalo semelhante e tipos semelhantes de atividades mentalmente estimulantes fora da pesquisa, por exemplo, atividades em grupo não baseadas em EC oferecidas por centros de dia, hobbies, jardinagem, grupos de apoio ou visitas a locais de interesse. Em geral, os serviços oferecidos para o grupo de tratamento habitual também estavam disponíveis para aqueles do grupo de tratamento ativo.	Não encontrado	- Short Form-12: avalia a saúde física e mental (bem-estar) do cuidador - HAD: avalia sintomas ansiosos e depressivos do cuidador. - Resilience Scale-14: avalia a resiliência do cuidador. - EQ-5D: avalia a qualidade de vida do cuidador relacionada a saúde - QCPR: avalia a qualidade da relação entre o paciente e o cuidador.	Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, associada à intervenção.
The prevalence and burden of behavioural and psychological symptoms of dementia in rural Tanzania. Paddock et al., 2017. ¹⁵	34 G1 (EC de início imediato): 8 G2 (EC de início imediato): 8 G3 (EC de início tardio): 8 G4 (EC de início tardio): 10.	Informal	Idosos com demência leve a moderada, diagnosticados de acordo com os critérios do DSM-IV, residentes na comunidade.	EC começou imediatamente: 14 sessões Duração: - Frequência: 2 vezes por semana, durante 7 semanas EC de início tardio: 14 sessões Duração: - Frequência: 2 vezes por semana, durante 7 semanas.	Atividades de EC, conduzidas individualmente, conforme descrito em Mkenka et al. (2016), envolvendo OR, terapia de reminiscências, jogos, músicas, comida, associação de palavras, criatividade, categorização de objetos, orientação, uso de dinheiro, jogos com número/cálculo, jogos de palavras, reconhecimento de faces e cenas famosas, entre outras.	Melhora significativa nos escores do WHOQOL (domínio físico do teste de qualidade de vida), ADAS-Cog (escore total da avaliação de cognição, bem como nos domínios de prática, linguagem, memória e novos aprendizados).	- INP (angústia do cuidador): avalia a presença e intensidade de distúrbios comportamentais em pacientes com demência e a angústia gerada no cuidador devido a esses sintomas. - WHOQOL-Bref: avalia a qualidade de vida relacionada aos domínios físico, psicológico, social e ambiental. - HAD: avalia sintomas ansiosos e depressivos do cuidador. - Zarit Burden Interview: avalia a sobrecarga do cuidador	Melhora estatisticamente significativa no escore do INP (p = 0,032), tanto para presença e severidade dos distúrbios comportamentais do paciente, quanto para a angústia gerada no cuidador devido a esses sintomas. Melhora estatisticamente significativa no escore do domínio ansiedade da HAD (p = 0,032).

Continua...

Tabela 2 Continuação.

Título/autor/ano	Número de participantes	Tipo de cuidador	Características dos idosos	Período da intervenção	Intervenção	Intervenção teve desfecho positivo no idoso	Desfechos avaliados nos cuidadores	Resultados
Effectiveness of a community-based multidomain cognitive intervention program in patients with Alzheimer's disease. Kim et al, 2016. ¹⁶	53 - GE (Programa cognitivo multidomínio + tratamento farmacológico): 32 - GC (tratamento farmacológico): 21.	Não descrito	Idosos com DA provável de acordo com critérios do NINCDS-ADRA. Idosos residentes na comunidade	Programa cognitivo multidomínio: 120 sessões Duração: 60 minutos. Frequência: 5 vezes por semana durante 6 meses.	EC multidomínio grupal incluindo exercícios físicos, terapia ocupacional com foco na cognição, arte terapia, musicoterapia, terapia de reminiscências e horticultura.	Melhora significativa nos escores dos testes de reconhecimento e recordação de lista de palavras, bem como no domínio Assuntos Comunitários do CDR.	- Qvcd-DA (versão cuidador): mensura a qualidade de vida do cuidador	Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, associada à intervenção.
Cognitive stimulation therapy in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. Niu et al, 2010. ¹⁷	32 - GE (EC): 16 - GC (Condição neutra): 16	Não descrito	Idosos com DA leve a moderada, diagnosticados de acordo com os critérios do NINCDS-ADRA, com distúrbios neuropsiquiátricos e escore do MEEEM entre 10 e 24, recrutados em um sanatório militar.	Programa de EC: 20 sessões Duração: 45 minutos. Frequência: 2 vezes por semana, durante 10 semanas. Condição neutra: 20 sessões Duração: 45 minutos. Frequência: 2 vezes por semana, durante 10 semanas.	Programa de EC: intervenções individuais incluindo tarefas de OR, fluência verbal, de figuras sobrepostas e de aprendizagem por fotoestória. Condição neutra: exercícios de comunicação administrados individualmente e focado em: (1) discutir tópicos recentes (por exemplo, atividades do dia anterior) e eventos importantes de vida (por exemplo, hobbies e atividades agradáveis) e (2) aprender sobre o progresso na pesquisa atual da DA e auxílios externos de memória. Os exercícios se concentraram na interação conversacional e apoio psicológico ao invés de prática ou exercícios (como no GE) e foram desestruturados e relaxados.	Melhora estatisticamente significativa no escore do INP (distúrbios comportamentais dos idosos)	- INP (angústia do cuidador); avalia a presença e intensidade de distúrbios comportamentais em pacientes com demência e a angústia gerada no cuidador por causa desses sintomas.	Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, associada à intervenção.

Continua...

Tabela 2 Continuação.

Título/autor/ano	Número de participantes	Tipo de cuidador	Características dos idosos	Período da intervenção	Intervenção	Intervenção teve desfecho positivo no idoso	Desfechos avaliados nos cuidadores	Resultados
Efficacy of cognitive stimulation therapy for older adults with vascular dementia. Piras et al., 2017. ¹⁸	35 GE (EC): 21 GC (Controle ativo): 14.	Não descrito.	Idosos com demência vascular leve a moderada, diagnosticados de acordo com os critérios do NINCDS-ADRA, com escore do MEEM maior ou igual a 14 pontos, residentes em ILPI.	EC: 14 sessões Duração: - Frequência: 2 vezes por semana, durante 7 semanas.	GE: Intervenção em pequenos grupos (de 7 a 8 participantes) realizando OR e atividades de EC com os seguintes temas: sons, reminiscências, jogos motores/físicos, de números, palavras e times, categorização, associação de palavras e rostos. GC ativo: leitura e discussão de histórias e jornais, bem como realização de atividades criativas como pintar, colorir, decorar e cozinhar.	Não encontrado.	- INP (angústia do cuidador): avalia a presença e intensidade de distúrbios comportamentais em pacientes com demência e a angústia gerada no cuidador devido a esses sintomas. - Qvd-DA (versão cuidador): mensura a qualidade de vida do cuidador.	Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, associada à intervenção.
Effects of multimodal nondrug therapy on dementia symptoms and need for care in nursing home residents with degenerative dementia: a randomized-controlled study with 6-month follow-up. Luttenberger et al., 2012. ¹⁹	119 - GE (Terapia multimodal + controle + tratamento usual): 56 - GC (Tratamento usual): 63.	Formal	Idosos com demência degenerativa primária diagnosticada de acordo com o CID-10 e com escore do MEEM menor do que 24 pontos, residentes em ILPI.	Terapia multicomponente: 144 sessões Duração: 120 minutos Frequência: 6 vezes por semana durante 6 meses. Tratamento usual: livres para participar de qualquer uma das atividades regulares oferecidas na ILPI (aproximadamente 2 vezes por semana).	Terapia multicomponente realizada em grupos de 10 idosos, com tarefas organizadas em 3 categorias: estimulação motora, realização de atividades de vida diária e EC. Essas tarefas eram precedidas por uma breve introdução consistindo do que foi chamado de elemento espiritual, desenvolvido para ajudar os participantes a se sentirem parte do grupo. Os participantes do grupo intervenção também puderam participar das atividades oferecidas no Tratamento como usual, e fizeram isso uma vez por semana, em média. Tratamento usual: cuidados habituais oferecidos na ILPI como, treinamento de memória, exercícios físicos para reduzir o risco de queda, grupos de culinária e terapia ocupacional. Controles participaram de uma média de duas dessas atividades não MAKs por semana.	Melhora estatisticamente significativa no escore do Índice de Barthel (independência em AVD), no escore total do NOSGER (sintomas gerais de demência), bem como em suas subescalas de humor, mudança de comportamento, comportamento social, memória, AVD e AIVD.	- RUD-FOCA: registra o tempo de cuidado em um ambiente ambulatorial.	Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, associada à intervenção.

Continua...

Tabela 2 Continuação.

Título/autor/ano	Número de participantes	Tipo de cuidador	Características dos idosos	Período da intervenção	Intervenção	Intervenção teve desfecho positivo no idoso	Desfechos avaliados nos cuidadores	Resultados
Effectiveness of weekly cognitive stimulation therapy for people with dementia and the additional impact of enhancing cognitive stimulation therapy with a career training program. Cove et al., 2014. ²⁰	68 - GE1 (EC + treinamento dos cuidadores): 21 - GE2 (EC): 24 - GC (Lista de espera): 23.	Informal	Idosos com qualquer tipo de demência de acordo com critérios do DSM-IV, com escore do MEEEM entre 18 e 30, residentes na comunidade.	Programa de EC: 14 sessões Duração: 45 minutos Frequência: 1 vez por semana. Treinamento do cuidador: 2 sessões e 1 workshop opcional oferecido entre as sessões Duração: Sessão 1 – 3 horas; sessão 2 e workshop – 1 hora cada.	Estimulação cognitiva grupal, conforme manual de Spector et al. (2005), com o uso de OR e discussão de assuntos recentes. Treinamento do cuidador: informações gerais sobre demência e EC. O programa EC foi delineado e os detalhes das sessões individuais foram apresentados. Os princípios orientadores da EC foram descritos e formas de envolver a pessoa em casa, de acordo com esses princípios foram sugeridas. Foram sugeridas ainda atividades relacionadas a cada tema realizado no programa EC. Os cuidadores foram estimulados a registrar e avaliar o sucesso das atividades experimentadas em casa.	Não encontrado	- QCPR: avalia a qualidade da relação entre o paciente e o cuidador.	Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, associada à intervenção.
Cognitive stimulation for Portuguese older adults with cognitive impairment: a randomized controlled trial of efficacy, comparative duration, feasibility, and experiential relevance. Alves et al., 2014. ²¹	17 - GE (EC padrão): 10; - GC (Lista de espera/EC breve): 7.	Maioria cuidador formal.	Idosos com demência leve a moderada (escore GDS 3/4 ou 5) recrutados em Centros-Dia e ILPIs.	Programa EC padrão: 17 sessões. Duração: 60 minutos Frequência: 5 vezes por semana. Programa EC breve: 11 sessões. Duração: 60 minutos. Frequência: 5 vezes por semana.	Estimulação cognitiva grupal, conforme definição de Clare e Wood (2004), com o propósito de: estimular memória autobiográfica episódica, memória de trabalho, atenção visual e auditiva, linguagem, interação social, raciocínio, identificação e expressão de emoções e funcionamento executivo (habilidades de planejamento e sequenciamento).	Aumento no escore do Mini Exame do Estado Mental se compara GE com GC. Pouco significativo clinicamente.	- Qvd-DA (versão cuidador): mensura a qualidade de vida do cuidador. - Zarit Burden Interview: avalia a sobrecarga do cuidador.	Observou-se diminuição significativa na sobrecarga do cuidador (p = 0,04).

EC: estimulação cognitiva; EQ-5D: European Quality of Life – 5 Dimensions; GE: grupo experimental; GC: grupo controle; GDS: Global Deterioration Scale; ILPI: Instituição de Longa Permanência; Qvd-DA: Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer; GE1: Grupo Experimental 1; GE2: Grupo Experimental 2; DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition; MEEEM: Minixame do Estado Mental; OR: Orientação para a Realidade; QCPR: Quality of Caregiver and Patient Relationship; DA: Demência de Alzheimer; NINCDS-ADRDA: National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke - Alzheimer's Disease and Related Disorders Association; CDR: Clinical Dementia Rating; CID-10: 10ª versão da Classificação Internacional de Doenças; MAKS: estimulação motora, atividade de vida diária e cognição – elemento espiritual; AVD: atividade de vida diária; AWD: atividade instrumental de vida diária; NOSGER: Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients; RUD-FOCA: Resource Utilization in Dementia-Formal Care; INP: Inventário Neuropsiquiátrico; HAD: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; GI: Grupo 1; G2: Grupo 2; G3: Grupo 3; G4: Grupo 4; WHOQOL: Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde; ADAS-COG: Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale.

aos critérios utilizados para diagnosticar a demência e ao protocolo de intervenção, fatores que podem ter influenciado a grande variabilidade de resultados encontrados nas diferentes pesquisas.

Somente dois estudos verificaram efeitos positivos da EC no idoso com demência sobre a saúde de seus cuidadores.^{15,21} Três estudos verificaram os benefícios apenas nos idosos,^{16,17,19} quatro não verificaram benefícios nem no cuidador nem no idoso^{13,14,18,20} e um estudo, que mediu apenas o desfecho da intervenção sobre a saúde do cuidador, não verificou efeito estatisticamente significativo.⁷

Os resultados positivos da EC encontrados para os cuidadores não foram consistentes. No estudo de Alves et al.,²¹ houve diminuição significativa da sobrecarga do cuidador, avaliada pela Zarit Burden Interview, do momento pré-intervenção para momento pós-intervenção no grupo de intervenção breve. Entretanto, os escores de sobrecarga encontrados nos três momentos de avaliação foram relativamente baixos e nenhuma diferença adicional foi encontrada na comparação de intervenção padrão *versus* lista de espera. Os pesquisadores discutem que a ausência de sobrecarga observada pode estar relacionada ao fato de os entrevistados serem cuidadores formais.²¹ Já no estudo de Paddick et al.,¹⁵ a avaliação realizada com o Inventário Neuropsiquiátrico indicou melhoras significativas tanto no número e na gravidade dos sintomas psicológicos e comportamentais das demências quanto na angústia gerada no cuidador devido a esses sintomas. Entretanto, as reduções na sobrecarga do cuidador avaliada pela Zarit Burden Interview não alcançaram significância. Os pesquisadores discutem que o instrumento de avaliação da sobrecarga foi desenvolvido para uso em países desenvolvidos e adaptações podem ser necessárias para torná-lo mais relevante em outras configurações.¹⁵

Não foram encontradas características em comum que pudessem justificar o fato de os estudos de Alves et al.²¹ e de Paddick et al.¹⁵ encontrarem benefícios sobre a saúde do cuidador. No estudo de Alves et al.,²¹ os idosos foram classificados com demência leve a moderada pela GDS e foram recrutados de Centros-Dia e ILPIs, enquanto no estudo de Paddick et al.¹⁵ os idosos foram classificados de acordo com o DSM-IV e eram comunitários. O tipo de cuidador, formal²¹ e informal,¹⁵ também era distinto. O protocolo de intervenção de Alves et al.²¹ consistiu de 11 sessões, de 60 minutos, cinco vezes por semana, já Paddick et al.¹⁵ realizaram 14 sessões, duas vezes por semana e não informaram a duração. No estudo de Alves et al.,²¹ a intervenção foi em grupo, enquanto no de Paddick et al.¹⁵ foi individual.

É importante destacar ainda que não foi possível considerar características dos cuidadores que participaram dos estudos, como idade, nível de instrução e tipo de relacionamento com os idosos com demências, visto que essas informações não estavam presentes nos trabalhos. Essa caracterização pode impactar na interpretação dos resultados dos referidos estudos e, conseqüentemente, desta revisão.

Existe ainda a suposição de que a intervenção baseada na cognição fornecida por cuidador familiar possa ter maior sucesso em influenciar positivamente idosos e cuidadores.^{7,22,23} Entretanto, os dois estudos que analisaram os efeitos da EC realizada pelo cuidador não encontraram resultados positivos para idosos ou cuidadores.^{13,14}

Pesquisas anteriores sugerem ainda que as características não cognitivas das demências têm maior probabilidade de estar associadas a transtornos para os cuidadores.^{15,24} Dos três estudos que relataram efeitos positivos da EC sobre humor e comportamento de idosos,^{15,17,19} apenas um encontrou efeito indireto dessa intervenção sobre os cuidadores.¹⁵

Este estudo apresenta algumas limitações, visto que não contemplou publicações em todos os idiomas e não avaliou o efeito da EC concomitante com grupo de apoio ao cuidador. Estudos que ampliem o escopo desta revisão podem contribuir para maior compreensão do tema.

Apesar de alguns estudos apontarem que os benefícios da EC podem ser estendidos para os cuidadores de idosos com demências,^{15,21} as evidências não são conclusivas. Os estudos variaram muito quanto à população estudada e à metodologia utilizada. Mais estudos são necessários para avaliar o potencial benefício da EC sobre a saúde do cuidador.

CONCLUSÃO

Este estudo não encontrou evidências consistentes sobre os reais benefícios da realização de EC no idoso com demência para a vida do seu cuidador. São necessários estudos interencionais que realmente tenham como desfecho primário a saúde do cuidador do paciente com demência. A EC, muito aludida como eficaz para o idoso, deve passar pelo escrutínio científico adequado, a fim de ter eficácia atestada para a saúde do cuidador.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declararam não apresentar conflito de interesse de nenhuma espécie.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5*. 5ª ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.
2. Santos MD, Borges SM. Percepção da funcionalidade nas fases leve e moderada da doença de Alzheimer: visão do paciente e seu cuidador. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(2):339-49. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14154>
3. Gratão ACM, Talmelli LFS, Figueiredo LC, Rosset IFCP, Freitas CP, Rodrigues RAP. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(1):137-44. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100017>
4. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs*. 2008;108(9 Supl.):23-7. <https://dx.doi.org/10.1097%2F01.NAJ.0000336406.45248.4c>
5. Baptista MAT, Santos RL, Kimura N, Lacerda IB, Johannessen A, Barca ML, et al. Quality of life in young onset dementia: an updated systematic review. *Trends Psychiatry Psychother*. 2016;38(1):6-13. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0049>
6. Castro LM, Souza DN. Programa de intervenção psicossocial aos cuidadores informais familiares: o cuidar e o autocuidado. *Interacções*. 2016;12(42):150-62.
7. Aguirre E, Hoare Z, Spector A, Woods RT, Orrell M. The effects of a Cognitive Stimulation Therapy [CST] programme for people with dementia on family caregivers' health. *BMC Geriatr*. 2014;14(14):31. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-31>
8. Yuill N, Hollis V. A systematic review of cognitive stimulation therapy for older adults with mild to moderate dementia: an occupational therapy perspective. *Occup Ther Int*. 2011;18(4):163-86. <https://doi.org/10.1002/oti.315>
9. Woods B, Aguirre E, Spector AE, Orrell M. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(2):CD005562. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005562.pub2>
10. Aguirre E, Woods RT, Spector A, Orrell M. Cognitive stimulation for dementia: a systematic review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trials. *Ageing Res Rev*. 2013;12(1):253-62. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.07.001>
11. Galvão TF, Pansani TSA, Harad D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(2):335-42. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>
12. Shiwa SR, Costa LOP, Moser ADL, Aguiar IC, Oliveira LVF, PEDro: a base de dados de evidências em fisioterapia. *Fisioter Mov*. 2011;24(3):523-33. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502011000300017>
13. Orrell M, Yates L, Leung P, Kang S, Hoare Z, Whitaker C, et al. The impact of individual Cognitive Stimulation Therapy (iCST) on cognition, quality of life, caregiver health, and family relationships in dementia: A randomised controlled trial. *PLoS Med*. 2017;14(3):e1002269. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002269>
14. Orgeta V, Leung P, Yates L, Kang S, Hoare Z, Henderson C, et al. Individual cognitive stimulation therapy for dementia: a clinical effectiveness and cost-effectiveness pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Health Technol Assess*. 2015;19(64):1-108. <https://doi.org/10.3310/hta19640>
15. Paddick SM, Kisoli A, Longdon A, Dotchin C, Gray WK, Chaote P, et al. The prevalence and burden of behavioural and psychological symptoms of dementia in rural Tanzania. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2015;30(8):815-23. <https://doi.org/10.1002/gps.4218>
16. Kim HJ, Yang Y, Oh JG, Oh S, Choi H, Kim KH, et al. Effectiveness of a community-based multidomain cognitive intervention program in patients with Alzheimer's disease. *Geriatr Gerontol Int*. 2016;16(2):191-9. <https://doi.org/10.1111/ggi.12453>
17. Niu YX, Tan JP, Guan JQ, Zhang ZQ, Wang LN. Cognitive stimulation therapy in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2010;24(12):1102-11. <https://doi.org/10.1177/0269215510376004>
18. 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*. 2017;11(4):434-41. <https://dx.doi.org/10.1590/62F1980-57642016dn11-040014>
19. Luttenberger K, Donath C, Uter W, Graessel E. Effects of multimodal nondrug therapy on dementia symptoms and need for care in nursing home residents with degenerative dementia: a randomized-controlled study with 6-month follow-up. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(5):830-40. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03938.x>
20. Cove J, Jacobi N, Donovan H, Orrell M, Stott J, Spector A. Effectiveness of weekly cognitive stimulation therapy for people with dementia and the additional impact of enhancing cognitive stimulation therapy with a carer training program. *Clin Interv Aging*. 2014;9:2143-50. <https://doi.org/10.2147/CIA.S66232>
21. Alves J, Alves-Costa F, Magalhães R, Gonçalves OF, Sampaio A. Cognitive stimulation for Portuguese older adults with cognitive impairment: a randomized controlled trial of efficacy, comparative duration, feasibility, and experiential relevance. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2014;29(6):503-12. <https://doi.org/10.1177/1533317514522541>
22. Moniz-Cook E, Agar S, Silver M, Woods R, Wang M, Elston C, et al. Can staff training reduce behavioural problems in residential care for the elderly mentally ill? *Int J Geriatr Psychiatry*. 1998;13(3):149-58. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199803\)13:3%3C149:AID-GPS746%3E3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199803)13:3%3C149:AID-GPS746%3E3.0.CO;2-Q)
23. Quayhagen MP, Quayhagen M, Corbeil RR, Hendrix RC, Jackson JE, Snyder L, et al. Coping with dementia: evaluation of four nonpharmacologic interventions. *Int Psychogeriatr*. 2000;12(2):249-65.
24. Donaldson C, Tarrier N, Burns A. The impact of the symptoms of dementia on caregivers. *Br J Psychiatry*. 1997;170(1):62-8.