

# Situações de crise:

**Perdas, alterações da autoimagem e do autoconceito, o luto, a solidão,  
o suicídio**

**Depressão, demências, estados confusionais, *delirium***

# PERDAS:

- Ao longo do envelhecimento



- Perdas significativas



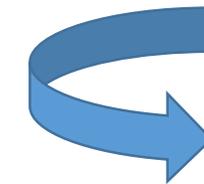
- ❖ Sentidas como um estreitamento no espaço de vida

- ❖ Sinais premonitórios de outras perdas

# Várias perdas significativas na idade avançada:

- ❖ Perda do cônjuge ou de familiares próximos
- ❖ Perda de autonomia e dependência de terceiros
- ❖ Alterações ao nível dos papéis sociais e do estatuto
- ❖ Alterações da imagem corporal
- ❖ Agravamento das patologias crónicas
- ❖ Fragmentação das relações interpessoais

**Variabilidade individual e cultural**



Impacto depende

**Funcionamento cognitivo e funcionamento global prévios**



Contrapõe-se

Mudanças positivas e ganhos diversos  
(aumento do sentido estratégico na  
utilização das capacidades e dos recursos  
existentes,...)

# LUTO

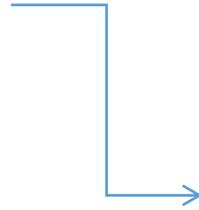
pode ser definido como um conjunto de reações diante de uma perda, portanto algo a não ser desprezado, e sim, devidamente valorizado e acompanhado, como parte da saúde emocional.

O luto é “afinal o acontecimento vital mais grave que a maior parte de nós pode experimentar” (Parkes, 1998, p. 44).

- As práticas de luto são fortemente influenciadas pela cultura onde visíveis vários simbolismos, nomeadamente a cor (o preto é representativo da perda na nossa sociedade) ou os rituais religiosos (missa de corpo presente,...).

# Luto

Não é um processo linear



Não tem tempo para terminar

No luto bem elaborado a morte é tomada como real e o enlutado apresenta disponibilidade para novos investimentos na sua vida

## Modelos teóricos

### ➤ Teoria do Trabalho do Luto:

Processo de diminuição gradual de energia que liga a pessoa enlutada ao indivíduo que falece.

Durante este processo, a pessoa enlutada tem que enfrentar a realidade da perda e começar a desvincular-se da pessoa falecida.

A expressão dos sentimentos constitui o “trabalho do luto” que levará à perda gradual dos laços com a pessoa falecida.

➤ Teoria da Vinculação (Bowlby, 1980):

4 fases

- ✓ Entorpecimento;
- ✓ Saudade e procura da pessoa falecida;
- ✓ Desorganização e desespero;
- ✓ Reorganização

Diz respeito aos laços afetivos que são criados

De uma forma simplista, pode-se considerar que **quanto mais forte for o laço estabelecido entre duas pessoas, maior será o impacto e sofrimento** advindos da ameaça ou rutura real desse laço.

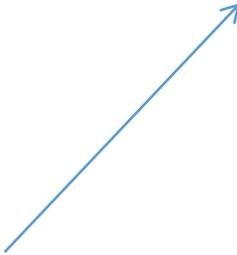
## ➤ Etapas de Kubler Ross

Centradas na pessoa

5 etapas:

- ✓ Negação;
- ✓ Raiva;
- ✓ Negociação;
- ✓ Depressão;
- ✓ Aceitação.

manifestações de uma adaptação ativa ao confronto com a morte



➤ Processo Dual de lidar com a Morte (Stroebe e Schut, 1999)

Modelo de compreensão do processo de *Coping* e de adaptação ao luto

3 dimensões:

- ✓ Orientação para a perda ( quebra de laços com o ente querido; dor,...)
- ✓ Orientação para o restabelecimento ( mudanças na vida, novos papéis, ...)
- ✓ Oscilação

Respostas  
stressoras que  
emergem com a  
perda

variáveis individuais

A oscilação refere-se à alternância entre a orientação para a perda e a orientação para o restabelecimento, realizada através do confronto e do evitamento dos diferentes *stressores*.

**Num momento, a pessoa enlutada confrontará algum aspeto da perda e , noutro, evitará essas memórias.**

# DEPRESSÃO



Patologia psiquiátrica mais frequente na população idosa em Portugal.

## Depressão em idosos: prevalência e factores associados

Marlene Sousa,\* Ana Nunes,\*\* Ana Isabel Guimarães,\*\* Joana Melo Cabrita,\*\*\* Luís Filipe Cavadas,\* Nuno Figueiras Alves\*\*\*\*

### RESUMO

**Objectivos:** Determinar a prevalência de depressão provável em idosos e analisar factores sócio-demográficos associados.

**Tipo de Estudo:** Estudo observacional transversal analítico.

**Local:** Centro de Saúde (CS) da Senhora da Hora, Unidades de Saúde Familiar (USF) Oceanos e Horizonte e Unidade de Saúde Atlântida, da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM).

**População:** Idosos inscritos no CS e unidades de saúde referidas que, na altura da recolha dos dados, apresentavam idade igual ou superior a 65 anos (N=11.600).

**Métodos:** Entre Maio e Setembro de 2008, foi realizada, pelos autores, uma entrevista a uma amostra de 590 idosos seleccionados de forma aleatória simples sem reposição, a partir das listas dos médicos de família de quatro CS/unidades de saúde da ULSM.

Os dados recolhidos foram os incluídos num questionário que continha a versão de 15 itens da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS), dados sócio-demográficos e tipo de família. A GDS foi usada para rastreio de depressão, considerando depressão provável um resultado superior a quatro.

Os dados foram tratados através do software Excel e SPSS, realizando-se análise descritiva e inferencial.

**Resultados:** A prevalência de depressão provável foi de 42,1% (IC 95%, 37,5-46,7). A prevalência foi maior no sexo feminino ( $p < 0,001$ ), nos indivíduos com baixa escolaridade ( $p = 0,002$ ) e nos não casados ( $p = 0,008$ ). Na análise multivariada por regressão logística só se manteve associação estatisticamente significativa com o sexo feminino (OR = 3,42; IC 95%, 2,12-5,38).

**Conclusões:** A prevalência de depressão provável encontrada é superior à dos estudos existentes. A associação entre a depressão e o sexo feminino está em concordância com a literatura. Este estudo é, segundo o nosso conhecimento, o primeiro a abordar esta temática, em Cuidados de Saúde Primários, em Portugal.

**Palavras-Chave:** Depressão; Idosos; Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage.

Estudo realizado em Portugal, baseado na comunidade, usando a GDS, **identificou uma prevalência de 42% de pessoas mais velhas com depressão**, tendo como principais factores de risco o género feminino, o baixo grau académico e o não ser casado.

A CID-10 é a classificação de referência em muitos países da Europa (incluindo Portugal)

- Classifica, de acordo com a gravidade, os episódios em **leves, moderados** ou **graves**.
- Os episódios de perturbação depressiva são caracterizados por persistência de **humor depressivo**, na maioria dos dias, podendo ser acompanhados por **perda do interesse ou do prazer, insónia terminal, lentificação ou agitação psicomotora, anorexia ou perda ponderal e perda da libido**.

OMS (2014)



# Depressão

A depressão caracteriza-se por **tristeza** e/ou **diminuição do interesse e prazer** em atividades agradáveis, habitualmente associados a **enviesamentos cognitivos** (ex. autodepreciação), **fadiga**, **lentificação psicomotora**, **insónia** e **ideação suicida**.

Nas pessoas mais velhas



**clínica atípica**

- Menor verbalização das emoções e dos sentimentos ;
- Minimização ou refutação do humor deprimido;
- Declínio cognitivo;
- Perda de autonomia e capacidade funcional;
- Perda de esperança;
- Maior ansiedade, agitação e sintomas psicóticos (delírios de culpa, ruína, persecutórios).



# Depressão

O **declínio cognitivo** é frequente e, embora possa regredir com a resolução do episódio depressivo, apresenta-se como **um fator de risco importante para o desenvolvimento de DA.**



Quando a depressão surge **associada a riscos cardiovasculares**, défices na atenção, alterações executivas, disfunção cortical pré-frontal e lesões vasculares subcorticais (síndrome habitualmente designada por depressão vascular)



importante **fator de risco para o desenvolvimento de demência vascular.**

(Carvalho et al., 2006)

## Fatores associados à depressão nas pessoas mais velhas

FATORES BIOLÓGICOS	FATORES PSICOLÓGICOS	FATORES SOCIAIS
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Genéticos (e.g., anomalias no gene do transportador de serotonina);</li><li>▪ Género (sexo feminino);</li><li>▪ Endócrinos (elevação prolongada dos níveis de cortisol);</li><li>▪ Vasculares (alterações vasculares subcorticais – depressão vascular);</li><li>▪ Patologias médicas [e.g., enfarte agudo do miocárdio (EAM)].</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Personalidade (e.g., elevado neuroticismo);</li><li>▪ Estilo cognitivo (e.g., ruminação);</li><li>▪ Défices cognitivos [e.g., doença de Alzheimer (DA)].</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Eventos de vida (e.g., morte de cônjuge);</li><li>▪ Baixo estrato socioeconómico;</li><li>▪ Solidão e reduzida perceção de suporte social.</li></ul>

# Depressão

Apesar da prevalência de depressão relativamente alta ( 8 a 17% nos que residem na comunidade), e de aumentar significativamente com o incremento da idade (acima dos 85 anos), continua a não ser diagnosticada nos cuidados de saúde primários.



Para isso contribui a ideia que **tristeza e envelhecimento** estão interrelacionados.

# Tratamento

**Particularmente importante para prevenir:**

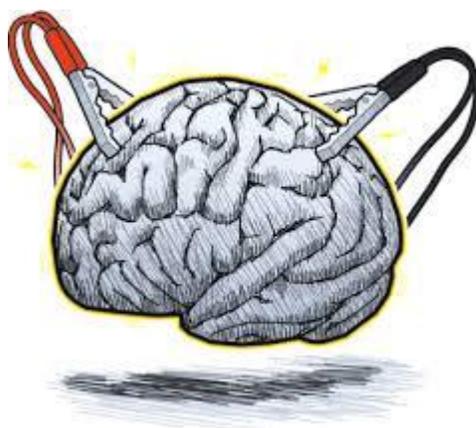
- Perda da funcionalidade
- Risco de suicídio

**Tem, ainda, como objetivos:**

- Redução dos sintomas depressivos
- Prevenção de recaídas e de recorrência
- Melhoria da função cognitiva
- Adaptação aos fatores de stress psicossocial

# Modalidades terapêuticas disponíveis

- Psicofarmacológica
- Psicoterapêutica
- Reabilitação funcional
- ECT



# Tratamento farmacológico:

- Deve assentar na prescrição de ISRS (sertralina, escitalopram, citalopram)



- Pode ser complementado com trazodone ou mirtazapina, em caso de insónia



# Suicídio



Definido pela OMS:

- Ato deliberado, iniciado e levado a cabo por um indivíduo em pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal.

# Suicídio



- Suicidam-se diariamente em todo o mundo cerca de 3000 pessoas, uma a cada 40 segundos e, por cada pessoa que se suicida, 20 ou mais cometem tentativas de suicídio.
- Os comportamentos suicidários variam marcadamente ao longo do ciclo vital, sendo a proporção de comportamentos autolesivos para atos suicidas de 30:1 nos jovens e de 3:1 nas pessoas idosas.

(OMS, 2013)



# Suicídio

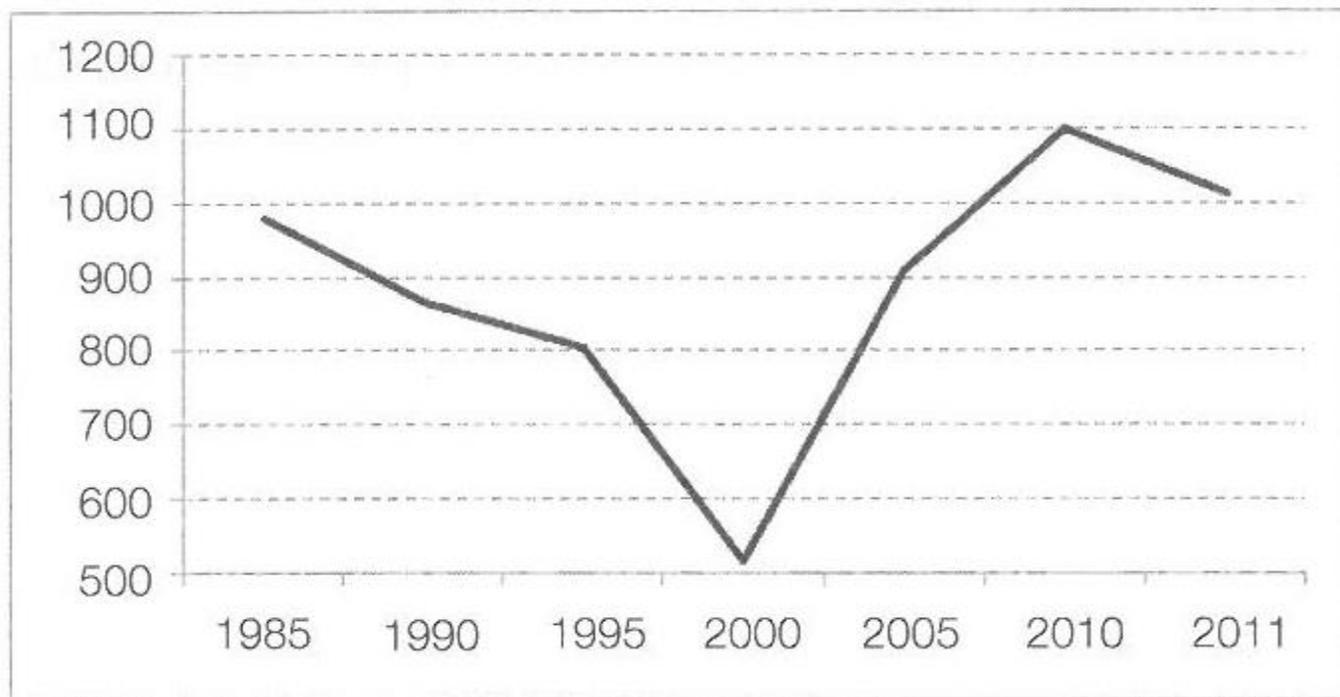


Fig. 1 – numero total de mortes em Portugal ( entre 1995 e 2011), cuja causa de morte é “lesões autoprovocadas” segundo INE



Em Portugal, a taxa de suicídios por 100000 habitantes, em 2010, foi de 10,3 o que corresponde a uma taxa superior a quaisquer outras mortes violentas, nomeadamente por acidentes de viação e acidentes de trabalho.

## Investigadores britânicos alertam para relação entre cortes e aumento dos suicídios

Medidas de austeridade como cortes na despesa pública ou aumento de impostos foram pela primeira vez ligadas ao aumento dos suicídios nos países da zona euro mais afectados pela crise. Um estudo publicado na revista científica “Social Science & Medicine” e divulgado ontem pela Universidade de Portsmouth, no Reino Unido, analisou estatísticas sobre suicídio entre 1968 e 2012 em cinco países periféricos, incluindo Portugal. Os autores estimam que em 2011 e 2012 as medidas de consolidação fiscal e austeridade tenham contribuído para 2325 suicídios de homens entre os 65 e os 89 anos nestes cinco países, o que dá um total de 465 casos em cada país. Alargando as estimativas, os investigadores apontam para que a austeridade possa ter levado a 4556 mortes entre 2009 e 2014 nos países analisados.

# SUICÍDIO NOS IDOSOS

Os momentos de crise aumentam as probabilidades de aumento das taxas de suicídio, a exemplo do que se verificou na crise dos anos 20 .

## Quase 40% dos suicídios são cometidos por idosos

ROMANA BORJA-SANTOS 29/10/2015 - 07:01

Instituto Nacional de Medicina Legal analisou autópsias de 2013 e 2014. Nesses dois anos foram registados 767 suicídios de idosos.

## Suicídios em Portugal devem-se mais a envelhecimento do que a desemprego

Análise ao suicídio em Portugal entre 1902 e 2010 conclui que a relação directa com o desemprego "é fraca". Metade das mortes auto-infligidas ocorre entre os inactivos com 65 ou mais anos

Cerca de 77% dos indivíduos que se suicidam tiveram contacto prévio com técnicos de saúde no ano anterior e cerca de 66% no mês anterior

(Andersen, Andersen, Rosholm, & Gram, 2000; Luoma, Martin, & Pearson, 2002, citados por Santos, 2012).

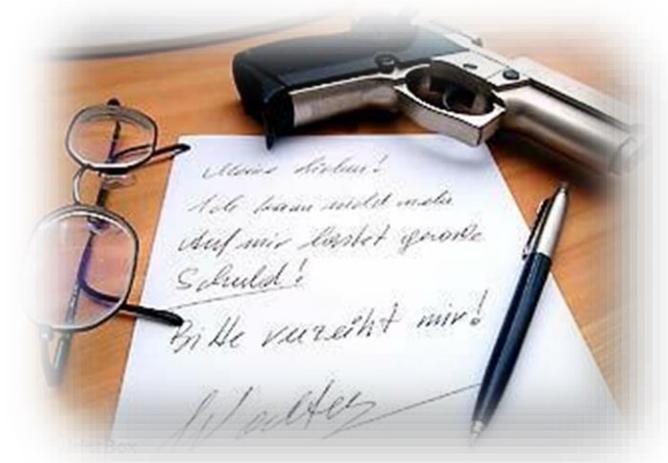


A prevenção surge como uma prioridade.

# SUICÍDIO NOS IDOSOS

O suicídio entre as pessoas idosas constitui-se como um grave problema para as sociedades das mais diversas partes do mundo.

Minayo e Cavalcante (2010)



É um ato que gera repercussões importantes em todos os contextos, desde o familiar até ao amplo contexto social, incluindo os profissionais de saúde. Retrata uma situação na qual o sujeito decide acabar com a própria vida, tentando assim, livrar-se de uma situação de dor psíquica insuportável.

# SUICÍDIO NOS IDOSOS

O envelhecimento constitui um período de crise do desenvolvimento humano, relacionado, direta ou indiretamente, com as dificuldades da vida:

- **Doenças crônicas** (limitativo da autonomia);
- **Viuvez** (exige grande poder de adaptação e reestruturação);
- **Perda da autonomia** (perda da mobilidade e aparecimento de défices cognitivos, com alteração de papéis e perda da autoestima).

É neste contexto que algumas pessoas mais velhas, sentindo que o seu mundo se transformou e que não possuem competências para lidar com as perdas, a incapacidade e as pressões a que estão sujeitas, se podem tornar mais vulneráveis à depressão, constituindo uma das principais razões do sofrimento e perda de qualidade de vida.

# SUICÍDIO NOS IDOSOS

O maior risco também está relacionado com as características desta faixa etária:

- a doença e a fragilidade física diminuem a sobrevivência ao ato suicida;
- O facto de viverem sozinhos também dificulta a probabilidade de descoberta e salvamento;
- Agem com mais premeditação, dão menos pistas e usam meios mais letais.



# Fatores associados a comportamentos suicidários nas pessoas mais velhas

FATORES PSICOPATOLÓGICOS	FATORES SOCIOECONÓMICOS	COMORBILIDADE MÉDICA
<p>Depressão (em 60-80% dos casos de suicídio em idosos) (Harwood, 2008);</p> <p>Dependência de álcool;</p> <p>Declínio cognitivo (evidência de relação entre a (in)capacidade de tomada de decisão e o suicídio (Clark <i>et al.</i>, 2011).</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Luto por morte de cônjuge ou pessoa próxima;</li><li>▪ Isolamento social e solidão (Beautrais, 2002);</li><li>▪ Abuso físico, psicológico ou emocional;</li><li>▪ Uso ilegal dos recursos econômicos do idoso (Holt-Lunstad, Smith &amp; Layton, 2010).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Maior número de patologias crônicas;</li><li>▪ Dor crônica (Juurlink <i>et al.</i>, 2004);</li><li>▪ Doença terminal associada a depressão (Conwell, van Orden &amp; Caine, 2011).</li></ul>

# SUICÍDIO NOS IDOSOS

A região do país com maior ocorrência de suicídios é o Alentejo.

- Isolamento (mais que a desertificação, que também ocorre nas Beiras e Trás-os-Montes);
- População envelhecida (os jovens emigram para o estrangeiro ou para a região de Lisboa ou Algarve litoral);
- Baixos níveis de instrução e escolaridade;
- Baixa nupcialidade;
- Divórcios;
- Desemprego;
- Pobreza;
- Baixa religiosidade;
- Desesperança;
- Alcoolismo;
- Depressão;
- Personalidade melancólica (geneticamente marcada ou mais suscetíveis a modelos de suicídio na família ou na comunidade);
- Falta de apoios médico-sociais.

São de valorizar os comentários assaz comuns perante um suicida no Alentejo: “desistiu de viver”, “renunciou à vida”, “deixou de sofrer”. Um misto de resignação, fatalismo e compreensão no seio das famílias.



# Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura

Maria Cecília de Souza Minayo Fátima Gonçalves Cavalcante

[www.scielo.br/rsp](http://www.scielo.br/rsp)

- “O crescimento das taxas de suicídio entre idosos indica que o aumento da idade se relaciona com processos biológicos e psicológicos que podem induzir a pessoa à decisão de se autodestruir”.
- A relação entre ideação, tentativas e efetivação do suicídio pode ser encontrada em comunicações verbais, comportamentos, casos situacionais e alguns conjuntos de sinais. No caso da manifestação verbal, a pessoa idosa pode ir diretamente ao assunto, confidenciando a pessoas próximas que quer morrer. Muitas vezes, porém, a pessoa idosa apenas insinua seu desejo de morte, comentando sobre isso com familiares, amigos e companheiros.
- Várias condutas deveriam ser consideradas verdadeiros alertas aos cuidadores e parentes:
  - ✓ Descuido com a medicação;
  - ✓ Colocação em ordem dos pertences ou dos haveres;
  - ✓ Desinteresse pelas coisas da vida;
  - ✓ Busca súbita de alguma religião ou igreja;
  - ✓ Desinteresse em se cuidar;
  - ✓ Frequentes visitas ao médico com sintomas vagos;
  - ✓ Em alguns países, como os EUA, a compra de arma por um homem idoso deve ser considerado forte sinal de que ele esteja planejar um suicídio.



# Processo de luto dos familiares de idosos que se suicidaram

Patrícia Batista; José-Carlos Santos

## Vivências:

- Sentimentos de solidão;
  - Desamparo;
  - Incredibilidade;
  - Abandono;
  - Angústia;
- Choque; saudade do falecido.

## Fatores de proteção:

- Meio rural;
- Religião;
- Rede de suporte;
- Ausência de hábitos alcoólicos e outros consumos.



Os **fatores protetores** correspondem a características e circunstâncias individuais, coletivas e socioculturais que, quando reforçadas, estão associadas à prevenção dos comportamentos autolesivos e atos suicidas.

## Fatores de risco:

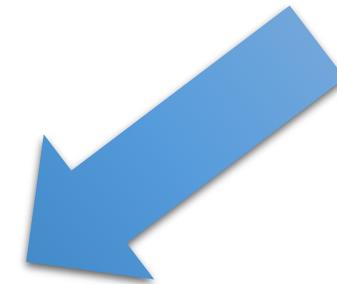
- Isolamento e solidão;
  - Angústia;
- Noção de abandono;
- Níveis elevados de LC;
  - Depressão.

# Intervenção da ideação suicida e comportamentos suicidários

Existe uma relação próxima entre ideação, tentativas e ato fatal na população idosa, de tal forma que as manifestações do desejo de se matar ou alguma ação nesse sentido devem ser tratadas imediatamente.

## População Idosa

- Promover a sinalização e monitorização dos que vivem isolados, a nível de freguesias, em articulação entre a rede de saúde, a rede social e as Autarquias;
- Maior vigilância e supervisão do seu estado de saúde através dos profissionais dos cuidados de saúde primários;
- Promoção de atividades integradas de estimulação relacional, ocupação e combate ao isolamento;
- Melhorar a rede de apoio para o desenvolvimento de atividades de vida diária.



# Intervenção da ideação suicida e comportamentos suicidários

Os profissionais de saúde devem possuir bases sólidas no que se refere à avaliação do risco de suicídio e saber quais as estratégias de comunicação a utilizar:

- **Entrevista**

Vai ser determinante para o estabelecimento de uma relação e para o sucesso das intervenções. É crucial desde o início do processo investir no estabelecimento de uma relação de aliança terapêutica.

## Componentes essenciais a ter em conta na avaliação do risco:

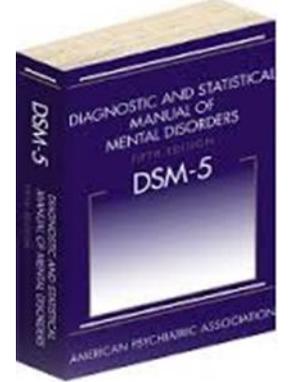
- O suicídio é multifacetado;
- É necessário identificar fatores de risco e protetores, distinguindo os que são modificáveis;
- Deve perguntar-se diretamente acerca do ato suicida ou da intenção suicida;
  - Deve levar à definição do tratamento e do plano terapêutico.

# SUICÍDIO NOS IDOSOS

A prevenção do suicídio constitui-se como uma prioridade e o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 elege esta área como uma das quatro áreas prioritárias.



# Demências/ PNC



As perturbações neurocognitivas (PNC) são definidas no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM 5), como **perturbações cujas características nucleares são cognitivas** e em que **o déficit na cognição não esteve presente desde o nascimento**, mas que **representa um declínio em relação a um nível anterior de funcionamento**.



(APA, 2014)

- O termo **demência** ficou englobado na nova entidade denominada **perturbação neurocognitiva major**, ainda que, a utilização da expressão **demência** não fique excluída, isto é, o termo é mantido para efeitos de continuidade.



Demências degenerativas (adultos mais idosos).

# Conceito de Défice Cognitivo Ligeiro (DCL)

Desde a década de 90 do século XX que foi descrita uma **entidade de transição entre o envelhecimento normal e a demência**, com critérios para o diagnóstico:

- Queixas de memória, especialmente se confirmadas por outra pessoa;
- Défice de memória confirmado por testes normalizados de acordo com a idade e grau de escolaridade;
- Função cognitiva geral maioritariamente intacta;
- Atividades de vida diária predominantemente preservadas.

(Petersen et al. 1999)

O DSM 5 vem reconhecer esta entidade que denomina de PNC *ligeira* (*Mild Neurocognitive Disorder*).

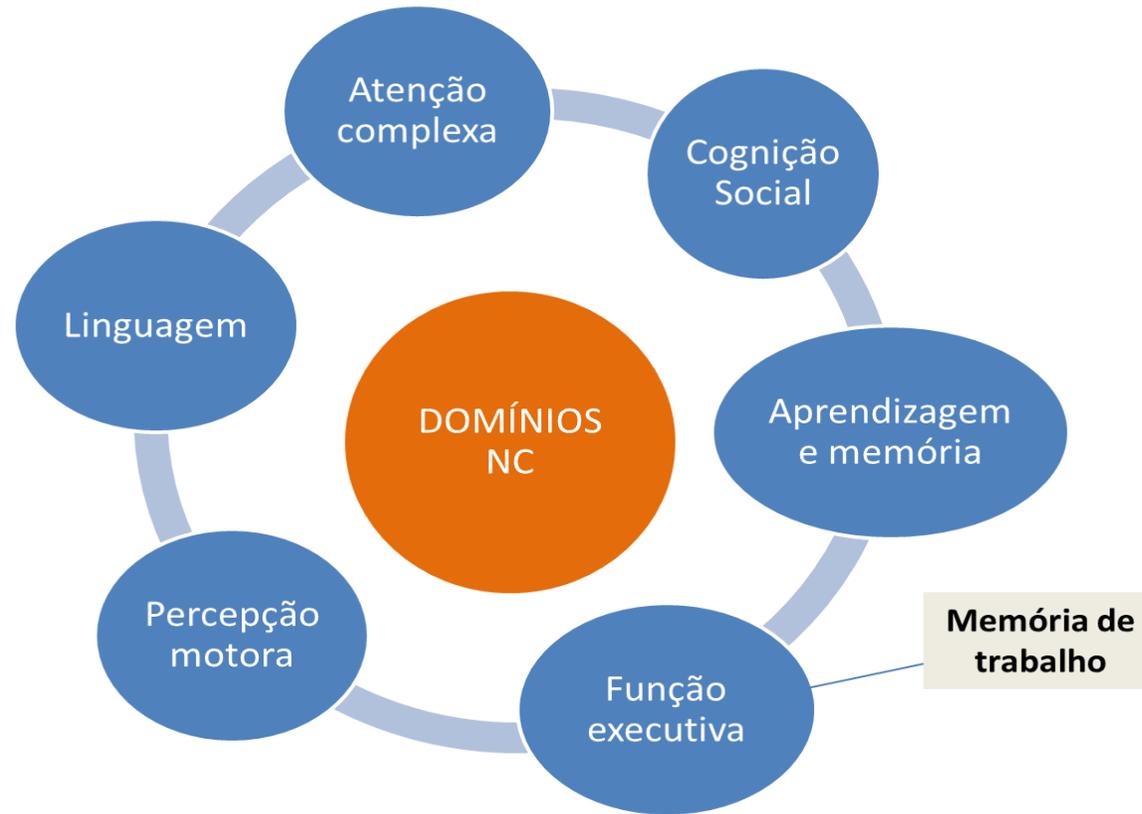
Os critérios de diagnóstico para a PNC ligeira são:

- Evidência de declínio cognitivo modesto em relação a um nível anterior de desempenho num ou mais domínios cognitivos ;
- Os défices cognitivos não interferem na realização das atividades de vida diária;
- Os défices cognitivos não ocorrem no contexto de um *delirium* e não são explicados por outra perturbação mental.

(APA, 2014)

# Figura 1.

## Domínios neurocognitivos (NC)



Fonte: Adaptado de “Manual de Diagnostico e Estatística das Perturbações Mentais. DSM-5.” by American Psychiatric Association, 2014, Lisboa: Climepsi Editores.

# Principais domínios cognitivos: definição, conceitos e avaliação

Domínio cognitivo	Definição e conceitos	Exemplos de avaliação
<b>Memória e aprendizagem</b>	<p>Capacidade de captar, processar, armazenar e evocar a informação recebida.</p> <p>Compreende as fases de <b>aquisição</b> (entrada de informação), <b>retenção</b> (armazenamento do conteúdos) e <b>evocação</b> (recordação de conteúdos que foram retidos e armazenados).</p> <p>Dividida em <b>memória de curto e longo prazo</b> ( que inclui a <b>memória declarativa</b> e <b>procedimental</b>).</p>	<p><b>Memória a curto prazo:</b> fornecer uma série de palavras para memorizar e evocar dentro de poucos segundos.</p> <p><b>Memória de trabalho:</b> fixar um nº telefone até acabar de o marcar.</p> <p><b>Memória episódica:</b> Retrograda (questionar sobre dados autobiográficos) e anterógrada ( fornecer informação nova para memorizar e pedir para evocar após um intervalo mais ou menos longo).</p> <p><b>Memória semântica:</b> avaliar conhecimentos gerais sobre historia, geografia,...</p> <p><b>Memória implícita/procedimental:</b> avaliar consequências motoras automatizadas.</p>

# Principais domínios cognitivos: definição, conceitos e avaliação

Domínio cognitivo	Definição e conceitos	Exemplos de avaliação
<b>Linguagem</b>	Inclui fluência do discurso, compreensão, nomeação, repetição, escrita, leitura.	<p>Avaliar o <b>discurso espontâneo</b> da pessoa; testar a <b>compreensão</b> dando ordens simples (“feche os olhos”); testar a <b>nomeação</b> pedindo para nomear objetos por confrontação visual; testar <b>repetição</b> pedindo para repetir palavras simples ou complexas. Avaliar a <b>escrita</b> espontânea ou por ditado; pedir para <b>ler</b> em voz alta e testar se compreendeu o que leu.</p> <p><b>Primeiros sinais:</b></p> <p><u>Empobrecimento do vocabulário</u> e dificuldades em encontrar palavras, com défices de nomeação e parafasias (dizer “mesa” em vez de “cadeira”)</p> <p>O <u>discurso tende a ficar vago</u> com circunlóquios (em vez de dizer “faca” diz “aquilo que serve para cortar”)</p>

# Principais domínios cognitivos: definição, conceitos e avaliação

Domínio cognitivo	Definição e conceitos	Exemplos de avaliação
<b>Cognição social</b>	<p>Reconhecimento das emoções.</p> <p>Teoria da mente.</p>	<p>Identificação de emoções em imagens ou faces representando uma variedade de emoções positivas e negativas.</p> <p>Capacidade para reconhecer o estado mental de outras pessoas – pensamentos desejos intenções; reconhecer emoções de outros em imagens (Ex: explicar o porquê da tristeza de uma pessoa).</p>
<b>Atenção complexa</b>	<p>Capacidade de focar e selecionar estímulos do meio.</p> <p>Quatro tipos: seletiva, sustentada, dividida, velocidade de processamento.</p>	<p><b>Digit span</b> (repetir uma série de números).</p> <p><b>Digit span reversa</b> (repetir uma série de números por ordem inversa ou meses por ordem inversa).</p> <p><b>Teste de stroop</b> (nomear a cor de palavras que escritas com cor diferente da nomeada).</p>

# Principais domínios cognitivos: definição, conceitos e avaliação

Domínio cognitivo	Definição e conceitos	Exemplos de avaliação
<b>Percetivomotor</b>	Inclui as aptidões que estão nas designações: perceção visual, Visuoconstrutiva, percetivomotor, praxia e gnosia	
(Praxia)	capacidade de executar gestos ou movimentos direcionados a um determinado objetivo .	Pedir à pessoa para executar gestos simples: escovar o cabelo, usar um copo para beber, acenar com a mão; pedir para explicar como realiza tarefas comuns: preparar uma chávena de chá, enviar uma carta pelo correio, pagar uma conta, etc.
(Gnosia)	Capacidade de reconhecer o significado de estímulos sensoriais. Pode estar alterada em qualquer tipo de modalidade sensorial. <b>Prosopagnosia</b> (incapacidade de reconhecer faces). <b>Anosognosia</b> (incapacidade para reconhecer os défices cognitivos).	Pedir para identificar objetos pelo tato, confrontação visual ou para identificar sons. Pedir para reconhecer faces (familiares ou desconhecidas) ou partes do corpo.
(Capacidades Visuoconstrutiva)		Construção de desenhos ou figuras tridimensionais (teste do cubo, desenho do pentágono).

# Principais domínios cognitivos: definição, conceitos e avaliação

Domínio cognitivo	Definição e conceitos	Exemplos de avaliação
<b>Funções executivas</b>	<p>Conjunto de funções envolvidas no planeamento, iniciativa e execução de movimentos dirigidos à concretização de um objetivo. Inclui também a capacidade de gerir problemas novos, equacionar e alterar estratégias, inferir emoções e prever comportamentos.</p>	<p><b>Raciocínio abstrato:</b> pedir para interpretar provérbios ou para explicar semelhanças diferenças entre pares de objetos (ex: cadeira e mesa)</p> <p><b>Planeamento:</b> construção de um modelo com peças de acordo com determinadas regras e avaliar os erros</p> <p><b>Iniciativa:</b> pedir para nomear todos os animais de que se lembra durante um minuto.</p> <p><b>Controlo inibitório:</b> tarefas que requerem que o individuo iniba uma resposta automática em favor de outra resposta menos habitual (ex: a pessoa é incentivada a dizer “grande” em voz alta se a palavra estiver escrita em letra maiúscula, mesmo que a palavra impressa seja “pequeno”)</p> <p><b>Capacidade de alternância:</b> unir alternadamente números e letras pela ordem numérica e alfabética.</p>

# Subtipos das PNC

Os subtipos das PNC *major* ou *ligeira* são:

- PNC devida a doença de Alzheimer;
- PNC vascular;
- PNC com corpos de Lewy;
- PNC frontotemporal;
- PNC devida a lesão cerebral traumática;
- PNC devida a infecção por VIH;
- PNC induzida por substância/medicamento;
- PNC devida a doença de Huntington;
- PNC devida a doença dos priões;
- PNC devida a outra condição médica;
- PNC devida a múltiplas etiologias;
- PNC não especificada.

# Sintomas comportamentais e psicológicos

Cerca de 90% dos indivíduos com PNC sofrem de sintomas psicológicos e comportamentais ao longo do curso da doença, que são comuns a todos os subtipos e que constituem a principal causa de institucionalização precoce.

(Firmino, Nogueira, Neves e Lagarto, 2014)



Podem ocorrer uma grande variedade de sintomas que devem ser alvo de tratamento.

A **perturbação do sono** ocorre com frequência e pode incluir sintomas de insónia, hipersónia e alterações do ritmo circadiano.

A **agitação** pode ocorrer numa grande variedade de subtipos, particularmente na PNC major com gravidade moderada a grave e surge com frequência no contexto de frustração ou confusão e pode manifestar-se através de comportamentos de luta como forma de resistência aos cuidados de higiene ou outro tipo de cuidados. Caracteriza-se pela atividade disruptiva motora ou verbal e tende a ocorrer nas fases mais avançadas do défice cognitivo em todas as PNC.

# Sintomas comportamentais e psicológicos

**Apatia**  frequente na PNC devida à DA.

**Depressão**  é muito frequente podendo surgir nas fases iniciais da doença quando a pessoa se apercebe das alterações cognitivas e do seu impacto negativo no dia a dia.

Os sintomas mais proeminentes podem consistir na anedonia.

As **alterações do pensamento** podem surgir sob a forma de ideias delirantes que podem variar no que respeita ao conteúdo, complexidade, sistematização e grau de convicção .

(ex: a pessoa pode estar convicta de que existem pessoas que entram em sua casa para esconder/roubar objetos, que o local onde reside não é a sua casa, que os seus familiares são uns impostores – delírio de Capgras, de que existe uma conspiração para o abandonar ou institucionalizar, que o cônjuge é infiel ou de que outras pessoas atuam com intenções maliciosas para o prejudicar.

Quando associadas a depressão grave (**delírios de culpa, ruína, desvalorização pessoal, autorreferência ou de perseguição**).

# Sintomas comportamentais e psicológicos

As pessoas com PNC podem apresentar **alterações da sensopercepção** com **alucinações** ou **ilusões**. Podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial mas são **maioritariamente visuais**.

As **alterações do comportamento alimentar** podem ser **quantitativas** (hiperfagia ou anorexia) ou **qualitativas** preferência por alguns alimentos associada ou não a alterações do paladar.

(ex: a preferência por doces é particularmente frequente na PNC frontotemporal).

A perda de peso pode estar relacionada com alterações endócrinas ( hipermetabolismo ou inflamação crónica)



(Lagarto, Rafaela & Cerejeira, 2014)

# Medidas preventivas

Atendendo à patogenia multifatorial, as medidas poderão passar pelo **controlo dos fatores de risco suscetíveis de ser modificados** (HTA, obesidade, diabetes, Dislipidemia, alcoolismo e hábitos tabágicos).

Outro aspeto importante  **fatores protetores:**

- **Reserva cognitiva (RC):** capacidade para melhorar a performance através da mobilização de recursos cerebrais alternativos e que correspondem a estratégias cognitivas mais eficientes e flexíveis.



*Sobral & Paúl*

*Revista E-Psi (2015), 5(1), 113-134*

atividades de lazer ou de ocupação profissional e a diminuição do risco do aparecimento de sintomatologia da demência, embora em outros estudos essa associação não tenha sido encontrada.

A RC não é fixa e continua a evoluir ao longo da vida e neste artigo ficou evidenciada a importância da quantificação da RC. Pois em muitos estudos foram encontrados benefícios da RC, nomeadamente, ao nível da escolaridade, da ocupação profissional ao longo da vida e da participação em atividades de lazer na vida adulta. Assim, devem ser implementadas as mudanças necessárias nos estilos de vida e dadas oportunidades de aumento da RC às pessoas em todas as idades, nomeadamente através da estimulação cognitiva ao longo da vida, com a manutenção de uma vida ativa, tanto do ponto de vista cognitivo como físico. Os programas de prevenção comunitária da DA devem apostar na melhoria do nível de escolaridade em Portugal e devem incluir uma promoção da participação em atividades de lazer na idade adulta (como a leitura, jogos, atividade física, passeios, socialização com os amigos, etc.).

# Fatores protetores

Dieta: a **dieta mediterrânea** tem vindo a adquirir defensores , nomeadamente por ter sido associada a redução do risco de DCL

Numa revisão Cochrane ficou indiciado o efeito protetor do omega-3, principalmente quando era iniciado precocemente



NIH Public Access

Author Manuscript

JAMA. Author manuscript; available in PMC 2009 October 21.

Published in final edited form as:

JAMA. 2009 August 12; 302(6): 627–637. doi:10.1001/jama.2009.1144.

## COCHRANE HIGHLIGHT

## Omega 3 fatty acid for the prevention of cognitive decline and dementia

Emma Sydenham, Alan D. Dangour, Wee-Shiong Lim

*The independent commentary was written by Rubens José Gagliardi*

### ABSTRACT

**BACKGROUND:** Evidence from observational studies suggests that diets high in omega-3 long-chain polyunsaturated fatty acids (PUFA) may protect people from cognitive decline and dementia. The strength of this potential protective effect has recently been tested in randomized controlled trials.

**OBJECTIVES:** To assess the effects of omega-3 PUFA supplementation for the prevention of dementia and cognitive decline in cognitively healthy older people.

no cognitive declines during the studies. The main reported side-effect of omega-3 PUFA supplementation was mild gastrointestinal problems. Overall, minor adverse events were reported by fewer than 15% of participants, and reports were balanced between intervention groups. Adherence to the intervention was on average over 90% among people who completed the trials. All three studies included in this review are of high methodological quality.

**AUTHORS' CONCLUSIONS:** Direct evidence on the effect of omega-3 PUFA on incident dementia is lacking. The available trials showed no benefit of omega-3 PUFA supplementation on cognitive function in cognitively healthy older people. Omega-3 PUFA supplementation is generally well tolerated with the most commonly reported side-effect being mild gastrointestinal problems. Further studies of longer duration are required. Longer-term studies may identify greater change in cognitive function in study participants which may enhance the ability to detect the possible effects of omega-3 PUFA supplementation in preventing cognitive decline in older people.

This is the abstract of a Cochrane Review published in the Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) 2012, issue 6, DOI: 10.1002/14651858.CD005379.pub3 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005379.pub3/abstract>; accessionid=F0C2EAE2

## Physical Activity, Diet, and Risk of Alzheimer Disease

Nikolaos Scarmeas, MD, Jose A. Luchsinger, MD, Nicole Schupf, PhD, Adam M. Brickman, PhD, Stephanie Cosentino, PhD, Ming X. Tang, PhD, and Yaakov Stern, PhD  
Taub Institute for Research in Alzheimer's Disease and the Aging Brain (Drs Scarmeas, Luchsinger, Schupf, Brickman, Cosentino, and Stern), Gertrude H. Sergievsky Center (Drs Scarmeas, Schupf, Brickman, Cosentino, Tang, and Stern), and Departments of Neurology (Drs Scarmeas, Brickman, Cosentino, and Stern) and Medicine (Dr Luchsinger), Columbia University Medical Center, New York, New York.

### Abstract

**Context**—Both higher adherence to a Mediterranean-type diet and more physical activity have been independently associated with lower Alzheimer disease (AD) risk but their combined association has not been investigated.

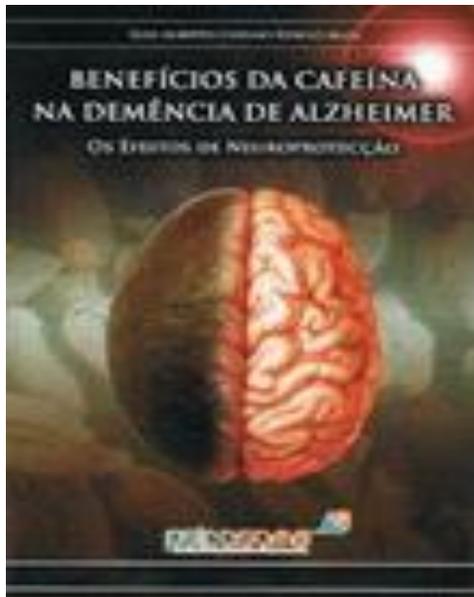
**Objective**—To investigate the combined association of diet and physical activity with AD risk.

**Design, Setting, and Patients**—Prospective cohort study of 2 cohorts comprising 1880 community-dwelling elders without dementia living in New York, New York, with both diet and physical activity information available. Standardized neurological and neuropsychological measures were administered approximately every 1.5 years from 1992 through 2006. Adherence to a Mediterranean-type diet (scale of 0–9; trichotomized into low, middle, or high; and dichotomized into low or high) and physical activity (sum of weekly participation in various physical activities, weighted by the type of physical activity [light, moderate, vigorous]; trichotomized into no physical activity, some, or much; and dichotomized into low or high), separately and combined, were the main predictors in Cox models. Models were adjusted for cohort, age, sex, ethnicity, education, apolipoprotein E genotype, caloric intake, body mass index, smoking status, depression, leisure activities, a comorbidity index, and baseline Clinical Dementia Rating score.

**Main Outcome Measure**—Time to incident AD.

# Fatores protetores

Também os efeitos neuroprotetores da cafeína, administrada continuamente, têm sido demonstrados em diferentes modelos experimentais.



## Atividade física

### Update in

Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. [Cochrane Database Syst Rev. 2008]

### Abstract

**BACKGROUND:** Physical activity is beneficial for healthy ageing. It may also help maintain good cognitive function in older age. Aerobic activity improves cardiovascular fitness, but it is not known whether this sort of fitness is necessary for improved cognitive function. Studies in which activity, fitness and cognition are reported in the same individuals could help to resolve this question.

**OBJECTIVES:** To assess the effectiveness of physical activity, aimed at improving cardiorespiratory fitness, on cognitive function in older people without known cognitive impairment.

**SEARCH STRATEGY:** We searched MEDLINE, EMBASE, PEDro, SPORTDiscus, PsycINFO, CINAHL, Cochrane Controlled Trials Register (CENTRAL), Dissertation abstracts international and ongoing trials registers on 15 December 2005 with no language restrictions.

**SELECTION CRITERIA:** All published randomised controlled trials comparing aerobic physical activity programmes with any other intervention or no intervention with participants older than 55 years of age were eligible for inclusion.

**DATA COLLECTION AND ANALYSIS:** Eleven RCTs fulfilling the inclusion criteria are included in this review. Two reviewers independently extracted the data from these included studies.

**MAIN RESULTS:** Eight out of 11 studies reported that aerobic exercise interventions resulted in increased cardiorespiratory fitness of the intervention group (an improvement on the maximum oxygen uptake test which is considered to be the single best indicator of the cardiorespiratory system) of approximately 14% and this improvement coincided with improvements in cognitive capacity. The largest effects on cognitive function were found on motor function, auditory attention and delayed memory functions (effect sizes of 1.17, 0.52 and 0.50 respectively). However, the results for delayed memory functions should be interpreted with care since they are based on a single study. Moderate effects were observed for cognitive speed (speed at which information is processed; effect size 0.26) and visual attention (effect size 0.26).

**AUTHORS' CONCLUSIONS:** There is evidence that aerobic physical activities which improve cardiorespiratory fitness are beneficial for cognitive function in healthy older adults, with effects observed for motor function, cognitive speed, delayed memory functions and auditory and visual attention. However, the majority of comparisons yielded no significant results. The data are insufficient to show that the improvements in cognitive function which can be attributed to physical exercise are due to improvements in cardiovascular fitness, although the temporal association suggests that this might be the case. Larger studies are still required to confirm whether the aerobic training component is necessary, or whether the same can be achieved with any type of physical exercise. At the same time, it would be informative to understand why some cognitive functions seem to improve with (aerobic) physical exercise while other functions seem to be insensitive to physical exercise. Clinicians and scientists in the field of neuropsychology should seek mutual agreement on a smaller battery of cognitive tests to use, in order to render research on cognition clinically relevant and transparent and heighten the reproducibility of results for future research.

# Fatores protetores

**Treino cognitivo:** implica a prática repetida de exercícios cognitivos, de competências básicas que são essenciais para o bom desempenho de funções cognitivas mais complexas.

(Gonzaga & Nunes, 2008)

Este treino deve incidir em funções cognitivas particulares, tais como a memória, atenção, linguagem e funções executivas. A prática regular de tarefas envolvidas no treino cognitivo tem demonstrado eficácia em alguns estudos, verificando-se uma melhoria ou pelo menos a manutenção do funcionamento de um domínio específico, e que os efeitos desta prática podem ser generalizados a outros contextos que não o alvo de treino

Disponível em [www.scielo.br/prc](http://www.scielo.br/prc)

(Lima, 2006)

## Treino de Memória no Idoso Saudável: Benefícios e Mecanismos

*Memory Training in Healthy Elders: Outcomes and Possible Mechanisms of Improvement*

Mônica Sanches Yassuda\*, Samila Sathler Tavares Batistoni,  
Andréa Garofe Fortes, Anita Liberalesso Neri  
*Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil*

### Resumo

Introdução: Pesquisas documentam declínio na memória ao longo do envelhecimento, entretanto, estudos apontam que o treino gera um aumento significativo no desempenho de idosos. Objetivo: Replicar resultados internacionais referentes a treino de memória com uma amostra brasileira de idosos saudáveis e investigar mecanismos, como o uso de estratégias, que possam explicar seus benefícios. Método: 69 idosos saudáveis, subdivididos em grupo experimental (GE) e grupo controle (GC), receberam quatro sessões de treino de memória (GC recebeu o treino após o pós-teste). O treino ofereceu informações sobre memória e envelhecimento, instrução e prática em organização de listas de supermercado e grifo de idéias principais em textos. Resultados: No pós-teste o GE apresentou melhor desempenho na recordação de texto e maior uso de estratégias (organização da lista e uso de grifo). Os dois grupos relataram menor número de queixas (medidas através do MAC-Q) e processamento de informações mais rápido (símbolos do WAIS-R) no pós-teste. Conclusões: Após o treino, os idosos fazem uso mais intenso de estratégias de memória, mas este fato não garante melhor desempenho (não houve aumento na memorização da lista). Os achados para a lista sugerem a presença da deficiência da utilização: os idosos usaram a estratégia, mas não se beneficiaram dela.

*Palavras-chave:* Memória; treino; envelhecimento; estratégias.

O treino cognitivo e de memória indica que o idoso saudável é capaz de aproximar o seu desempenho atual do seu desempenho máximo possível, revelando **plasticidade cognitiva**.

(Yassuda, Batistone, Fortes, & Neri, 2006)

# Avaliação neuropsicológica

A **avaliação neuropsicológica** permite o estudo aprofundado de varias funções cognitivas, emocionais e comportamentais que se revelam **essenciais no diagnóstico e tratamento das PNC**.

(Maia, Correia e Leite, 2009)

Os resultados da avaliação neuropsicológica devem ser **considerados no contexto da idade, escolaridade, *status* socioeconómico e cultural da pessoa**.

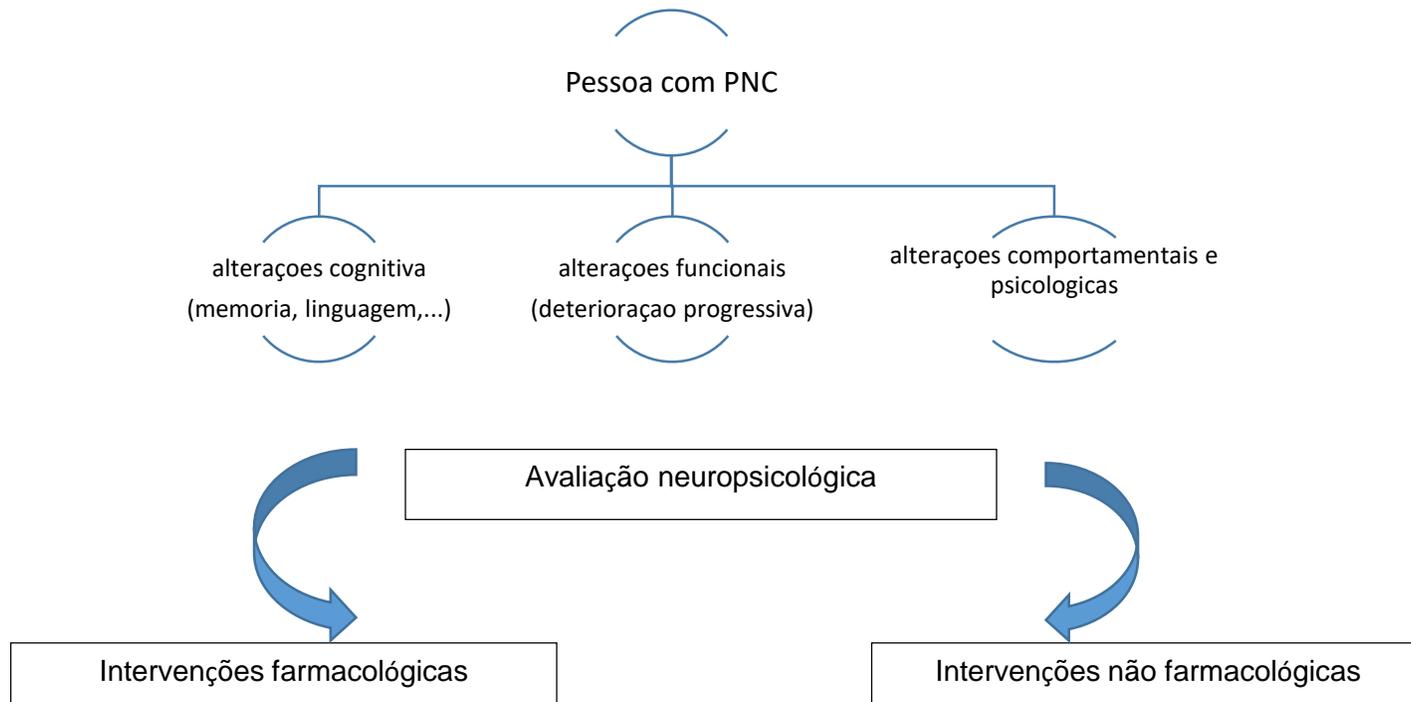
A **história clínica** deve incluir, sempre que possível, as **informações do próprio individuo**, na medida em que a análise da discrepância entre as informações do doente e dos familiares/pessoa de referência, pode constituir, por si só, um importante contributo. Também as informações sobre a **história clínica passada** e sobre a **história familiar** são fundamentais.

Uma **avaliação mais integrativa** é realizada com recurso a **instrumentos de rastreio cognitivo breve**, baterias neuropsicológicas, compostas por testes dirigidos a diversas **funções cognitivas, escalas de avaliação do humor e escalas funcionais de avaliação de atividades básicas e instrumentais de vida diária**.

(Santana e Duro, 2014)

# Tratamento

O desenho do programa de intervenção, que poderá incluir a vertente farmacológica e não farmacológica deverá ser explicado ao doente e aos familiares.



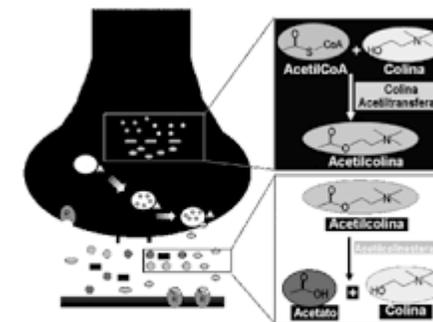
# Tratamento

Com **exceção dos quadros reversíveis** ( causa vitamínica, inflamatória, tumores, hidrocefalia,...), **não existe cura.**

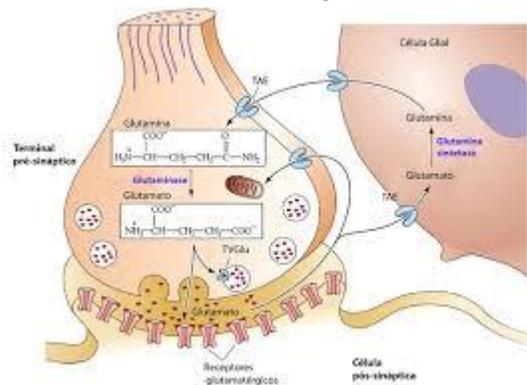
Nos quadros degenerativos o **tratamento disponível tem 2 finalidades: atrasar os sintomas cognitivos e controlar/estabilizar as manifestações psiquiátricas.**

A **acetilcolina** é o neurotransmissor que existe em maior abundancia no cérebro, com o processo de **degradação neuronal**, verifica-se progressivamente um declínio na **atividade colinérgica.**

O tratamento com os **inibidores das colinesterase** (Donepezilo, Rivastigmina e Galantamina), **ao bloquear a enzima responsável pela degradação da acetilcolina, vai aumentar a quantidade deste neurotransmissor disponível no cérebro.**



**Figura 1.** Síntese, liberação, degradação e recaptação da acetilcolina na fenda sináptica. Transportador vesicular de acetilcolina (▲), transportador de colina (■) e receptor de acetilcolina (R).



A memantina atua como **antagonista do recetor de glutamato (MMDA)** que se julga estar presente em níveis aumentados na DA.

# Tratamento

**PNC VASCULAR:** assenta nas **estratégias preventivas** ( ex: atividade física regular, dieta, ...) e no tratamento sintomático.

Tem havido uma **evidência crescente no envolvimento do sistema colinérgico na PNC vascular** (utilidade dos anticolinesterásicos). **A memantina também tem demonstrado benefícios.**

**PNC COM CORPOS DE LEWY:** abordagem **complexa e dirigida aos múltiplos sintomas cognitivos, motores e psiquiátricos.** Os **inibidores das colinesterases** mostraram **benefícios na função cognitiva, com impacto positivo no funcionamento global.** A **rivastigmina pode ajudar no controlo dos sintomas psicológicos e comportamentais,** particularmente apatia, ansiedade, alucinações e delírios. Está **totalmente contraindicado o uso de antipsicóticos típicos.**

Na **depressão** são aconselhados os **inibidores da recaptação da serotonina e/ou noradrenalina.**

# Tratamento

**PNC FRONTOTEMPORAL:** o **tratamento é limitado** (não há evidencia de disfunção no sistema colinérgico). Estudos de neuroimagem funcional detetaram **alterações do metabolismo da serotonina**, pelo que o uso de **ISRS** pode ser útil.

A **trazodona** pode ser uma opção , mostrando algum benefício na irritabilidade, agitação, depressão e perturbações do comportamento alimentar.



O **tratamento** disponível centra-se no **controlo dos sintomas psicológicos e comportamentais**.

O **desempenho cognitivo global** pode ser melhorado através de **estratégias de reabilitação e estimulação cognitiva** ( a promoção de interação social não só melhora os aspetos cognitivos como também os comportamentais).



(Lagarto, Rafaela & Cerejeira, 2014)

# Tratamento

Terapia farmacológica nas alterações psicológicas e comportamentais (Lagarto, Rafaela & Cerejeira, 2014)

Classe	Fármacos	Indicação	Efeitos secundários
Antipsicóticos	<b>Típicos:</b> Haloperidol Melperona <b>Atípicos:</b> Risperidona Olanzapina Quetiapina	Sintomas psicóticos (alucinações, delírios) Agitação Agressividade	<b>Efeitos extrapiramidais</b> rigidez, tremor, distonia aguda, sialorreia ( mais típicos) <b>Sedação excessiva, hipotensão, dislipidemia hiperglicemia</b> Aumentam a <b>mortalidade</b>
Antidepressivos	Sertralina Citalopram Fluoxetina Venlafaxina Mirtazapina Trazodona Tricíclicos (amitriptilina)	Depressão Ansiedade Alterações do sono	<b>Síndrome serotoninérgico</b> <b>Hiponatremia</b> <b>Agitação, insónia</b> (fluoxetina) <b>Hipertensão (venlafaxina)</b> <b>Efeitos anticolinérgicos</b> (tricíclicos)
Benzodiazepinas	Alprazolam Lorazepam Diazepam Mezaxolam	Ansiedade Insónia Agitação	<b>Risco de dependência</b> <b>Reação paradoxal</b> <b>Sedação excessiva</b> <b>Incontinência</b> <b>Risco de quedas</b> <b>Compromisso cognitivo</b>

# Intervenções não farmacológicas

São consideradas terapêutica de primeira linha. Assentam nas seguintes estratégias:

- **Intervenções cognitivas** (programas de estimulação cognitiva);
- **Intervenções cognitivas/orientadas para as emoções:** reminiscência; estimulação sensorial (musicoterapia, massagem, etc);
- **Técnicas e controlo comportamental;**
- Outras intervenções como terapia assistida por animais e exercício físico.



Estar atento a fatores potencialmente perturbadores



Desidratação, infeção  
Sub ou superestimulação



O **ambiente** onde o idoso vive deve ser **modificado** de forma a adaptar-se às suas necessidades e integra:

Sinalização – chão e marcas na parede, iluminação adequada, desobstrução e passagens, remoção de degraus, relógios e calendários visíveis.

# Intervenções não farmacológicas

## Estimulação Cognitiva (EC)

A EC é uma intervenção que oferece uma gama de atividades agradáveis proporcionando **estimulação geral relativamente aos domínios cognitivos** contribuindo para o **aumento da densidade sináptica cerebral**, cuja rede de transmissão é **responsável pela dinâmica e plasticidade do cérebro**.

(Apóstolo & Cardoso, 2014)

P3-382

### THE EFFECT OF COGNITIVE STIMULATION ON NURSING HOME ELDERERS

Isabel Gil, Joao Luis Alves Apostolo, Daniela Cardoso, Maria Almeida, Maria Cordeiro, Alberto Barata, Susana Duarte, *Nursing School of Coimbra, Coimbra, Portugal. Contact e-mail: [igil@esenfc.pt](mailto:igil@esenfc.pt)*

**Background:** Cognitive impairment is increasingly recognized as an important public health issue associated with increased risk of developing dementia. Petersen et al. (2010) suggest that approximately 16% of older adults without dementia are affected by mild cognitive impairment. Bunce et al. (2012) suggest the possibility that depression-related cognitive deficits represent a prodrome or risk factor for dementia. The current study aims to analyze the effect of Cognitive Stimulation (CS) in cognition and depressive symptoms of community-dwelling healthy elders. **Methods:** Thirty-three community-dwelling healthy elders were selected from 3 day-care centers: 27 women and 6 men (mean age=74.45 years, SD=6.97). The Mini Mental State Examination (MMSE) and the Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15) were administered at two time points: baseline and post-test. In 2012, the elders attended 14 sessions of the CS program "Making a difference" (45 minutes each, twice a week). **Results:** At baseline, 27.30% had depressive symptoms and 10% had cognitive impairment. Results showed a statistically significant difference (mean difference=-1.64;  $t=3.072$ ;  $p=0.004$ ) from baseline to post-test in depressive symptoms (GDS-15), explaining 23% of the variance (Partial Eta Squared = 0.23), power = 0.85. There are not statistically significant differences in cognition (MMSE). However, there were positive evolutions in 24.24% of the cases. **Conclusions:** The results of the present study support the effectiveness of CS in the community-dwelling healthy elders, particularly in depressive symptoms. Although there were positive evolutions on elderly cognition in some cases, the data did not reveal significant statistical evidence of CS program. Unclear results of the current study on the effect of CS on cognition could be explained by the fact that 90% of participants had no cognitive impairment at baseline. **References:** Petersen, R. C., Roberts, R.

PRÉMIOS DE INVESTIGAÇÃO ESEnfc 2011 - 1.º Prémio

## Efeito da estimulação cognitiva em Idosos

The effect of cognitive stimulation in the elderly  
Efecto de la estimulación cognitiva en los ancianos

João Luís Alves Apóstolo\*  
Daniela Filipa Batista Cardoso\*\*  
Lilia Marisa Gonçalves Marta\*\*\*  
Taciana Inês de Oliveira Amaral\*\*\*\*

### Resumo

Contexto: a evidência sugere que a estimulação cognitiva (EC) tem um efeito positivo na cognição, na sintomatologia depressiva (SD) e na autonomia dos idosos.

Objectivo: analisar a eficácia da EC na cognição, na SD, e nas actividades instrumentais de vida diária (AIVD's) de idosos em contexto comunitário.

Metodologia: estudo experimental, com pré e pós-teste, numa amostra de 23 idosos, sendo 30,43% homens e 69,57% mulheres, com idade média 77,66 anos, DP 7,73. Foram utilizadas as versões portuguesas da *Montreal Cognitive Assessment*, *Geriatric Depression Scale-15* e *Lawton Brody Instrumental Activities of Daily Living*. O grupo experimental foi sujeito a tratamento com 14 sessões de EC. Resultados: os idosos submetidos a EC melhoraram o estado cognitivo, explicando a intervenção de 17,86% da variação. A evidência não permite concluir sobre o efeito da EC na SD e nas AIVD's embora, respetivamente, 20% e 17% mais idosos tenham melhorado a sua condição clínica comparativamente aos não submetidos ao programa.

Conclusões: a estimulação cognitiva melhorou a condição cognitiva dos idosos, pelo que se aconselha a sua implementação como componente do cuidado a idosos em contexto comunitário. Sugerem-se novos estudos, com amostras de maior dimensão, PEC de manutenção e *follow-up*, que reforcem e clarifiquem estes resultados.

Palavras-chave: cognição; estimulação; idoso; demência

# Intervenções não farmacológicas

A **reminiscência** como estratégia de **intervenção** consiste num **processo psicológico de recuperação de experiências pessoais vividas no passado que são utilizadas para fins terapêuticos**. A reminiscência detém, pois, um elevado **potencial terapêutico, partindo da tendência evolutiva das pessoas mais velhas em relatar o seu passado e que permite estimular a recuperação de acontecimentos de vida significativos**.

A partir da realização de uma meta-análise, Pinguart e Forstmeir (2012) destacaram **o efeito da reminiscência nas variáveis psicossociais, especificamente na promoção de melhorias ligeiras a moderadas na sintomatologia depressiva, integridade do ego, bem-estar, propósito na vida, maestria, cognição, integração social e preparação para a morte, revelando, deste modo, os efeitos positivos na saúde mental das pessoas mais velhas**.

[Aging Ment Health](#), 2012;16(5):541-58. doi: 10.1080/13607863.2011.651434. Epub 2012 Feb 3.

## **Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: a meta-analysis.**

[Pinguart M<sup>1</sup>](#), [Forstmeier S](#).

[+](#) **Author information**

### **Abstract**

**OBJECTIVES:** This study integrated results from controlled trials of reminiscence interventions.

**METHODS:** Meta-analysis was used to aggregate results from 128 studies on 9 outcome VARIABLES.

**RESULTS:** Compared to non-specific changes in control-group members, moderate improvements were observed at posttest with regard to ego-integrity ( $g=0.64$ ) and depression ( $g=0.57$  standard deviation units). Small effects were found on purpose in life ( $g=0.48$ ), death preparation ( $g=0.40$ ), mastery ( $g=0.40$ ), mental health symptoms ( $g=0.33$ ), positive well-being ( $g=0.33$ ), social integration ( $g=0.31$ ), and cognitive performance ( $g=0.24$ ). Most effects were maintained at follow-up. We observed larger improvements of depressive symptoms in depressed individuals ( $g=1.09$ ) and persons with chronic physical disease ( $g=0.94$ ) than in other individuals, and in those receiving life-review therapy ( $g=1.28$ ) rather than life-review or simple reminiscence. Moderating effects of the control condition were also detected.

**CONCLUSIONS:** Reminiscence interventions affect a broad range of outcomes, and therapeutic as well as preventive effects are similar to those observed in other frequently used interventions.

# Intervenções não farmacológicas

A **reminiscência** como estratégia de intervenção consiste num processo psicológico de recuperação de experiências pessoais vividas no passado que são utilizadas para fins terapêuticos. A reminiscência detém, pois, um elevado potencial terapêutico, partindo da tendência evolutiva das pessoas mais velhas em relatar o seu passado e que permite estimular a recuperação de acontecimentos de vida significativos.

A partir da realização de uma meta-análise, Pinquart e Forstmeier (2012) destacaram o efeito da reminiscência nas variáveis psicossociais, especificamente na promoção de melhorias ligeiras a moderadas na sintomatologia depressiva, integridade do ego, bem-estar, propósito na vida, maestria, cognição, integração social e preparação para a morte, revelando, deste modo, os efeitos positivos na saúde mental das pessoas mais velhas.

*Aging Ment Health*, 2012;16(5):541-58. doi: 10.1080/13607863.2011.651434. Epub 2012 Feb 3.

## Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: a meta-analysis.

Pinquart M<sup>1</sup>, Forstmeier S.

### Author information

#### Abstract

**OBJECTIVES:** This study integrated results from controlled trials of reminiscence interventions.

**METHODS:** Meta-analysis was used to aggregate results from 128 studies on 9 outcome VARIABLES.

**RESULTS:** Compared to non-specific changes in control-group members, moderate improvements were observed at posttest with regard to ego-integrity ( $g=0.64$ ) and depression ( $g=0.57$  standard deviation units). Small effects were found on purpose in life ( $g=0.48$ ), death preparation ( $g=0.40$ ), mastery ( $g=0.40$ ), mental health symptoms ( $g=0.33$ ), positive well-being ( $g=0.33$ ), social integration ( $g=0.31$ ), and cognitive performance ( $g=0.24$ ). Most effects were maintained at follow-up. We observed larger improvements of depressive symptoms in depressed individuals ( $g=1.09$ ) and persons with chronic physical disease ( $g=0.94$ ) than in other individuals, and in those receiving life-review therapy ( $g=1.28$ ) rather than life-review or simple reminiscence. Moderating effects of the control condition were also detected.

**CONCLUSIONS:** Reminiscence interventions affect a broad range of outcomes, and therapeutic as well as preventive effects are similar to those observed in other frequently used interventions.

## Reminiscence Therapy Improves Cognitive Functions and Reduces Depressive Symptoms in Elderly People With Dementia: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials

Hui-Chuan Huang RN, PhD<sup>a</sup>, Yu-Ting Chen RN, PhD<sup>b</sup>, Pin-Yuan Chen MD, PhD<sup>c</sup>, Sophia Huey-Lan Hu RN, PhD<sup>a</sup>, Fang Liu RN, PhD<sup>e</sup>, Ying-Ling Kuo RN, MA<sup>f</sup>, Hsiao-Yean Chiu RN, PhD<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Department of Nursing, College of Nursing, Taipei Medical University, Taipei, Taiwan

<sup>b</sup> School of Nursing, College of Medicine, Chung Gung University, Taoyuan, Taiwan

<sup>c</sup> Department of Neurosurgery, Chung Gung Memorial Hospital, Taoyuan, Taiwan

<sup>d</sup> School of Medicine, Chung Gung University, Taoyuan, Taiwan

<sup>e</sup> School of Gerontology Health Management, College of Nursing, Taipei Medical University, Taipei, Taiwan

<sup>f</sup> Department of Nursing, Yonghe Cardinal Tien Hospital, New Taipei City, Taiwan

\*School of Nursing, National Yang-Ming University, Taipei, Taiwan

### A B S T R A C T

**Keywords:**  
Reminiscence therapy  
cognition  
depression  
dementia  
meta-analysis

**Objective:** Cognitive function impairments and depressive symptoms in elderly people with dementia. Previous meta-analyses of outdated and small-scale studies regarding the effects of reminiscence therapy on cognitive functions and depressive symptoms in elderly people with dementia. **Review Methods:** Electronic databases, including PubMed, MeSH, and the Central Register of Controlled Trials, ProQuest, Google Scholar, and Scopus were searched to select eligible articles. Primary outcome measures include cognitive functions and depressive symptoms in elderly people with dementia. **Results:** Reminiscence therapy had a small-size effect on cognitive functions [CI] 0.05–0.30 and a moderate-size effect on depressive symptoms [CI] 0.05–0.30.

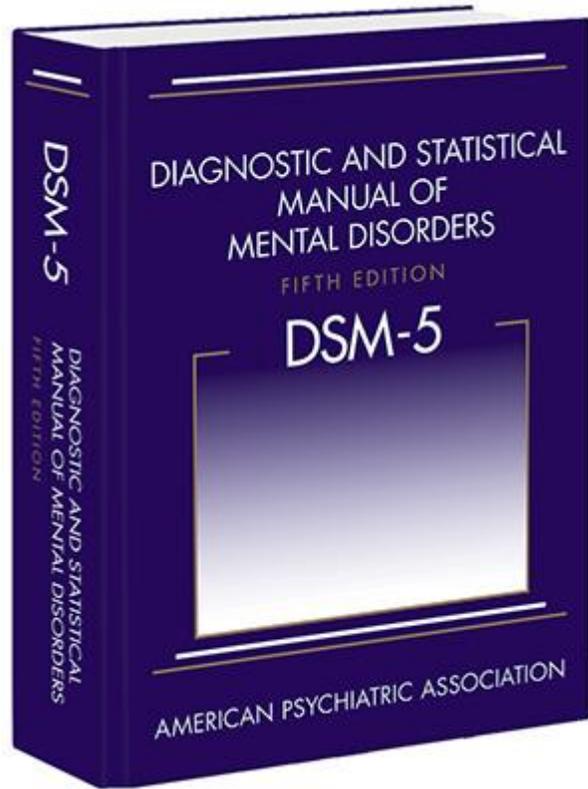
# Intervenções não farmacológicas

## **Terapia da Validação**

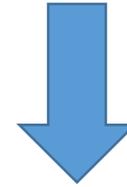
A Terapia da Validação (TV) foi criada e desenvolvida por Naomi Feil, no início da década de sessenta do século XX, como resposta à sua insatisfação com os métodos tradicionais de trabalhar com idosos, que muitas vezes apresentavam estados de desorientação e confusão, em virtude do desenvolvimento de PNC.

**O aspeto central da TV reside no pressuposto de que nas pessoas mais velhas, desorientados (em consequência de estados deterioração cognitiva), as funções cognitivas foram progressivamente dando lugar a memórias emocionais, de fases anteriores do seu ciclo de vida. É, portanto, comum encontrar idosos que se refiram a pessoas e acontecimentos do passado como sendo atuais. Nestes casos a intervenção passa por “concordar” e redirecionar o foco da atenção.**

# Delirium



Estas perturbações estão incluídas na classificação “Perturbações neurocognitivas e *delirium*”



O cerne da psicopatologia são **alterações cognitivas.**

# *Delirium*

O *delirium* é uma perturbação de **início agudo ou subagudo, potencialmente reversível**, que corresponde a um estado de falência cerebral, que se manifesta com, **alteração do estado de consciência e défices cognitivos generalizados**.

Este quadro clínico é frequentemente conhecido como “**estado confusional**” .

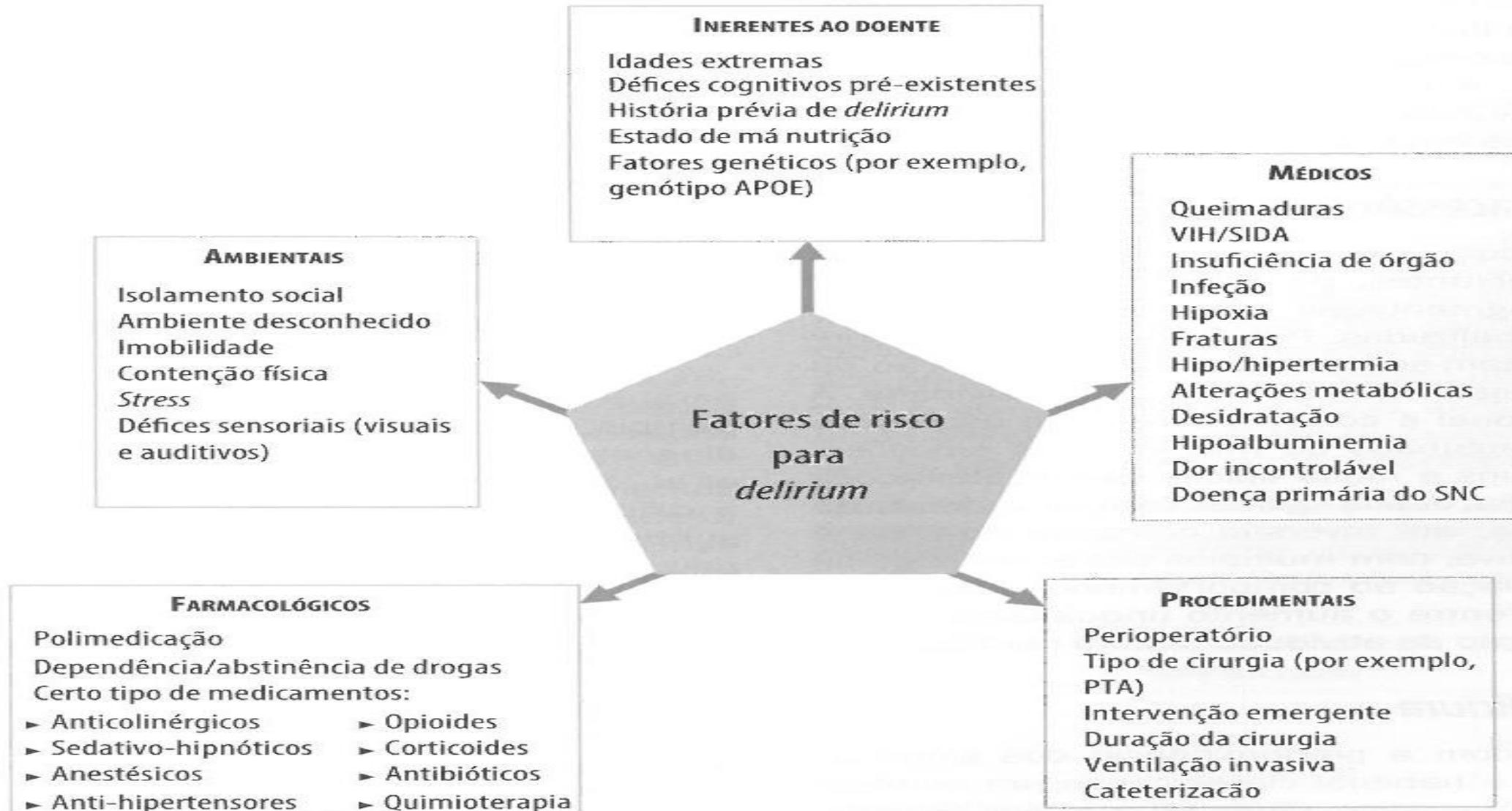
O reconhecimento atempado e o tratamento atempado desta condição têm implicações importantes.



A ocorrência de delirium é um **fator de mau prognóstico** a curto prazo com **aumento do tempo de hospitalização, maior mortalidade, maior risco de dependência funcional e deterioração cognitiva persistente**.

# Delirium

Fatores de risco para o desenvolvimento de *delirium* (Rafaela, Lagarto & Cerejeira, 2014)



# Delirium

## Características clínicas

As características que definem um episódio de *delirium* são:

- **Défice de atenção e alteração do estado de consciência;**
- **Défices em múltiplos domínios cognitivos e/ou alterações da sensopercepção;**
- **Início rápido (horas a dias) e curso flutuante.**



A **característica mais frequente** (mas de difícil reconhecimento) é o **défice de atenção**. Paralelamente a este aspeto também o **nível de consciência se encontra alterado** ( graus diferentes , com níveis flutuantes ao longo de um episódio), o individuo não se encontra totalmente vígil ( não está completamente capaz de integrar e processar os estímulos do meio, nem tão pouco consciente de si – não tem percepção o seu eu).

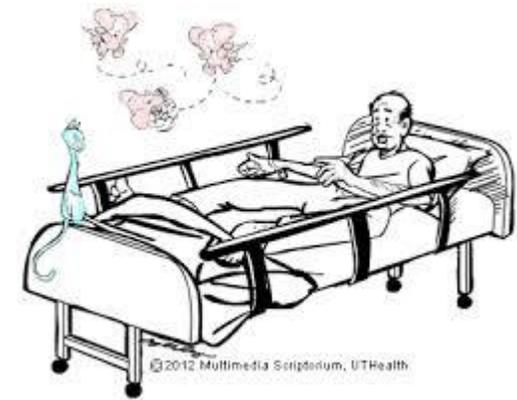
As **perturbações cognitivas globais** compreendem **défices na orientação, na memória, nas capacidades visuoespaciais, na linguagem, no pensamento e na função executiva.**

# Delirium

## Características clínicas

As **alterações da sensopercepção** são frequentes (50%) incluindo **alucinações** ( desde elementares a muito elaboradas com as quais o doente pode interagir) e **ilusões**, sobretudo em ambiente de luz reduzida.

A modalidade sensorial mais frequentemente afetada é a **visual**, embora possam ocorrer alterações em todas as outras.



# Delirium

## Delirium versus demência (Firmino et al., 2014)

O *delirium* complica 24 a 89% das hospitalizações dos doentes com PNC Major (demência) e está associado a aceleração do declínio cognitivo.

	Delirium	Demência
Início	Agudo/subagudo (horas a dias)	Geralmente insidioso (meses a anos)
Precipitante	Sim	Não
Curso	Flutuante (efeito do entardecer)	Estável, lentamente progressivo
Reversibilidade	Sim, em dias a semanas	Não, crónica
Nível de consciência	Diminuído	Habitualmente normal
Défices cognitivos	Défices generalizados flutuantes	Défices generalizados, estáveis e progressivos
Atenção	Alterada	Geralmente intacta

# Fatores predisponentes e precipitantes de episódios de *delirium*

FATORES PREDISPONENTES	FATORES PRECIPITANTES
Idade avançada.	Fármacos e fatores iatrogênicos.
Défices cognitivos e demência.	Patologia médica aguda.
Comorbilidades médicas.	Desregulação metabólica.
Mau estado de saúde em geral.	Procedimentos cirúrgicos.
Dependência funcional.	Traumatismos.
Défices sensoriais.	Dor não controlada.

# *Delirium*

## **Prevenção e tratamento**

Têm sido propostas diversas **intervenções multifatoriais** que abordam fatores de risco específicos, nomeadamente através de programas de **formação de profissionais de saúde, intervenções não farmacológicas e melhoria do ambiente.**

As intervenções não farmacológicas incluem:

- **Promoção de ocupação durante o dia;**
- **Manutenção de um ambiente tranquilo,**
- **Garantir que os cuidados são prestados, sempre que possível pela mesma equipa;**
- **Evitar mudanças de quarto ou de cama;**
- **Corrigir eventuais défices sensoriais com próteses auditivas e visuais;**
- **Minimizar a presença de estímulos dolorosos;**
- **Limitar os procedimentos (avaliação de TA, colheitas de sangue,...)**

# Delirium

## Prevenção e tratamento

- O espaço

Relógios, calendários e janelas para o exterior são fundamentais para a orientação temporal em meio hospitalar;

A manutenção de um espaço minimamente iluminado mesmo durante a noite é fundamental na medida em que a privação sensorial é um reconhecido fator de risco para a manutenção e agravamento do delirium.;



- A contenção física deve ser reservada para situações em que a agitação do doente o pode colocar em risco.



# *Delirium*

## **Intervenções farmacológicas**

Apesar dos resultados dos vários estudos serem promissores , os dados científicos ainda são insuficientes para recomendar uma estratégia farmacológica preventiva para o *delirium*.

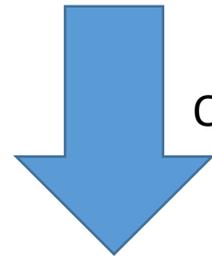
O uso de medicamentos não é uma estratégia de 1ª linha no tratamento de doentes com delirium.

- Alguns doentes com sintomas hiperativos como agitação psicomotora ou alucinações podem beneficiar da administração do haloperidol ou olanzapina (dose mínima eficaz durante menos de uma semana);
- A risperidona (0,5-1) e a quetiapina (25-50) são alternativas válidas;
- As benzodiazepinas constituem a base do tratamento farmacológico do *delirium* associado à privação alcoólica;
- A evidência em relação a outros psicofármacos é menos extensa

( Rafaela, Lagarto & Cerejeira, 2014)

# Formação sobre *delirium* para profissionais de saúde

- Recomenda-se a implementação de programas de formação sobre *delirium* para profissionais de saúde , com o objetivo de melhorar a compreensão da sua epidemiologia, a avaliação, a prevenção e o tratamento



O conteúdo desses programas deve assentar

- Reconhecimento do delirium, nos instrumentos de rastreio, nos fatores de risco, nas estratégias não farmacológicas e farmacológicas para prevenção e na abordagem terapêutica



Importância do enfermeiro de referência



## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2014). Manual de Diagnostico e Estatística das Perturbações Mentais. DSM 5. 5ª ed. Lisboa. Climepsi Editores.
- Angevaren, M., Aufdemkampe, G., Verhaar, H. J., Aleman, A., & Vanhees, L. (2008). Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev*, 3(3).
- Apóstolo, J. L. A., & Cardoso, D. F. B. (2014a). Estimulação Cognitiva em Idosos - Síntese da Evidência e Intervenção: Programa de Manutenção. In João Apóstolo & Maria Almeida, (Eds.). *Envelhecimento, Saúde e Cidadania 2: Monographic Series Health Sciences Education and Research* (pp 37 – 66). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E).
- Batista, P., & Santos, J. C. (2014). La familia en el proceso de duelo de los ancianos suicidas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (12), 17-24.
- Boelen; Bout; Hout (2003). The role of cognitive variables In psychological functioning after the death of a first degree relative. *Behaviour Research and Therapy*, 41: 1123-1136.
- Cabral (2011). *Suicídio no Alentejo está relacionado com solidão*. Disponível em: <http://www.acorianooriental.pt/noticias/ver/215907>
- Carvalho, A.;Peixoto B., Saraiva CB. , et al. (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017. programa Nacional para a Saúde Mental. Direção geral da Saúde, Lisboa.
- Cavalcante, Fátima Gonçalves, Minayo, Maria Cecília de Souza, & Mangas, Raimunda Matilde do Nascimento. (2013). Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2985-2994. Retrieved November 17, 2014, from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001000023&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1413-8123201300100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000023&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1413-8123201300100002)
- Cotelli, M., Manenti, R., & Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia: A review. *Maturitas*, 72(3), 203-205.
- Ferreira, S., & Massano, J. (2013). Terapêutica Farmacológica na Doença de Alzheimer: progressos e esperanças futuras. *Arquivos de Medicina*, 27(2), 65-86.
- Firmino,H., Nogueira, V., Neves, S. & Lagarto, L. (2014). Psicopatologia das pessoas mais velhas. In M.T. Verissimo (Eds.), *Geriatría Fundamental: Saber e Praticar* (pp. 143-157). Lisboa: Lidel.
- Gil, I. ; Almeida, M.L.; Apóstolo, J. L. A. (2015). O envelhecimento e as perturbações neurocognitivas: uma realidade dos dias de hoje . In J. Apóstolo & M. Almeida (Eds). *Elderly Health Care Nursing. Monographic Series - Health Sciences Education and Research*, 147 - 169. ISBN: 978-989-99426-1-5. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) ESEnfC.
- Gil, Isabel; Alves Apostolo, J. L; Cardoso, Daniela; Almeida, Maria; Cordeiro, Maria; Barata, Alberto; Duarte, Susana. 2014. "The effect of cognitive stimulation on nursing home elders", *Alzheimer's & Dementia* 10, 4: P770 - P770.doi: 10.1016/j.jalz.2014.05.
- Gonzaga, L., & Nunes, B. (2008). Reabilitação da memória apos lesão cerebral. In Nunes, B (Eds.), *Memória Funcionamento Perturbações e Treino*. (pp. 289-308). Lisboa: Lidel.
- Gonzaga, L., Pais, & Nunes, B. (2008). *Demências e memória*. In Nunes, B (Eds.), *Memória Funcionamento Perturbações e Treino*. (pp. 225-255). Lisboa: Lidel.
- Grinberg, L., Suemoto, C., Leite, R., Ferretti, R. & Farfel (2012). Neuropatologia da Doença de Alzheimer. In Caixeta, L. (Coord.). *Doença de Alzheimer*. Porto Alegre: Artemed, 215 - 226.
- Guerreiro, D. F., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 204-213.

- Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (2011). Suicide bereavement: Why study survivors of suicide loss. *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors*, 3-17.
- Lagarto, L.;Rafaela, D.; Cerejeira, J. (2014). Demências e perturbações neurocognitivas. In Saraiva, C.B.; Cerejeira J. (Coord.) *Psiquiatria Fundamental*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas Lda.
- Lima, J. S. (2006). Envelhecimento, demência e doença de Alzheimer: o que a psicologia tem a ver com isso?. *Revista de Ciências Humanas*, (40), 469-489.
- Maia, L. Correia, C., Leite, R. (2009). Avaliação e intervenção neuropsicológica. Estudos de caso e instrumentos. Lisboa: Lidel.
- Maia, L.A.C.R. (2006). Benefícios da cafeína na demência de Alzheimer. Viseu: Psico & Soma.
- Melo, A. L. A., da Costa, G. F., Escudeiro, J. A., de Sousa, L. B., & Machado, C. A. (2013). Percepção das idosas frente a vivência do processo de luto do ente querido. *Cadernos ESP*, 6(2), Pág-42
- Minayo; Cavalcante (2010). Suicídio entre as pessoas idosas: revisão de literatura. *Revista de Saúde Pública*, vol. 44, 4: 750-7.
- Parkes (1998). *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta*. Summus. São Paulo.
- Parlamento Europeu (2010). Relatório sobre a iniciativa europeia em material da doença de Alzheimer e outras formas de demência. Bruxelas: Parlamento Europeu.
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., & Kokmen, E. (1999). Mild Cognitive Impairment. *Arch Neurol*, 56, 303-308.
- Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & mental health*, 16(5), 541-558.
- Pires; Kurtinaitis; Santos; Passos; Sougey; Filho (2009). Fatores de risco para a tentativa de suicídio em idosos. *Revista de Neurobiologia*, 72 (4): 21-28.
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia*, 9(1), 63-75.
- Rafaela, D; Lagarto, L; Cerejeira, J. (2014). Delirium e outras perturbações mentais orgânicas. In Saraiva, C.B.; Cerejeira J. (Coord.) *Psiquiatria Fundamental*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas Lda.
- Salgueiro, H. D. (2007). Determinantes psicossociais da depressão no idoso. *Nursing*, 222. Disponível em: [http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2939:determinantepsico-sociais-da-depressao-no-idoso&catid=156](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2939:determinantepsico-sociais-da-depressao-no-idoso&catid=156):
- Santana, I., & Duro, D. (2014). Envelhecimento Cerebral e Demência. In M.T. Verissimo (Eds.), *Geriatría Fundamental: Saber e Praticar* (pp. 159-178). Lisboa: Lidel.
- Santos, J. (2012). Prevenção do suicídio ao redor do mundo: fortalecer fatores protetores, promovendo a esperança. Santos 2012. In Ordem dos enfermeiros disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/DiaMundial\\_Prevencao\\_Suicidio.aspx](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/DiaMundial_Prevencao_Suicidio.aspx)
- Saraiva, C. (2010). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*, 31, (3): 185-205.
- Scarmeas, N., Luchsinger, J. A., Schupf, N., Brickman, A. M., Cosentino, S., Tang, M. X., & Stern, Y. (2009). Physical activity, diet, and risk of Alzheimer disease. *Jama*, 302(6), 627-637.
- Shah, A., & Bhat, R. (2008). The relationship between elderly suicide rates and mental health funding, service provision and national policy: a cross-national study. *International Psychogeriatrics*, 20(03), 605-615.
- Sydenham, E., Dangour, A. D., & Lim, W. S. (2012). Omega 3 fatty acid for the prevention of cognitive decline and dementia. *Sao Paulo Medical Journal*, 130(6), 419-419.
- Vieira, C.R. (2014). Demências. In M. J. Figueira, D. Sampaio & P. Afonso (Eds.), *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp. 213-237). Lisboa: Lidel.
- World Health Organization. (2013). Suicide prevention. (SUPRE); WHO, Geneve.
- Yassuda, M. S., Batistoni, S. S. T., Fortes, A. G., & Neri, A. L. (2006). Treino de memória no idoso saudável: benefícios e mecanismos. *Psicologia: reflexão e crítica*, 19(3), 470-481.