



Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga
Faculdade de Ciências Sociais

**Efeitos do Programa de Estimulação Cognitiva em Idosas
Institucionalizadas na unidade do Sagrado Coração com
défices cognitivos Moderados- CSBJ**

II Ciclo de Estudos em Gerontologia Social Aplicada

Aida Matimba

**Orientadores:
Professor Doutor António Pacheco Palha**

Braga, 2014



Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga
Faculdade de Ciências Sociais

**Efeitos do Programa de Estimulação Cognitiva em Idosas
Institucionalizadas na unidade do Sagrado Coração com
défices cognitivos Moderados- CSBJ**

II Ciclo de Estudos em Gerontologia Social Aplicada

Aida Matimba

Orientadores:
Professor Doutor António Pacheco Palha

Braga, 2014



DECLARAÇÃO DE HONRA

Entrega de dissertação ou relatório

Nome _____, número: 23_____.
do II Ciclo de Estudos em _____

_____, declara por sua honra que o trabalho apresentado é de sua exclusiva autoria, é original, e todas as fontes utilizadas estão devidamente citadas e referenciadas, que tem conhecimento das normas e regulamentos em vigor¹ na Faculdade de Ciências Sociais e que tem consciência de que a prática voluntária de plágio, auto-plágio, cópia e permissão de cópia por outros constituem fraude académica.

Braga, ____/____/____

(assinatura)

¹ **Artigo 13º do Regulamento de Avaliação** **Fraude**

1. A fraude em qualquer prova de avaliação implica uma classificação final de zero valores e impedirá o aluno de se apresentar a qualquer forma de avaliação na mesma unidade curricular na mesma época de exames em que a fraude ocorreu.
2. A ocorrência de fraude terá de ser comunicada, pelo docente responsável pela avaliação e respectivo vigilante, à Direcção da Faculdade com especificação das seguintes informações: tipo de prova de avaliação, data, nome e número do aluno em causa e descrição sumária da ocorrência anexando eventuais comprovativos da fraude.
3. A ocorrência destas fraudes será objecto de averbamento no processo do aluno.



DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais, Anselmo Matimba Matavele
e Berta Buduia (*in memoriam*),
que sempre estiveram ao meu lado, dando-me força.
Sinto bastante a vossa falta.



AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que está sempre ao meu lado dando-me força e iluminando-me. Agradecer, neste momento, é entender a dádiva de Deus. Sendo uma forma de consolidar a importância das relações construídas ao longo da história de vida, com que muitas pessoas foram apresentadas, fazendo parte de uma construção. São seres preciosos da minha vivência e que permanecerão na minha memória.

A todo o corpo docente do Mestrado de Gerontologia Social Aplicada da Universidade Católica de Braga, que compartilhou o seu saber. Às minhas colegas do Mestrado pelos momentos inesquecíveis enfrentados ao longo dos dois anos.

A todas as idosas da Casa de Saúde do Bom Jesus que fizeram parte deste estudo, e que se comprometeram com a efetivação do mesmo.

Os meus agradecimentos especiais são dirigidos ao Professor Doutor António Pacheco Palha, não só pela orientação e pelo espírito crítico que muito contribuiu para a realização desta dissertação, mas também por ter depositado confiança em mim.

À Professora Doutora Carla Crespo que contribuiu em todo o processo da pesquisa, principalmente na análise de dados, compartilhando o seu saber.

À Terapeuta Ocupacional Ana Rita Lindo, pelo apoio e dedicação evidenciado na parte prática deste trabalho.

À Dra Lúcia Gouveia, do Ministério da Saúde de Moçambique, que sempre esteve ao meu lado dando-me força.

Agradeço muito à minha família, em especial ao meu companheiro Manuel Chemane; aos meus filhos, Célia, Filipe, Lourena e Emil; aos meus irmãos, Agostinho Matavele, Felisberto, Jorge, Florencio e Rógerio pela compreensão e ajuda incansáveis que



me proporcionaram ao longo deste percurso. Por fim, a todos aqueles que direta ou indiretamente tornaram possível este trabalho.



RESUMO

A questão demográfica do envelhecimento da população é uma problemática mundial que preocupa os decisores políticos da Europa e de Portugal, em particular. A capacidade de processar e memorizar informação tende a reduzir com o envelhecimento. Estudos revelam que idosos com estilo de vida que incluem estimulação cognitiva intensa têm melhor funcionamento cognitivo global e mostram um surgimento tardio dos défices cognitivos. A institucionalização é um fator importante que determina o desempenho cognitivo.

Com este trabalho, pretende-se analisar o efeito de um Programa de Estimulação Cognitiva (PEC) em idosas institucionalizadas, com Défices Cognitivos Moderados.

É um estudo experimental, longitudinal, quantitativo e comparativo. Para esse efeito, foi elaborada uma ficha de caracterização sociodemográfica e três instrumentos de avaliação, nomeadamente: o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para avaliação da cognição; o instrumento Montreal Assessment Cognitive (MoCA) para a avaliação da cognição; e a Escala de Avaliação da Perceção da Qualidade de Vida (EUROHIS-QOL-8) para a avaliação da qualidade de vida.

Verificou-se uma melhoria significativa nas pontuações do MoCA e EUROHIS-QOL-8 no grupo experimental, após a intervenção. Adicionalmente, o grupo experimental teve melhor desempenho após aquela quando comparado com o grupo de controlo.

Os resultados do nosso estudo demonstram que o PEC é eficaz e é uma valiosa opção terapêutica em pacientes idosas institucionalizadas com défices cognitivos moderados. Em conclusão, o presente estudo confirmou o papel do PEC na melhoria do desempenho cognitivo de doentes institucionalizados e da sua qualidade de vida.

Palavras-Chave: envelhecimento, estimulação cognitiva e institucionalização.



ABSTRACT

Aging is a worldwide demographic concern that influences policies in Europe, particularly in Portugal. The ability to process and store information tends to decrease with aging. Studies show that seniors with a lifestyle that includes intense cognitive stimulation have better global cognitive functioning and show a delayed onset of cognitive deficits. On the other hand, institutionalization has been showing to be an important factor that determines cognitive performance.

This work aims to evaluate the effect of a Cognitive Stimulation Program (CSP) in an inpatient regime among patients with moderate cognitive deficit. An experimental, longitudinal, quantitative and comparative study was performed in order to evaluate the effect of cognitive stimulation on cognition and quality of life of elderly institutionalized patients. Additionally, we created a record of socio-demographic variables and three psychological instruments were used, namely: the Mini Mental State Examination (MMSE) to assess cognition, the instrument Montreal Cognitive Assessment (MoCA) for the assessment of cognition and Scale of Evaluation of Perceived Quality of Life (QOL- EUROHIS - 8) for the assessment of quality of life.

There was a significant improvement in the scores of MoCA and EUROHIS -QOL – 8 after stimulation within the experimental group, irrespectively to diagnosis. Moreover, the experimental group performed better in both cognition and quality of life when compared to control, after stimulation. The results of our study demonstrate that the CSP is effective and is a valuable therapeutic option in elderly institutionalized patients with moderate cognitive deficits. In conclusion, this study confirmed the role of the CSP to improve the cognitive performance of institutionalized patients.

Key words: aging, cognitive stimulation, institutionalization.



Lista de Abreviaturas

PEC	Programa de Estimulação Cognitiva
CSBJ	Casa de Saúde do Bom Jesus
DCM	Défices Cognitivos Moderados
INE	Instituto Nacional de Estatística
MMSE	Mini- Exame do Estado Mental
MoCA	<i>Montreal Cognitive Assessment</i>
QoL	<i>Quality of Life</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
DSM-IV	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
DA	Demência de Alzheimer
DV	Demência Vascular
DCL	Défice cognitivo Ligeiro
DL	Demência <i>Lewy</i>



Índice geral

DEDICATÓRIA.....	i
AGRADECIMENTOS	ii
RESUMO.....	iv
ABSTRACT.....	v
Lista de Abreviaturas.....	vi
INTRODUÇÃO.....	1
OBJETIVOS	4
PARTE I.....	5
CAPÍTULO I : <i>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</i>	6
1.1 QUADRO TEÓRICO.....	6
1.1.1 ENVELHECIMENTO	6
1.1.1.1 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO	6
1.1.1.2 ENVELHECIMENTO HUMANO	8
1.1.1.3 ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO	9
1.1.1.4. ENVELHECIMENTO PSICOLÓGICO.....	10
1.1.1.5 ENVELHECIMENTO SOCIAL	12
1.1.1.6 ENVELHECIMENTO ATIVO	13
1.1.2 QUALIDADE DE VIDA.....	15
1.2. INSTITUCIONALIZAÇÃO	16
1.3.COGNIÇÃO.....	18
1.4 ATENÇÃO	19
1.5 RACIOCÍNIO	19
1.6 PERCEÇÃO.....	20
1.7 MEMÓRIA	20
1.8. DESEMPENHO COGNITIVO.....	21
1.9. DÉFICES COGNITIVOS E DOENÇA MENTAL: CASO ESPECÍFICO DA	
ESQUIZOFRENIA, SÍNDROME DEPRESSIVA E SÍNDROME DEMENCIAL	22
1.9.1 DÉFICES COGNITIVOS E DOENÇA MENTAL.....	22
1.9.1.1 ESQUIZOFRENIA	23
1.9.1.2 DEPRESSÃO NO IDOSO	25
1.9.1.3 DEMÊNCIA.....	26



1.10. ESTIMULAÇÃO COGNITIVA	28
PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO	34
CAPÍTULO II: METODOLOGIA.....	35
2.1 CONTEXTUALIZAÇÕES DA INSTITUIÇÃO ONDE DECORREU O ESTUDO... 35	
2.2. DESENHOS DE ESTUDO E CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA	36
2.2.1 Aplicação do programa de estimulação cognitiva..... 36	
2.3. AMOSTRA	37
A amostra foi constituída por 30 participantes, todas de sexo feminino, divididas pelo grupo experimental e grupo de controlo, sendo que o primeiro grupo (GI) foi composto por 15 participantes e o (GII) por 15, com idades compreendidas de 65 a 96 anos de idade.. 37	
2.4. PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS	37
2.5 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	38
2.5.1 Ficha de caracterização Sociodemográfica	38
2.5.2 Instrumento de avaliação do estado mental (MEEM)	38
2.5.3 Montreal Cognitive Assessment (MOCA).....	39
2.5.4 Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (EUROHIS-QOL-8)	40
2.6 PROCEDIMENTO.....	40
2.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA	41
CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO - ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	44
3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	45
3.2 AVALIAÇÃO DO EFEITO DA ESTIMULAÇÃO NO DESEMPENHO COGNITIVO E NA QUALIDADE DE VIDA	47
3.3 AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DAS PARTICIPANTES NO PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA.....	55
CAPÍTULO IV: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:	57
CAPÍTULO V. CONCLUSÃO	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
<i>ANEXO I.....</i>	<i>73</i>
<i>ANEXO II.....</i>	<i>74</i>
<i>ANEXO III</i>	<i>75</i>
<i>ANEXO IV</i>	<i>76</i>
<i>ANEXO V.....</i>	<i>77</i>
<i>ANEXO VI</i>	<i>78</i>
<i>ANEXO VII</i>	<i>79</i>
<i>ANEXO VIII.....</i>	<i>80</i>
ANEXO VIII A.....	81
ANEXO VIII B	82
ANEXO VIII C	83



<i>ANEXO IX</i>	84
-----------------------	----



Índice de tabelas

<i>Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da amostra</i>	45
<i>Tabela 2: Características clínicas e psicométricas da amostra</i>	46
<i>Tabela 3: Efeito da intervenção no grupo experimental</i>	47
<i>Tabela 4: Comparação das escalas cognitivas no grupo experimental e no de controlo antes e depois da intervenção.</i>	50
<i>Tabela 5: Comparação do desempenho cognitivo por grupo diagnóstico no grupo controlo na primeira e segunda avaliação</i>	51
<i>Tabela 6: Comparação do desempenho cognitivo por grupo diagnóstico no grupo experimental</i>	52
<i>Tabela 7: Correlação de Pearson no grupo controlo para as variáveis idade, anos de estudo, tempo de institucionalização e a qualidade de vida com as pontuações das escalas psicométricas</i>	53
<i>Tabela 8: Correlação de Pearson no grupo experimental entre as variáveis idade, anos de estudo, tempo de institucionalização e a qualidade de vida e as pontuações das escalas psicométricas</i>	54

Índice de figuras

Figura 1: <i>Comparação das pontuações de MOCA do grupo experimental entre os momentos antes (M1_MOCA) e depois (M2_MOCA) da intervenção.</i>	48
Figura 2: <i>Comparação das pontuações de MMSE do grupo experimental entre os momentos antes (M1_MMSE) e depois (M2_MMSE) da intervenção.</i>	48
Figura 4: <i>Satisfação das participantes em relação ao local da realização das atividades.</i>	56
Figura 5: <i>Satisfação das participantes com relação à equipa de terapeutas</i>	56



INTRODUÇÃO

O estereótipo da velhice, composto por ideias preconcebidas, alicerçadas na falta de conhecimento sobre esta etapa de desenvolvimento, contribui para a formação de uma imagem negativa do idoso. Assim, pode-se constatar que o envelhecimento, na sociedade atual ocidental, nem sempre é percebido à luz das possibilidades e dos recursos das pessoas idosas. A visão negativa da sociedade, em conjunto com outros fatores, pode contribuir para piores indicadores de adaptação nesta população, nomeadamente, pior qualidade de vida.

Um dos fatores de risco para a pior qualidade de vida nos idosos é a sua institucionalização. A realidade dos idosos institucionalizados no contexto hospitalar permite verificar que nem todos conseguem beneficiar de atividades de intervenção desejáveis para um envelhecimento ativo. As utentes da unidade Psicogeriátrica Sagrado Coração, para além das mudanças do processo de envelhecimento, estão ainda sujeitas a permanentes perdas cognitivas e funcionais provenientes da doença mental. Refletindo sobre a questão da institucionalização, Piloto & colaboradores (Piloto, Nunes, Assis, & Freitas, 1998) observam que, no processo de institucionalização, os procedimentos de normalização das atividades diárias e de disciplina quase sempre dificultam a preservação da individualidade. Segundo a mesma fonte, do conjunto dos problemas institucionais, os mais destacados são o tédio, a monotonia, a solidão, o isolamento e o desconsolo de uma rotina sem perspetivas. Tais fatores acentuam a dependência e a inatividade da pessoa idosa (Piloto et al., 1998).

No caso específico de institucionalização por doença mental, para além das mudanças inerentes ao processo de envelhecimento, os idosos estão ainda sujeitos a perdas cognitivas e funcionais provenientes permanentes decorrentes da própria doença. Em Portugal, existe uma assinalável escassez de estudos específicos relacionados com o desenvolvimento cognitivo do idoso institucionalizado num contexto hospitalar, de modo a complementar os estudos



anteriores primordialmente orientados para o desenvolvimento social e/ou para cuidados terminais. Duas exceções são os estudos pré-experimentais conduzidos por Apóstolo e colaboradores (2011). Os resultados deste estudo foram positivos, tendo demonstrado que a estimulação cognitiva era eficaz na melhoria de sintomatologia depressiva, especialmente nos idosos com escolaridade superior ao 5º ano (Apóstolo et al., 2011).

Perante a realidade institucional, deve ter-se em conta a possibilidade de avaliação, planeamento e intervenção de projetos e atividades para grupos de idosos no contexto hospitalar, visando a prevenção de dificuldades relacionadas com o declínio cognitivo. Existem alguns estudos que mostram como é possível, em muitos casos, retardar ou até mesmo evitar a evolução de uma demência, por meio de práticas de estimulação física e mental (Rabelo, 2009). Tendo em conta a não existência de dados que comprovem efetivamente a relação entre o declínio cognitivo e o envelhecimento, a adoção de medidas compensatórias que contemplem uma previsível evolução fundamenta-se no combate do estereótipo de que a velhice corresponde à perda de capacidades de compreensão e de aprendizagem; e estas medidas passam fundamentalmente pela prática regular de exercício físico, aliado ao treino das capacidades cognitivas (Fonseca, 2006). As intervenções farmacológicas têm demonstrado alguma eficácia, mas não em todos os tipos de declínio cognitivo. A estimulação multisensorial e a estimulação cognitiva são os dois tipos de intervenção não farmacológica passíveis de serem implementado em contexto domiciliário ou institucional (Moura et al., 2012).

Tendo em conta a existência de pouca investigação em Portugal que aborde esta temática, pretendeu-se, com o presente estudo, analisar os benefícios da estimulação cognitiva em idosas com declínio cognitivo, institucionalizadas em contexto hospitalar, mais especificamente na Unidade do Sagrado Coração de Jesus na Casa de Saúde do Bom Jesus, no distrito de Braga. Tem como tema: “Efeitos de programa de Estimulação Cognitiva em idosas Institucionalizadas na CSBJ”. Pretende-se com este estudo de intervenção, no âmbito da



reabilitação cognitiva, dar um contributo à investigação na área de Gerontologia Social e Geriatria, em Portugal.

O presente trabalho divide-se em duas partes: a primeira parte tem um capítulo; e a segunda, com dois capítulos. Na Parte I, Capítulo I, faz-se o enquadramento teórico, onde se desenvolveram os seguintes temas: o envelhecimento demográfico, o envelhecimento humano, biológico, psicológico, social, o envelhecimento ativo, a qualidade de vida, a institucionalização, a cognição, a esquizofrenia, a demência, a depressão e, por fim, estimulação cognitiva.

Na Parte II, Capítulo II.- constam as metodologias utilizadas: contextualização da instituição, desenho de estudo e caracterização do programa, população e amostra, procedimentos da colheita de dados, instrumentos de colheita de dados e, finalmente, o processamento de dados.

O Capítulo III é relativo à apresentação e uma análise dos dados dos instrumentos lançados às utentes e discussão dos resultados, referentes ao efeito prático do programa de estimulação cognitiva e avaliação do programa.

O Capítulo IV é relativo a Discussão dos Resultados.

Para tal, este trabalho vai tentar responder à seguinte questão: Qual é o efeito prático de um Programa de Estimulação Cognitiva em idosos institucionalizados?



OBJETIVOS

No sentido de dar resposta à questão de partida, apresentam-se os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

Ensaiai e testar a eficácia de um programa de estimulação cognitiva em idosas institucionalizadas com défices cognitivos moderados.

Objetivos específicos:

- a) Descrever o perfil sociodemográfico de um grupo de 30 idosas institucionalizadas;
- b) Desenvolver um programa de estimulação cognitiva (PEC) com vista à estimulação de capacidades cognitivas e funcionais e ao desenvolvimento da interação social;
- c) Analisar o efeito do programa de estimulação cognitiva (PEC) ao nível da memória, atenção, orientação, cálculo e evocação.



PARTE I



CAPÍTULO I : *ENQUADRAMENTO TEÓRICO*

1.1 QUADRO TEÓRICO

De acordo com Fortin, o quadro teórico consiste em fazer o levantamento e a observação crítica de todo o conjunto de obras e publicações pertinentes sobre o domínio da investigação (Fortin, 2009).

No decurso deste equadramento, o investigador aprecia em cada um dos documentos, revendo os conceitos em estudo, as relações teóricas sobre o assunto, os métodos utilizados e os resultados obtidos. Por fim, faz-se a síntese e o resumo destes documentos, contribuindo os mesmos para fornecerem ao investigador a matéria essencial à concetualização da investigação.

O que se pretende neste ponto é caracterizar o estudo e contextualizá-lo à luz da literatura existente sobre o tema. Assim, neste ponto, vão ser referidos autores e estudos significativos que abordam o tema de envelhecimento, institucionalização e, mais concretamente, a problemática da estimulação cognitiva.

1.1.1 ENVELHECIMENTO

1.1.1.1 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

O termo envelhecimento refere-se tipicamente a uma sequência padronizada de alterações no ser humano que ocorre durante um período considerável de tempo. Para além de ser considerado um fenómeno biológico, o envelhecimento é também considerado um fenómeno social, tendo em conta a marginalidade, a rejeição social, a inatividade, a insegurança e a mudança dos papéis marcantes no desenvolvimento do processo biológico do envelhecimento.



O envelhecimento demográfico é um processo que não passa despercebido à sociedade. Várias fontes indicam que o envelhecimento populacional tem crescido não só na população mundial, mas também na Europa e, especificamente, em Portugal. De acordo com as Nações Unidas (2010), em 2000, havia 600 milhões de pessoas com mais de 60 anos, número três vezes maior ao do ano de 1950; em 2009, havia cerca de 700 milhões de pessoas idosas; no ano 2050, estima-se que chegará a dois biliões o número de pessoas com mais de 60 anos, o que significa o triplicar deste número num espaço de cinquenta anos (Nações Unidas, 2010). Esta estimativa também é apresentada pela OMS (2011).. Em relação a Portugal, os dados dos Censos 2011 confirmam o aumento da população idosa e a diminuição da população jovem, verificando-se que, atualmente, 15% da população residente em Portugal se encontra no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e que cerca de 19% pertence ao grupo dos mais idosos com 65 anos ou mais (INE, 2011)

Este crescimento é visto como um fenómeno social e também natural, pois o número de indivíduos que se encontram nessa faixa etária aumenta a cada dia, decorrente dos avanços da medicina, da queda da mortalidade infantil, da melhoria das condições de saneamento básico, da queda da mortalidade, entre outros fatores, os quais somados aumentam a expectativa média de vida de uma população (Schwartz & Fenalti, 2003).

O envelhecimento não é uma doença, dado que se trata de um estado evolutivo normal, no qual se produz uma degeneração de funções e órgãos, com o passar do tempo (Freitas, 2012). Cronologicamente, nas sociedades modernas, considera-se idosa a pessoa a partir dos 65, o que coincidia com a idade de reforma, no entanto, atualmente, a idade de velhice e de reforma deixou de coincidir. A velhice aparece, agora, associada às incapacidades físicas, psíquicas e mesmo materiais, que surgem nas idades avançadas (Freitas, 2012). Sendo assim, tendo em conta o contexto macrossocial mais alargado, Fontaine (2000) considera que o



fenómeno do envelhecimento, em Portugal, é um fator muito desafiador, tanto no plano económico, social e cultural, como nos planos médicos, biológicos e psicológicos.

1.1.1.2 ENVELHECIMENTO HUMANO

O envelhecimento e a velhice são concetualizados sob muitas perspetivas, desde a biológica, à psicológica e à sociológica. No entanto, nenhuma destas teorias consegue explicar, de forma isolada, o processo do envelhecimento (Ballesteros, 2009). Assim, não se afigura fácil apresentar uma definição de envelhecimento e de velhice, na medida em que, ao longo de muitos anos, têm existido vários autores que apresentaram diferentes propostas baseados em diferentes concetualizações. De seguida, apresenta-se uma síntese das principais definições de envelhecimento.

A abordagem biopsíquico-social aponta para o facto de que as pessoas nunca envelhecem de igual maneira, sendo que cada uma tem o seu próprio ritmo de envelhecimento, tendo em conta as suas alterações fisiológicas, psicológicas e sociais. Deste modo, enquanto alguns indivíduos podem envelhecer precocemente, outros podem envelhecer mais tardiamente (Zimmerman, 2000). O envelhecimento é um fenómeno multifacetado e como tal não é possível escolher um indicador único que o caracterize; trata-se de um processo dinâmico e progressivo em que há modificações morfológicas e funcionais, bioquímicas e psicológicas, determinando progressiva perda de adaptação do indivíduo ao meio ambiente (Cardoso, 2012).

Para Fernandes, o envelhecimento corresponde a um “processo inelutável, caracterizado por um conjunto de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos em cada indivíduo podendo ser considerado o coroamento das etapas de vida” (Ferreira, 2009).

Fontaine refere que o envelhecimento não é um estado, mas antes um processo de degradação progressiva e diferencial, que afeta todos os seres vivos e o seu termo natural é a morte do organismo (Fontaine, 2000). Sendo assim, é impossível datar o seu começo, porque



de acordo com o nível no qual se situa (biológico, psicológico ou sociológico), a sua velocidade e gravidade variam de indivíduo para indivíduo. Assim, podemos dizer que os indivíduos envelhecem de formas diversas e, a este respeito, podemos falar de envelhecimento concetualizado ao nível biológico, psicológico e social (Fontaine, 2000).

1.1.1.3 ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO

Segundo a perspetiva biológica, dá-se uma grande importância aos estudos que abordam a biologia do envelhecimento, surgindo nesta tentativa, várias teorias sobre este processo. De entre estas teorias, destaca-se o facto de partilharem três etapas (Ballesteros, 2009). A primeira é definida por crescimento e desenvolvimento, a segunda contempla maturação e a terceira é caracterizada pelo declínio.

Para Sequeira, o envelhecimento biológico é caracterizado por uma diminuição da taxa metabólica como consequência da redução das trocas energéticas do organismo, pois com o avançar da idade, verifica-se um acentuado declínio de regeneração das células, originando o envelhecimento dos tecidos (Sequeira, 2010).

De um modo geral, é definida a senescência por muitos autores como sendo um envelhecimento primário, que tem início com alterações do aspeto exterior como, por exemplo, o aparecimento de cabelos grisalhos, lentidão dos movimentos, alteração ao nível do equilíbrio, redução da força muscular, diminuição da velocidade de processamento no campo emocional e cognitivo (Sequeira, 2010). Segundo o mesmo autor, o envelhecimento secundário ocorre quando existem lesões associadas às diferentes alterações normais do processo de envelhecimento, o que altera ainda mais a capacidade de adaptação do indivíduo.

Robert refere que o envelhecimento apresenta duas etapas: o envelhecimento dos tecidos e o envelhecimento dos órgãos. O mesmo enfatiza que o envelhecimento, na perspetiva



biológica, é um conjunto de mudanças que ocorrem na fase pós-reprodutora da vida, originando limitações no funcionamento a nível orgânico (Robert, 1994).

Para Ballesteros, durante o processo de envelhecimento, podem identificar-se dois processos dificilmente separáveis, o declínio fisiológico e uma maior frequência de aparecimento de doenças (Ballesteros, 2009).

(Pinto, 2009, cit. in Pires, 2012) refere que o envelhecimento, a nível biológico, pode ser considerado a partir de diversas teorias explicativas, tais como as teorias deterministas, segundo as quais o envelhecimento pode ser entendido como uma consequência direta do programa genético e, por outro, as teorias estocásticas, que defendem que o envelhecimento biológico se deve à exposição contínua a agentes agressores do meio ambiente que produzem lesões sucessivas ao organismo.

De acordo com Fontaine (2000), Paul (2005), Osório (2007), Almeida (2008), afirma-se que os estigmas da velhice traduzem-se, com a idade, por um aumento de doenças, por modificações no nosso organismo, tal como a forma de nos deslocarmos, ou ainda pelas rugas que pouco a pouco surgem na nossa pele, verificando-se uma maior vulnerabilidade crescente que resulta numa maior probabilidade de morrer.

Fonseca (2007) chama a atenção que o envelhecimento dos organismos é inerente à sua própria condição de organismo vivo, universal, abrangendo todos os organismos da mesma espécie e que é progressivo e irreversível.

1.1.1.4. ENVELHECIMENTO PSICOLÓGICO

Na perspetiva psicológica, Ballesteros (2009) menciona a não existência de teorias psicológicas explicativas do envelhecimento e da velhice. Todavia, as teorias do envelhecimento apenas permitem descrever as alterações que ocorrem com o avançar da idade.



Para Fonseca (2007), o desenvolvimento humano pode percorrer diversos caminhos, o que constitui a melhor ilustração da existência de plasticidade durante o desenvolvimento humano ao longo da vida, como consequência natural da interação recíproca entre um indivíduo ativo e um mundo em mudanças.

No envelhecimento, de facto, existem mudanças físicas e também psicológicas que influenciam os nossos pensamentos, sentimentos, crenças, valores, atitudes, conduta, personalidade e a maneira de comportar-se com os outros (Fonseca, 2006); (Castro, 2011); (Osório 2007).

Os papéis e as interações sociais são fatores psicológicos que afetam os idosos (Castro, 2011). Além disso, as pessoas idosas vão deparando com perdas e privações na saúde, na atividade profissional e com o falecimento de alguém íntimo.

Erikson (1950), de acordo com a teoria psicossocial, afirma que a vida é intergeracional que se realiza no ciclo de vida, que começa com a história dos pais, assumindo continuidade na infância, passa pela vida adulta, e culmina na velhice. Este descreve oito estágios do desenvolvimento, em que cada etapa da vida tem os seus desafios e as suas conquistas.

Erikson (1950) descreve o primeiro estágio como sendo de grande importância no desenvolvimento humano (infantil), marcado por expectativas em relação ao futuro do sujeito, e, por outro lado, a velhice apresenta-se como o último estágio de desenvolvimento humano, revelando-se, neste estágio, o conflito entre a integridade do eu e o desespero, produzindo como força básica ou qualidade do *ego* a sabedoria, cuja força antipática seria o desdém, convocando, ao mesmo tempo, a esperança e o sentimento produzido no primeiro estágio.

Através da teoria psicológica, os investigadores procuram encontrar explicações para o processo de envelhecimento, descrevendo as diferentes maneiras de envelhecer relacionadas com a inteligência, a memória, a personalidade, a motivação e as habilidades. (Castro, 2011)



afirma que tudo isto, quando exercitado, contribui para a perservação da capacidade funcional e bem-estar dos idosos.

1.1.1.5 ENVELHECIMENTO SOCIAL

O conceito de velhice “depende das construções sociais, culturais e históricas” (Pimental, 2005) do contexto social envolvente. Atualmente, o envelhecimento está ligado diretamente com as alterações significativas relativamente à participação social. Os idosos revelam tendências em participar em redes sociais mais restritas, pois, ao longo do ciclo da vida, estes vão sofrendo alterações em função do contexto familiar, do trabalho, da participação na comunidade, diminuindo os contactos interpessoais (Sequeira, 2010).

Nesta fase, alguns familiares, amigos companheiros começam a desaparecer, sendo necessário reorganizar as redes de apoio informal, de modo a manter a independência e a participação social. As redes sociais são indispensáveis para a saúde mental, satisfação com a vida e para o envelhecimento (Sequeira, 2010; Paul, 2005).

Para Freitas (2012), a velhice é um período em que ocorrem algumas modificações e perdas, sendo que a perda mais evidente é a perda profissional, que ocorre no momento da reforma.

Ballesteros identifica três teorias relevantes para a compreensão do envelhecimento, a nível social (Ballesteros, 2004):

Em primeiro lugar, a teoria da desvinculação, também conhecida pela teoria do desinvestimento, postula a desvinculação do indivíduo da sociedade ao longo do processo de envelhecimento. Assim, o adulto, à medida que envelhece, vai desinvestindo ou afastando-se dos papéis sociais que antes representava, centrando-se mais no eu e envolvendo-se menos no mundo social, diminuindo a sua atividade em termos dos seus relacionamentos. Este retraimento é notório, sobretudo no momento da reforma.



Em segundo lugar, a teoria da subcultura refere que os idosos têm os traços de qualquer grupo isolado, sendo que estes possuem uma cultura própria de isolamento. Uma vez que a falta de papel social pode conduzir à perda de autoestima, uma maior disponibilidade de tempo acarreta a necessidade de se adaptar a novos papéis impostos pela sociedade transformada.

E, por último, as teorias da modernização que procuram explicar a mudança de estatuto e dos papéis sociais dos idosos em função do grau de industrialização da sociedade, registrando-se uma substituição da tradição por outros critérios de organização social. Assim, o estatuto das pessoas idosas vai decrescendo com a modernização da sociedade.

No domínio social parecem existir duas posições opostas. Por um lado, defende-se a teoria que já tinha sido proposta por Cummming & Henry, em 1961, (Freitas, 2012), afirmando-se que os idosos são propensos a certas formas de isolamento social e à redução de contactos sociais. Sustentam os defensores desta teoria que as pessoas idosas, mesmo as adotadas com ajudas e serviços sociais, são determinadas pelo desejo de desvinculação do contexto social e adquirem formas de isolamento. Por outro lado, existe outra teoria, baseada em estudos empíricos, que sustenta que as pessoas idosas continuam a ter relacionamentos pessoais e atividade social, sendo difícil aceitar o isolamento ou redução dos contatos sociais (Freitas, 2012) .

1.1.1.6 ENVELHECIMENTO ATIVO

Ribeiro e Paúl (2011) definem o envelhecimento ativo “como sendo o processo de otimização de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, à medida que as pessoas envelhecem.



Jacob e Fernandes (2008: p.20) referem que o envelhecimento ativo promove o bem-estar físico, social e psicológico das pessoas, incluindo a participação ativa das pessoas idosas nos domínios económico, cultural, espiritual e cívico.

No Ano Europeu do Envelhecimento, celebrado em 2012, valorizou-se cada vez mais a contribuição de pessoas idosas, relacionando-se que é possível tirar mais partido da vida à medida que se envelhece no trabalho, em casa ou na comunidade (Moura et al., 2012).

O aumento da longevidade na sociedade atual coloca novos desafios, em diversos domínios, dos quais se destacam a saúde e a prestação de cuidados (Sequeira, 2010). Ao nível de saúde, esta constitui um recurso adaptativo e essencial para o idoso ter um envelhecimento harmonioso. Ao nível da prestação de cuidados, verifica-se que com o avançar da idade existe um maior risco de doença e, consequentemente, um maior índice de dependência, ao qual se associa uma maior necessidade de cuidados formais e informais.

O envelhecimento ativo com êxito constitui um instrumento novo no âmbito das ciências que leva a um conceito realístico do envelhecimento que inclui não só o declínio como o crescimento, tanto a mudança como a estabilidade, tornando-se, assim, importante que o envelhecimento seja analisado numa perspetiva multidimensional (Ballesteros, 2009).

Um envelhecimento com êxito requer a junção de três condições fundamentais que incluem: a baixa probabilidade de adoecer e de incapacidade associada; a manutenção de um elevado funcionamento cognitivo e físico; e, finalmente, a participação social e bem-estar subjetivo (Fontaine, 2000).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002)) descreve o envelhecimento ativo como sendo "o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação, visando a melhoria do bem-estar das pessoas à medida que envelhecem". A mesma organização acrescenta que o objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a qualidade de vida para todas as pessoas que



estão a envelhecer, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados.

A OMS tem reforçado o desenvolvimento de programas em prol de um envelhecimento ativo, o que reúne muitos desafios no que concerne ao envelhecimento individual e populacional (OMS, 2005). Defende-se que, implementando medidas e políticas sociais e de saúde para apoio a um envelhecimento ativo, poderá haver uma diminuição de mortes prematuras, e, conseqüentemente, uma diminuição de deficiências associadas às patologias crônicas na terceira idade, aumentando, assim, a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. No que se refere ao envelhecimento com qualidade, a Assembleia Geral das Nações Unidas (1990) recomendou que o dia 1 de outubro fosse assinalado como o dia Internacional do Idoso, atribuindo inegável visibilidade a este grupo etário, em termos de consagrar a velhice como condição social. Assim, resumidamente pode-se dizer que a programa de estimulação cognitiva é considerado como uma das condições na melhoria da qualidade de vida dos idosos.

1.1.2 QUALIDADE DE VIDA

O conceito de qualidade de vida (Qdv) tem sido desenvolvido em coerência com a definição assumida pela OMS, isto é, como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nas quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1994: p.28) .

A este respeito Orley e Colaboradores (Canavarro & Serra, 2010) assinalam dois aspetos importantes deste conceito: em primeiro lugar, a natureza subjetiva da Qdv e, em segundo lugar, para a necessidade de explorar todos os aspetos da vida da pessoa que possam ter um impacto significativo na sua qualidade de vida. A definição de Qdv resulta de um consenso internacional, representando uma perspectiva transcultural, bem como



multidimensional, que contempla a complexa influência da saúde física e psicológica, ao nível de independência, de relações sociais, de crenças pessoais e das relações com características salientes do respetivo meio na avaliação subjetiva da qualidade de vida (Canavarro & Serra, 2010).

Fonseca (2012) destaca três condições para envelhecer com qualidade de vida: manter um baixo risco de doenças (estilo de vida saudável), manter o funcionamento físico e mental elevado e conservar um envolvimento/compromisso ativo com a vida (Fonseca, 2012b). Alguns estudos indicam que a perceção da QdV é três vezes maior nos idosos que têm alguma ocupação em relação àqueles que não têm nenhuma ocupação (Moura et al., 2012). Como tal, este conceito torna-se muito pertinente para o nosso estudo, na medida em que pretendemos testar a eficácia de um programa de estimulação cognitiva. Sabendo que o estado cognitivo das pessoas está intimamente ligado com a qualidade de vida. Quanto maior o desempenho cognitivo melhor é a qualidade de vida.

1.2. INSTITUCIONALIZAÇÃO

A institucionalização do idoso reporta-se à situação em que este se encontra durante todo o tempo ou parte do tempo do dia entregue aos cuidados prestados por uma determinada instituição. São, portanto, considerados idosos institucionalizados residentes aqueles que vivem 24 horas por dia numa instituição (Pires, 2012).

As instituições são locais de assistência às pessoas idosas, podendo ser um abrigo, lar, casa de repouso ou clínica geriátrica, que, hoje em dia, são designadas de instituições de longa permanência (Fonseca, 2012). Estas instituições desenvolvem o atendimento integral a pessoas idosas, dependentes ou não, por estas não terem condições familiares ou domiciliárias para a sua permanência na comunidade.



A institucionalização específica que se pretende analisar neste trabalho é a da hospitalização, considerando-se as repercussões da mesma no estado emocional do idoso. De um modo geral, a hospitalização é considerada de grande risco principalmente para pessoas idosas, porque, para além dos défices cognitivos e funcionais, considerados normais para a idade, surge ainda o acréscimo do internamento, quando existe uma patologia significativa, contribuindo, no geral, para uma maior debilidade. Por outro lado, o internamento implica que a pessoa idosa abandone o seu domicílio, a sua casa e comece a encarar um mundo desconhecido e no qual se encontra fragilizada.

A hospitalização é necessária para o controlo da situação clínica e, muitas vezes, leva ao aparecimento de défices adicionais. Neste caso, as idosas que se encontram hospitalizadas nesta casa de saúde encontram-se em situação de perturbação mental. Embora a hospitalização seja necessária em casos de doenças agudas ou crónicas descompensadas, pode levar a uma série de complicações não relacionadas com o motivo inicial do internamento.

Em algumas situações, a hospitalização parte da vontade dos familiares, na medida em que sentem, de certa maneira, um alívio quando este se encontra no regime de internamento. Por outro lado, a hospitalização pode ocorrer, após a morte do cônjuge e, então, o idoso passa a viver sozinho e teme necessitar de auxílio e não conseguir uma resposta satisfatória, ou quando este se encontra numa situação de saúde muito debilitada (L. Pereira, 2010).

Pereira (2012) defende que a institucionalização surge como um substituto da rede formal, essencialmente quando a mesma deixa de existir e quando a pessoa idosa exige cuidados gerontológicos especializados, que apenas podem ser prestados por técnicos especializados. O mesmo autor acrescenta que os profissionais, prestadores de cuidados formais, possuem uma vasta experiência nas atividades da vida diária, enquanto os prestadores informais são mais eficientes no papel de apoio nas atividades instrumentais (como, compras e lazeres). Em meios institucionais, a perda de controlo é considerada a responsável, pelo menos



em parte, pelos sentimentos de desânimo e depressão, assim como pela aceleração do declínio físico (Castro, 2011).

1.3. COGNIÇÃO

A cognição refere-se a um conjunto de funções mentais envolvendo a atenção, raciocínio, memória, percepção, imaginação, juízo crítico, pensamento, linguagem e inteligência, utilizados para processar a informação e o conhecimento (Hoeeman, 2011). Na perspectiva de Gantes e Musto (Gantes & Musto, 2011), a cognição pode ser definida como a capacidade de processar e agir sobre informação com atenção e julgamento, sendo composta por: atenção, memória, orientação, julgamento, raciocínio, e funções executivas e de resolução de problemas. Para Ribeiro e colaboradores (2010), a cognição é a capacidade de o indivíduo adquirir e usar informações com o objetivo de conseguir adaptar-se às modificações do ambiente. É importante salientar que um bom funcionamento cognitivo é fundamental para um envelhecimento com qualidade.

Ferreira e colaboradores (2009) referem que a cognição tem sido definida como uma função cortical que pode ser dividida em raciocínio, funções executivas, planejamento e solução de problemas. Segundo os mesmos autores, a disfunção cognitiva pode ser caracterizada como uma deficiência psicológica ou comportamental associada à disfunção cerebral transitória ou permanente que provoca prejuízos ao nível da memória, aprendizagem, raciocínio e toda a esfera intelectual e um comprometimento importante na vida social do indivíduo, (Vieira, 1996, cit. in Ferreira et al., 2009). Portanto, no envelhecimento normal, algumas capacidades cognitivas podem estar diminuídas. Seguidamente, apresenta-se uma breve síntese dos vários componentes da cognição.



1.4 ATENÇÃO

Atenção é um processo que compreende uma capacidade cognitiva multidimensional, sendo pré-requisito para a memória, para outras aprendizagens e também para outros aspectos cognitivos. A atenção é considerada o primeiro momento do processo de memorização, no qual os sentidos entram em ação, captando os detalhes daquilo que o indivíduo foca. Este processo distingue-se do estado de alerta, uma vez que a atenção é a capacidade para perceber alguns estímulos específicos, inibindo outros externos que ocorrem simultaneamente, enquanto o processo de alerta é um estado básico de ativação que faz o indivíduo acordado responder a qualquer estímulo percebido (Souza, et al., 2009).

Muitos estudos mostram que a atenção é uma capacidade sensorial que pode ser afetada no processo de envelhecimento, tornando os idosos menos eficientes no sistema de busca, apresentando maiores dificuldades em inibir estímulos irrelevantes em tarefas de atenção dividida e apresentando menor eficácia no desempenho quando uma segunda tarefa é adicionada. Uma vez que a atenção está associada ao funcionamento do lobo frontal, supõe-se que as alterações neurobiológicas nessa região sejam responsáveis por défices (Ferreira, 2012; Yassunda, 2006).

1.5 RACIOCÍNIO

As pessoas idosas, na maioria das vezes, evidenciam dificuldades nas tarefas de raciocínio que envolvem uma análise lógica e organizada de material abstrato ou não familiar. No desempenho de tarefas que implicam planejar, executar e avaliar sequências complexas do comportamento. Além disso, as pessoas idosas podem ser mais lentas nas capacidades perceptivas, mnésicas e cognitivas bem como nas funções visuais, comparativamente aos jovens (Cancela 2007).



Lemaire e Bherer (2012) afirmam que, na pessoa idosa, com o avançar de idade, os desempenhos cognitivos vão diminuindo, principalmente no desempenho de resolução de problemas.

1.6 PERCEÇÃO

Percepção refere-se às funções que permitem captar os estímulos do ambiente, para posterior processamento de informação, sendo os órgãos dos sentidos responsáveis pela captação das informações do ambiente; elas são de natureza visual, olfativa, tátil, gustativa, auditiva e cinestésica.

No que se refere à percepção, as pessoas idosas apresentam maiores problemas de acuidade e processamento visual, problemas de sensibilidade à iluminação, problemas em definir as cores, problemas para ver as diferentes distâncias e défices na percepção espacial. Desta forma, os idosos precisam de mais tempo para o processamento das atividades perceptivas (Pires, 2012), diminuindo também as suas capacidades auditivas, olfativas e o paladar. Geralmente nas pessoas idosas, ao nível da audição, a sensibilidade a altas frequências decresce, dificultando a percepção e diferenciação dos sons de fundo e a velocidade de processamento. O olfato e o paladar vão diminuindo com a idade que, muitas vezes, provoca a não identificação de gostos e odores, alterando preferências nos hábitos alimentares (Pires, 2012).

1.7 MEMÓRIA

Para Trzepacz e Baker, a memória pode dividir-se em memória sensorial, em memória de curto prazo e em memória de longo prazo (Trzepacz & Baker, 2001). De acordo com Oliveira (2007), a memória sensorial é um armazém específico que conserva, por um breve



espaço de tempo, os estímulos captados pelos nossos sentidos. A memória de curto prazo também designada por memória de trabalho consiste num sistema de capacidade limitada, mas fundamental, da quantidade de execução de uma tarefa de processamento, que requer, por sua vez, atenção, seleção e manipulação de determinado estímulo. Por último, a memória de longo prazo subdivide-se em três categorias: episódica; semântica; e procedimental. A memória semântica refere-se ao armazenamento de acontecimentos concretos, recordações da nossa experiência pessoal que são ativamente recuperados, utilizando informação contextual sobre como e quando ocorreram; a memória semântica organiza aquilo que se refere a acontecimentos sobre o mundo, esta está muito relacionada com a linguagem; a memória procedimental é a função da memória relacionada com habilidades que, uma vez aprendidas, não requerem esforço consciente para ser recuperadas.

Sob o ponto de vista psicológico a memória pode ser definida como a capacidade de armazenar, memorizar e recordar informações armazenadas. No entanto, as pessoas idosas geralmente apresentam muitas dificuldades na recordação de nomes, palavras e assuntos de um encontro ou conversa (Pires, 2012).

1.8. DESEMPENHO COGNITIVO

Muitos estudos referem que o avançar da idade pode estar associado à diminuição das funções cognitivas, na medida em que diferentes capacidades cognitivas estão relacionadas com a existência de diferentes tipos de progressão ao longo do envelhecimento.

Define-se o desempenho cognitivo como sendo “consciência, percepção, raciocínio e julgamento crítico”. O mesmo autor acrescenta que este desempenho cognitivo envolve etapas e processos, nomeadamente, a percepção, a atenção, a resolução de problemas e a visualização mental. por sua vez, entende a dinâmica cognitiva como a capacidade de uma pessoa se apropriar de informação e aplicá-la a uma vasta situação envolvente. Alguns autores



apresentam concepção diferente em relação ao desempenho cognitivo para pessoas idosas, enfatizando a consciência, a percepção e o julgamento crítico, enquanto outros apontam mais para a aplicação em situações concretas do conhecimento adquirido (Pires, 2012) (Ferreira, 2011).

Cardoso refere que o declínio cognitivo, que se observa no envelhecimento, não é igual em todos os indivíduos, existindo uma diferenciação de acordo com o processamento da informação de cada pessoa (Cardoso, 2012). Também realçando a idiosincrasia do processo de declínio cognitivo, Lemaire e Bherer referem que a memória diminui com a idade, contudo, ela não se perde da mesma maneira em todas as pessoas (Lemaire & Bherer, 2012). A partir dos 30 anos, enquanto alguns indivíduos vão conservando de forma excelente a memória, tendo uma evolução normal das capacidades cognitivas, outros vão ser atingidos por doenças degenerativas associadas à idade. Da mesma forma, Fernandes e colaboradores (2010) , explicam que a diminuição das capacidades cognitivas das pessoas idosas não está intimamente ligada à idade cronológica, mas deve-se ao estado de saúde e ao estilo de vida das pessoas e também à educação e à posição social.

1.9. DÉFICES COGNITIVOS E DOENÇA MENTAL: CASO ESPECÍFICO DA ESQUIZOFRENIA, SÍNDROME DEPRESSIVA E SÍNDROME DEMENCIAL

1.9.1 DÉFICES COGNITIVOS E DOENÇA MENTAL

Não existindo uma definição instituída para o declínio cognitivo, pode entender-se este como uma diminuição no rendimento de diferentes aptidões cognitivas. Algumas funções cognitivas declinam pouco no decurso da vida, enquanto outros parecem aumentar, sendo que estes aspetos são influenciados por vários fatores: história familiar, condições psiquiátricas, hábitos da vida, entre outros (Rodrigues, 2012: p.8).



De acordo com estudos de orientação médica, os défices cognitivos na pessoa idosa, encontram-se intimamente relacionados com diferentes tipos de demência, sendo os mais comuns a doença de Alzheimer, a demência vascular, e outras doenças que afetam a capacidade mental. Para a avaliação desses défices, é na maioria utilizada a escala de Mini Mental State Examination (Folstein, Folstein, & McHUGH, 1975).

Além da demência, existem também algumas patologias que podem provocar o declínio cognitivo, como, por exemplo, doenças psiquiátricas e neurológicas. Desta forma, o comprometimento cognitivo é também comum na esquizofrenia, afetando vários domínios neuropsicológicos. As pessoas com doença mental podem ter dificuldades em pensar e exprimir-se de forma clara, em prestar atenção e em recordar como tal acontece no envelhecimento (Medalia & Revheim, 2002: p.9) .

1.9.1.1 ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia é um conjunto de sinais e sintomas psicóticos, constituídos por um grupo de distúrbios relacionados com o conteúdo do pensamento, do processamento do pensamento, da percepção, do afeto, da volição e da sensação de si próprio, isolamento social e transtorno psicomotor. A Organização Mundial de Saúde (OMS) , na sua compreensão sobre os estados de saúde (doença, perturbação, lesão etc), classifica a esquizofrenia principalmente no CID-10 (doença, décima revisão). Segundo este sistema de classificação, a esquizofrenia pode ser agrupada em cinco grandes grupos, de seguida sintetizada.

A esquizofrenia paranoide é a mais comum, sendo o quadro clínico dominado por delírios relativamente estáveis, acompanhada por alucinações, particularmente na variedade auditiva e perturbação da percepção. Os sintomas paranoides mais comuns são: delírio de perseguição, referência, ascendência importante, missão especial, mudanças corporais, ciúme,



vozes alucinatórias que ameaçam o paciente ou lhe dão ordens ou alucinações verbais sem conteúdo verbal e, ainda, alucinações olfativas ou gustativas de sensações sexuais.

A esquizofrenia hebefrênica é uma forma de esquizofrenia na qual as mudanças afetivas são proeminentes, tais como delírios e as alucinações de fuga, comportamentos irresponsáveis e imprevisíveis e maneirismos.

Na esquizofrenia catatônica, são proeminentes as perturbações psicomotoras, como hipercinesia e estupor e negativismo. As diretrizes diagnósticas dominam o seguinte quadro: estupor (diminuição marcante da reatividade ao meio ambiente e de movimentos e atividades espontâneas) ou mutismo; excitação (atividade motora aparentemente sem sentido, não influenciada por estímulos externos); postura inadequada; negativismo (uma resistência aparentemente imotivada a todas as intrusões); e rigidez (manutenção de uma postura rígida contra o esforço de ser movido).

A esquizofrenia residual é um estágio crônico no desenvolvimento de um transtorno esquizofrênico, no qual houve uma progressão clara de um estágio inicial.

Finalmente, a esquizofrenia simples é um transtorno não comum, no qual há um desenvolvimento insidioso mais progressivo de conduta estranha, incapacidade para atender às capacidades da sociedade e um declínio no desempenho total. Delírios e alucinações não são frequentes neste tipo de esquizofrenia.

A esquizofrenia interfere significativamente na qualidade de vida dos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, principalmente em áreas como o trabalho, relacionamento afetivo, relações familiares e inserção Social (Santana, Chianca & Cardoso, 2009).

Os indivíduos com esquizofrenia apresentam défices cognitivos em vários domínios cognitivos, particularmente no domínio da atenção e concentração, no domínio da velocidade e coordenação, no domínio visuo-motor, na velocidade psicomotora, em diversos tipos de memória, inteligência e funções executivos (Ribeiro & Paul, 2011).



Resumidamente, de uma forma geral, as perturbações mentais exercem um considerável impacto sobre o indivíduo, as famílias e as comunidades. Os indivíduos não só apresentam sintomas inquietantes do seu problema como também, por estarem incapacitados de participar em atividades de trabalho e lazer, diminuem a sua qualidade de vida (OMS, 2002) .

1.9.1.2 DEPRESSÃO NO IDOSO

Segundo Pereira, a depressão é uma doença que se caracteriza por uma tristeza mais marcada ou prolongada, perda de interesse em atividades habitualmente agradáveis e perda de energia ou cansaço fácil (. Pereira, 2010).

A depressão é uma das patologias mais frequentes na prática clínica e a sua prevalência tende a aumentar com o aparecimento de problemas a nível do emprego provocado pela crise económica (Palha, 2012).

De acordo ainda com a mesma fonte, afirma-se que a depressão é considerada a quarta causa de incapacidade, o que mostra bem o peso social que esta patologia provoca.

Fontaine refere que a depressão, muitas vezes, está relacionada com acontecimentos traumáticos do dia a dia das pessoas, tais como acidentes, divórcios, luto, viuvez, desemprego, entre outros (Fontaine, 2000).

Contrariamente, afirma-se que a depressão é uma doença que ocorre na criança, no adulto e no velho, no entanto, a diferença entre a depressão nas diversas faixas etárias, provavelmente, deve-se ao facto de o idoso não ter tanto apoio e motivação para sair da mesma, e também, frequentemente, esta perturbação estar intimamente ligada com as perdas, doenças, aspetos sociais ou carências (Zimmerman, 2000).

A depressão apresenta-se como uma das perturbações mentais, mais frequentes no idoso e que, muitas vezes, interfere no seu bem-estar pessoal e na sua qualidade de vida. Segundo a mesma fonte, na perspetiva da saúde mental, a depressão pode ser minimizada com



alguns programas de prevenção que visem a integração das pessoas idosas em diversas atividades físicas, de animação e de estimulação cognitiva (Castro, 2011).

A depressão, no idoso, é uma doença de alta incidência, devido à própria percepção da sua crescente incapacidade física, do enfraquecimento dos seus poderes cognitivos (especialmente o da memória) e das perdas concretas, como os amigos, parentes, condições económicas e possibilidades de trabalho (Zanini, 2000).

A depressão é apontada como sendo um dos motivos que leva as pessoas idosas para a hospitalização tão frequente como a demência (Pereira, 2010). O mesmo autor acrescenta, ainda, que a institucionalização das pessoas idosas tem tido um impacto negativo, devido ao facto de as pessoas idosas se encontrarem afastadas do seu ambiente familiar e habitacional, devido à situação de abandono, inutilidade, dependência e isolamento de atividade cultural.

Na terceira idade, considera-se a depressão como sendo um problema de saúde pública importante e aponta ser mais comum em pessoas idosas institucionalizadas em relação as idosas residentes na comunidade (Vaz, 2009).

De uma forma geral, esta perturbação é caracterizada por queixas somáticas, diminuição de autoestima, sentimentos de inutilidade, humor disfórico, falta de interesse em atividades, alteração no ritmo de sono e com constantes ideias suicidas, (Relvas, 2012: p. 5).

Stella e colaboradores consideram a depressão como uma enfermidade mais frequente no idoso e que provoca um enorme sofrimento na vida da pessoa (Stella & Costa, 2002). Identificam como principais causas da depressão as seguintes: os fatores genéticos, eventos vitais, como o luto e o abandono e as doenças incapacitantes, entre outros. Como consequência, há uma perda de qualidade de vida associada ao isolamento social. Segundo a mesma fonte, a depressão no idoso tem sido um fator de risco para o desenvolvimento posterior do processo demencial.

1.9.1.3 DEMÊNCIA



A demência é um termo genérico, caracterizada por síndromes de diversas etiologias, cujo aspeto fundamental consiste na deterioração intelectual adquirida devido a uma doença orgânica não específica, normalmente, de natureza crónica, progressiva e com perturbação de múltiplas funções corticais, sendo a função mais atingida a da memória de fixação e evocação, associada ao comprometimento do pensamento abstrato, do julgamento e outras alterações de funções corticais superiores (Sequeira, 2010)

De acordo com Zanini, a demência é uma síndrome que se caracteriza pelo declínio da memória associada a déficit de, pelo menos, uma função cognitiva (linguagem, gnóscias, praxias ou funções executivas), interferindo no desempenho social e profissional do indivíduo (Zanini, 2000). As manifestações iniciais do comprometimento cognitivo consistem na disfunção da memória de trabalho e na diminuição da capacidade de memória de curta duração.

Em concordância com Zanini (2000) e Vale (2007), afirma que a demência não é uma doença, mas antes uma síndrome, caracterizada por um declínio das funções cognitivas, comparadas a um nível prévio (Zanini, 2000). O indivíduo apresenta distúrbios da memória, com intensidade suficiente para prejudicar a função social e ocupacional.

Segundo DSM IV, a demência é um comprometimento cognitivo irreversível e progressivo, afetando a memória e, pelo menos outra área da cognição, não ocorrendo por doença sistémica ou do humor. Esta síndrome ocorre mais em idosos, mas pode ocorrer também em jovens e adultos DSMIV (2002).

A demência pode ser definida como uma síndrome caracterizada por múltiplos défices cognitivos, incluindo a memória que, com alguma intensidade, pode interferir no desempenho social e ocupacional do indivíduo (American Psychiatric Association, 2002), (Araújo & Araújo, 2009) (Araujo et al, 2011), (Caldas & Mendonça, 2005) .

No entanto, as quatro causas principais de demência são a doença de Alzheimer (AD), a demência vascular (DV), demência do corpo de Lewy (DCL) e a demência Frontal (DF).



Sendo mais frequente a demência de Alzheimer, e é mais comum em mulheres que em homens, caracteriza-se por um início gradual e progressivo do declínio cognitivo.

Doença de Alzheimer é uma desordem neurodegenerativa de grande impacto sócio-económico e responsável por cerca de 50-60% do número total de casos de demência de entre pessoas acima dos 65 anos (Viegas et al., 20004) .

Demência Vascular (DV) constitui a segunda maior causa de demência, contudo, ainda não existe um consenso sobre os mecanismos fisiopatológicos que levam à demência Vascular (Neto et al., 2005).

Entretanto o diagnóstico de demência de Lewy é feito quando o declínio cognitivo é flutuante acompanhado por alucinações visuais e sintomas extrapiramidais e a demência Frontotemporal é marcada por disfunções dos lobos frontais e temporais (Neto et al., 2005).

Em suma, demências são processos degenerativos sem cura até ao momento, no entanto, o diagnóstico precoce apoiado pelo tratamento medicamentoso e a intervenção neuropsicológica podem proporcionar uma maior estabilidade do estado cognitivo, retardando o seu declínio, bem como promover a qualidade de vida do idoso (Santos, 2010).

De salientar que, em relação à terapia não farmacológica, destacam-se a estimulação Cognitiva (EC), associam-se a uma diminuição do risco de declínio cognitivo e melhora a autonomia dos idosos, maximizando ainda as funções cognitivas intactas de modo a prolongar a independência e a qualidade de vida do indivíduo (Zimmerman, 2000).

1.10. ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

A estimulação cognitiva consiste num conjunto de estratégias e exercícios que visam potenciar determinadas áreas de cognição, podendo ser implementadas individualmente ou em grupo, geralmente realizadas num determinado período de tempo, procurando cumprir determinados objetivos específicos (Sousa & Sequeira, 2012); referem que a estimulação



cognitiva tem, à semelhança de outras técnicas de reabilitação neuropsicológicas, o objetivo principal de melhorar o funcionamento cognitivo e social do indivíduo.

Para Zimerman, a estimulação cognitiva é criar o meio de manter a mente, as emoções, as comunicações e os relacionamentos em atividade, e que a atividade é o melhor meio para minimizar os efeitos negativos do envelhecimento e levar as pessoas a viverem em melhores condições (Zimmerman, 2000). Acrescenta que uma das concepções mais generalizadas sobre estimulação reporta-se, sobretudo, à dimensão física, sendo que as pessoas a associam a exercícios físicos como caminhadas, corridas, natação, esteiras, bicicletas, alongamentos. Realça-se, porém, que as atividades no âmbito da estimulação cognitiva, como atividades lúdicas desenhadas especificamente para o idoso, são de grande importância. Para além da dimensão cognitiva e social destas atividades, estas podem ser um contexto privilegiado para proporcionar um contacto pessoal necessário para a estimulação dos sentimentos e emoções (Tavares, 2009).

Yassunda e colaboradores (2006) referem que a manutenção da cognição é importante para a promoção da independência e autonomia do idoso, tendo em conta que a cognição e a funcionalidade são potencialidades modificáveis, pois a plasticidade cognitiva permanece no envelhecimento; quando estimulados, os idosos podem apresentar melhor desempenho em tarefas cognitivas. Sousa (2012) salienta que as atividades têm como função principal a reabilitação e a prevenção. Assim, quando se programa um conjunto de atividades que irão constar num programa de estimulação cognitiva, deve considerar-se o tipo de estímulo que estas conseguem produzir de acordo com a situação de cada indivíduo e da avaliação prévia. As atividades do treino cognitivo devem ser motivadoras e bem estruturadas, baseadas na comunicação verbal, ter um tempo suficiente, mas também não ser muito prolongadas e devem ser aplicadas a grupos pequenos como melhor forma de atingir os objetivos (Ballesteros, 2009).



Almeida enfatiza que as intervenções envolvendo atividades da memória e da atenção desenvolvidas em grupo apresentam efeitos positivos e duradouros nos idosos (Almeida et al, 2012). Portanto, é importante que as atividades de estimulação cognitiva sejam realizadas no contexto grupal como forma de atingir o efeito pretendido.

Na literatura, existem alguns estudos que abordam a estimulação cognitiva, e no contexto da Gerontologia, destacam-se os estudos de Castro (Castro, 2011), (Gonçalves, 2012) Apóstolo e Colaboradores (Apóstolo et al., 2011) e Souza & Chaves (2005) .

No Brasil, Souza e Chaves (2005) e Melo (2008) desenvolveram um estudo com o objetivo de verificar o efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. Utilizando exercícios de resolução de problemas, cálculos, memorização visual e leitura, num total de 16 horas de atividades, observaram que, após a oficina, 66% dos idosos aumentaram o seu desempenho tal como avaliado no pós-teste. Willis e colaboradores (2006) desenvolveram o primeiro estudo randomizando em grande escala, com 2832 participantes dos Estados Unidos. De acordo com os seus resultados, o programa de estimulação efetuado melhorava o funcionamento cognitivo, sendo que esta melhoria podia prolongar-se até cinco anos após o início da intervenção.

Tavares (2009), no seu programa de estimulação cognitiva, realizado no Brasil, dividiu os participantes em dois subgrupos: um que participou nas atividades de estimulação cognitiva constituídas por atividades lúdicas, como jogos de memória e números para exercícios de concentração; outro que realizou um programa de atividades físicas. Na avaliação final, no grupo de atividades de estimulação cognitiva verificaram-se maiores efeitos positivos na capacidade cognitiva dos participantes, enquanto o programa de atividade física foi mais eficaz a reduzir a sintomatologia depressiva. Também no Brasil, Santos (2010) realizou a estimulação cognitiva em idosos analfabetos com DCL, tendo dividido o grupo em três subgrupos: Grupo Experimental (GE); Grupo de Controlo 1 (GC1); e Grupo Controlo 2 (GC2). No



GE, os participantes foram envolvidos em 10 oficinas de jogos de brincadeiras; no GC1, os participantes tiveram palestras com vários temas sobre a saúde; e, finalmente, o GC2 não teve nenhuma intervenção. No pós-teste, os participantes do GC1 e GC2 continuaram com as mesmas queixas de esquecimento, enquanto o GE apresentou melhoria nos indicadores de cognição e socialização. Em síntese, os resultados de todos os estudos encontrados, na generalidade, apontam para a melhoria das capacidades cognitivas no fim dos programas de estimulação cognitiva.

Em Portugal, foram efectuados estudos por Apóstolo & Colaboradores (2011), com o objetivo de analisar a eficácia da estimulação cognitiva na sintomatologia depressiva e nas atividades de vida diária, em dois grupos de idosos: um no contexto comunitário; e outro no contexto institucional, tendo-se tratado de um estudo experimental com pré e pós-teste, numa amostra de 23 idosos, tendo sido usados como instrumentos de avaliação as versões portuguesas do *Motrel Cognitiv Assessment* (MOCA) e do Lawton Brody e Geriatric Depression Scale, tendo este concluído que a estimulação cognitiva melhorava a sintomatologia depressiva, em especial os idosos que tinham escolaridade superior ao 5º ano. Rodriques (2006) desenvolveu um estudo sobre “Efeitos de uma intervenção psicoeducativa nas competências cognitivas e satisfação da vida em idosos”. Com este estudo, o autor pretendia verificar o efeito de uma intervenção através de um programa de estimulação cognitiva nas competências cognitivas e satisfação da vida dos idosos com 47 elementos que participaram em 7 sessões estruturadas de estimulação cognitiva, onde foram trabalhadas competências como memória, atenção, a coordenação motora e competências de abstração lógica, através de vários jogos de mesa. Os resultados mostraram um aumento nas capacidades de abstração, de rapidez psicomotora e de organização perceptiva e satisfação de vida, melhorando o desempenho. Castro (2011) implementou um programa de estimulação cognitiva com o objetivo de verificar o impacto do mesmo no desempenho cognitivo e na



sintomatologia depressiva num grupo de idosos institucionalizados em 16 sessões, composto por 8 idosos no grupo experimental e 7 no grupo controlo. A avaliação foi feita através da aplicação da sub-escala Cognitiva da Escala de Avaliação de Alzheimer (ADAS-COG) e da Escala de Depressão Geriátrica (GDS), no pré e pós-teste. Os resultados demonstraram uma diferença estatisticamente significativa no desempenho cognitivo do grupo experimental e a ausência de diferença estatisticamente significativa no que se refere à sintomatologia depressiva, em ambos os grupos. Pires (2008) realizou o seu estudo com intuito de perceber os efeitos cognitivos dos vídeos jogos nos idosos e como resultado obteve uma melhoria significativa no funcionamento cognitivo dos idosos após 8 sessões, tendo demonstrado que esta melhoria pode contribuir positivamente para a melhoria do autoconceito da qualidade de vida. Gonçalves (2012) realizou um estudo com objetivo de verificar o impacto do Programa de Estimulação Cognitiva na Sintomatologia Depressiva de um grupo de idosos após 16 sessões de PEC. A sua amostra foi constituída por 17 idosos no grupo experimental e 20 no grupo controlo, sendo que a avaliação foi feita através de aplicação de sub-escala cognitiva da Escala de Avaliação de Alzheimer (ADAS-Cog) e da escala de Avaliação Geriátrica no pré e no pós-teste. Os resultados desta investigação evidenciaram uma diferença significativa no desempenho cognitivo do grupo experimental nos momentos de pré e pós-teste, sendo que também se verificou uma diferença significativa no que refere à sintomatologia depressiva. Pires (2012) implementou e avaliou um programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados, num estudo descritivo com um plano longitudinal, de carácter quantitativo, e tendo utilizado dois instrumentos de avaliação: o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) de Folstein e McHugh (1975) e o Teste do Desenho do Relógio (TDR); posteriormente, foi implementado o Programa de Estimulação Cognitiva (PEC), composto por várias atividades, ao longo de dois meses, no total de vinte e duas sessões, com duração de aproximadamente 60min/ três vezes por semana. Como resultado da investigação, encontrou uma evidência



significativa na média total do MEEM, antes e depois da aplicação do programa, sendo que, após o teste, se evidenciou uma melhoria do desempenho cognitivo. Relativamente ao total do TDR, não se verificaram diferenças significativas nas médias pré e pós-intervenção. Contrariamente, Ferreira (2012), na aplicação do seu PEC, encontrou um impacto positivo que se traduziu na melhoria das performances cognitivas dos participantes, dado que verificou diferenças significativas nas médias obtidas na fase do início, meio e final do programa. O estudo de Alves (2012) pretendia averiguar o impacto de um programa de estimulação cognitivo grupal no funcionamento cognitivo e não cognitivo de 12 idosos analfabetos entre 68 e 89 anos. Tratou-se de um estudo piloto experimental com base em exercícios práticos, de forma a capacitar os idosos com estratégias compensatórias e, por sua vez, melhorar as capacidades cognitivas e os seus estados emocionais. Todos os idosos foram submetidos a duas aplicações de baterias neuropsicológicas, que eram constituídas pela Escala de Mini Exame Stat (MMSE), o Montreal Cognitive assessment (MoCA), a Frontal Assessment Battery (FAB), o Geriatric Anxiety Inventory (GAI), o Geriatric Depression Scale (GDS) e Escala de Solidão (UCA). Realizaram-se 10 sessões em grupo, duas vezes/semana de 60 min, sendo que nos resultados a comparação pré e pós-teste revelou diferenças estatisticamente significativas, tanto ao nível cognitivo (MOCA), como ao nível executivo (FAB) e emocional (UCLA).

As evidências encontradas apontam para a importância de um estudo mais permenorizado desta temática, pois é indispensável para a população idosa envelhecer com qualidade.

Assim, a principal hipótese do presente estudo é:

- Os idosos institucionalizados com défices cognitivos moderados, que são submetidos ao programa de estimulação cognitiva, apresentam melhorias do estado cognitivo em relação àqueles que não são submetidos ao referido programa.



PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO



CAPÍTULO II: METODOLOGIA

Para Fortin, o objetivo, nesta fase é definir os meios para a realização de investigação, aqui o investigador determina a sua forma de proceder para obter respostas às questões da investigação (Fortin, 2009).

2.1 CONTEXTUALIZAÇÕES DA INSTITUIÇÃO ONDE DECORREU O ESTUDO

O estudo foi realizado na Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ). Esta é uma IPSS, considerada uma unidade de referência em Psiquiatria e Saúde Mental, no distrito de Braga, atendendo pessoas do sexo feminino.

A Casa de Saúde pertence à congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado do Coração de Jesus e funciona com base no orçamento geral da Congregação das Irmãs Hospitaleiras.

A Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ) foi fundada em 30/09/1932, coincidindo com a chegada do primeiro grupo de Irmãs Hospitaleiras. Desde o primeiro internamento que ocorreu em 06/12/1932, foram construídas seis unidades de internamento que equipam este hospital com um total de 385 camas. A casa de Saúde do Bom Jesus é um dos treze centros da província. Ao longo dos anos, esta Casa de Saúde desenvolveu-se num esforço permanente de actualização e adaptação às exigências que a missão pressupõe. Este esforço tem-se refletido num alargamento a novas áreas assistenciais, nomeadamente em iniciativas pioneiras de internamento em residências comunitárias e apartamentos terapêuticos, serviços de apoio domiciliário. Este centro obteve prémios de reconhecimento público, destacando-se, em abril de 2003, o prémio Genebra 2002 para os Direitos Humanos em Psiquiatria.

A implementação de qualquer estratégia depende da adequação da estrutura organizacional, a par da existência de meios e de capacidade de gestão, sendo que a atividade deste Centro encontra-se subdividida em: Estrutura Funcional; Capacidade Assistencial (Unidades de



Internamento de Longo Internamento, com quatro unidades: Sagrado Coração, S. Bento, S. José, N^a S^a de Fátima); Unidades de Curto Internamento (S. João de Deus, S. Luís Gonzaga); e Unidades de Reabilitação (Residência Sta Teresa e três Apartamentos Terapêuticos). (*ver anexo III.*)

2.2. DESENHOS DE ESTUDO E CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA

Para Fortin, o tipo de estudo” descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação, visa descrever variáveis ou grupo de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de casualidade” (Fortin, 1999). Para a conceção deste estudo, recorreu-se a uma metodologia quantitativa de carácter descritivo, tipo experimental, com pré e pós-teste em dois grupos (G1 Experimental e G2 Controlo), tendo em conta que o objeto deste estudo consiste em analisar os efeitos, com base na implementação de um programa de estimulação cognitiva.

2.2.1 Aplicação do programa de estimulação cognitiva

O programa de estimulação cognitiva foi constituído por 22 sessões, duas vezes por semana, com a duração de 60 minutos cada sessão. Este programa contemplou diversas atividades que visavam estimular as diferentes funções cognitivas, nomeadamente: o pensamento; a memória; o raciocínio lógico; a atenção; a orientação; a percepção; e a linguagem. O programa tem como objetivo estimular a memória, a atenção e a concentração, bem como estimular as capacidades percetivas, as capacidades de abstração e desenvolver as capacidades de interação e comunicação bem como treinar a memória. (*Ver Anexo VIII.*)

Em relação à seleção de atividades implementadas, estas foram baseadas em função de estudos com objetivos semelhantes, como, por exemplo, os estudos de Castro (Castro, 2011), Pires (Pires, 2012), Ferreira (Ferreira, 2012) e Gonçalves (Gonçalves, 2012). Também algumas atividades foram baseadas no caderno de exercícios para a mente de Zolini & Paquete (Zolini &



Paquete, 2013) e exercícios para estimulação cognitiva: e o caderno de exercício Cotidiano em Evidência (Leite e Melo org).

2.3. AMOSTRA

A amostra foi constituída por 30 participantes, todas de sexo feminino, divididas pelo grupo experimental e grupo de controlo, sendo que o primeiro grupo (GI) foi composto por 15 participantes e o (GII) por 15, com idades compreendidas de 65 a 96 anos de idade.

Foi feita uma amostragem não probabilística, isto é por conveniência, uma vez que as participantes foram abordadas na instituição e de acordo com a disposição de cada para fazer parte do grupo.

2.4. PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para a caracterização geral das participantes foi aplicado um formulário. Este formulário teve como objetivo caracterizar os indivíduos quanto à sua dimensão social: profissão; sexo; etnia; estado civil; tempo de institucionalização; residência antes de ser institucionalizada; diagnóstico; e, por fim, se toma algum psicofármaco.

Relativamente à cognição, foi avaliada através dos seguintes testes: O *Mini Exame do Estado Mental* (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975), traduzido e adaptado para a população Portuguesa por Guerreiro e colaboradores (1994), o qual possibilita uma breve avaliação do estado Mental, nomeadamente ao nível de orientação, retenção, atenção e cálculos, evocação, linguagem e habilidade construtiva; e o *Montreal Cognitive Assessment (MOCA)* este foi concebido como um instrumento de avaliação de Défices Cognitivos Ligeiros e avalia diferentes domínios cognitivos como a atenção e concentração, funções executivas, memória, linguagem, capacidade visuo-construtivas, capacidade de abstração, cálculos e orientação, e



este exige que o sujeito realize um conjunto de tarefas, caracterizando este como mais sensível que o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) .

Em relação à qualidade de vida, foi avaliado por O EUROHIS-QOL-8 que é uma medida de qualidade de vida composta, tal como o nome indica, por oito itens, e desenvolvida a partir dos instrumentos genéricos WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref.(Freitas et al., 2010).

Os mesmos foram administrados com apoio da terapeuta ocupacional, sendo a terapeuta de referência das utentes que participaram no programa.

2.5 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

2.5.1 Ficha de caracterização Sociodemográfica

Este instrumento tem como objetivo caracterizar as participantes quanto à profissão; sexo, etnia, estado civil, tempo de institucionalização, residência antes de ser institucionalizada, diagnóstico e, por fim, se toma algum psicofarmacológico ou não. (cf. *anexo IV.*)

2.5.2 Instrumento de avaliação do estado mental (MEEM)

É um instrumento utilizado para triagem da deterioração mental ao nível das funções cognitivas (Folstein et al., 1975) . A sua aplicação envolve tarefas que agrupam onze categorias: orientação temporal; orientação espacial; fixação; atenção e cálculo; memória; nomeação; leitura; escrita; e desenho (Guerreiro et, al. 1994).. A sua cotação pode variar de Zero (0) pontos até 30 (30) pontos. Sendo que é obtido 1 ponto em cada resposta correta e 0 pontos para resposta errada . Esta prova é de administração fácil e rápida (5 a 10 min), permitindo uma avaliação global das funções cognitivas do indivíduo. O MEEM possui pontes de corte de acordo com a escolaridade da pessoa, de forma a dar uma imagem mais correta do



estado cognitivo, visto ser influenciado pelo conhecimento académico. No que diz respeito a este estudo, foram utilizados os pontos de cortes aferidos para a população portuguesa. Desta forma, considerando-se défice cognitivo quando, em indivíduos com pouca escolarização ou mesmo sem nenhum nível, a cotação é menor ou igual a 15 pontos. Em indivíduos com 1 a 11 anos de escolaridade, quando a cotação é menor ou igual a 22 pontos.

Por último, em indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, quando a cotação é menor ou igual a 27 pontos (Sequeira, 2010). (*Ver Anexo V*).

2.5.3 Montreal Cognitive Assessment (MOCA)

Montreal Cognitive Assessment (Freitas, Simões, Martins, Vilar & Santana., 2010) foi concebido como um instrumento de avaliação de Défices Cognitivos Ligeiros e avalia diferentes domínios cognitivos como a atenção e concentração, funções executivas, memória, linguagem, capacidade visuo-construtiva, capacidade de abstração, cálculos e orientação. O mesmo exige que o sujeito realize um conjunto de tarefas. É constituído por um protocolo de uma página, cujo tempo de aplicação é de aproximadamente 10 a 15 min, inclui um manual onde são explicadas as instruções para a administração dos itens definidos. Este teste permite atingir uma pontuação máxima de 30 (pontos), sendo que as pontuações mais elevadas indicam melhores desempenhos. Um valor igual ou superior a 26 é considerado adequado dentro dos parâmetros definidos para a população portuguesa (Freitas et al., 2010). (*Ver Anexo VI*).

Este instrumento foi utilizado em simultâneo com MMSE, como forma de aprofundar o estudo, uma vez que os resultados de avaliação com MMSE poderiam não ser muito exaustivas e esclarecedoras. Assim, os dois permitiram uma avaliação mais ampla.



2.5.4 Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (EUROHIS-QOL-8)

O EUROHIS-QOL-8 é uma medida de qualidade de vida composta por oito itens e desenvolvida a partir dos instrumentos genéricos WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref. Do ponto de vista conceptual, cada um dos domínios (físico, psicológico, das relações sociais e ambientes) encontra-se representado por dois itens. O resultado é um índice global, calculado a partir do somatório dos oito itens, sendo que a um valor mais elevado corresponde a uma melhor perceção da qualidade de vida. Todas as escalas de resposta têm um formato de cinco pontos, variando, por exemplo, entre “Nada” e “Completamente” (Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011). No estudo piloto, o EUROHIS-QOL-8 apresentou um α de Cronbach de .78 (Power, 2003) e no estudo de campo inicial, que envolveu uma amostra de 10 países, apresentou um α de Cronbach de .83 (Schmidt, Mühlan, & Power, 2006). Trata-se de um instrumento de medida geral de Qvd, de natureza multidimensional, que permite a recolha das perceções subjetivas dos indivíduos acerca da sua qualidade de vida. (*Ver Anexo VII.*)

2.6 PROCEDIMENTO

Foram definidos como critérios de inclusão na amostra:

- idade igual ou superior a 65 anos de idade, tendo em conta que, de acordo com OMS, (Pires, 2012), “Velho é aquele que já completou 65 anos”;
- Presença de défices cognitivos, tendo-se utilizado pontos de corte do Mini-Exame do estado Mental;
- diagnóstico de esquizofrenia compensada, síndrome demencial e/ou síndrome depressiva;
- capacidade para compreender e participar adequadamente nas atividades de intervenção.

Foram excluídas deste estudo, aquelas que não reuniam condições para colaborar no mesmo bem como as idosas que após terem aceitado participar, não estiveram presentes em pelo menos 80% das sessões.



Para a realização deste trabalho, foi previamente enviado o pedido de autorização à Comissão de Ética de CSBJ, tendo sido aprovado. (Ver Anexo I e II.)

Em seguida, a Psiquiatra e a Psicóloga da unidade onde foi realizado o estudo, a Unidade do Sagrado de Coração, tiveram acesso ao projeto para melhor conhecerem os objetivos e para apoiarem na seleção das participantes. Após esta fase, foi realizado um encontro com as participantes, com o objetivo de explicar os objetivos do estudo, tendo também sido feito o pedido de consentimento de cada participante. Começou-se com a constituição do grupo e o mesmo foi submetido a uma primeira avaliação com a aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação: Ficha de Caracterização; Mini-Mental do Estado Mental (MMSE); Qualidade de Vida e Saúde (QDV); e Montreal Cognitive Assessment (MOCA).

Posteriormente à primeira avaliação, o mesmo grupo foi subdividido em dois aleatoriamente, sendo um subgrupo constituído como grupo experimental ($n=15$) e outro como grupo controle ($n=15$). Para o grupo experimental, começou-se depois a implementação do programa de estimulação cognitiva, que decorreu ao longo de três meses (de 14 janeiro a 8 abril de 2014). Posteriormente, após o final da intervenção com o grupo experimental, as participantes dos dois grupos foram submetidas de novo à administração dos mesmos instrumentos utilizados na primeira avaliação.

2.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a realização deste trabalho, foi utilizado o programa informático SPSS, versão 20 para processamento de dados. Para a análise das variáveis sociodemográficas, foi aplicada a estatística descritiva. Para a análise das diferenças entre os grupos, foram aplicados os testes *t* independent sample e oneway ANOVA; para determinar o efeito da estimulação cognitiva foi aplicado o test *t* paired samples. A relação entre diferentes variáveis foi determinada com



aplicação da correlação de Pearson. Serão consideradas diferenças estatisticamente significativas, quando o valor de p for menor que 5% ($p < 0,05$).





CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO - ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, pretende-se analisar e tratar as informações recolhidas, de forma a dar-lhes sentido, ou seja, verificar se as informações obtidas vão de encontro à hipótese formulada e aos objetivos anteriormente traçados.

O Programa de Estimulação Cognitiva é um conjunto composto por diversas atividades que visa estimular as diferentes funções cognitivas, nomeadamente: o pensamento, a memória, o raciocínio lógico, a atenção, a orientação, a perceção e a linguagem bem como a concentração e as capacidades de abstração. Adicionalmente, o programa tem como objetivo desenvolver as capacidades de interação, comunicação e treinar a memória.

Para a caracterização geral das participantes, foi utilizado um formulário de caracterização sociodemográfica. Para a avaliação da cognição, foram utilizados dois instrumentos de avaliação: O *Montreal Assessment Cognitive* (MOCA) e o Mini-Exame do Estado Mental (MMSE) e para a qualidade vida recorreu-se ao EUROHIS-QOL-8, em dois grupos: Grupo Experimental (GE) e Grupo Controlo (GC).

Para tal, foram incluídas no estudo 30 idosas institucionalizadas na Casa de Saúde do Bom Jesus, concretamente na unidade do Sagrado Coração do Jesus, sendo 15 do GE e 15 do GC, partindo da hipótese de que os idosos institucionalizados com défices cognitivos moderados, que são submetidos ao Programa de Estimulação Cognitiva, apresentam melhorias do estado cognitivo em relação àqueles que não são submetidos ao referido Programa.



3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra é constituída por 30 indivíduos com patologia mental crónica, todas de sexo feminino, subdividida em 15 do grupo experimental e 15 do grupo controlo, com idade média de 76,77 anos ($dp = 6,71$). A média da duração de institucionalização das participantes é de 21,70 anos ($dp = 18,36$). Do total da amostra, 66,77% são solteiras e 23,3% são viúvas.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da amostra

Característica	N(%) ou Média $\pm dp$
Idade (anos)	76,77 $\pm$ 6,71
Duração da institucionalização (anos)	21,70 $\pm$ 18,36
Grupo	
Experimental	15(50.0)
Controlo	15(50.0)
Estado civil	
Solteira	20 (66.77)
Viúva	7 (23.3)
Divorciada/Separada	3(10.0)
Escolaridade	
1º ciclo (até o 4º ano)	20 (66.7)
2º e 3º ciclos (entre o 5º ano e o 9º ano)	5 (16.7)
Secundário (entre o 10º ano e o 12ºano)	3 (10.0)
Licenciatura	2 (6.7)
Profissão	
Camponesa	5 (16.7)
Costureira	3 (10.0)
Cozinheira	3 (10.0)
Doméstica	7 (23.3)
Empregada doméstica	2 (6.7)
Não exerceu	3 (10.0)
Outras	4(13.3)
Professora	3(10.0)
Tipo de reforma	
Pensão social	16 (53.3)
Reforma por idade	6(20.0)
Reforma por incapacidade	8(26.7)



A maioria das participantes, 66,77% frequentou ou completou o ensino primário; 16,7% com frequência do 2º e 3º ciclos do ensino básico; em relação ao ensino secundário, foi frequentado por 10%; apenas 6,7 completou o ensino superior. No que diz respeito aos antecedentes profissionais, 23,3% eram domésticas, 16,7% trabalhavam no campo; 10,0% nunca exerceram qualquer atividade profissional; as restantes tinham exercido alguma atividade formal. Todas são reformadas por incapacidade, 26,7%; por idade, 20,0%; e 53,3% beneficiam de pensão social. (Tabela1)

A patologia psiquiátrica mais frequente é a Esquizofrenia, correspondendo a 50% da amostra total, seguida de demência (30,0%) e depressão que abrange 20,0%. A distribuição é proporcional para o grupo experimental e de controlo.

Tabela 2: Características clínicas e psicométricas da amostra

Variável	N(%) ou Média $\pm$ dp		
	Total	Grupo experimental	Grupo controlo
Diagnóstico DSM IV	30	15	15
Esquizofrenia	15 (50.0)	7 (46.7)	8 (53.3)
Demência	9 (30.0)	5 (33.3)	4 (26.7)
Depressão	6 (20.0)	3 (10.0)	3 (10.0)
MOCA			
Antes da intervenção (M1_MOCA)	15,07 $\pm$ 4,46	16,07 $\pm$ 4,27	14,07 $\pm$ 4,46
Depois da intervenção (M2_MOCA)	13,47 $\pm$ 6,19	16,87 $\pm$ 4,64	10,07 $\pm$ 5,74
MMSE			
Antes da intervenção (M1_MMSE)	18,20 $\pm$ 4,80	18,73 $\pm$ 4,38	17,67 $\pm$ 5,29
Depois da intervenção (M2_MMSE)	16,47 $\pm$ 7,69	21,00 $\pm$ 5,32	11,93 $\pm$ 7,09
Qualidade de vida (EUROQOL)			
Antes da intervenção (QoL_1)	21,97 $\pm$ 2,38	22,00 $\pm$ 2,33	21,93 $\pm$ 2,52
Depois da intervenção (QoL_2)	22,10 $\pm$ 7,02	26,47 $\pm$ 2,03	17,73 $\pm$ 7,56

O grupo de controlo foi submetido a avaliação em dois momentos para se determinar a variação do desempenho neste grupo. Usando o teste t de amostras emparelhadas, foi



observada diminuição significativa na pontuação no momento 2 (M2_MOCA), $10,07 \pm 5,29$ em relação ao momento 1 (M1_MOCA), $14,07 \pm 5,74$ [$t(14) = 2,90$; $0,012$]; usando a escala mini-exame do estado mental (MMSE) verificam-se estatisticamente diferenças significativas comparativamente ao primeiro momento (M1_MMSE) $11,93 \pm 2,52$ [$t(14) = 4,14$; $0,001$] com o segundo momento 2 (M2_MMSE) $11,93 \pm 2,52$ [$t(14) = 4,14$; $0,001$]. Na avaliação da qualidade de vida no primeiro momento (QoL_1), $21,93 \pm 7,56$ não se observam mudanças significativas na escala de qualidade de vida $17,73 \pm 4,57$ [$t(14) = -2,03$; $0,062$] (Tabela3).

3.2 AVALIAÇÃO DO EFEITO DA ESTIMULAÇÃO NO DESEMPENHO COGNITIVO E NA QUALIDADE DE VIDA

Com o objetivo de analisar o efeito da estimulação cognitiva sobre a cognição e sobre qualidade de vida das participantes, submeteram-se as do grupo experimental ao preenchimento das mesmas escalas para comparar o desempenho nos dois momentos, usando o teste *t students* para amostras emparelhadas. Após a intervenção, a pontuação da escala MOCA (M2_MOCA) passa a $16,87 \pm 4,64$, verificado-se diferenças estatisticamente significativas no desempenho cognitivo, comparando com o período antes da intervenção, $16,87 \pm 4,64$, [$t(14) = -2,86$; $0,013$] (Tabela 4) e (Figura 1).

Tabela 3: Efeito da intervenção no grupo experimental

	Media $\pm$ dp	t(df); p
M1_MOCA	$16,07 \pm 4,27$	$t(14) = -2,86$; $0,013^*$
M2_MOCA	$16,87 \pm 4,64$	
M1_MMSE	$18,73 \pm 4,38$	$t(14) = -1,95$; $0,072$
M2_MMSE	$21,00 \pm 5,32$	
QoL_1	$22,00 \pm 2,33$	$t(14) = -6,42$; $0,000^{**}$
QoL_2	$26,47 \pm 2,03$	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ unpaired *t test*

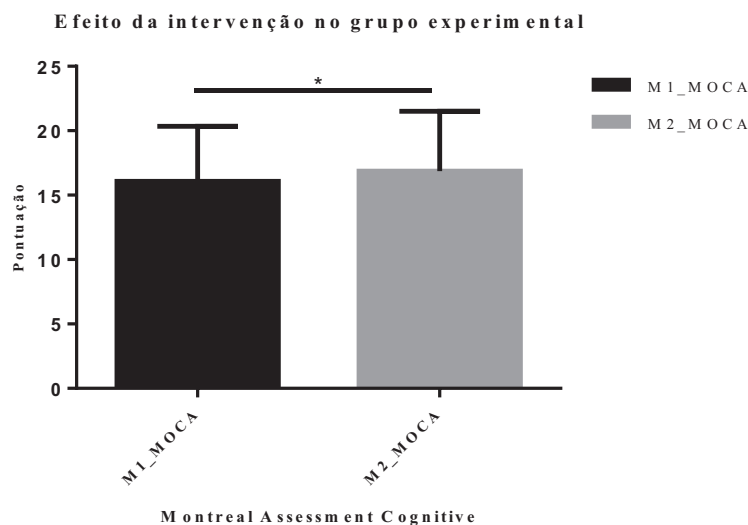


Figura 1: Comparação das pontuações de MOCA do grupo experimental entre os momentos antes (M1_MOCA) e depois (M2_MOCA) da intervenção.

Usando a escala do mini-exame do estado mental (MMSE), após a intervenção no grupo experiemntal, não se verificam diferenças estatisticamente significativas comparativamente com o momento antes da intervenção, $21,00 \pm 5,32$, $[t(14) = -1,95; 0,072]$ (Tabela 4) e (Fig. 2).

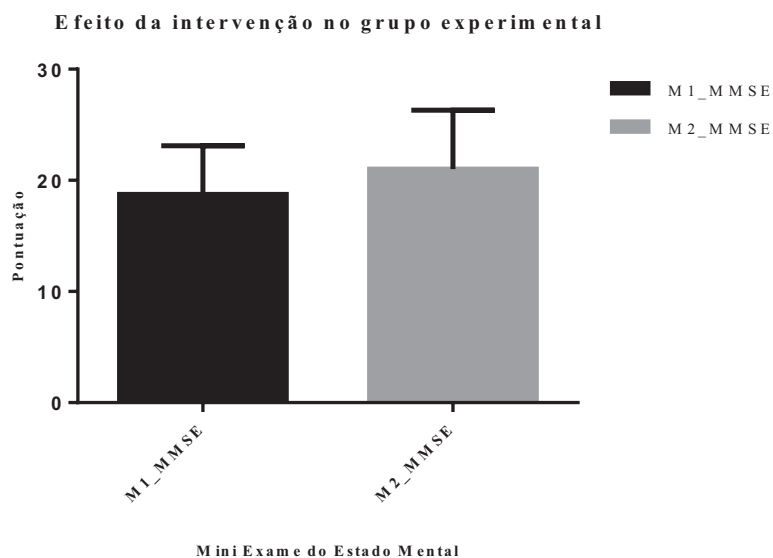


Figura 2: Comparação das pontuações de MMSE do grupo experimental entre os momentos antes (M1_MMSE) e depois (M2_MMSE) da intervenção.

Notam-se mudanças significativas na qualidade de vida após a intervenção, (QoL_2), $26,47 \pm 2,03$, $[t(14) = -6,42; 0,000]$. (Tabela 4) e (Figura 3).

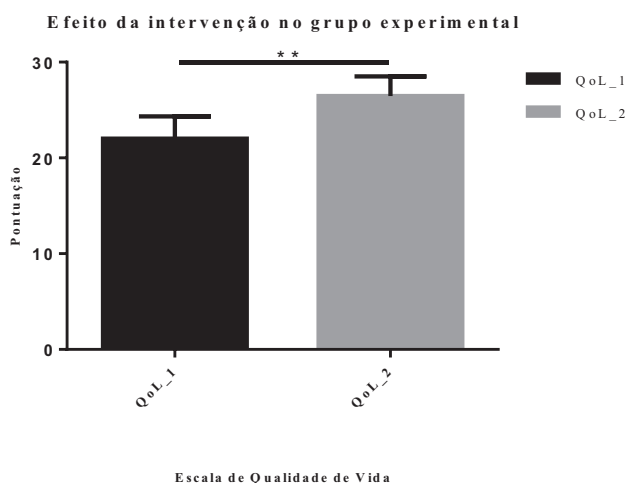


Figura 3: Comparação das pontuações

da QoL do grupo experimental antes (QoL_1) e depois (QoL_2) da intervenção.

A Tabela 5 mostra o efeito da estimulação cognitiva no desempenho cognitivo e na qualidade de vida, comparando o grupo experimental e o grupo de controlo após efectuar-se um teste *t students* para amostras independentes. Antes da intervenção, não há diferenças estatisticamente significativas na escala MOCA (M1_MOCA) entre o grupo experimental ($16,07 \pm 4,27$) e o grupo de controlo ($14,07 \pm 4,57$), $[t(28) = 1,24; 0,226]$, verificando-se que após a intervenção (M2_MOCA), o grupo experimental apresenta melhorias significativas ($16,87 \pm 4,64$) em relação ao controlo ($10,07 \pm 5,74$); $[t(28) = 3,57; 0,001^{**}]$. Em relação ao mini-exame do estado mental (MMSE), antes da intervenção é $18,73 \pm 4,38$ no grupo experiemental e $17,67 \pm 5,29$ do grupo controlo e não apresentam diferenças estatisticamente significativas $[t(28) = 0,60; 0,552]$; após a intervenção, verificam-se mudanças estatisticamente significativas $[t(28) = 3,96; 0,000]$ no grupo experimental ($21,00 \pm 5,32$) e no grupo de controlo ($11,93 \pm 7,10$). Os valores da escala da qualidade de vida não apresentam diferenças estatisticamente significativas antes da intervenção ($22,00 \pm 2,33$) entre o grupo



experimental ($21,93 \pm 2,52$) e o grupo de controlo, [$t(28) = 0,08$; $0,941$]; após a intervenção, há mudanças estatisticamente significativas entre o grupo experimental ($26,47 \pm 2,03$) e o grupo de controlo ($17,73 \pm 7,56$); [$t(28) = 4,32$; $0,000$] (Tabela 5).

Tabela 4: Comparação das escalas cognitivas no grupo experimental e no de controlo antes e depois da intervenção.

Variável	Grupo de estudo		t(df); p
	Grupo Experimental	Grupo Controle	
M1_MOCA	$16,07 \pm 4,27$	$14,07 \pm 4,57$	$t(28) = 1,24$; $0,226$
M2_MOCA	$16,87 \pm 4,64$	$10,07 \pm 5,74$	$t(28) = 3,57$; $0,001^{**}$
M1_MMSE	$18,73 \pm 4,38$	$17,67 \pm 5,29$	$t(28) = 0,60$; $0,552$
M2_MMSE	$21,00 \pm 5,32$	$11,93 \pm 7,10$	$t(28) = 3,96$; $0,000^{**}$
QoL_1	$22,00 \pm 2,33$	$21,93 \pm 2,52$	$t(28) = 0,08$; $0,941$
QoL_2	$26,47 \pm 2,03$	$17,73 \pm 7,56$	$t(28) = 4,32$; $0,000^{**}$

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

No grupo controlo, usando a escala MOCA, o desempenho cognitivo dos participantes em função dos diagnósticos na primeira avaliação M1_MOCA pontuação média era para a Esquizofrenia ($14,88 \pm 4,29$), Demência ($10,75 \pm 3,59$) e Depressão ($16,33 \pm 5,51$); não se tendo verificado diferenças estatisticamente significativas [$F(2, 12) = 1,70$; $0,224$] entre os grupos; na escala MMSE, não se verificam diferenças estatisticamente significativas na primeira avaliação M1_MMSE, [$F(2, 12) = 2,61$; $0,114$]. Na escala da qualidade de vida, não se observam diferenças estatisticamente significativas nos três grupos tanto na primeira avaliação. (QoL_1): Esquizofrenia ($21,25 \pm 2,43$), Demência ($22,00 \pm 3,37$) e Depressão ($23,67 \pm 0,58$) [$F(2, 12) = 1,01$; $0,395$]. (Tabela 6).

Tendo como objetivo avaliar o efeito do Programa de Estimulação Cognitiva nas diferentes patologias, nomeadamente, esquizofrenia, depressão e demência, efetuou-se um teste de ANOVA multivariado no grupo experimental, para avaliar o desempenho nas escalas MOCA, MMSE e QoL nos dois momentos (Tabela 7).

**Tabela 5:** Comparação do desempenho cognitivo por grupo diagnóstico no grupo controle na primeira e segunda avaliação

Escala	Grupo diagnóstico	n	Media±dp	F(df1; df2); p
M1_MOCA	Esquizofrenia	8	14,88±4,29	F(2, 12)= 1,70; 0,224
	Demência	4	10,75±3,59	
	Depressão	3	16,33±5,51	
M2_MOCA	Esquizofrenia	8	10,25±4,89	F(2, 12)= 3,13; 0,081
	Demência	4	5,75±5,62	
	Depressão	3	15,33±4,51	
M1_MMSE	Esquizofrenia	8	18,63±5,15	F(2, 12)= 2,61; 0,114
	Demência	4	13,25±3,30	
	Depressão	3	21,00±5,20	
M2_MMSE	Esquizofrenia	8	12,63±6,46	F(2, 12)= 3,95; 0,048
	Demência	4	5,75±4,79	
	Depressão	3	18,33±5,69	
QoL_1	Esquizofrenia	8	21,25±2,43	F(2, 12)= 1,01; 0,395
	Demência	4	22,00±3,37	
	Depressão	3	23,67±0,58	
QoL_2	Esquizofrenia	8	18,00±7,56	F(2, 12)= 0,81; 0,467
	Demência	4	14,25±9,74	
	Depressão	3	21,67±3,21	

* $p < 0,05$

No grupo experimental, tanto antes como após a intervenção, não se observam diferenças estatisticamente significativas nos diferentes grupos de diagnósticos relativamente ao desempenho cognitivo M1_MOCA $F(2, 14) = 2,82$; $p = 0,099$; M2_MOCA $F(2, 14) = 3,55$; $p = 0,062$; M1_MMSE: $F(2, 14) = 2,08$; $p = 0,168$ e M2_MMSE: $F(2, 14) = 1,30$; $p = 0,308$; e a qualidade de vida QoL_1: $F(2, 14) = 1,75$; $p = 0,216$; QoL_2: $F(2, 14) = 0,65$; $p = 0,540$ (Tabela 7).

A Tabela 8 mostra a correlação bivariada de Pearson entre as variáveis psicométricas e a idade, anos de estudo, tempo de institucionalização e a qualidade de vida. Observa-se uma correlação significativa negativa forte entre a idade e a pontuação da escala M1_MOCA na primeira avaliação [$r = -0,749$; $p < 0,001$] e correlação negativa moderada não significfcativa



na segunda avaliação M2_MOCA [$r = -0,246$; $p = 0,377$], na escala M1_MMSE na primeira avaliação havia correlação negativa significativa moderada [$r = -0,377$; $p = 0,025$] e na segunda avaliação M2_MMSE [$r = -0,251$; $p = 0,366$].

Tabela 6: Comparação do desempenho cognitivo por grupo diagnóstico no grupo experimental

Escala	Grupo diagnóstico	n	Média $\pm$ dp	F(df1; df2); p
M1_MOCA	Esquizofrenia	7	15,29 $\pm$ 4,99	F(2; 14)= 2,82; 0,099
	Demência	5	14,40 $\pm$ 1,95	
	Depressão	3	20,67 $\pm$ 2,08	
M2_MOCA	Esquizofrenia	7	15,57 $\pm$ 5,09	F(2; 14)= 3,55; 0,062
	Demência	5	15,40 $\pm$ 1,95	
	Depressão	3	22,33 $\pm$ 3,06	
M1_MMSE	Esquizofrenia	7	17,43 $\pm$ 5,35	F(2; 14)= 2,08; 0,168
	Demência	5	18,00 $\pm$ 2,55	
	Depressão	3	23,00 $\pm$ 1,00	
M2_MMSE	Esquizofrenia	7	20,00 $\pm$ 6,14	F(2; 14)= 1,30; 0,308
	Demência	5	19,80 $\pm$ 4,76	
	Depressão	3	25,33 $\pm$ 2,08	
QoL_1	Esquizofrenia	7	21,86 $\pm$ 2,54	F(2; 14)= 1,75; 0,216
	Demência	5	21,00 $\pm$ 2,12	
	Depressão	3	24,00 $\pm$ 1,00	
QoL_2	Esquizofrenia	7	26,29 $\pm$ 1,89	F(2; 14)= 0,65; 0,540
	Demência	5	26,00 $\pm$ 2,24	
	Depressão	3	27,67 $\pm$ 2,31	

Quanto ao tempo de estudo, verifica-se uma correlação significativa, positiva moderada a forte com os parâmetros cognitivos tanto na primeira avaliação M1_MOCA [$r = 0,735$; $p = 0,002$] e M1_MMSE: [$r = 0,617$, $p = 0,014$], como na segunda M2_MOCA [$r = 0,715$, $p = 0,003$] e M2_MMSE [$r = 0,623$; $p = 0,013$]. Não se observam correlações entre o tempo de institucionalização e desempenho cognitivo tanto na primeira como na segunda avaliação M2_MOCA [$r = -0,428$; $p = 0,018$] e M2_MMSE [$r = -0,395$; $p = 0,031$].

Tabela 7: Correlação de Pearson no grupo controle para as variáveis idade, anos de estudo, tempo de institucionalização e a qualidade de vida com as pontuações das escalas psicométricas

Variáveis	n	M1_MOCA		M2_MOCA		M1_MMSE		M2_MMSE	
		R	p	r	p	R	P	r	P
Idade	15	-0,749**	0,001	-0,246	0,377	-0,377*	0,025	-0,251	0,366
Anos de estudo	15	0,735**	0,002	0,715**	0,003	0,617*	0,014	0,623*	0,013
Tempo de institucionalização	15	-0,345	0,208	-0,252	0,365	-0,157	0,577	-0,149	0,595
QoL_1	15	0,416	0,123	-	-	0,475	0,073	-	.
QoL_2	15	-	-	0,708**	0,003	-	-	0,670**	0,006

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Nota-se ainda uma correlação significativa forte na segunda avaliação [$r = 0,708$; $p = 0,003$] para MOCA e moderada a forte no MMSE [$r = 0,670$; $p = p < 0,006$] respectivamente entre o desempenho cognitivo e a qualidade de vida após a intervenção (Tabela8).

No grupo experimental, verifica-se uma correlação significativa, negativa moderada entre a idade das pacientes e a avaliação psicométrica antes [$r = -0,683$; $p = 0,005$] e depois da intervenção [$r = -0,696$; $p = 0,004$], ou seja, as participantes com mais idade apresentam o pior desempenho cognitivo, respectivamente a escala MOCA. Enquanto na escala MMSE a correlação se observa após a intervenção [$r = 0,550$; $p = 0,034$].

Observa-se ainda uma correlação significativa, positiva e forte entre o desempenho cognitivo e o tempo de estudo tanto antes como depois da intervenção; isto significa que as participantes com mais anos de estudo apresentam o melhor desempenho em relação as que têm menos escolaridade. Não se observam correlações entre o tempo de institucionalização e o desempenho cognitivo (Tabela 9).

**Tabela 8:** Correlação de Pearson no grupo experimental entre as variáveis idade, anos de estudo, tempo de institucionalização e a qualidade de vida e as pontuações das escalas psicométricas

	n	M1_MOCA		M2_MOCA		M1_MMSE		M2_MMSE	
		R	P	r	p	R	p	r	P
Idade	15	-0,683**	0,005	-0,696**	0,004	-0,311	0,259	-0,550*	0,034
Anos de estudo	15	0,759**	0,001	0,799**	0,000	0,510*	0,052	0,743**	0,001
Tempo de institucionalização	15	-0,155	0,581	-0,137	0,627	-0,271	0,329	-0,114	0,686
QoL_1	15	0,718**	0,003	-	-	0,224	0,423	-	-
QoL_2	15	-	-	0,439	0,102	-	-	0,754**	0,001

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

A correlação entre a qualidade de vida e o desempenho cognitivo é significativamente positiva e forte antes da intervenção aplicando a MOCA [$r = 0,718$; $p = 0,003$] e após intervenção pela escala MMSE [$r = 0,754$; $p = 0,001$] (Tabela 9).



3.3 AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DAS PARTICIPANTES NO PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

Para a avaliação deste Programa, foi utilizado um questionário de avaliação com o objetivo de compreender como as participantes se teriam sentido ao longo da implementação do programa. Este questionário focou a atenção sobre cinco pontos.

Assim, a primeira questão avalia as atividades, o local onde foram realizadas as mesmas, e a equipa que as dinamizou.

A segunda questão está relacionada com os aspetos de que teriam gostado mais durante o Programa.

A terceira relaciona-se com que menos apreciaram.

A quarta para expressarem se gostariam de voltar a participar neste tipo de atividades

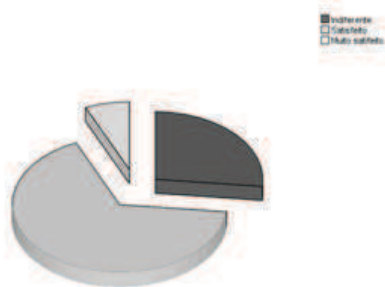
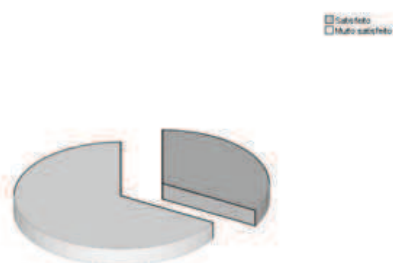
Finalmente, a última para a apresentação de sugestões (cf. Anexo IX).

Relativamente à primeira questão, todas as participantes referiam que ficaram satisfeitas com as Atividades realizadas.

A figura 4 representa o local onde foram realizadas as sessões.

A figura 5 identifica a equipa que dinamizou as atividades.

Relativamente à questão 2, todas as participantes referiram que gostaram muito de participar nas sessões, pois estas possibilitaram que elas interagissem durante as mesmas e confidenciaram que tinham gostado, sobretudo quando se abordavam assuntos que já tinham vivenciado no passado, referindo que se sentiram mais animadas e expressando que gostariam de voltar a participar nas mesmas.

Satisfação com o local de realização das atividades**Figura 4:** Satisfação das participantes em relação ao local da realização das atividades**Satisfação com a equipa****Figura 5:** Satisfação das participantes com relação à equipa de terapeutas



CAPÍTULO IV: *DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:*

Da análise efetuada, verifica-se que houve um aumento do desempenho nas escalas de cognição e qualidade de vida no grupo experimental após a intervenção, comparativamente ao grupo que não foi estimulado cognitivamente. Estes resultados estão de acordo com a investigação realizada por Prado e colaboradores(2012) que abordaram a influência de um Programa de Estimulação Cognitiva sobre a qualidade de vida dos idosos institucionalizados e tinha como objetivo analisar a influência de um programa de treinamento cognitivo em idosos com declínio cognitivo de ambos sexos, distribuídos em grupo experimental e grupo de controlo. Porém, neste estudo, para a avaliação da cognição, recorreram à escala Mini-Exame do estado mental e para avaliação da qualidade de vida à escala Quality of Life, coincidindo apenas na escala MMSE. Há que realçar que o nosso estudo contemplou a avaliação da qualidade de vida com a escala de EUROHIS-Qol e que a amostra era exclusivamente feminina. Após a intervenção, o grupo experimental demonstrou melhorias na cognição e na qualidade de vida.

Da mesma forma, um outro estudo realizado nos Estados Unidos por Aguirre (Aguirre, Woods, Spector, & Orrell, 2013) em idosos com demência, em que este pretendia avaliar a eficácia da estimulação cognitiva em idosos com demência, revelou que a estimulação cognitiva melhorava a função cognitiva em idosos com demência bem como a sua qualidade de vida e ainda a comunicação e interação social. Contudo, esses factos não se evidenciaram no estudo realizado por Apóstolo e colaboradores (Apóstolo et al., 2011), no seu estudo “Programa de Estimulação Cognitiva na Sintomatologia Depressiva e Qualidade de Vida - Fazer a Diferença”, onde se pretendia avaliar o efeito do programa numa amostra de idosos com sintomatologia depressiva de ambos os sexos. No entanto, no referido estudo foram utilizadas as versões portuguesas da escala *Geriatric Depression Scale* (GDS-15),



Eurohis-QOL-8 e Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), e os participantes apresentaram melhorias na sintomatologia depressiva, embora não se tenha constatado nenhuma melhoria na qualidade de vida. Contudo, importa salientar que não foram encontrados estudos que abordassem a relação entre a estimulação cognitiva e a qualidade de vida em idosos com défices cognitivos em entidades nosológicas heterogêneas.

Relativamente ao nosso estudo, no grupo experimental, após a intervenção, na avaliação com recurso ao MOCA, verificou-se uma melhoria significativa do desempenho cognitivo, comparando com o período antes da intervenção, à semelhança dos resultados obtidos no estudo de Apóstolo e colaboradores (Apóstolo et al., 2011) relativamente ao efeito da estimulação cognitiva nas atividades instrumentais de vida diária em idosos sem patologia mental e outro com sintomatologia depressiva, inseridos num contexto comunitário. No estudo referenciado, verificou-se que o grupo que apresentava sintomatologia depressiva possuía baixo desempenho cognitivo antes da intervenção comparativamente aos sujeitos normais. Embora o número de sessões tenha sido inferior, os resultados são coincidentes. Estes resultados da melhoria do desempenho cognitivo dos idosos institucionalizados após a intervenção cognitiva são suportados por outros feitos em Portugal, como é o caso do estudo de Sousa (2012), relativamente à importância da dimensão lúdica em idosos institucionalizados. O seu estudo pretendia avaliar a importância da dimensão lúdica em idosos institucionalizados, tendo-se verificado uma melhoria significativa no que diz respeito à média na avaliação com a escala de MOCA e MMSE, registando-se também melhorias depois da intervenção embora não incluísse um grupo controlo. Também foram obtidos os mesmos resultados num outro estudo levado a cabo em Portugal por Alves (Alvés, 2012), no âmbito de um programa de Reabilitação Cognitiva, e do seu impacto no funcionamento cognitivo e não cognitivo, em idosos abrangidos por Resposta Social e analfabetos. Além disso, resultados semelhantes foram encontrados no Brasil, por Tavares e colaboradores



(2009) no seu estudo de Programa de Estimulação em idosos institucionalizados, em que pretendia igualmente analisar o efeito da estimulação num grupo com práticas de atividades cognitivas, no entanto em comparação com outro grupo com práticas de atividade física. Os resultados obtidos através do MMSE, entre os dois momentos diferentes, apontaram para uma melhoria do desempenho cognitivo. Noutro estudo, também efetuado no Brasil, por Santos (Santos, 2010), com uma amostra considerável de idosos analfabetos, divididos em três grupos, Grupo Experimental (GE), constituído por idosos que participaram nas atividades, Grupo Controlo 1 (GC1), constituído por idosos que somente frequentaram as palestras de saúde, e o Grupo Controlo 2 (GC2), com idosos que não participaram em nenhuma atividade, os resultados evidenciaram uma melhoria significativa no GE e no GC1 entre os dois momentos e nenhuma melhoria no GC2. Loureiro e colaboradores (Loureiro et al., 2011), que abordam a reabilitação cognitiva em idosos institucionalizados, num estudo piloto, descrevem o efeito da intervenção da terapia ocupacional no desempenho cognitivo em idosos institucionalizados de ambos sexos, também distribuídos em grupo experimental e grupo de controlo. Porém, neste estudo, para além da escala Mini-Exame do estado mental, recorreram também ao teste de Fluência Verbal e ao teste do Relógio para avaliação da cognição. No grupo experimental, após a intervenção foi evidenciada uma melhoria na cognição. Os resultados do presente estudo suportam os achados dos estudos mencionados e confirmam a hipótese de que a estimulação cognitiva tem um impacto positivo na função cognitiva da população submetida a este tipo de intervenção e na melhoria da qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Relativamente aos diagnósticos avaliados no nosso estudo, no grupo experimental, o desempenho nas escalas de cognição e qualidade de vida não variou em função do diagnóstico de esquizofrenia, depressão ou demência nem antes nem depois da intervenção. Tendo em conta que houve uma melhoria global da cognição e da qualidade de vida neste



grupo, estes resultados sugerem que o Programa de Estimulação Cognitiva aplicado no presente estudo poderá ser útil, independentemente da patologia psiquiátrica dos pacientes. No entanto, este resultado foi curioso visto que os estudos descrevem a demência como sendo a patologia psiquiátrica com pior desempenho cognitivo. Efetivamente, está bem estabelecido na literatura que a psicopatologia de base na demência é caracterizada por um aparecimento gradual e por um declínio progressivo, ficando o doente desorientado, incapaz de fixar, de sintetizar e recordar nomes e factos recentes (Gameiro, 1989: 455). Por outro lado, o declínio cognitivo é igualmente encontrado na esquizofrenia, como descrito por Serra e colaboradores (2010), em que descrevem que as características centrais da esquizofrenia são as alterações cognitivas, afetando vários domínios, mais concretamente, os da memória verbal, da atenção, concentração, da memória do trabalho, do Quociente de Inteligência (Q.I.), da linguagem e do funcionamento executivo. Em outros estudos comparativos, verifica-se que a esquizofrenia é uma das patologias psiquiátricas com menor desempenho cognitivo em relação a patologias como a depressão e toxicodependência (Nogueira, 2009). Relativamente à depressão, os défices cognitivos na depressão localizam-se principalmente nas funções mnésicas episódicas (Avila e Bottino, 2006). Porém, não encontramos estudos que comparassem a cognição nestes três diagnósticos.

No que diz respeito aos indicadores do contexto hospitalar, o tempo de institucionalização não se correlacionou nem com o desempenho cognitivo, nem com a qualidade de vida das participantes. Curiosamente, estes resultados não estão em conformidade com outros resultados encontrados numa investigação realizada no México, por Harmande et al., (2014) relacionando a institucionalização com a cognição, em que através do acompanhamento de idosos institucionalizados e não institucionalizados, se pretendia avaliar a evolução da função cognitiva relativamente ao internamento, comparando o grupo de idosos institucionalizados com o grupo de idosos vivendo na comunidade. Para a



avaliação da cognição, utilizou o MMSE, o teste de retenção visual de Benton e o teste de Fluência Verbal, tendo verificado que os idosos institucionalizados apresentam maior declínio cognitivo relativamente aos idosos vivendo na comunidade. Apesar do presente estudo não fazer comparações com idosos vivendo na comunidade, era de se esperar que o tempo de institucionalização tivesse algum efeito negativo sobre a cognição, devido a efeitos físicos e psicológicos negativos descritos na literatura (Harmande et al., 2014). De facto, no internamento, a perda de autonomia é considerada a responsável, pelo menos em parte, pelos sentimentos de desânimo e depressão, assim como aceleração do declínio físico e mental (Paúl, 1997). As regras internas das instituições por vezes não permitem a independência, muita vezes, impondo horários, rotinas às atividades diárias, atendendo às necessidades institucionais e não às pessoas (Piloto et al., 1998).

Da mesma maneira, contrariamente a outros estudos que revelaram uma diminuição da qualidade de vida dos idosos institucionalizados com o decorrer do tempo (Castro, 2011) (Monteiro et al., 2014), o tempo de institucionalização não se correlacionou com a qualidade de vida no presente estudo.

Analisando variáveis sociodemográficas como a idade, a escolaridade *versus* parâmetro em estudo realizado (MOCA, Min-Mental e QoL), na população em estudo, verificamos que houve uma correlação negativa com a idade. Ou seja, as participantes com mais idade tinham pior desempenho nas escalas de cognição, MOCA e MMSE, e tinham pior qualidade de vida, o que vai ao encontro de Ferreira e colaboradores (Ferreira et al., 2011), no seu estudo sócio demográfico, capacidade funcional e morbilidade entre idosos com e sem declínio cognitivo. O seu objetivo era descrever características sociodemográficas funcionais dos idosos com e sem declínio, onde foram constituídos dois grupos: um grupo 1 com idosos com pontuação menor no Mini-Exame do Estado Mental e um grupo 2 com mais pontuação em relação ao grupo 1. No resultado, verificou-se que o grupo 1 era constituído



por idosos com 80 anos ou mais anos, sem ocupação e escolaridade e com outras comorbidades funcionais e o grupo 2, a maioria, possuía 60 a 70 anos. Resultados similares relativamente à idade estão reportados em Soares e Colaboradores (2012a). Também verificamos que as participantes com nível baixo de escolaridade tinham menor desempenho cognitivo em relação às participantes que tinham nível de escolaridade mais elevado. Os mesmos resultados foram encontrados no estudo de Soares e colaboradores (2012a) em que nos seus resultados constatou que os idosos com elevado nível de escolaridade, tinham melhor desempenho relativamente aos idosos que tinham baixo nível de escolaridade.

Limitações

É de salientar que o nosso estudo apresenta algumas limitações. O tamanho da amostra, poder ter tido influência nos resultados. É igualmente importante referir que nos confrontámos com a existência de poucos estudos que abordassem a problemática da estimulação cognitiva em idosos com perturbação mental nas 3 patologias analisadas no estudo, pelo que as diferenças encontradas em algumas comparações poderão ser devidas às diferentes características da população em estudo. O estudo não incluiu um grupo controlo da comunidade e portanto alguns parâmetros relativos, por exemplo, à questão da influência da institucionalização sobre a cognição e qualidade de vida e alguns aspectos de relevância como influência da atividade de profissionais capacitados *versus* cuidadores informais não puderam ser avaliados em relação a um ambiente fora da instituição. Além disso, a população de estudo é exclusivamente feminina e análises relativas ao género não puderam ser feitas. Por outro lado, ao analisar os dados em comparação com um grupo de controlo com características clínicas similares, reduziu-se a variabilidade entre os grupos que poderiam constituir mais fatores de influência a serem considerados na análise.



Por fim, consideramos que seria útil, como sugestão para posterior investigação, proceder-se a um estudo comparativo do efeito da estimulação cognitiva em idosos, com perturbação mental, institucionalizados, incluindo idosos inseridos na comunidade. Da mesma maneira, replicar o estudo em grupos mais heterogéneos seria uma forma de validar os resultados encontrados.

Da avaliação do Programa de Estimulação Cognitiva, o nosso estudo foi construído um questionário que avalia a satisfação das participantes do Grupo Experimental relativamente à implementação e dinamização do mesmo.

Com base na análise da escala construída, pode observar-se que as atividades de estimulação cognitiva são enriquecedoras para os idosos institucionalizados, visto que permitem desenvolver uma interação e comunicação entre as participantes, uma vez que quase todas as idosas que participaram nas atividades verbalizaram não só a situação de terem gostado de participar nas mesmas, mas também o facto de que o programa favoreceu a interação e a comunicação entre as mesmas. Demonstraram igualmente interesse em continuar a participar neste tipo de atividades, concordaram que estas foram motivadoras e contribuíram para a ocupação do seu tempo livre.



CAPÍTULO V. CONCLUSÃO

Com base nos resultados do nosso estudo, pode verificar-se que os indivíduos com patologia mental submetidos ao Programa de Estimulação Cognitiva melhoraram significativamente no desempenho das escalas de Cognição e Qualidade de Vida, após a intervenção, quando comparadas com o grupo de participantes não estimuladas. Este dado salienta o efeito benéfico do Programa de Estimulação Cognitiva, uma vez que esta melhora de desempenho das participantes foi obtida através das diversas atividades realizadas ao longo do programa.

Os indivíduos com patologia mental com mais idade têm menor desempenho cognitivo em relação aos que têm menos idade; verifica-se também que a escolaridade tem uma grande influência na cognição, isto é, quanto mais anos de escolaridade, maior é o desempenho cognitivo. Estes dados fazem ressaltar a influência benéfica da idade mais jovem e de mais escolaridade sobre a cognição. Por outro lado, verifica-se que o tempo de institucionalização aparentemente não tem influência sobre a cognição dos idosos, no presente estudo. Também neste estudo se verificou que os indivíduos com depressão têm melhor pontuação nas escalas de cognição em relação aos com esquizofrenia, e, por sua vez, os indivíduos com esquizofrenia têm menor pontuação relativamente aos que têm demência, evidenciando a variação do prognóstico funcional da cognição em função da patologia. Curiosamente, após a intervenção não verificamos diferenças no desempenho das participantes em função do diagnóstico psiquiátrico, daí que se possa extrapolar que a estimulação cognitiva foi benéfica, independentemente da patologia em causa.

No que diz respeito à avaliação das pacientes relativamente às atividades aplicadas ao longo do programa, pode concluir-se que foram estimulantes, na medida em que permitiram



às idosas desenvolver uma boa interação e comunicação, visto que todas as idosas verbalizam terem gostado de participar nas atividades, que as mesmas elevaram a sua autoestima, se sentiram estimuladas cognitivamente e mais ocupadas, o que também para nós foi gratificante.

De um modo geral, pode concluir-se que a nossa hipótese anteriormente formulada pode ser corroborada, na medida em que as participantes submetidas ao Programa de Estimulação Cognitiva apresentaram melhor desempenho cognitivo e qualidade de vida em relação àquelas que não foram submetidas ao mesmo (Rue, 2010).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre, E., Woods, R. T., Spector, A., & Orrell, M. (2013). Cognitive stimulation for dementia: a systematic review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trials. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 253–62.
- Almeida, A. (2008). *A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares*. Porto.
- American Psychiatric Association.(2002). Manual de diagnóstico das Perturbações Mentais. Lisboa editora Climpesi
- Almeidas, M., Guterrez, L., & Marques, R. (2012). Qualidade de Vida: Definições, Conceitos e interfaces com Outras Áreas de Pesquisa. Retrieved from http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf
- Alves, H. (2012). Estudo Piloto de um programa de Reabilitação cognitiva grupal e o seu impacto no funcionamento cognitivo e nao cognitivo de idosos sob resposta social.
- Apóstolo, A., Cardoso, B., Marise, L., Gonçalves, M., & Amaral, I. (2011). Efeitos de estimulação cognitiva em idosos. *Revista de Enfermagem*, 5.
- Araújo, L., & Araújo, C. C. De. (2009). Rastreamento Cognitivo de idosos Institucionalizados no Município de Jequié
- Araujo, L., Gorez, V., Texeira, C., & Ribeiro, O. (2011). O programa de Terapia de remotivação em idosos institucionalizados.
- Avila,R.,& Bottino, C.(2006). Atualização sobre alterações cognitivos em idosos com Síndrome depressivo.
- Ballesteros, R. F. (2004). *Gerontologia Social* (Piramides.). Madrid.
- Ballesteros, R. F. (2009). *Psicogerontologia Perspectivas Europeias para um mundo que envelhece*. (Piramide, Ed.) (Vol. 4). Madrid.
- Canavarro, M. C., & Serra, A. V. (2010). *Qualidade de vida e saúde: uma perspectiva da Organização Mundial de Saude. Women and Health* (pp. 1489–1502). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cardoso, C. S. (2012). Qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia internados em hospital de custódia, 31.
- Castro, A. (2011). *programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados*. Universidade de Aveiro.
- Cancela (2007). O Processo de Envelhecimento. Universidade Lusiada do Porto



- Caldas,a.,& Mendoça(2005). Doença de Alzheimer e outras doenças em Portugal- Lisboa
- Erikson, Erik H.(1950). Juventude e Identidade Americana (pp.334-337).
- Fernandes,A., Fernandes,.H.,Teixera,D. Ferreira,H. Marques,I. & Pereira,S.(1010).
Estimulação Cognitiva em Idosos Residentes num lar de Idosos
- Ferreira, M. (2012). Treino Cognitivo em Idosos Institucionalizados. Tese Instituto Politécnico de Bragança.
- Ferreira, Z. (2011). *Percepção do estado de saúde*. Tese. Universidade Nova de Lisboa.
- Ferreira, Costa, L.(2009) ,viver cada dia com companhia: o valor da atividade cognitiva e da Interação Social na terceira idade (institucionalizada).
- Ferreira,P.,Tavares,D.,& Rodriques,R.(2011). Características Sociodemográficas, capacidade Funcional e morbilidade entre idosos com e sem declínio Cognitivo., V.24 (2).
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, R. (1975). Mini-Mental state a practical method for grinding the cognitive stare of patients for psychiatric research, *12*, 189–198.
- Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento. Uma abordagem psicológica* (2ª edição.). Campus do Saber . Universidade Católica Porto: .
- Fonseca, A. (2007). Subsídio para uma Leitura Desenvolvimental do processo de Envelhecimento: Reflexao Critica.(pp.277-289).
- Fonseca, A. (2012). *"Fundamentos Psicológicos para um envelhecimento Ativo!.* In: Palmerão, C. & Cruz,A. Envelhosomos Universida Católica .(pp. 15–49).
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia de envelhecimento*. (Climpesi, Ed.) *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. lisboa.
- Fortin, M. (1999). *Processo de Investigação e realização* (Lusocienci.).
- Fortin, M. (2009). *fundamentos e etapas do processo de Investigação*. *Journal of Personality and Social Psychology* (Lusocienci.). Lisboa.
- Freita, S., Martins, M., Vilares, C., & Santan. (2010). estudos de Adaptação do Montreal cognitive Aassent (MOCA) para a população portuguesa, *9*(3), 345–357.
- Freitas, J. A. A. de. (2012). *Centros Paroquias Redes de comunicação e de Cooperação para terceira idade* (p. 43).
- Fernandes, A., Fernandes, Helder, D. , Ferreira, M.& Perrira, S. (2010). estimulação cognitiva em idosos residentes num lar de idosos : Revista Transdisciplinar de Gerontologia.



[online] https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2885/1/RTG_III_2.pdf consultad
12/03/2014

Gantes, C., & Musto, M. (2011). *Cognição e comportamentos*. (Hoeman, Ed.) (pp. 551–579).

Gonçalves, C. (2012). programa de stimulação cognitiva em idosos institucionalizados, (1).

Gameiro, A.(1998).*Manual de Saúde Mental e Psicopatologia*: edições Salesiana

Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação- Prevenção e Resultados Esperados* (4ª edição.,. Loures: Losodedata.

Guerreiro,M.,Botelho,M., Leitão, O.,Castro, Caldas,C.(1994).Adaptação à população

Portuguesa do Mini- Mental State Examination (MMSE). Revista Portuguesa de Neurologia
1 (9).9-10

Harmand, M., Meillon, C., Rullier,L.Funes, j. Bergua,V.,Dartigues,J. &Amiriem,H.(2014).

Cognitive Decline After Entering a Nursing Home:22- year Follow-Up Sttudy Of
Institutionalized and Noninstitutionalized Elderly People

INE (2011). *Resultados de Censo 2011*: InstitutoNacional de Estatística- Lisboa

Jacob, L. & Fernandes H. (2010). *Ideias para um envelhecimento ativo Almerim*: Edição
RUTES.

Lemaire, P., & Bherer, L. (2012). *Psicologia do envelhecimento: uma perspetiva cognitiva*.
Lisboa: ACD.

Loureiro, A., Lima, A., Cassia, R., Silva, G. da, & Najjar, E. C. (2011). Reabilitação
cognitiva em idosos institucionalizados: um estudo piloto* Cognitive rehabilitation on
elderly institutionalized people: a pilot study. *Rev. Ter. Ocup. . Univ. Sao Paulo*, 22(2),
136–144.

Melo, M. (2008). *Impacto da Estimulação Cognitiva sobre o Desempenho de idosos com
Demencia de Alzheimer em Tarefas de Memória Lógica e Recordação Livre*.
universidade de Brasília.

Moura, C., Palha, A., Proenca, A., Marques, A., Neto, A., Nogueira, A., ... Garret, C. (2012).

Processos e estratégias do envelhecimento. 2ª edição, . Editora Cláudia Moura.



- Medalis, A. & Revheim, N. (2002). *Défices Cognitivos Associado a doença Mental: Guia Prático para familiares e amigos de pessoas com doença mental*.
- Neto, J., Tamellini, M., & Forlenza, O. (2005). Diagnóstico diferencial das demências, 32(3), 119–130.
- Nogueira, A. (2009). *Desempenho cognitivo em doentes com esquizofrenia e com dependência de substâncias: Estudo comparativo com doentes com esquizofrenia e com indivíduos dependentes de substâncias*.
- OMS. (2001). *Peso das perturbações mentais e do comportamento*. Genebra.
- OMS (2002). *Nova Conceção na Esperança: Relatório Mundial da Saúde Mental*
- Organização Mundial de Saúde (2005), *envelhecimento Ativo: uma política de Saúde*. Brasília http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf consultado 22/11/2013
- Oliveira, M. R. (2007), *Conceitos de executivo Central e suas Origens Psicológicas: Teorias e Pesquisa*. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília.
- Palha, A. (2012, September). O peso social da depressão. *Bial*, 3.
- Paúl, C. (2005). “*A Construção de um Modelo de Envelhecimento Humano*”. In. Paúl, C. e Fonseca, A. *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi
- PAÚL, C. (1997). *Lá para o Fim da vida- idoso, família e meio Ambiente*, Coimbra: Almedina.
- Pereira, L. (2010). *Solidão e Depressão no Idoso Institucionalizado Solidão e Depressão no Idoso*. Chaves.
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. (2011). Estudos Psicométricos da Versão Portuguesa do Índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8, 9(2), 109–123.
- Piloto, A., Nunes, A. A., Assis, M., & Freitas, M. (1998). *Asilos da cidade do Rio de Janeiro*. Gerontologia, 6(2).
- Prado, S., Conlon, S., Santos, J. & Creco, C. (2012). The Influence of a Cognitive Stimulation Program on The quality of life perception among The elderly
- Pires, T. (2008). *Efeitos do videojogos nas funções Cognitivas da Pessoa Idosa- Universidade de Porto*.
- Pimental, L. (2005). *O lugar do idoso na família* (2ª edição, p. 51). Coimbra.



- Pires, M. (2012). *PERFORMANCE COGNITIVA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS* Maria Rosa Gonçalves Pires. Instituto Politécnico de Bragança.
- Rabelo, D. (2009). Declínio Cognitivo Leve em Idosos : Fatores Associados, Avaliação e Intervenção.
- Ribeiro, P., Oliveira, B., Cupertino, A., Neri, A. Yassunda, M. (2010). *Desempenho de idosos na bateria Cognitiva*: Relações com variáveis Sociodemográficas.
- Ribeiro, O., & Paul, C. (2011). *Manual de envelhecimento Ativo* (Lidel, pp. 1–12). Lisboa.
- Rue, A. La. (2010). Healthy Brain Aging : Role of Cognitive Reserve , Cognitive Stimulation, and Cognitive Exercises. *Clinics in Geriatric Medicine*, 26(1), 99–111. doi:10.1016/j.cger.2009.11.003
- Rodrigues, J. (2012). Declínio Funcional Cognitivo e Risco de Quedas em doentes idosos-
- Relva, R. (2012). Factores de Risco para Sintomatologia depressiva em jovens Adultos. tese de mestrado- Universidade de Aveiro.
- Rodrigues, T. (2006). Efeito de uma Intervenção Psicoeducativo nas Competências Cognitivas
- Santos, I. (2010). *ESTIMULAÇÃO COGNITIVA EM IDOSOS ANALFABETOS COM TRANSTORNO COGNITIVO LEVE* . Universidade Católica.
- Schwartz, G. M., & Rita FENALTI. (2003). UNIVERSIDADE ABERTA À TERCEIRA IDADE E A PERSPECTIVA DE RESSIGNIFICAÇÃO DO LAZER Rita. *Rev. Paul. Educ. Fis*, 17(2), 131–141.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* . Lisboa: LIDEL, Edições Técnicas Limitadas.
- Sousa, L., & Sequeira, C. (2012). Concepção de Um Program de Intervenção na Memória para idosos com DCL. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 8.
- Souza, P. A., Santana, R. F., Sá, S. P. C., & Robers, L. M. V. (2009). Oficinas de estimulação cognitiva para idosos com demência: uma estratégia de cuidado na enfermagem gerontológica. *Revista Brasileira de Ciências Do Envelhecimento Humano*, 6(3), 362–372.
- Soares, E., Coelho, M. De O. & Carvalho, S. (2012a). Capacidade funcional, declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados: possibilidade de relações e correlações.
- Soares, I. (2012). Importância da dimensão Lúdica no Idoso Institucionalizado- Tese Universidade Católica- Braga.
- Santana, A., Chianca, T & Cardoso, C. (2009). Qualidade de vida de Pacientes com Esquizofrenia internados a Hospital de Custódia. v.58(3).
- Sousa, j. & Chaves (2005). O efeito do exercício de estimulação da Memória em Idosos Saudáveis 39(1) :13-19



- Serra, A. Palha, A. Figueira, L. Bessa, p. brissos, S. casquinha, P., Damas, f., Ferreira, L. Gago, J., Jara, J., Relvas, J., & Teixeira, M. (2010). *Cognição , Cognição Social e Funcionalidade na Esquizofrenia*. (23) : 1043-1058
- Stella, F., & Costa, J. (2002). *Depressão no idoso: Diagnóstico, tratamento e Benefícios de atividade física*: 8(3). Retrieved from <http://eprints.whiterose.ac.uk/66016/>
- Trzepacz, P., & Baker, D. (2001). *Exame Psiquiátrico do Estado Mental* (Climepsi, pp. 156–157). Lisboa: Cambridge Univ. Press.
- Tavares, L. Takase, E., Chaves Arruda, A., Schimildt, B. & Guidion Castiglioni, B. (2009). *Estimulação em idosos institucionalizados*: efeitos da prática de atividade cognitiva e atividade física:
- Vaz, S. (2009). *A Depressão no Idoso Institucionalizado*. Universidade do Porto.
- Yassunda, M. (2006). *Memória e envelhecimento saudável*. In E. Freitas. F. Cansado. J. doll & M. Gorzani (Eds). *Trato de Geriatria e Gerontologia* (Guanabara.). Rio de Janeiro.
- Willis, S.L Souza, A., Santana, J., Ferreira, R., Chaves P, S. & Robers Vokers, L. (2009). *Oficina de estimulação cognitiva para idosos com demência*: Uma estratégia de cuidado de enfermagem.
- Vale, F. (2007). *Demência: Grupo de neurologia comportamental*- HCFMR-USP
- Viegas, C., Bolzane, V., Furian, M., Fraga, C., & Barreiro, E. (2004). Produtos naturais como Candidatos a Fármacos Úteis no tratamento do Mal de Alzheimer. V27(4):660-665
- Zanini, M. H. (2000). *Psicoterapia na esquizofrenia*, 22(Supl I), 47–49.
- Zimmerman, G. (2000). *Velhice: aspetos biopsicossociais*. Sao Paulo - BRASIL.
- Zolini, C., & Paquete, P. (2013). **100 exercicios para a mente**. *Clinics in geriatric medicine* (1a edicao., Vol. 26, pp. 99–111). Lisboa: Humanamente.



ANEXOS



ANEXO I

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Exmo. Senhor
Presidente da Comissão de Ética para a
Saúde do
Casa de Saúde Bom Jesus (CSBJ)

Assunto: Pedido de apreciação e parecer para estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal: Aida Matimba

Título do projecto de investigação: Efeito de Estimulação cognitiva em Idosas
Institucionalizadas unidade Psicogeriatria -CSBJ

Pretendendo realizar no Serviço de Psicogeriatria da Casa de Saúde Bom Jesus – o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigadora/Promotora, a sua apreciação e a elaboração do respectivo parecer.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier dessa Comissão respeitante a estudos/projectos de investigação.

Com os melhores cumprimentos.

Braga, 20 / Setembro/ 2013

A INVESTIGADORA/PROMOTORA



ANEXO II

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

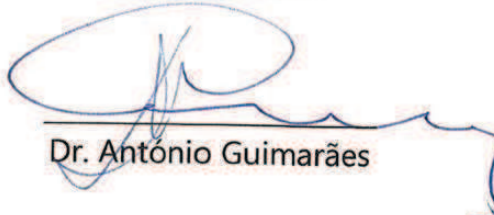
PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

A Comissão de Ética da Casa de Saúde do Bom Jesus, reunida em 23 de Outubro de 2013, deu parecer positivo ao pedido de estudo/projeto de investigação de **Aida Anselmo João Matimba**, no âmbito do Curso de Mestrado em Gerontologia Social Aplicada, cujo tema é "Efeitos do Programa de Estimulação Cognitiva em Idosas Institucionalizadas na Unidade do Sagrado Coração com défices cognitivos leves – CSBJ.

O estudo deverá salvaguardar a total confidencialidade dos dados obtidos.

Braga, 30 de Outubro de 2013

O Presidente



Dr. António Guimarães



ANEXO III

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaração de consentimento informado

Designação do estudo

“Programa de Estimulação Cognitiva dos Idosos Institucionalizados na Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ): **Efeitos de atividades de estimulação cognitiva em idosos com deficits cognitivos Ligeiros**”.

Eu, _____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo que se tenciona realizar. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e a todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos e os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o momento a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto participar no estudo e que me seja aplicada a avaliação proposta pela Gerontologa Social.

Data: ____ / ____ / 2013

Assinatura da entrevistada _____

Avaliadora

Nome:

Assinatura:



ANEXO IV

FICHA DE DADOS CLÍNICOS E SOCIODEMOGRÁFICOS

Ficha de dados clínicos e sociodemográficos

Utente:_____.

Número de ordem:_____.

Data de avaliação____/____/____ Avaliadora_____.

Data de nascimento:Idade ____/____/____:_____.

Sexo:_____.

Estado civil:_____.

Tem filhos?_____ Quantos?_____.

Nível de escolaridade_____.

Profissão:_____.

Tipo de reforma:_____.

Residência anterior:_____.

Tempo total nesta instituição:_____.

Diagnóstico (história clínica):

_____.

Fármacos em Uso:

_____.

Psicofármacos:

_____.



ANEXO V

MINI-MENTAL
STATE
EVALUATION (MMSE)

Instrumento Minimental State (MMSE)

Folstein, Folstein e McHugh (1975), traduzido e adaptado para população Portuguesa por Guerreiro e Col. (1994).

Utente _____

Data de Avaliação ____/____/____ / Avaliador _____

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)- (0 a 10 pontos).

	Certo	Errado
Em que ano estamos?		
Em que mês estamos?		
Em que dia do mês estamos?		
Em que dia da semana estamos?		
Em que estação do ano estamos?		
Em que país está?		
Em que distrito é que vive?		
Em que terra vive?		
Em que casa está?		
Em que andar estamos?		

Total de Orientação _____.

2. Retenção (1 ponto por cada palavra corretamente repetida) (0 a 3 pontos)

Este item é avaliado com o seguinte exercício:

Vou dizer três palavras: quero que as repita, mas só depois de eu as dizer todas. Procure ficar a sabê-las de cor.

	Certo	Errado
Pêra		
Gato		
Bola		

Total retenção _____.

3. Atenção e cálculo (1 ponto por cada resposta correta)- (0 a 5 pontos)- (0 a 5 pontos). Se a pessoa der uma resposta errada mais depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de cinco respostas.

Agora o profissional solicita à pessoa que diga quanto são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até o profissional lhe dizer para parar.

Ex: 30- (3)___27-(3)___24-(3)___21-(3)___18-(3)___.

Total atenção e concentração

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta) - (**0 a 3 pontos**).

Veja se consegue dizer as 3 palavras que te pedi há pouco para decorar:

	Correta	Errada
Pêra		
Gato		
Bola		

Total de Evocação _____.

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)- (**0 a 8 pontos**).

a) Como se chama isto?

Mostrar os objetos –(**0 a 2 pontos**)

Relógio_____.

Lápis_____.

b) Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA- (**0 a 1 ponto**)

Pontuação _____.

c) Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque sobre a mesa (ou sobre a cama, se for o caso). Dar a folha com as duas mãos-
(0 a 3 pontos).

Pega a com a mão direita na folha _____.

Dobra a folha ao meio _____.

Coloca a folha onde deve _____.

d) Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz.

Mostrar um cartão com a seguinte frase bem legível: FECHER OS OLHOS. Sendo analfabeto lê-se a frase à pessoa.

Fechou os olhos _____.

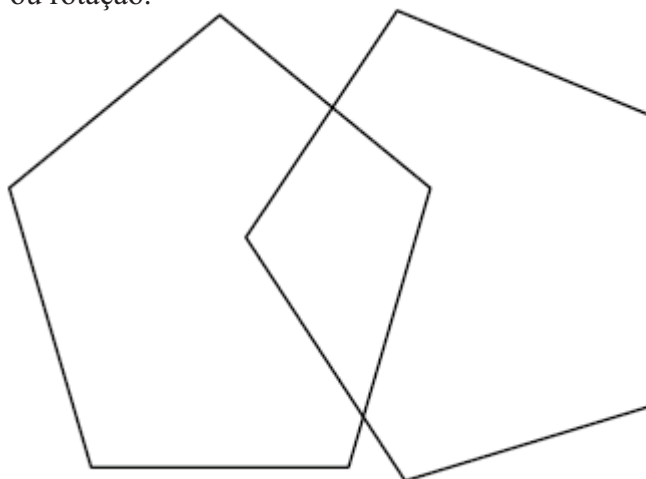
e) Escreva uma frase inteira aqui. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido: os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Total Linguagem _____.

6. Habilidade construtiva (1 ponto pela cópia correta) - **(0 a 1 ponto).**

A pessoa deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos, cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados.

Não valorizar tremor ou rotação.





ANEXO VI

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MoCa)

Data de nascimento: _____
Data de avaliação: _____
Idade: _____ **anos**

Versão Experimental Portuguesa: Mário Simões, Horácio Firmino, Manuela Vilar, Mónica Martins (FPCE-UC/HUC; 2007)

Atribuir 1 ponto se o sujeito tem ≤ 12 anos de escolaridade



ANEXO VII

EUROHIS-QOL



EUROHIS-QOL-8

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, **escolha a que lhe parecer mais apropriada.** Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presentes os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5

Deve assinalar a resposta que melhor descreve o quanto foi capaz de se concentrar nas duas últimas semanas. Assim, assinalaria "muito" se se tivesse conseguido concentrar muito, ou "nada" se não tivesse sido capaz de se concentrar nas duas últimas semanas.

Por favor, leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala que, em cada pergunta, lhe parecer que dá a melhor resposta.

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
1	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito/a	Insatisfeito/a	Nem satisfeito/ a nem insatisfeito/a	Satisfeito/a	Muito satisfeito/a
2	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
3	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
4	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito insatisfeito/a	Insatisfeito/a	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/ a	Satisfeito/ a	Muito satisfeito/ a
5	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
6	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
7	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
8	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5



ANEXO VIII

PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA
RESUMO DAS SESSÕES REALIZADAS

Programa de Estimulação Cognitiva

Resumo das sessões realizadas

1ª Sessão-

Nome da atividade: Desenhar uma figura Geométrica

Duração: 90 min

Esta atividade foi dividida em três momentos:

Aquecimento/introdução.

Começou-se a sessão com a orientação espaço-temporal.

Posteriormente, fez-se a apresentação das participantes, utilizando uma bola, para que as participantes fossem explicando a importância da capacidade de saber ouvir.

Atividade principal/ Desenvolvimento

Às participantes foi solicitado que desenhasssem uma figura geométrica; no fim desta atividade, registaram o nome e a data.

Conclusão/discussão

No final da sessão, fez-se avaliação da atividade.

Objetivos gerais:

Estimular a atenção e a concentração; estimular a interação e comunicação; estimular as capacidades perceptivas; e, por fim, ter ideia das pessoas que sabem ler e escrever.

Objetivo específico:

Em 30 minutos, cada participante deve ser capaz de pegar num lápis e tentar desenhar, pelo menos, uma figura geométrica, com o apoio da estagiária.

Resumo da sessão

Os objetivos pretendidos nesta sessão foram alcançados.

E no momento de avaliação as participantes verbalizaram que tinham gostado de participar nesta atividade e que não fora difícil.

2ª Sessão-

Nome da atividade: **corte e colagem**

Duração: 60 min

Aquecimento/introdução

A sessão iniciou-se pela orientação temporo-espacial.

Em seguida, solicitou-se às participantes para que referissem nomes de algumas frutas e de alguns legumes.

Atividade Principal/desenvolvimento

Foram distribuídas revistas, tendo sido pedido às participantes para recortarem uma imagem de fruta ou legumes no espaço de 7 minutos.

Posteriormente, foi pedido para colarem a imagem numa folha A4.

No final, foi solicitado para se expressarem sobre a imagem que recortaram, identificando se era um legume ou fruta, indicando o respetivo nome.

Conclusão/ discussão

No final da atividade, solicitou-se às participantes que procedessem a uma avaliação da atividade.

Objetivos gerais

Estimular a capacidade percetiva; estimular a atenção e concentração; estimular a interação e comunicação.

Objetivos específicos

Cada elemento do grupo deve ser capaz de recortar e colar, pelo menos, uma imagem da revista, com a ajuda da estagiária.

Resumo da sessão

No final da atividade, todas verbalizaram que tinham gostado de participar na atividade, salientando que tinha constituído um momento para recordarem alguns legumes que utilizavam nas suas casas.

3ª Sessão

Nome da atividade: "Tudo sobre mim".

Duração: 60 min

Aquecimento/Introdução

Começou-se a sessão pela orientação espaço-temporal.

As participantes, em seguida, atualizaram o calendário da sala de atividades.

A estagiária introduziu o tema: começando por questionar as participantes sobre o nome da ocupadora da unidade A e da Unidade B.

Também foi pedido às participantes que indicassem como estava vestida a colega do lado direito.

Em seguida, foram explicados os objetivos da atividade/ sessão às participantes.

Atividade Principal/Desenvolvimento

Explicou-se que, nos cartões, estavam assuntos relacionados com elas e que cada participante devia responder à pergunta que lhe iria corresponder.

As participantes que sabiam ler escolhiam o cartão, liam-no e, em seguida, respondiam. Para aquelas que não sabiam ler, escolhiam o cartão e a estagiária lia, respondendo elas à pergunta formulada.

Conclusão/Discussão

No fim da sessão, as participantes fizeram a análise da atividade.

Objetivos Gerais

Estimular a atenção e concentração; estimular a interação e comunicação; estimular a memória.

Objetivos específicos

Cada elemento do grupo deve ser capaz de responder, pelo menos, a uma pergunta, com a ajuda da estagiária.

Resumo da sessão:

No final da atividade as participantes referiram ter gostado da atividade e que a mesma fora fácil.

4ª Sessão

Nome de atividades: **jogo de UNO**

Duração: 60 minutos

Aquecimento/Introdução

Começou-se a sessão pela orientação espaço-temporal.

Introduziu o Tema: questionou as participantes sobre as cores que conheciam e pediu-lhes para enunciarem alguns números;

Em seguida, perguntou a cada participante a cor de uma das peças da sua roupa;

Atividade Principal/Desenvolvimento

Foi explicada a atividade; em seguida foram distribuídas quatro cartas à cada participante; foi explicado que teriam de fazer associação de cor ou número.

Pedi-se a uma voluntária para começar o jogo;

Assim, o jogo foi decorrendo, no sentido dos ponteiros do relógio, até terminar. As participantes que demonstraram dificuldades foram ajudadas pela estagiária.

Conclusão/Discussão

No final da sessão fez-se a avaliação da mesma.

Objetivos Gerais

Estimular a atenção e a concentração; estimular a memória; estimular as capacidades perceptivas; reconhecer cores e números.

Objetivos específicos

Cada elemento do grupo deve ser capaz de associar, pelo menos, uma cor ou um número de uma carta.

Resumo da sessão:

No final da atividade, as participantes verbalizaram que gostaram de participar na mesma e que foi importante, porque recordaram alguns números e algumas cores de que gostavam.

5ª Sessão

Nome da atividade: jogo das profissões

Duração: 60 minutos

Aquecimento/Introdução

No momento do aquecimento, foram utilizados cartões, onde se encontravam perguntas de falso / verdadeiro. Estavam relacionadas com a orientação espaço-temporal.

Atividade Principal/Desenvolvimento

Na atividade principal, introduziu-se o tema, perguntando a cada participante qual era a profissão que exerciam antes do seu internamento.

Em seguida, perguntou-se às participantes se conheciam outras profissões além daquelas que tinham sido referidas.

Para as participantes que sabiam ler e escrever, foi entregue uma folha A4, onde constavam duas colunas A e B. Sendo A profissões e B as funções desempenhadas, de forma a estabelecerem correspondências entre as duas colunas. (Ver Anexo 1).

Para aquelas que não sabiam ler e escrever, fez-se a mesma atividade oralmente; cada participante escolhia um cartão e a estagiária lia-o em voz alta e a participante respondia.

Conclusão/Discussão:

No final da atividade, foi feita avaliação da atividade com as participantes.

Objetivos Gerais:

Estimular a atenção e concentração; estimular a memória; estimular o raciocínio; estimular as capacidades percetivas.

Objetivos específicos:

Cada participante deve ser capaz de fazer, pelo menos, uma associação entre a profissão e a respetiva função, com a ajuda da estagiária.

Resumo da sessão:

No momento da avaliação, as participantes verbalizaram ter gostado de participar na atividade e que a mesma fora importante, por terem recordado algumas profissões e se lembrarem daquilo que gostavam de fazer antes do internamento.

6ª Sessão

Nome da atividade: Músicas tradicionais

Duração: 60 minutos

Aquecimento/Introdução:

A parte do aquecimento consistiu na troca dos lugares, onde que cada participante devia tentar descobrir colegas que trocaram de lugar.

Depois da dinâmica, a estagiária perguntou às participantes, a data, o mês, o ano e a estação do ano.

Atividade Principal/Desenvolvimento:

A atividade principal consistiu em músicas tradicionais. Cada participante escolhia uma música que conhecia, começava a cantar; de seguida, a estagiária colocava a mesma música até ao fim.

Assim, todas foram escolhendo uma música, mesmo aquelas que não conheciam nenhuma. Foi fornecida uma lista e elas foram escolhendo, cantavam a música e dançavam.

Conclusão/Discussão:

No final da atividade, a estagiária fez a avaliação da atividade com as participantes.

Objetivos Gerais:

Estimular a atenção e concentração; estimular a memória de longo prazo; desenvolver a interação social; e estimular as capacidades percetivas.

Objetivos específicos:

Cada elemento do grupo deverá ser capaz de identificar, pelo menos, uma música tradicional, com a ajuda da estagiária e colegas do grupo.

Resumo da sessão:

No momento da avaliação, as participantes referiram ter gostado de escutar músicas antigas que, às vezes, tinham ouvido na escola.

7ª Sessão:

Nome da atividade: Antónimos e Sinónimos.

Duração: 60 min

Aquecimento/Introdução:

Começou-se a sessão pela orientação espaço-temporal, onde foram utilizados cartões com o dia da semana, mês, ano, estação do ano e o lugar em que se encontravam.

Introduziu-se o tema, perguntando às participantes o que significava uma palavra sinónima e o que significava uma palavra antónima.

Em seguida, perguntaram-se sinónimos e antónimos de algumas palavras.

Atividade Principal/Desenvolvimento:

A estagiária explicou às participantes que a atividade consistia em cada participante escrever à frente de cada palavra uma palavra sinónima e outra antónima.

Foram distribuídas as folhas e o material; foi solicitado que lessem e, posteriormente, foram questionadas sobre o facto de terem compreendido a atividade.

Em seguida, iniciaram a atividade.

Para aquelas que não sabiam ler e escrever, a mesma atividade foi realizada oralmente, utilizando cartões com palavras.

Conclusão/Discussão:

No fim da atividade, fez-se a avaliação para perceber como se tinham sentido.

Objetivos Gerais:

Estimular a atenção e a concentração, estimular a memória; estimular o raciocínio; desenvolver o vocabulário.

Objetivos específicos:

Cada elemento do grupo deverá ser capaz de identificar, pelo menos, um sinónimo e um antónimo de uma palavra, com a ajuda da estagiária.

Resumo da sessão:

No fim da atividade, foram questionadas, se a atividade fora difícil ou fácil, e como se tinham. Quase todas as participantes verbalizaram que a atividade fora ao encontro das expectativas delas e que gostaram de ter participado na mesma, porque aprenderam muito.

8ª Sessão-

Nome da atividade: Perguntas de Falso/Verdadeiro

Duração: 60 min

Aquecimento/Introdução:

A Estagiária começou por perguntar às participantes como se sentiam e como estava a correr o dia, e fez-se a orientação espaço-temporal.

Em seguida, a estagiária fez algumas afirmações sobre verdadeiro/falso, relacionadas com as participantes.

Atividade Principal/Desenvolvimento:

As participantes receberam uma explicação do conteúdo da atividade, que consistia em cada participante escolher um cartão, onde constava uma afirmação para responder se a mesma era falsa ou verdadeira.

De seguida, pediu-se a uma voluntária para iniciar o jogo.

Conclusão/Discussão:

No fim de atividade, a estagiária fez a avaliação com as participantes.

Objetivos Gerais:

Estimular a perceção; estimular o raciocínio; estimular a atenção e concentração; estimular a memória.

Objetivos específicos:

Cada elemento do grupo deve ser capaz de responder corretamente, pelo menos, a uma afirmação com a ajuda da estagiária.

Resumo da sessão:

Os objetivos pretendidos foram alcançados e as participantes verbalizaram que a atividade fora importante para elas e que gostaram de ter participado.

9ª Sessão

Nome da atividade: Provérbios

Duração: 60 min

Aquecimento/Introdução:

Começou-se pela orientação espaço-temporal, atualizando o calendário da sala de atividade.

Em seguida, introduziu-se o tema, tendo sido questionadas sobre provérbios que conheciam.

Atividade Principal/Desenvolvimento:

Explicou-se às participantes que o jogo consistia em provérbios populares. Cada pessoa selecionou um cartão em que constava um provérbio incompleto, cada uma das participantes alternadamente completava. Caso não conseguisse responder, a estagiária fornecia algumas pistas e o grupo completava.

Assim, sucessivamente, o jogo desenrolou-se, seguindo os ponteiros do relógio, até ao fim dos cartões.

Conclusão/Discussão:

No fim da sessão, fez-se avaliação com as participantes.

Objetivos Gerais:

Estimular a percepção; estimular o raciocínio; estimular a atenção e a concentração e estimular a memória a longo prazo.

Objetivos específicos:

Cada elemento do grupo deve ser capaz de completar, pelo menos, uma frase incompleta com ajuda da estagiária.

Resumo da sessão:

No fim da sessão, todas as participantes verbalizaram que tinham gostado da atividade, e que a mesma fora importante. As participantes referiram ainda outros provérbios.

10ª Sessão:

Nome da atividade: Jogo de memória

Duração: 60 min

Aquecimento/Introdução:

Começou-se pela orientação espaço-temporal e atualização do calendário da sala de atividades. Em seguida, questionou as participantes sobre o que significavam coisas idênticas, estas responderam que significavam coisas parecidas.

Atividade Principal/Desenvolvimento:

Foi explicado que a atividade consistia em organizar pares de imagens.

Cada participante devia escolher uma imagem e, em seguida, deveria descobrir uma outra idêntica em cima da mesa.

Pedi-se a uma voluntária para começar com a atividade e, assim, o jogo foi seguindo, na direção dos ponteiros de relógio. Quando uma participante não conseguia identificar o par correspondente, solicitava-se ajuda ao grupo.

Conclusão/Discussão:

Neste momento fez-se avaliação da atividade com o grupo.

Objetivos gerais:

Estimular a atenção e concentração; estimular a memória de longo prazo; estimular a percepção.

Objetivos específicos:

Cada participante do grupo deve ser capaz de identificar, pelo menos, um par de imagens com a ajuda da estagiária.

Resumo da sessão

No momento de avaliação, quase todas verbalizaram que gostaram de atividade. No entanto, uma participante referiu que a atividade tinha sido complicada para ela.

11ª Sessão

Nome de Atividade: Entrevista

Duração: 60 min

Aquecimento/Introdução:

Começou-se a atividade, pela orientação espaço-temporal.

Introduziu-se o tema, perguntando às participantes o que significava uma entrevista e se alguma vez já tinham acompanhado uma entrevista na televisão.

Atividade Principal/Desenvolvimento:

Às participantes foi explicado que a atividade consistia numa entrevista; em seguida, foram explicados os objetivos da atividade.

Pediram-se duas voluntárias para uma ser entrevistadora e outra entrevistada. As participantes ficaram em círculo voltadas para a entrevistada e entrevistadora.

Conclusão/Discussão:

Este foi o momento privilegiado para a avaliação da atividade.

Objetivos Gerais:

Estimular a percepção; estimular o raciocínio; desenvolver a interação e comunicação; estimular a atenção e a concentração.

Objetivos específicos:

Cada elemento do grupo deverá ser capaz dizer algo sobre o desempenho das colegas, com a ajuda da estagiária.

Resumo da atividade:

No momento da avaliação, todas verbalizaram que tinham gostado da atividade, e que a mesma fora fácil, no entanto, uma participante não conseguiu chegar ao fim da atividade, devido ao facto de ter ficado ansiosa, referindo que estava com fome.

12ª Sessão

Nome de Atividade: Formas geométricas

Duração: 60 min

Aquecimento/Introdução:

As participantes foram questionadas sobre a orientação espaço-temporal e, em seguida, foi atualizado o calendário da sala de atividades.

Atividade Principal/Desenvolvimento:

A estagiária explicou em que consistia a atividade e quais eram os objetivos da mesma. As participantes foram questionadas se conheciam algumas formas geométricas. Enumeraram as que conheciam e, em seguida, a estagiária acrescentou as que faltavam. Foi apresentada uma folha A4 com algumas formas: triângulos, quadrados e círculos. Em seguida, foi explicado que deviam pintar as mesmas, de acordo com a legenda abaixo, em que se indicava que deviam pintar os triângulos em azul, os quadrados em vermelho e os círculos em verde.

Foram questionadas se tinham percebido a atividade. Em seguida, a estagiária deu informações sobre as cores apresentando-as.

As participantes começaram a pintar, cada uma foi escolhendo a figura com que queria começar.

Conclusão/Discussão:

No final, fez-se a avaliação da sessão com o grupo.

Objetivos Gerais:

Estimular a percepção; estimular o raciocínio; estimular a atenção e a concentração.

Objetivos específicos:

Cada elemento do grupo deverá ser capaz de pintar pelo menos uma forma geométrica, seguindo a legenda, com a ajuda da estagiária.

Resumo da sessão

No final de atividade, a estagiária perguntou às participantes como se tinham sentido durante a atividade.

As participantes verbalizam que tinham gostado da atividade, embora tivessem revelado dificuldades em pintar uma ou outra forma geométrica.

13ª Sessão

Nome de Atividade: Cálculos

Duração: 60 min

Aquecimento/Introdução:

A estagiária começou por questionar o dia da semana, do mês, o ano, a estação do ano e o local em que se encontravam.

Em seguida, a estagiária apresentou uma lista de números para as participantes identificarem.

Atividade Principal/Desenvolvimento:

A estagiária explicou em que consistia a sessão e os objetivos da mesma.

Distribuiu folhas onde constava o exercício, lápis e borrachas.

Pedi às participantes que prestassem atenção aos exercícios. Em seguida, a estagiária leu as questões em voz alta.

Para as participantes que sabiam ler e escrever, o exercício foi realizado por escrito. Aquelas que não sabiam ler nem escrever fizeram o mesmo exercício oralmente. (Ver anexo 1).

Conclusão/Discussão:

No fim de atividade, as participantes fizeram a avaliação de como teria decorrido a sessão.

Objetivos Gerais:

Estimular a perceção; estimular o raciocínio; estimular a atenção e concentração e treinar o cálculo.

Objetivos específicos:

Cada participante deverá ser capaz de realizar, pelo menos, um cálculo, com a ajuda da estagiária.

Resumo da sessão:

No fim da atividade, as participantes referiram ter gostado de fazer exercícios relacionados com a Matemática.

14ª Sessão

Nome de Atividade: interpretação do texto

Duração: 60 min

Aquecimento/Introdução:

Começou-se pela orientação espaço-temporal e atualização do calendário da sala de atividades.

Em seguida, questionou as participantes se alguma vez tinham viajado para outros países.

Atividade Principal/Desenvolvimento:

Às participantes foi explicado em que consistia a atividade e os seus objetivos.

Foi distribuído o texto e, em seguida, foi pedida uma voluntária para ler o texto. Após a leitura feita pela participante, a estagiária teve que repetir a leitura e explicar. (Ver anexo 3).

As perguntas foram feitas oralmente a todas as participantes, mesmo aquelas que sabiam ler e escrever.

Conclusão/Discussão:

No fim da sessão, fez-se a avaliação com as participantes.

Objetivos Gerais:

Estimular a perceção; estimular o raciocínio; estimular a atenção e concentração;
Estimular a linguagem;

Objetivos específicos:

Cada elemento do grupo deverá ser capaz de responder, pelo menos, a uma pergunta com a ajuda da estagiária.

Resumo da sessão:

No fim da sessão, todas as participantes verbalizaram que tinham gostado de participar na atividade e que a mesma fora importante porque tiveram que ativar um pouco a memória, para conseguir interpretar o texto.

15ª Sessão

Nome de Atividade: caixinha surpresa

Duração: 60 min

Aquecimento/Introdução:

A estagiária começou a sessão pela orientação espaço-temporal e atualização do calendário da sala de atividades.

A dinâmica do grupo consistia em que cada participante devia fazer um gesto qualquer e a segunda pessoa devia repetir o gesto da primeira participante e, em seguida, acrescentar outro gesto, e assim sucessivamente, até todas as participantes realizarem a atividade.

Atividade Principal/Desenvolvimento:

Após a dinâmica inicial, foi explicado que a atividade consistia numa caixinha surpresa dentro da qual vinha uma lista de tarefas para serem realizadas, que a caixinha ao som da música devia passar de mão em mão; logo que a música parasse, a pessoa devia abrir a caixinha e fazer o que o bilhete pedia; “nessa caixinha estava um chocolate e um bilhete em que estava escrito ‘come-me’”. A caixinha foi circulando de mão em mão duas vezes a cada participante até parar a música, assim a participante que ficou com a caixinha teve que abrir a caixinha e leu o bilhete e começou a comer o chocolate. As restantes participantes, no fim, também tiveram direito a um pedacinho de chocolate.

Conclusão/Discussão:

No final de atividade foi realizada avaliação com as participantes.

Objetivos Gerais:

Estimular a percepção; estimular a atenção e concentração; e desenvolver autoconfiança.

Objetivos específicos:

Cada elemento do grupo deve ser capaz de prestar atenção durante o jogo.

Resumo da sessão:

No final de atividade, as participantes verbalizaram que a caixinha quando ia passando de mão em mão tiveram medo, por não saber o que vinha dentro e que tipo de atividade se exigia fazer, pensando que fosse uma coisa complicada, por essa razão, cada vez que passava a tendência era de empurrar para outra colega.

16ª Sessão

Nome de Atividade: adivinhar nomes de frutas e legumes

Duração: 60 min

Aquecimento/Introdução:

A estagiária começou por perguntar o dia da semana, do mês, do ano, a estação do ano e o lugar.

Para introduzir o tema, a estagiária questionou as participantes que tipo de frutas e legumes conheciam. **Atividade Principal/Desenvolvimento:**

A estagiária explicou em que consistia a atividade e os seus objetivos.

Pediu-se a uma voluntária para começar o jogo. A participante escolheu um cartão no qual constava o nome de uma fruta e, em seguida, localizou a fruta correspondente. Assim o jogo foi andando no sentido dos ponteiros do relógio.

Conclusão/Discussão:

No final de atividade, a estagiária fez a avaliação com as participantes.

Objetivos Gerais:

Estimular a percepção; estimular a atenção e a concentração; estimular a memória.

Objetivos específicos:

Cada elemento do grupo deverá ser capaz de associar, pelo menos, uma imagem à palavra escolhida, com a ajuda da estagiária.

Resumo da sessão

No final de atividade, as participantes verbalizaram que tinham gostado de participar e que fora importante por terem recordado de algumas frutas que não viam há bastante tempo.

17ª Sessão

Nome de atividade: completar frases

Duração: 60 min

Aquecimento/Introdução:

Começou-se pela orientação espaço-temporal e atualização do calendário da sala de atividades.

Atividade Principal/Desenvolvimento:

A estagiária pediu a uma voluntária para começar o jogo. As participantes escolhiam um cartão e a estagiária lia em voz alta e, de seguida, a participante completava a frase. Assim, sucessivamente o jogo foi seguindo os ponteiros do relógio.

Conclusão/ Discussão:

No final de atividade, a estagiária fez a avaliação com as participantes.

Objetivos Gerais:

Estimular a atenção e concentração; estimular o raciocínio; estimular a percepção; estimular a linguagem.

Objetivos específicos:

Cada participante do grupo deverá ser capaz de completar, pelo menos, uma frase com, a ajuda da estagiária.

Resumo da atividade:

No final de atividade, todas as participantes verbalizaram que tinham gostado de participar e que fora importante, por ter ajudado na reflexão.

18ª Sessão

Nome de atividade: Pistas

Duração: 60 min

Aquecimento/Introdução:

A estagiária começou por questionar as participantes como se sentiam e como estava a correr o dia. Questionou o dia da semana, do mês, o ano, a estação do ano, o lugar onde se encontravam e o estado do tempo. Em seguida, fez-se a atualização do calendário da sala de atividades.

Atividade Principal/Desenvolvimento:

Solicitou-se uma voluntária para começar com o jogo, esta escolheu o cartão e sem ver o que estava escrito entregou à estagiária para ler. A estagiária deu algumas pistas verbais para a participante descobrir a palavra escondida. Assim, o jogo foi decorrendo no sentido dos ponteiros do relógio.

Conclusão/Discussão:

No final da sessão, foi realizada uma avaliação com as participantes.

Objetivos Gerais:

Estimular a percepção; estimular a atenção e concentração; estimular a memória.

Objetivos específicos:

Cada participante do grupo deverá ser capaz de descobrir, pelo menos, uma palavra escondida através das pistas fornecida, com a ajuda da estagiária.

Resumo da sessão:

No final da sessão, as participantes verbalizaram que tinham gostado de participar na atividade e que a mesma tinha sido fácil.

19ª Sessão

Nome de atividade: jogo de stop

Duração: 60

Aquecimento/Introdução:

A estagiária começou pela orientação espaço-temporal e, em seguida, fez-se a atualização do calendário da sala de atividades.

A estagiária explicou que o nome dela começava com a letra A e a partir dela que podiam formar palavras.

Pedi às participantes para formarem algumas palavras a partir das letras iniciais dos seus nomes.

Atividade Principal/Desenvolvimento:

A estagiária explicou em que consistia a atividade e os objetivos da mesma. Referiu que a atividade consistia no jogo de "stop", que, no primeiro momento, uma participante, iria soletrar o abecedário em voz alta e que outra deveria dizer "stop" depois de umas tantas letras. A estagiária explicou também que a última letra a ser soletrada seria a escolhida para formarem palavras: Nomes próprios, cidades, frutas, animais e flores, tendo sido concedidos 7 minutos para preencherem as respetivas categorias.

Conclusão/Discussão:

No final da atividade, a estagiária realizou a avaliação com as participantes.

Objetivos Gerais:

Estimular a atenção e a concentração; promover a interação e comunicação; estimular as capacidades percetivas.

Objetivos específicos:

Cada participante do grupo deverá ser capaz de formar pelo menos duas palavras partindo da letra que terá sido selecionada, num período de 10 minutos, com a ajuda da estagiária.

Resumo da sessão:

No final de atividades, as participantes verbalizaram terem gostado de participar na atividade, embora, para elas, algumas letras não tivessem grandes possibilidades de formar palavras.

20ª Sessão

Nome de atividade: Estimulação Tátil (estereognosia)

Duração: 60

Aquecimento/Introdução:

A sessão começou pela orientação espaço-temporal e, em seguida, fez-se a atualização do calendário da sala de atividades.

Pedi-se às participantes para enumerarem alguns objetos do uso do dia-a-dia.

Atividade Principal/Desenvolvimento:

A estagiária explicou em que consistia a atividade e os seus objetivos. Explicou que dentro do saquinho havia vários objetos e que cada participante deveria tentar identificar através do tato, sem auxílio da visão.

A estagiária apresentou todos os objetos que trazia dentro do saquinho; em seguida, voltou a colocá-los dentro do saquinho.

Pediu-se a uma voluntária para começar o jogo. Assim, o jogo foi decorrendo seguindo os ponteiros do relógio.

Conclusão/Discussão:

No final de atividade foi realizada uma avaliação com as participantes.

Objetivos Gerais:

Estimular a atenção e concentração; estimular as capacidades percetivas; estimular a linguagem.

Objetivos específicos:

Cada participante do grupo deverá ser capaz de selecionar um objeto no saquinho e identifica-lo, sem ajuda da visão.

Resumo da sessão:

No final da atividade, as participantes verbalizaram terem gostado de participar na atividade e que a mesma tinha sido fácil.

21ª Sessão

Nome de atividade: Cálculo

Duração: 60

Aquecimento/Introdução:

A estagiária começou por questionar as participantes como se sentiam e como estava a correr o dia. Questionou o dia da semana, do mês, o ano, a estação do ano e o lugar onde se encontravam. Atualizou-se o calendário da sala de atividades.

Questionou as participantes se de vez enquanto iam ao bar para tomar café.

Atividade Principal/Desenvolvimento:

A estagiária explicou em que consistia a atividade e os objetivos da mesma. Explicou que a atividade consistia na resolução de alguns problemas e que os mesmos estavam relacionados com soma, subtração, utilizando a moeda Euro. (Ver Anexo 2).

As participantes que sabiam ler e escrever resolveram os problemas por escrito e aquelas que não sabiam ler nem escrever resolveram-nos oralmente.

Conclusão/Discussão:

No final de atividade, a estagiária fez a avaliação com as participantes.

Objetivos Gerais:

Estimular a percepção; estimular o raciocínio estimular a atenção e concentração; e treinar o cálculo.

Objetivos específicos:

Cada participante deve ser capaz de resolver, pelo menos, um cálculo, com a ajuda da estagiária.

Resumo da sessão

No final da atividade, as participantes verbalizaram que gostaram apesar de terem tido algumas dificuldades, porque muitas nunca tinham utilizado esta moeda, pois estavam habituadas com o escudo.

22ª Sessão

Nome de atividade: Avaliação do Programa de Estimulação Cognitiva.

Duração: 80 min

Aquecimento/ Introdução:

A estagiária começou pela orientação espaço-temporal e, em seguida, atualizou o calendário.

Atividade principal/ Desenvolvimento

Às participantes foi explicado que a atividade consistia na avaliação das atividades desenvolvidas ao longo do programa. Cada participante foi questionada como se sentia. No fim, foi aplicado individualmente o questionário da satisfação. (Ver Anexo 9).

Conclusão/ Discussão

Fez-se a avaliação das atividades desenvolvidas ao longo do programa com as participantes.

Objetivo Geral:

Perceber a opinião das participantes, de como se sentiram durante as atividades.

Objetivo Específico:

Cada participante deverá ser capaz de recordar, pelo menos, uma atividade desenvolvida ao longo do Programa, com a ajuda da estagiária.

Resumo da sessão:

No fim, foi feita a avaliação individualmente, preenchendo um questionário de satisfação do programa.

De uma maneira geral, quase todas as participantes verbalizaram que tinham gostado de participar nas atividades e que as mesmas tinham sido importantes e os jogos utilizados tinham sido muito fáceis e que, na opinião delas, gostariam de voltar a participar.



ANEXO VIII A

EXERCÍCIO DE MEMÓRIA

INSTRUÇÕES

Faça corresponder a coluna **B** de acordo com as funções desempenhadas por cada profissional apresentado na coluna **A**.

Coluna A

- 1 .Médico
- 2 .Professor
- 3 Farmacêutico
- 4 Sapateiro
- 5 .Padeiro
- 6 Cabeleireiro
- 7 Motorista
- 8 Peixeira
- 9 Modista
- 10 Ardina
- 11 Jardineiro
- 12 Polícia

Coluna B

- a Dá aulas nas Escolas
- b Cuida dos doentes
- c Vende Remédio
- d Faz Pão
- e Arranja Sapatos
- f Arranja Cabelos
- g Conduz Carros
- h Arranja Roupa
- i Vende Peixe
- j Vende jornais
- k Prende ladrões
- l Arranja jardins

Para as pessoas que não sabem ler e escrever a atividade será feita oralmente.

Médico

O que faz? E onde trabalha?

Farmacêutico

O que faz? E onde Trabalha?

Padre

O que faz? E onde Trabalha?

Peixeira

O que faz? E onde trabalha?

Jardineiro

O que faz? E onde Trabalha?

Eletricista

O que faz? E onde trabalha?

Polícia

O que faz? E onde Trabalha?

Motorista

O que faz? E onde trabalha?

Professor

O que faz? E onde trabalha?

Sapateiro

O que faz? E Onde trabalha?

Comerciante

O que faz? E onde trabalha?



ANEXO VIII B

EXERCÍCIO DE CÁLCULO

Exercício

Nome: _____

Data: __/__/__

1. Observe os números e responda às perguntas que se seguem:

27 24 21 18 15 13

1.1. Qual é o número menor?

R: _____

1.2. Qual é o número maior?

R: _____

1.3. Qual é o resultado da soma do número menor com o número maior?

R: _____

1.4. Quais são os números pares?

R: _____

1.5. Quais são os números ímpares?

R: _____

1.6. Coloque os números em ordem crescente.

R: _____

1.7. Coloque os números em ordem decrescente.

R: _____



ANEXO VIII C

EXERCÍCIO DE LINGUAGEM

Nome: _____

Data: / /

1. Leia o texto e responda as perguntas que se seguem.

Leonor, 42 anos, professora de história, há muito tempo desejava conhecer o Egito. Nas férias de Julho, realizou o seu sonho. Viajou por dez dias e visitou pirâmides, museu, passeou pelo deserto e navegou pelo Rio Nilo. Foi uma viagem inesquecível.

1.1. Quantos anos tem a Leonor?

R: _____

1.2. Que profissão tem a Leonor?

R: _____

1.3. Para que País a Leonor viajou?

R: _____

1.4. Em que mês foi a viagem?

R: _____

1.5. Quanto tempo durou a viagem?

R: _____

1.6. Que locais a Leonor visitou?

R: _____

1.7. Em que rio navegou?

R: _____



ANEXO IX

FICHA DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

Ficha de Avaliação

1. No âmbito das atividades realizadas durante este programa, por favor, indique até que ponto gostou ou não gostou dos aspectos mencionados. Para tal, assinale com um círculo a resposta que, numa escala de 0 a 4, melhor se adequa à sua opinião:

	Não gostei nada	Não gostei	Gostei mais ou menos	Gostei	Gostei muito
Atividades realizadas	0	1	2	3	4
Local onde as atividades foram realizadas	0	1	2	3	4
Equipa que dinamizou as atividades	0	1	2	3	4

2. O que mais gostou durante as atividades?

3. O que menos gostou durante as atividades?

4. Gostaria de voltar a participar neste tipo de atividades?

Sim ☐

Não ☐

5. Sugestões/comentários

Ficha de Avaliação

1. No âmbito das atividades realizadas durante este programa, por favor, indique até que ponto gostou ou não gostou dos aspectos mencionados. Para tal, assinale com um círculo a resposta que, numa escala de 0 a 4, melhor se adequa à sua opinião:

	Não gostei nada	Não gostei	Gostei mais ou menos	Gostei	Gostei muito
Atividades realizadas	0	1	2	3	4
Local onde as atividades foram realizadas	0	1	2	3	4
Equipa que dinamizou as atividades	0	1	2	3	4

2. O que mais gostou durante as atividades?

3. O que menos gostou durante as atividades?

4. Gostaria de voltar a participar neste tipo de atividades?

Sim ☐

Não ☐

5. Sugestões/comentários
