



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

(Con)viver com a demência: O papel da estimulação cognitiva na qualidade de vida dos idosos institucionalizados na AMITEI

Departamento de Educação, Desporto e Intervenção Social

Mestrado em Gerontologia Social

2025, Laura Pagaimo Trindade



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

Laura Pagaimo Trindade

(Con)viver com a demência: O papel da estimulação cognitiva na qualidade de vida dos idosos
institucionalizados na AMITEI

Projeto de Intervenção em Gerontologia Social, apresentado ao Departamento de Educação,
Desporto e Intervenção Social da Escola Superior de Educação de Coimbra para obtenção do grau de
Mestre

Trabalho realizado sob a orientação da Professora Doutora Ana Carina Henriques Teodósio Moisão

março, 2025

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Ana Moisão, um sincero e especial agradecimento pela confiança e dedicação com que me orientou durante a realização do estudo, pelo apoio e disponibilidade. Por ter sempre acreditado no meu trabalho e por todas as palavras de incentivo.

À AMITEI que me permitiu realizar outro estágio curricular, proporcionando-me uma excelente experiência, muito para além do que me propunha no projeto.

À tutora Anália Ruivo, ao Animador Miguel Mesquita e à Animadora Cristiana Oliveira agradeço toda a ajuda, ensinamentos, paciência, dedicação e orientação ao longo de todo o estágio.

Às minhas colegas de estágio, agradeço toda a sua disponibilidade, companheirismo e cumplicidade em todos os momentos, tornando-se assim tudo mais fácil.

Também um agradecimento para todos os profissionais da instituição por se mostrarem sempre dispostos a ajudar e a partilharem os seus conhecimentos.

Finalmente, aos utentes da AMITEI, pelo carinho, confiança e acolhimento que me deram, permitindo a execução deste estágio: sem eles, sem a sua paciência e ternura, nada teria feito sentido.

Em seguida, quero agradecer à minha família pelo apoio incondicional, ajuda, confiança e por todas as palavras de coragem e força ao longo destes dois anos. Em especial, às minhas avós, que estiveram presentes neste meu percurso findo o qual decidiram passar a observar-me do alto de um céu estrelado e ao meu avô que me vai dando uns toques com a sua bengala perguntando sempre se está tudo bem.

Às minhas colegas de turma, por compartilharem comigo os momentos de descobertas e aprendizagens que me permitiram crescer não só a nível profissional como também pessoal. Agradeço estes dois anos de convívio, amizade, simpatia, boa disposição e espírito de ajuda que esteve sempre presente.

Às minhas amigas Bruna Costa, Rita Bastos, Filipa Fernandes e Inês Espírito Santo que estiveram ao meu lado durante esta fase, pelo companheirismo, força e apoio em certos momentos difíceis.

À Gerontóloga Juliana Pereira que foi incansável. Agradecer a sua ajuda, conselhos e disponibilidade.

Todas as pessoas mencionadas foram à sua maneira muito especiais para mim, morando no meu coração: um agradecimento sincero!

(Con)viver com a demência: O papel da estimulação cognitiva na qualidade de vida dos idosos institucionalizados na AMITEI

Resumo: O aumento da esperança média de vida constitui um marco significativo na evolução da humanidade, trazendo consigo desafios que a sociedade tem de enfrentar. A demência surge como uma das principais adversidades neste contexto, exigindo soluções que mitiguem os seus impactos e assegurem o bem-estar dos idosos. Estudos destacam a complexidade das vivências dos idosos e a importância de abordagens que promovam a sua qualidade de vida. A estimulação cognitiva revela-se uma estratégia eficaz, uma vez que atividades direcionadas podem melhorar substancialmente a memória e a cognição, favorecendo assim uma qualidade de vida superior para os idosos institucionalizados (Martinho, 2018).

O presente estudo teve como objetivo principal avaliar e aprimorar a performance cognitiva de idosos institucionalizados com demência e com declínio cognitivo leve, através da implementação de um programa de estimulação cognitiva. Este projeto utiliza uma metodologia observacional e quantitativa. Para tal, foram selecionados dois instrumentos de avaliação: o Questionário Sociodemográfico e o *Mini Mental State Examination (MMSE)*, complementados por uma grelha de observação direta para o registo das sessões.

A amostra foi composta exclusivamente por mulheres (n=6), com idades compreendidas entre 80 e 91 anos (DP=3.472). Todas as participantes eram viúvas e as suas experiências profissionais abrangeram os setores dos serviços (50%, n=3), agricultura (16,7%, n=1) e indústria (33,3%, n=2), refletindo as oportunidades limitadas ao longo das suas vidas. Em relação à escolaridade, 33,3% (n=2) completaram o ensino primário, 33,3% (n=2) o concluíram parcialmente, e 33,3% (n=2) eram analfabetas. Metade das participantes (50%, n=3) recebia pensões e complementos, enquanto as restantes dependiam exclusivamente da pensão de sobrevivência (50%, n=3). A maioria (83,3%, n=5) residia em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), enquanto uma participante mantinha maior autonomia ao frequentar um Centro de Dia.

Os resultados evidenciaram que a estimulação cognitiva não só melhorou a memória e a cognição das participantes, como também teve um impacto positivo no seu bem-estar e autonomia. Houve um aumento significativo na capacidade de interação social, reforçando a necessidade de intervenções adaptadas às especificidades desta população e a importância de políticas públicas que assegurem cuidados adequados e acessíveis aos idosos. O estudo conclui que programas de estimulação cognitiva devem ser amplamente implementados em instituições, contribuindo assim para o envelhecimento ativo e saudável desta população vulnerável.

Palavras-chave: Estimulação cognitiva, demência, qualidade de vida e declínio cognitivo

Living with dementia: The role of cognitive stimulation in the quality of life of institutionalized elderly people at AMITEI

Abstract: The increase in average life expectancy constitutes a significant milestone in the evolution of humanity, bringing with it challenges that society has to face. Dementia emerges as one of the main adversities in this context, requiring solutions that mitigate its impacts and ensure the well-being of the elderly. Studies highlight the complexity of older people's experiences and the importance of approaches that promote their quality of life. Cognitive stimulation has proven to be an effective strategy, since targeted activities can substantially improve memory and cognition, thus promoting a better quality of life for institutionalized elderly people (Martinho, 2018).

The main objective of this study was to evaluate and improve the cognitive performance of institutionalized elderly people with dementia and mild cognitive decline, through the implementation of a cognitive stimulation program. This project uses an observational and quantitative methodology. To this end, two assessment instruments were selected: the Sociodemographic Questionnaire and the *Mini Mental State Examination (MMSE)*, complemented by a direct observation grid to record the sessions.

The sample was composed exclusively of women (n=6), aged between 80 and 91 years (SD=3.472). All participants were widows, and their professional experiences covered the service sectors (50%, n=3), agriculture (16,7%, n=1) and industry (33,3%, n=2), reflecting the limited opportunities throughout their lives. Regarding education, 33,3% (n=2) completed primary education, 33,3% (n=2) partially completed it, and 33,3% (n=2) were illiterate. Half of the participants (50%, n=3) received pensions and supplements, while the rest depended exclusively on the survivor's pension (50%, n=3). The majority (83,3%, n=5) lived in Residential Structures for the Elderly (ERPI), while one participant maintained greater autonomy by attending a Day Center.

The results showed that cognitive stimulation not only improved the participants' memory and cognition, but also positively impacted their well-being and autonomy. These results reinforce the need for interventions adapted to the specificities of this population and the importance of public policies that ensure adequate and accessible care for the elderly. The study concludes that cognitive stimulation programs should be widely implemented in institutions, thus contributing to the active and healthy aging of this vulnerable population.

Keywords: Cognitive stimulation, dementia, quality of life and cognitive decline

Sumário

INTRODUÇÃO	7
PARTE I-ENQUADRAMENTO TEÓRICO	9
1. Demência	10
1.1. <i>Demência e envelhecimento</i>	10
1.1.1. <i>O envelhecimento é um fenómeno natural</i>	11
1.1.2. <i>Epidemiologia da demência em Portugal</i>	13
1.2. <i>Qualidade de vida e bem-estar na demência</i>	14
2. Institucionalização	15
2.1. <i>A demência no contexto institucional das respostas sociais para idosos</i>	15
3. A intervenção na demência	16
3.1. <i>A avaliação neuropsicológica</i>	16
3.2. <i>A estimulação do idoso com demência</i>	17
3.3. <i>Impacto dos programas de estimulação na qualidade de vida e nas capacidades funcionais e cognitivas na demência</i>	19
PARTE II-INTERVENÇÃO E ESTUDO EMPÍRICO	21
1. Enquadramento do local da intervenção	22
2. Design da intervenção	23
3. Objetivos do estudo/intervenção e hipóteses	24
4. Participantes	24
5. Instrumento da recolha de dados	25
6. Programa de Estimulação	25
7. Procedimentos	27
8. Análise dos dados	27
PARTE III-APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	28
1. Apresentação dos resultados	29
1.1. <i>Caracterização sociodemográfica da amostra</i>	29
2. Caracterização da amostra tendo em conta os instrumentos de avaliação	32
2.1. <i>Análise descritiva do Mini Mental State Examination</i>	32
2.2. <i>Análise da capacidade funcional</i>	33
3. Hipóteses do estudo	34
4. Discussão dos resultados	38
5. Limitações e implicações futuras	44
PARTE IV-CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
Conclusão	47

REFERÊNCIAS	51
APÊNDICES	60
Apêndice A: Questionário Sociodemográfico.....	61
Apêndice B: Pedido de autorização à instituição AMITEI.....	62
Apêndice C: Consentimento informado dos participantes	63
Apêndice D: Programa de Estimulação	64
Apêndice E: Grelha de Observação Direta e Registro	65
Apêndice F: Projeto Intergeracional “Pulmão”	66
Apêndice G: Projeto PROALFA.....	67
Apêndice H: Academia Sênior	68
Apêndice I: Sessões de Estimulação Cognitiva.....	69
Apêndice J: Sessões de Estimulação Física.....	71
ANEXOS	73
Anexo A: Mini Mental State Examination.....	74

Lista de siglas

1. AMITEI- Associação de Solidariedade Social de Marrazes
2. DCL- Défice Cognitivo Ligeiro
3. DP- Desvio Padrão
4. ERPI- Estrutura Residencial para Idosos
5. MMSE- Mini Mental State Examination
6. OMS- Organização Mundial de Saúde

Lista de tabelas

Tabela 1: Caracterização da amostra em relação à Idade	29
Tabela 2: Caracterização da amostra em relação à Profissão.....	29
Tabela 3: Caracterização da amostra em relação às Habilitações Literárias	30
Tabela 4: Caracterização da amostra em relação ao Tipo de Reforma.....	30
Tabela 5: Caracterização da amostra em relação ao Tipo de Institucionalização	31
Tabela 6: Resultados do pré e pós-teste do MMSE	32
Tabela 7: Comparação das médias de cada domínio cognitivo, antes e após a intervenção referente ao MMSE	34
Tabela 8: Caracterização sociodemográfica da amostra: Média e Desvio Padrão	36

INTRODUÇÃO

(Con)viver com a demência: O papel da estimulação cognitiva na qualidade de vida dos idosos institucionalizados na AMITEI

Ao longo do processo de envelhecimento, enfrentamos diversos problemas, inerentes à idade avançada, obrigando-nos a maximizar sinergias para salvaguardar a dignidade humana: preocupações como a necessidade de cuidados sociais e de saúde aprimorados, pela maior suscetibilidade às doenças e ao declínio do funcionamento físico e/ou cognitivo com a idade. Com o aumento da esperança média de vida, aumentará, também, o número de pessoas com doenças, designadamente, demência (Carvalho, 2019).

A demência, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2013), é uma condição que surge de uma doença do cérebro, geralmente crónica ou progressiva, que altera diversas funções, entre elas, a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, a linguagem, ou ainda, a capacidade de aprender e fazer cálculos e tomar decisões (Carvalho, 2019). A OMS aponta, adicionalmente, que, aproximadamente 36,5 milhões de pessoas vivem com demência, valor que deverá aumentar a cada vinte anos, atingindo, em 2030, os 65,7 milhões e 115,4 milhões em 2050 (Rocha, 2016).

Dado o número de pessoas idosas com quadro demencial, é crucial criar estratégias que tragam bem-estar, e poder-se-á, a este propósito, apontar: a valorização e o respeito pelos idosos e seus cuidadores; a criação ou adaptação de espaços adequados; a formação de equipas multidisciplinares que garantam uma intervenção holística e personalizada; atitudes que respeitem autonomia e escolha; o cultivo de relacionamentos; a promoção de atividades adequadas e inclusivas; e, finalmente, a criação de uma atmosfera de conforto (Carvalho, 2019).

Assim, e ainda que a demência seja uma realidade entre os idosos portugueses, há escassez de literatura, teses e outros estudos sobre a presente temática, o que nos levou a optar por esta abordagem académica.

Ademais, a crescente procura de instituições para idosos levanta preocupações sobre a qualidade de vida desta população, especialmente idosos institucionalizados com demência, o que incentiva a criação de hábitos e programas de estimulação cognitiva e física, prevenindo o declínio cognitivo. A literatura existente revela resultados positivos em relação à aplicação destes programas em pessoas mais velhas. Assim, o papel do Gerontólogo Social torna-se uma vantagem neste contexto, uma vez que uma das suas competências é a promoção deste tipo de atividades (Lopes, 2022).

Neste contexto, o presente relatório visa explorar a importância dessas intervenções e encontra-se organizado em quatro capítulos. O primeiro apresenta o enquadramento teórico do estudo; o segundo descreve a intervenção e a metodologia adotada; o terceiro expõe e analisa criticamente os resultados obtidos; e, por fim, o quarto capítulo reúne as considerações finais, destacando as principais conclusões e implicações do trabalho.

PARTE I-ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Demência

1.1. *Demência e envelhecimento*

De acordo com a OMS (2017), a demência é uma condição que se manifesta de forma crónica, progressiva e insidiosa, causada por uma variedade de doenças e lesões que afetam o cérebro humano de forma primária ou secundária, comprometendo a memória, o pensamento, o comportamento e as atividades da vida diária (AVDs) (Pereira & Sousa, 2022).

As manifestações demenciais podem traduzir-se em alterações na memória, na capacidade de linguagem e orientação, nas dificuldades de expressão, problemas de compreensão e julgamento, o que pode levar ao surgimento de outros défices cognitivos, como a afasia, a apraxia e a agnosia, à diminuição da funcionalidade social e ocupacional, e a alterações da personalidade e do comportamento. Tendencialmente, as pessoas com demência perdem autonomia, podendo ter dificuldades na execução de tarefas básicas, como comer, vestir-se e manter a higiene pessoal (Almeida et al., 2015). Estas limitações não afetam apenas as pessoas com demência, mas também impactam o núcleo familiar, que frequentemente assume a responsabilidade pelos cuidados diários (Gonçalves-Pereira & Sampaio, 2011).

Assim, a demência tornou-se um grave problema de saúde pública devido à sua prevalência na população mais velha e ao impacto nas respetivas famílias. Nos serviços de saúde, os aspetos familiares referem-se à dinâmica e às responsabilidades dos familiares no cuidado do doente, incluindo apoio emocional, sobrecarga e mudanças nas rotinas diárias, sendo frequentemente motivo de preocupação clínica. Todavia, essas necessidades são muitas vezes subestimadas, não atendidas ou mal compreendidas, tanto nos serviços de saúde quanto na comunidade (Gonçalves-Pereira & Sampaio, 2011).

Os números associados à demência são alarmantes, não só em termos de incidência, mas também em termos de imputação de custos. A nível social e de saúde, as consequências para os doentes e respetivos cuidadores são extremas do ponto de vista clínico, psicológico e emocional (Marques, 2021). Portanto, é crucial encontrar respostas criativas que reduzam os custos sem prejudicar a qualidade das avaliações e intervenções. Os cuidadores informais ou outras formas de apoio, devem ser incentivados e apoiados, para facilitar a sua colaboração com os sistemas de saúde (Sequeira, 2018a).

Além disso, alguns países europeus possuem estratégias nacionais para as demências, enquanto prioridade de saúde pública. Segundo a OMS e a Alzheimer's Disease International (ADI) (2012), é reconhecida a relevância de cuidados de saúde adequados e políticas que apoiem o doente com demência, tornando-se uma prioridade e um desafio global (Vieira, 2016).

Em Portugal, ainda não há políticas concretas direcionadas para pessoas com demência. Não obstante, a doença é considerada prioridade de saúde pública. Os primeiros passos para a criação de

um plano nacional foram, já, dados, contudo, ainda não foram divulgados os dados oficiais sobre o número real de casos (Vieira, 2016).

1.1.1. O envelhecimento é um fenómeno natural

O Despacho número 5988/2018, de 19 de junho, aprovou a Estratégia da Saúde na Área das Demências, definindo-se os princípios a que devem obedecer os cuidados a pessoas com demência, os critérios a utilizar na intervenção preventiva, as medidas a adotar relativamente à deteção precoce, as medidas de acesso ao diagnóstico médico bem como ao diagnóstico compreensivo, e o escalonamento das respostas terapêuticas nos três níveis de cuidados de saúde (...) (Pereira & Sousa, 2022, p.17). Pretende-se desenvolver a consciencialização pública em termos de saúde para o problema das demências, promover a literacia dos cidadãos em geral, a formação dos profissionais de saúde, o acesso a novas tecnologias e a investigação (Pereira & Sousa, 2022, p.17). Embora a estratégia tenha como foco as demências, a base para estas condições está no envelhecimento natural da população, o que torna ainda mais urgente abordar o envelhecimento de forma saudável e ativa (Fonseca, 2014).

O envelhecimento humano é um fenómeno natural e, no século XXI, tem vindo a aumentar significativamente a população idosa, tornando-se uma das questões mais debatidas nas sociedades desenvolvidas da atualidade (Loureiro, 2016). Caberá, contudo, dar nota de que a forma como envelhecemos depende da personalidade individual - cada um interpretará diferentemente as experiências, estímulos e aprendizagens a que foi ou será sujeito. Assim, e apesar de algumas capacidades cognitivas poderem enfraquecer, através do treino podem ser restauradas e, até, por hipótese, aperfeiçoadas (Fernandes, 2014).

As alterações cognitivas podem resultar em incapacidades e limitações, i.e., em deslocar-se e tomar decisões, implicando uma menor participação na comunidade, maior solidão e diminuição dos laços familiares, levando à institucionalização. Nesse contexto, é importante promover o envelhecimento ativo para inserir o idoso no meio social (Sequeira, 2018b).

Reitera-se que, associado ao envelhecimento, ocorre o declínio cognitivo, com consequências negativas para a autonomia e a funcionalidade. Contudo, este processo pode ser modificado por estímulos cognitivos, que potencializam a plasticidade cerebral e favorecem a melhoria das funções cognitivas (Silva et al., 2011). O envelhecimento afeta de forma diferente os indivíduos, considerando as variáveis externas e as próprias. Podemos falar, a este propósito, no avanço da medicina, da disseminação de melhores condições de vida, ou ainda, de estímulos intelectuais adquiridos e da interação e adaptação com o meio ambiente, resultando num padrão evidente de variação inter-individual, sem esquecer a influência de variação intra-individual (Pereira, 2019).

Atentemos agora ao envelhecimento biológico. O envelhecimento biológico é caracterizado pela perda de funções fisiológicas, tendo como uma das várias consequências, a deterioração gradual

das capacidades/competências cognitivas, com impacto na vida quotidiana (Pereira, 2019). Afeta principalmente a memória de trabalho, a memória episódica e a velocidade de processamento. A linguagem tende a ser a menos afetada (Walsh et al., 2019).

Ora, a propósito, e como bem refere Marques-Teixeira (2011), os pacientes com demência podem ser distinguidos daqueles com défices cognitivos associados ao envelhecimento biológico. Identificar indivíduos com declínio cognitivo precoce que possa levar à demência, é um grande desafio. Muitos doentes avaliados não apresentam cognição normal nem demência, estão num ponto intermédio, com alterações significativas na função cognitiva, especialmente na memória, que é conhecido como défice cognitivo ligeiro, DCL (Rocha, 2016).

O DCL é a fase de transição entre as alterações cognitivas oriundas do envelhecimento e o início de uma demência. É crucial intervir precocemente nos idosos com défice cognitivo ligeiro, sobretudo através de programas de intervenção na cognição, uma vez que estes têm maior probabilidade de desenvolver quadros demenciais (Sousa & Sequeira, 2012).

Num estudo foram utilizados os seguintes critérios de diagnóstico, focados no comprometimento da memória com preservação de outros domínios cognitivos: *i)* queixa de memória; *ii)* estado objetivo da memória e cognição relativamente preservadas para a idade; e, finalmente *iii)* atividades da vida diária e não demente (Petersen, 2004).

Dado que o défice cognitivo ligeiro está associado a um estado prodrómico (sintomas que aparecem antes da doença) da demência, torna-se relevante refletir sobre a dificuldade de estabelecer uma diferenciação clara entre o défice cognitivo causado pelo envelhecimento biológico e o défice cognitivo ligeiro, uma vez que não há um impacto significativo no funcionamento, embora existam sinais e sintomas mais evidentes para identificar as demências (Rocha, 2016).

São inerentes ao envelhecimento normal alterações que indicam redução de faculdades mentais, como o esquecimento de algumas tarefas habituais e próprias do dia-a-dia ou dificuldades na aprendizagem de novos conteúdos, que passa a ser mais demorada, mas que são aspetos intrínsecos ao envelhecimento normal (Margarido, 2023). Estas mudanças não se limitam à passagem do tempo, mas também são decorrentes de heranças biológicas, ambientais e culturais. É, pois, por demais evidente que diversos fatores influenciam o processo de envelhecimento (Azevedo & Teles, 2018).

No referente aos fatores biológicos, é importante destacar a visão e a audição que se deterioram com a idade, resultando em dificuldades em distinguir cores, em focar, ou, ainda, por hipótese, em ouvir. Contudo, sempre se dirá que algumas dificuldades cognitivas são consequência de défices sensoriais, que podem ser compensadas com próteses, como por exemplo, aparelhos de audição ou visão (Azevedo & Teles, 2018).

Já no que respeita aos fatores pessoais, caberá esclarecer que estes se relacionam com as dificuldades em manter a atenção, exigindo um maior esforço, podendo causar problemas na

continuação de tarefas e, conseqüentemente, falta de interesse e, por inerência, desmotivação, resultando em piores desempenhos intelectuais. A escolaridade é outro fator que interfere flagrantemente no funcionamento cognitivo e na estrutura cerebral, porquanto exige, desde tenra idade, esforço e uso intelectual, funcionando como mecanismo protetor face à eventual deterioração cognitiva. Um estilo de vida estimulante, com atividades cognitivas, terá um impacto benéfico, como as atividades sócio-recreativas, em que a mente está ativa e estimulada, associando-a a um melhor funcionamento cognitivo e bem-estar físico e psicológico. O funcionamento cognitivo também pode ser afetado negativamente pela presença de determinadas doenças ou medicações (Azevedo & Teles, 2018).

Nos fatores sociais, com a entrada na reforma/aposentação, termina a atividade profissional e, conseqüentemente, uma fonte de estimulação, com a diminuição da rede social e do relacionamento interpessoal. Contudo, a reforma/aposentação também é uma oportunidade para realizar outras atividades e investir em relações sociais anteriormente prejudicadas (Azevedo & Teles, 2018).

Estar socialmente ativo é indissociável ao bom funcionamento cognitivo, pelo desenvolvimento de atividades estimulantes e de lazer, e suporte social. O nível socioeconómico pode ser um fator protetor contra o declínio cognitivo, já que uma melhor condição social e económica pode influenciar o acesso à educação e aos recursos intelectuais estimulantes como livros, internet, e atividades culturais (Azevedo & Teles, 2018).

Alguns fatores de risco, como a perda de audição, diabetes, obesidade, tabagismo, hipertensão, sedentarismo, isolamento social e depressão, serão modificáveis através de atividade física regular e um estilo de vida saudável, contribuindo para uma possível redução no declínio cognitivo e, por conseguinte, da demência (Livingstone et al., 2017).

Embora o envelhecimento seja um fenómeno natural com impactos cognitivos inevitáveis, a demência representa um desafio de saúde pública cada vez mais significativo, dada a sua crescente prevalência em Portugal e no mundo (Rocha, 2020).

1.1.2. Epidemiologia da demência em Portugal

Atualmente, e num âmbito global, um novo caso de demência é diagnosticado a cada três segundos. Aproximadamente 50 milhões de pessoas são afetadas, e a estimativa é de que este número triplique até 2050 (Pereira & Sousa, 2022).

Aliás, há 160.287 portugueses com mais de 60 anos com demência, representando 5,91% da população dentre deste universo. Em 2013, a estimativa da prevalência de demência em Portugal foi de 12,2% na faixa etária dos 80 aos 84 anos, e 24,8% na faixa acima dos 85 anos. Este estudo, em linha com as estimativas europeias de prevalência de demência para o nosso país, prevê um custo financeiro de aproximadamente 37 milhões de euros/ano em custos diretos (Santana et al., 2015).

Estima-se que, em 2017, cerca de 182 mil portugueses tenham tido demência, e em 2037, a prevalência em Portugal aumentará para cerca de 32,5 por mil habitantes (Pereira & Sousa, 2022). Na mesma sequência, importa esclarecer que a demência de Alzheimer (DA) traduz 60% das demências, afetando 3% da população entre os 65 e 69 anos (Fonseca, 2014).

E, segundo o relatório “*Health at a Glance 2017*” (“Uma visão da saúde”) da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), em Portugal a estimativa é de 19.9 casos por mil habitantes. Daqui se depreende que Portugal é o quarto país com mais casos, sendo a média da OCDE de 14.8 casos (Carvalho, 2019).

Importante ainda referir que, atendendo aos ensinamentos de Garre-Olmo (2018), a prevalência de demência varia consoante a região, evidenciando um aumento exponencial com a idade. Para as pessoas com mais de 60 anos, essa prevalência situa-se entre os 5 e os 8%, duplicando a cada cinco anos. Este fenómeno é particularmente acentuado no sexo feminino, em consequência da maior longevidade das mulheres (Pereira et al., 2020). E, apesar de a idade ser o principal fator de risco, a idade avançada não implica, necessariamente, um quadro de demência (Fonseca, 2014).

Alguns estudos destacam também como fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de demência, a baixa escolaridade, apesar dos resultados serem discrepantes. O foco na escolaridade foi ampliado para outros aspetos que estão relacionados com a profissão dos indivíduos, a literacia, a capacidade linguística, a ocupação dos tempos livres e os traços de personalidade, muitas vezes ignorados (Albuquerque et al., 2016).

1.2. *Qualidade de vida e bem-estar na demência*

À medida que a prevalência da demência aumenta, a importância de garantir uma boa qualidade de vida para os indivíduos afetados torna-se ainda mais crucial. A qualidade de vida está relacionada com a satisfação do indivíduo nos vários domínios: físicos, psicológicos e sociais. Ter qualidade de vida, em sentido amplo, permite ao idoso possuir maiores competências para realizar tarefas que favoreçam o seu bem-estar, independência e autonomia (Silvestre, 2016). É um desafio, por ser um conceito complexo, a qualidade de vida, especialmente no caso de pessoas idosas com comprometimento cognitivo, como destacado por López et al. (2011).

A subjetividade e a multidimensionalidade são os elementos-chave para as definições de qualidade de vida na demência. Esta subjetividade significa que cada indivíduo tem a capacidade de elaborar uma auto-avaliação da sua qualidade de vida. A multidimensionalidade significa que a mesma é composta por conceitos ou domínios interligados, tais como as boas relações sociais (Ribeiro, 2020).

Um estilo de vida ativo, participar em diversas atividades (educacionais, culturais e lazer), e técnicas que estimulem a mente e a memória, têm um efeito positivo na cognição. As relações sociais favorecem o bem-estar psicológico e social dos idosos (Belga, 2019).

Enquanto doença neurodegenerativa progressiva irreversível, o idoso vê afetada a sua autonomia, necessitando constantemente do seu cuidador, enfrentando limitações devido à duração da doença e ao impacto de sintomas que prejudicam a sua identidade pessoal e social, além, naturalmente, dos impactos financeiros e emocionais inerentes (Karsch, 2003).

Ainda a propósito, dir-se-á que, com o aumento da esperança média de vida, espera-se um aumento da incidência da demência, impactando significativamente a sociedade e a economia, criando desafios como o financiamento de cuidados de saúde, as medidas de proteção social ou a qualidade de vida e bem-estar. Como o envelhecimento é um fator de risco para o desenvolvimento de demência, espera-se que o número de diagnósticos aumente significativamente (Pereira & Sousa, 2022). Nesse contexto, a institucionalização torna-se uma opção cada vez mais comum, levantando questões relativas à garantia de cuidados adequados dentro dessas instituições (Rocha, 2016).

2. Institucionalização

2.1. *A demência no contexto institucional das respostas sociais para idosos*

Trataremos, agora da demência em contexto institucional. Tão-assim, a institucionalização do idoso é considerada quando este está, durante todo o dia ou parte dele, sob os cuidados de uma instituição que não a sua família (Jacob, 2017).

Assim, os idosos institucionalizados residentes são os idosos que vivem 24 horas por dia numa instituição (Jacob, 2017). Esta institucionalização é consequência da existência de vários fatores, entre os quais, doenças, condição mental, dificuldades na execução das atividades da vida diária e das dificuldades económicas e/ou da falta de apoio social (Lini et al., 2016). Como se verifica, a institucionalização está a tornar-se cada vez mais frequente entre os idosos, à medida que as suas necessidades e fatores associados mudam significativamente. Esta inevitabilidade realça a importância de promover cuidados de elevada qualidade às pessoas idosas, através do desenvolvimento de instituições adaptadas e de profissionais competentes e qualificados (Margarido, 2023). É o caso do Gerontólogo, que desempenha um papel relevante na intervenção junto de pessoas com demência, a título de exemplo, através da ajuda no estímulo dos diversos domínios, como a memória, a atenção, a coordenação, ou ainda, através de intervenções não farmacológicas, retardando-a, para que a qualidade de vida seja melhor (Vara, 2017).

Portugal apresenta ainda lacunas relativamente à resposta em termos de cuidado e acompanhamento de idosos, especialmente no que respeita a pessoas com quadros demenciais. Existem diversas respostas sociais, mas não numa perspetiva individual. Esta lacuna pode ser colmatada através da criação e apoio de centros ou instituições específicas para este fim. Do ponto de vista humano, cada condição física ou mental requer cuidados específicos e adaptados, por isso as pessoas com essas condições devem estar integradas num ambiente que atenda às suas dificuldades,

limitações e qualidade de vida, recebendo cuidados personalizados para retardar os sintomas e a progressão da demência. Se estiverem somente integrados na população em geral, podem não dispor de ambiente, terapia e estimulação adequados às particularidades das suas limitações mentais. Adicionalmente, a falta de recursos humanos e financeiros dificulta a criação de unidades adequadas e adaptadas às realidades da demência, tanto do ponto de vista arquitetónico como terapêutico (Rocha, 2016).

Como entraves, apontar-se-á a falta de implementação de políticas sociais e a falta de aposta em novas respostas sociais. Como é amplamente reconhecido, o Estado desempenha um papel determinante nas decisões de longo prazo, especialmente na área da saúde. Através da sua autoridade legislativa, o Estado define as diretrizes e as opções necessárias para promover os serviços de saúde, assegurando o bem-estar da população. A melhoria da saúde mental requer políticas e programas governativos, que incluam a educação para a intervenção profissional de qualidade junto às pessoas com demência nas instituições de acolhimento (Ramos, 2017).

Será também de realçar que ainda há pouco conhecimento/estudo sobre a prevalência da demência na população institucionalizada, e das necessidades e cuidados específicos que este tipo de doente necessita. Nestes termos, e devido ao estilo de vida sedentário e à falta de estimulação (cognitiva, física e social) nalgumas instituições, os idosos institucionalizados têm maior probabilidade de apresentar declínios ao nível do funcionamento cognitivo (Nordon et al., 2009).

Embora a institucionalização seja uma solução para muitos idosos com demência, esta exige uma abordagem integrada e contínua de cuidados. Nesse sentido, intervenções específicas, como a avaliação neuropsicológica e as estratégias de estimulação cognitiva, tornam-se cruciais para otimizar a qualidade de vida desses indivíduos dentro das instituições (Margarido, 2023).

3. A intervenção na demência

3.1. *A avaliação neuropsicológica*

De acordo com Pais (2008), a intervenção nas demências envolve a cooperação entre o indivíduo com défice cognitivo e os profissionais de saúde, familiares e comunidade, com o objetivo de compensar ou minimizar os défices causados pelas sequelas neurológicas, por combinação de estratégias e técnicas cognitivas que visam, inicialmente, restaurar as funções e, posteriormente, compensar as mesmas, minimizando os danos (Coelho, 2020).

Para que as intervenções sejam satisfatórias, é necessário traçar um perfil cognitivo individualizado, identificando os aspetos da cognição que estão preservados e os possíveis défices cognitivos existentes, adequando o tratamento proposto à capacidade intelectual e cultural do paciente (Coelho, 2020).

Esta intervenção terá por base uma avaliação neuropsicológica minuciosa para identificar os défices e as funções que podem ser estimuladas, o tipo de demência e o estágio em que se encontra (Sequeira & Sousa, 2018). É importante uma avaliação multidisciplinar, que englobe as dimensões psicológicas, físicas, funcionais e sociofamiliares do doente. Quando nos referimos à avaliação neuropsicológica não falamos somente da aplicação de baterias de testes psicométricos e neuropsicológicos, mas também pretender avaliar a relação das suas conclusões/resultados com a patologia neurológica e/ou comportamental da pessoa estudada. Os resultados devem ser interpretados de acordo com a observação/estudo da situação da pessoa e do contexto onde vive (Costa et al., 2004).

Assim, surge a anamnese, que é extremamente importante para avaliar a saúde mental do doente. A anamnese, sendo uma fase da avaliação neuropsicológica, respeita ao processo de recolha de informação sobre as circunstâncias/razões que originam o pedido de exame, amplitude e cronologia das dificuldades. Deve incluir entrevistas clínicas individuais (com a pessoa, familiares/cuidadores) ou entrevistas clínicas conjuntas (Simões et al., 2016).

Seron e Van der Liden (2014) evidenciam que a anamnese também é uma primeira avaliação cognitiva, porque envolve atividades cognitivas, identificando a compreensão da pessoa às questões apresentadas, a qualidade das respostas, a precisão nas datas, lugares, nomes, factos passados, a atenção, a expressão oral, o vocabulário, a coerência do discurso, a colaboração e uma lógica que analisa o estado mental: orientação temporal e espacial, comportamento, afetividade e humor, pensamento e linguagem (Simões et al., 2016).

Com base nos resultados da avaliação neuropsicológica, que identificam as áreas preservadas e as que necessitam de intervenção, pode-se planear atividades específicas para estimular as funções cognitivas do idoso. A estimulação, sendo personalizada, pode ser feita de acordo com as necessidades identificadas, sendo fundamental para melhorar o desempenho cognitivo e funcional do idoso com demência (Simões et al., 2016).

3.2. A estimulação do idoso com demência

A estimulação de idosos com demência, sobretudo para Fernández-Ballesteros (2009), pode ser considerada um processo de reeducação das capacidades que o indivíduo vai perdendo. O objetivo é aperfeiçoar a capacidade deste de processar e interpretar a informação, o que lhe dará uma maior capacidade de lidar com a vida familiar e social (Martinho, 2018).

Nestas intervenções deve ser considerado que cada indivíduo é um ser psicossocial único, requer uma atenção específica e adaptada, onde se incluem estratégias farmacológicas e não farmacológicas. As estratégias farmacológicas devem ser incluídas no tratamento das demências,

associando-as à estimulação cognitiva, e a outras técnicas, como a orientação para a realidade, terapia por reminiscências, musicoterapia, cuidados de enfermagem e psicoterapia (Sequeira & Sousa, 2018).

O ideal será a elaboração de um plano personalizado para cada indivíduo/família, considerando as suas necessidades e interesses (Sequeira & Sousa, 2018). As intervenções não farmacológicas são a manutenção e a estimulação/reabilitação, tendo cada uma destas objetivos específicos. Para manter as capacidades que já possuem, usamos a manutenção, assegurando que não percam a capacidade de executar determinadas tarefas. Na estimulação, haverá um desafio ao realizar determinada atividade (Portela, 2020).

Apesar do crescente interesse nas últimas décadas e, segundo, Guerreiro (2002), ainda não há dados confiáveis sobre a eficácia real das diferentes intervenções não farmacológicas nos idosos com demência. Um programa de estimulação cognitiva segue uma planificação pré-definida e estruturada, aberto à colaboração de outros profissionais. Deve ser reformulado regularmente, para acompanhar a evolução. Contudo, os trabalhos nesta área têm como objetivo demonstrar as vantagens da intervenção, permitindo melhorar a qualidade de vida do doente com demência e respetiva família/cuidadores (Sequeira & Sousa, 2018).

Além disso, outra intervenção importante que tem mostrado benefícios é a prática de atividade física. Esta é qualquer movimento corporal que os músculos esqueléticos produzem para gastar energia. O exercício físico deve ser planeado e organizado de forma repetitiva com o objetivo de aprimorar o desempenho físico do indivíduo. Diferentes tipos de exercícios físicos têm consequências distintas em cada pessoa, podendo trazer numerosos benefícios para a saúde dos idosos (Caspersen et al., 1985).

A atividade física regular pode melhorar a saúde cardiovascular, diminuir as doenças ósseas e melhorar as alterações psicológicas do indivíduo (Tavares, 2010). A autora Rocha (2012), defende que a atividade física também traz diversos benefícios motores, como mudanças positivas na marcha e na postura, cognição e comportamento, retardando o progresso da doença, o que resultará numa melhoria significativa das capacidades funcionais do idoso, influenciando as atividades diárias, proporcionando-lhe uma melhor qualidade de vida.

Curlik e Shors (2013) sustentam que a atividade física e o treino cognitivo são duas práticas benéficas para a saúde mental, enfatizando que a atividade física é essencial para aprimorar as células que amadurecem os neurónios funcionais do cérebro adulto, enquanto o treino cognitivo, através da aprendizagem, auxilia esses neurónios a sobreviverem mais tempo.

O treino cognitivo consiste na repetição de exercícios cognitivos específicos e competências básicas, como a atenção, essenciais para o bom desempenho de funções cognitivas mais complexas (Gonzaga & Nunes, 2008, *as cited in* Rocha, 2016).

Newhouse et al. (1997) referem que este tipo de prática, baseada num conjunto de tarefas e na sua execução, segue uma hierarquia de dificuldade crescente e, a cada nível de treino, as competências devem ser constantemente aplicadas (Linda & Woods, 2004). Também para Gonzaga e Nunes (2008), no processo de aprendizagem não faz sentido passar para tarefas de maior dificuldade sem assegurar que as mais simples sejam cumpridas de forma eficaz (Cardoso, 2012).

Existe diferença entre treino cognitivo e estimulação, sendo que o primeiro centra-se no trabalho de uma função específica, fortalecendo-a e automatizando-a, como por exemplo o treino de memória ou treino de atenção, a linguagem ou a função executiva (Sequeira & Sousa, 2018).

A prática regular de determinadas funções cognitivas através de tarefas específicas pode contribuir para a melhoria/manutenção das mesmas, realizada individualmente ou em grupo, incluindo sempre a família e/ou cuidadores (Sequeira & Sousa, 2018). Nestas tarefas, Gonzaga e Nunes (2008) defendem que deve haver uma preocupação para que o treino seja realizado em ambientes simultaneamente estruturados e controlados, mas impregnado de elementos relacionados com contexto real e quotidiano do indivíduo (Rocha, 2016).

Ainda a propósito, alguns estudos revelaram que as intervenções baseadas neste método, não só necessitam de resultados que comprovem a sua eficiência, como podem originar sentimentos de frustração/depressão para os cuidadores e para os pacientes (Zarit et al., 1982, *as cited in* Linda & Woods, 2004). A clarificação desta questão está dependente dos objetivos pretendidos pela intervenção, como a diminuição do distúrbio inerente à doença ou ao seu avanço (Rocha, 2016).

A estimulação motora e social, permite às pessoas idosas manterem a sua autonomia nas atividades da vida diária, promovendo uma melhor saúde mental, bem-estar e maior autoestima, desencadeando um aumento da manutenção da função cognitiva, com consequências no estado mental do idoso (Imaginário et al., 2017). Portanto, é crucial desenvolver programas que garantam à população idosa a manutenção das capacidades cognitivas e funcionais, proporcionando uma boa autoestima e qualidade de vida (Fernandes, 2015).

3.3. Impacto dos programas de estimulação na qualidade de vida e nas capacidades funcionais e cognitivas na demência

Um estudo conduzido por Fernandes (2015) procurou promover a estimulação cognitiva através de atividades lúdicas, com o objetivo específico de manter e/ou aumentar as capacidades cognitivas dos participantes, estimulando a memória, a atenção, as funções executivas e a psicomotricidade, bem como a capacidade funcional e a autonomia dos idosos. Os resultados mostraram melhorias no desempenho cognitivo, consistentes com os resultados de vários estudos, indicando que os programas de treino de memória podem manter ou melhorar o desempenho cognitivo, as capacidades funcionais e a qualidade de vida. Em última análise, estes programas serão capazes de retardar o aparecimento de uma possível demência e a perda de capacidades cognitivas.

Os programas de estimulação incentivam as capacidades cognitivas, facilitam a comunicação, reduzem sintomas psicológicos como depressão, ansiedade e apatia, aumentam a autoestima, a capacidade de relacionamento, interação e apoio social, além de proporcionarem momentos descontraídos que diminuem os níveis de ansiedade (Silva, 2015).

PARTE II-INTERVENÇÃO E ESTUDO EMPÍRICO

1. Enquadramento do local da intervenção

Neste ponto, apresenta-se a AMITEI-Associação dos Amigos da Mata dos Marrazes, Infância e Terceira Idade, atualmente designada Associação de Solidariedade Social de Marrazes. Nesta instituição desenrolou-se o período de intervenção/estágio. Assim, e tendo em vista a apresentação e caracterização da associação, em especial, no que respeita à sua missão, visão, valores e objetivos, cabe dizer o seguinte:

A AMITEI é uma associação de solidariedade social, sem fins lucrativos, tendo sido fundada a 13 de outubro de 1979. Nasceu da vontade de um grupo de moradores da freguesia de Marrazes, em Leiria, que, ao executar a tarefa de recuperar antigas casas de Guarda Florestal da Mata de Marrazes e do recinto onde se realizavam tradicionais piqueniques de convívio da população, iniciou uma “caminhada” que levaria à criação de uma nova instituição.

Esta tem como missão acolher a pessoa idosa, prestando serviços que contribuam para a melhoria da sua qualidade de vida, da respetiva família e associados, por meio de diversas respostas sociais, nomeadamente centro de dia, estrutura residencial para idosos e serviço de apoio domiciliário.

Como visão, pretende ser reconhecida como uma entidade de referência na criação e prestação de serviços de qualidade, de proximidade, de forma eficiente, promovendo a coesão social. Como valores, expõe rigor, respeito, honestidade, cooperação, solidariedade, melhoria contínua e preservação ambiental.

Para a realização dos seus fins e objetivos, a AMITEI, em condição do respetivo enquadramento legal e institucional aplicável, propõe-se a manter e criar várias atividades para dar resposta às questões sociais relacionadas com a terceira idade.

A instituição tem diversos objetivos, entre os quais, atender e acolher pessoas idosas ou outras, cuja problemática biopsicossocial não seja passível de outra resposta; proporcionar alojamento temporário, como forma de apoio à família; assegurar a satisfação das necessidades básicas da pessoa: alojamento, alimentação, saúde, higiene, conforto e ocupação/lazer, com vista à manutenção da autonomia de opinião; proporcionar serviços permanentes e adequados à satisfação das necessidades dos seus residentes; contribuir para o desenvolvimento normal do processo de envelhecimento e evitar a sua degradação.

A instituição conta com uma variedade de projetos, destacando-se o Projeto Intergeracional “Pulmão”. Esta iniciativa visa fomentar relações intergeracionais entre crianças e idosos, tendo como principal objetivo estabelecer vínculos afetivos e de amizade entre duas gerações distintas. Entre as atividades desenvolvidas, destacam-se a criação de animais aquáticos utilizando materiais recicláveis, a construção de armadilhas para vespas asiáticas, a identificação de plantas na área dos Marrazes para a posterior criação de espantalhos para a horta da AMITEI, assim como a limpeza e plantação de tomates nesta mesma horta.

Através dessas atividades, crianças e idosos não apenas compartilham momentos de convivência e aprendizagem mútua, mas também contribuem para o desenvolvimento de competências práticas e para a conscientização ambiental. Este projeto revela-se, assim, como uma ação enriquecedora que promove a interação entre diferentes faixas etárias, além de incentivar a criatividade, a colaboração e o cuidado com o meio ambiente (Apêndice F); O “PROALFA” é uma parceria colaborativa que une os voluntários do programa IPL 60+ e a AMITEI, com o intuito de fornecer suporte em diversas atividades educativas, incluindo a elaboração de fichas de matemática, português e desenhos para os utentes. Dotado de um carácter intelectual e informativo, o projeto promove oficinas de aprendizagem focadas na alfabetização, escrita e leitura. Tal esforço visa não só enriquecer o conhecimento, mas também fomentar o desenvolvimento pessoal e a inclusão social dos participantes (Apêndice G); O programa "Academia Sénior", fruto de uma parceria com o Leroy Merlin, destaca-se como um ponto alto na agenda semanal dos seus participantes, sob a orientação experiente de representantes comprometidos. Realizado meticulosamente nas manhãs de quarta-feira, este projeto abraça uma ampla gama de atividades cuidadosamente planeadas, com o objetivo de ocupar o tempo dos participantes de forma construtiva, ao mesmo tempo que nutre a sua autoestima e habilidades práticas. Com uma atenção especial voltada para áreas como bricolagem e expressão artística, a Academia Sénior estabelece-se como um verdadeiro centro de aprendizagem, onde a criatividade é incentivada e as conquistas individuais são celebradas com entusiasmo (Apêndice H); O encantador "Palavras com Amor" acontece semanalmente com carinho dentro da instituição, com o propósito inspirador de cultivar conexões profundas entre os seus participantes. No âmago deste projeto reside a nobre prática de compartilhar breves narrativas por parte dos utentes mais independentes para com os utentes acamados. Este gesto proporciona momentos de inclusão para aqueles com limitações de mobilidade, enquanto tece um tecido de conforto e companheirismo ao redor. Ao encorajar os utentes autónomos a partilharem histórias e contos com aqueles que estão confinados à cama, o projeto cria preciosas oportunidades de interação, além de visar a atenuação da possível sensação de isolamento enfrentada pelos mais debilitados. Esta delicada dinâmica promove uma atmosfera de solidariedade e apoio mútuo dentro da instituição, alimentando igualmente o bem-estar emocional e psicológico de todos os envolvidos.

2. Design da intervenção

Este projeto é de natureza observacional, uma vez que os dados são recolhidos através da observação, sem qualquer interferência ou manipulação das variáveis estudadas, e quantitativa, tendo em conta a utilização de técnicas estatísticas para a análise de dados de um grupo específico de indivíduos.

3. Objetivos do estudo/intervenção e hipóteses

O objetivo geral desta intervenção consistiu em avaliar e melhorar a performance cognitiva do idoso institucionalizado com demência e com declínio cognitivo leve, através da implementação de um programa de estimulação cognitiva. Relativamente aos objetivos específicos:

- I. Caracterizar os idosos da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas;
- II. Aplicar um programa de estimulação cognitiva para preservar/estimular as capacidades cognitivas e funcionais das pessoas mais velhas;
- III. Analisar os efeitos do programa de estimulação cognitiva, ao nível do declínio cognitivo e das capacidades funcionais dos participantes;
- IV. Analisar a relação entre a estimulação física e cognitiva e a qualidade de vida.

As hipóteses determinadas para a intervenção foram as seguintes:

H₁: A estimulação cognitiva e física melhora a qualidade de vida dos idosos;

H₂: O programa de estimulação cognitiva produziu efeitos positivos no desempenho das capacidades cognitivas e funcionais nos idosos institucionalizados;

H₃: Existe correlação entre a variável idade e as habilitações literárias;

H₄: Existe uma correlação significativa entre os rendimentos e o tipo de institucionalização.

4. Participantes

A população-alvo foi constituída por 120 idosos com défice cognitivo e diagnóstico de demência, integrados na AMITEI, situada em Leiria. A seleção de participantes seguiu os seguintes critérios de inclusão:

- i idade igual ou superior a 65 anos;
- ii idosos que estejam na resposta social ERPI ou Centro de Dia;
- iii capacidade cognitiva comprometida;
- iv ter diagnóstico de demência.

Foi também estabelecido o seguinte critério de exclusão:

- I. Não possuir capacidade de verbalização.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra foi reduzida para 20 participantes. No entanto, em conformidade com as recomendações da literatura, que sugerem que o número ideal de participantes seja entre 5 e 8 indivíduos, a amostra final foi composta por 6 participantes. A seleção foi feita por amostragem de conveniência não probabilística, com base nos critérios estabelecidos, e a instituição foi escolhida tendo em conta a proximidade geográfica.

5. Instrumento da recolha de dados

Para a recolha de dados desta intervenção, foram selecionados dois instrumentos de avaliação: o questionário sociodemográfico construído pela estagiária (Apêndice A) com o objetivo de recolher aspetos sociodemográficos como o sexo, idade, estado civil, profissão, habilitações literárias, tipo de reforma e tipo de institucionalização. Neste questionário foram também incluídas questões com vista a obter informações sobre os gostos/interesses pessoais dos participantes como atividades que gostava de fazer e de que assuntos/temas gosta de conversar; e o MMSE, versão portuguesa (Anexo A), elaborado por Guerreiro et al. (1994), que é uma escala de avaliação cognitiva que auxilia no estudo e monitoração da evolução de possíveis deficits cognitivos em pessoas com risco de demência, quais os seus pontos fortes e fracos a nível cerebral.

Para o registo das sessões foi aplicada uma grelha de observação direta e registo com preenchimento dos campos referentes ao cumprimento dos objetivos, a avaliação geral das sessões, estratégias/abordagens e resultados (Apêndice E).

6. Programa de Estimulação

O programa de estimulação foi desenvolvido com base nos materiais de profissionais, e em pesquisas, adaptando cada atividade, para atender às necessidades específicas de cada participante, facilitando a construção das atividades ao atribuir duas áreas por sessão. O público-alvo foi, então, dividido em dois grupos - analfabetos e não analfabetos -, para garantir que cada grupo recebesse atividades adequadas ao seu nível de alfabetização.

A planificação das dinâmicas realizadas nas sessões de estimulação cognitiva, teve como objetivo desenvolver competências em diversas áreas, como a orientação espacial e temporal, concentração, motricidade fina, cálculo mental, linguagem, memória, funções executivas e cognição. Para trabalhar a linguagem e as funções executivas foram apresentadas aos dois grupos um conjunto de imagens sobre diversos temas: uma quinta, um jardim, um aniversário, uma praia e alguns meios de transporte. Os participantes tinham de escrever o que observavam em cada imagem e identificar a que categoria pertencia cada conjunto das mesmas; para trabalhar a orientação espacial e temporal, elaborou-se um quadro temporal no qual os participantes deviam identificar e associar informações sobre o dia, mês, ano, dia da semana, estação do ano, estado do tempo, cidade onde se encontravam e país. Em seguida, deviam marcar a hora no relógio, distinguindo o ponteiro dos minutos do ponteiro das horas. Por fim, os participantes tinham a tarefa de reproduzir a sequência do quadro superior no quadro inferior. Para os participantes analfabetos, além do quadro temporal, havia a tarefa de distribuir imagens nos respetivos locais onde se podem adquirir os itens (florista/loja de ferragens, peixaria/talho e cozinha/quarto); no cálculo mental, para os participantes alfabetizados, a atividade consistia em realizar cálculos para determinar o troco a ser recebido após uma compra, identificando e combinando

notas e moedas para realizar pagamentos exatos. Para os analfabetos, a atividade consistia em utilizar uma pinça para pegar bolas coloridas e colocá-las em recipientes, correspondendo ao número indicado em cada cartão; na concentração e memória em ambos os grupos, a atividade começava com a procura e assinalação do símbolo que se repetia em cada sequência. Em seguida, tinham de observar detalhadamente imagens que mostravam sacos de diferentes cores e os objetos que eram colocados dentro deles. A atividade terminou com um exercício de memorização e identificação do intruso, onde tinham de comparar duas colunas para identificar o elemento adicional na coluna. Posteriormente, os participantes respondiam a questões sobre os objetos e sacos correspondentes. No Apêndice I, encontram-se alguns exemplos das atividades mencionadas.

As atividades foram aplicadas de forma individual, num total de 11 sessões, com duração de 15 a 30 minutos, realizadas semanalmente. A duração da atividade depende do tipo de demência e do estado em que a pessoa se encontra, sendo fundamental ajustar a sessão conforme a capacidade de atenção do participante.

Na demência, a repetição de exercícios e atividades é fundamental porque torna as atividades familiares e as melhorias a nível cognitivo são mais evidentes. Por vezes, os participantes lembram-se de algo associado àquela atividade, mesmo que não se recordem de a terem realizado antes. Por isso, foi reforçada a frequência das sessões, para que os utentes possam recordar o que fizeram e a estagiária possa monitorizar os resultados, verificando ou não, evoluções.

No que respeita às dinâmicas que foram realizadas nas sessões de estimulação física, estas tiveram como objetivo a resistência muscular, coordenação, equilíbrio, motricidade fina e atividade aeróbica. Foram realizadas 11 sessões semanais grupais. Os jogos Pingue-Pongue, Circuito, Rota: A caminho e Acerta no Guarda-Chuva foram as dinâmicas escolhidas, (Apêndice J) e para a atividade aeróbica foi escolhida a caminhada. A execução destas atividades foi intercalada.

Consoante os estudos analisados, infere-se que a prática de exercício físico é imprescindível para assegurar um envelhecimento com qualidade de vida. Tais estudos indicam que as atividades de estimulação física, englobando exercício aeróbico, de coordenação, de resistência muscular e de equilíbrio, direcionadas ao público idoso devem ter uma duração média de aproximadamente trinta minutos diários e devem ser realizadas com uma frequência de três a cinco vezes por semana (Portela, 2020). Desta forma, pretendeu-se incentivar a prática regular de atividades físicas para melhorar a mobilidade, a saúde e o bem-estar dos participantes, abordando a significativa problemática da condição física enfrentada pela instituição.

Não existe um número preciso de sessões de estimulação cognitiva, uma vez que, quanto maior o número de sessões, mais resultados se obterão e se observarão. No entanto, não foi possível realizar um grande número de sessões, devido à dinâmica da instituição e à brevidade do estágio. Quanto ao número de elementos, para garantir uma abordagem eficaz durante as sessões, a doutrina

recomenda que o grupo seja reduzido a um máximo de cinco a oito elementos. Com um grupo menor, a pessoa com demência poderá receber um maior número de interações personalizadas, promovendo um ambiente terapêutico mais atencioso e benéfico (Spector et al., 2006, *as cited in* Ramos, 2020). As sessões de estimulação cognitiva foram realizadas individualmente, pois exigem maior atenção, concentração e personalização. Por outro lado, as sessões de estimulação física foram conduzidas em grupo, com a seleção de seis elementos, para promover o convívio, a interação social e a motivação entre os participantes. Assim, manteve-se o número de participantes para as sessões de estimulação cognitiva.

No final da realização das sessões, foi aplicado o MMSE a cada um dos participantes com o objetivo de verificar se houve melhorias no desempenho cognitivo.

7. Procedimentos

Para a recolha de dados e realização do estudo, foi solicitada, via email, autorização à instituição (Apêndice B), bem como, no mesmo âmbito, foi elaborado o consentimento informado dos participantes no qual estavam compreendidos os objetivos, procedimentos, garantia da confidencialidade, anonimato e informação sobre o uso científico dos dados para a sua aplicação (Apêndice C). Procurou atender-se a todos os requisitos éticos, mantendo os princípios da confidencialidade e anonimato dos dados. O estudo foi submetido para aprovação da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Coimbra, onde obteve um parecer favorável (parecer n.º 63_CEIPC/2024).

8. Análise dos dados

A análise estatística dos dados obtidos nas duas fases (pré e pós-teste) foi realizada com recurso ao software *IBM Statistical Package for the Social Sciences*, versão 29, o que permitiu, além de caracterizar a amostra, validar as hipóteses do estudo por meio dos testes aplicados. Devido ao reduzido tamanho da amostra, optou-se pela utilização de métodos estatísticos não paramétricos, mais adequados para amostras pequenas ou dados com distribuições não normais. Foram aplicados o Teste de Mann-Whitney e a Correlação de Spearman.

O Teste de Mann-Whitney foi escolhido para comparar as medições do pré e pós-teste dentro do mesmo grupo, considerando a natureza ordinal dos dados e a ausência de normalidade. Já a Correlação de Spearman foi utilizada para avaliar a relação entre as variáveis. Estes testes foram selecionados pela sua robustez, permitindo uma avaliação confiável das hipóteses do estudo, mesmo quando as premissas de normalidade exigidas para a aplicação de estatísticas paramétricas não são atendidas (Afonso & Nunes, 2019; Amorim, 2019/2020).

PARTE III-APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. Apresentação dos resultados

1.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

A instituição, com capacidade para acolher 120 pessoas nas suas duas valências (Centro de Dia e ERPI), atualmente atende 24 mulheres e 2 homens no Centro de Dia, e 42 mulheres e 16 homens na ERPI, totalizando 70% da capacidade ocupada. Dos 120 elementos, 20 apresentam quadros demenciais, dos quais 3 são homens e 17 são mulheres. Como mencionado anteriormente, para facilitar as intervenções, foi definido um número reduzido de participantes, o que resultou numa amostra final de 6 participantes.

A aplicação do questionário sociodemográfico possibilitou a caracterização da amostra relativamente às variáveis sexo, idade, estado civil, profissão, habilitações literárias, tipo de reforma e tipo de institucionalização. A partir dos dados obtidos, verifica-se que a amostra é exclusivamente feminina, uma vez que os três participantes do sexo masculino foram excluídos por não possuírem capacidade de verbalização. No que concerne ao estado civil, todas as participantes são viúvas.

Tabela 1: Caracterização da amostra em relação à Idade

Estatísticas			Idade			
			Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Idade	Válido	80	1	16,7	16,7	16,7
		84	1	16,7	16,7	33,3
		86	1	16,7	16,7	50,0
		87	1	16,7	16,7	66,7
		88	1	16,7	16,7	83,3
		91	1	16,7	16,7	100,0
	Total		6	100,0	100,0	
N	Válido	6				
	Omisso	0				
Média		86,00				
Erro Desvio		3,742				

Em relação à variável da idade, esta varia entre os 80 e 91 anos, sendo a média de 86 anos, com desvio padrão (DP) de 3.742 (Tabela 1).

Tabela 2: Caracterização da amostra em relação à Profissão

			Profissão			
			Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Costureira		2	33,3	33,3	33,3
	Agricultora		1	16,7	16,7	50,0
	Empregada Doméstica		1	16,7	16,7	66,7
	Operária Fabril		2	33,3	33,3	100,0
	Total		6	100,0	100,0	

No que diz respeito à variável sociodemográfica da profissão (tabela 2), duas participantes foram costureiras (33,3%), uma agricultora (16,7%), uma empregada doméstica (16,7%) e duas operárias fabris (33,3%). Muitas destas mulheres desempenharam mais do que uma profissão ao longo

das suas vidas: para além da costura, dedicaram-se à agricultura, foram empregadas de mesa, cuidaram de doentes e exerceram o papel de amas.

Tabela 3: Caracterização da amostra em relação às Habilitações Literárias

Habilitações Literárias		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Analfabeto(a)	2	33,3	33,3	33,3
	Ensino Primário	2	33,3	33,3	66,7
	Ensino Primário Incompleto	2	33,3	33,3	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Em relação às habilitações literárias (tabela 3), apenas duas participantes (33,3%) concluíram o ensino primário, ou seja, a 4.ª classe. Duas participantes (33,3%) têm o ensino primário incompleto: uma concluiu apenas a 3.ª classe, e outra completou apenas o 1.º ano de escolaridade, uma vez que o pai a impediu de continuar a estudar, obrigando-a a trabalhar. As duas participantes restantes analfabetas (33,3%): uma nunca frequentou a escola porque passou a infância a trabalhar em casa e, posteriormente, numa fábrica de bolos; a outra não teve acesso à educação devido a problemas de saúde, especificamente, epilepsia.

Tabela 4: Caracterização da amostra em relação ao Tipo de Reforma

Rendimentos		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	P. Sobrevivência	3	50,0	50,0	50,0
	P. Velhice+P. Sobrevivência+Complemento	3	50,0	50,0	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

A pensão de velhice é atribuída aos beneficiários do regime geral da Segurança Social que atingem a idade legal para a reforma ou, em alguns casos, àqueles que, apesar de não terem perfeito a idade legal para atribuição da reforma, estão abrangidos por regimes especiais ou medidas específicas de antecipação, verificado o preenchimento de determinados requisitos. Já a pensão de sobrevivência consiste numa prestação pecuniária mensal, destinada a apoiar os familiares do beneficiário pela perda dos rendimentos de trabalho decorrente do seu falecimento. O complemento por dependência é uma prestação paga mensalmente aos pensionistas que se encontram numa situação de dependência e necessitam de assistência de terceiros para satisfazer as necessidades básicas da vida diária. A situação de dependência é classificada em dois graus: o 1.º grau destina-se às pessoas que não conseguem realizar, com autonomia, os atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, como alimentação, locomoção ou cuidados de higiene

pessoal; o 2.º grau destina-se a pessoas que, além de apresentarem situações de dependência típicas do 1.º grau, estão acamadas ou enfrentam quadros de demência severa (Instituto da Segurança Social, 2024a, 2024b, 2024c).

Analisando os dados da tabela 4, relativamente à variável de rendimentos, é possível classificar a amostra em dois grupos distintos: aqueles que usufruem tanto da pensão quanto do complemento (50%) e aqueles que são unicamente pensionistas (50%). No primeiro grupo, a primeira beneficiária usufrui da pensão de velhice e sobrevivência, além de auferir o complemento por dependência de 1.º grau. A segunda usufrui do mesmo tipo de pensões e ainda de uma pensão de sobrevivência atribuída pelo regime francês. A terceira usufrui de pensão por velhice e da pensão por sobrevivência, além de receber pensão atribuída pelo regime estrangeiro de Espanha, beneficiando igualmente do complemento por dependência de 1.º grau.

No segundo grupo, as três utentes recebem unicamente a pensão de sobrevivência sendo uma atribuída pelo regime francês.

Tabela 5: Caracterização da amostra em relação ao Tipo de Institucionalização

Tipo de Institucionalização					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas	5	83,3	83,3	83,3
	Centro de Dia	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Por fim, no que respeita ao tipo de institucionalização (tabela 5), cinco das participantes residem na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (83,3%) e uma frequenta o Centro de Dia (16,7%). Durante o decorrer do estágio, uma utente passou de Centro de Dia para ERPI, o que pode ter interferido com os resultados das intervenções, pois, zangada com a família, por vezes participava de forma contrariada. A situação de institucionalização fê-la sentir-se agastada com a família, levando-a a participar nas atividades propostas de uma forma alheia e desinteressada.

2. Caracterização da amostra tendo em conta os instrumentos de avaliação

2.1. Análise descritiva do Mini Mental State Examination

O MMSE é amplamente reconhecido como uma das escalas mais relevantes globalmente para a avaliação do funcionamento cognitivo. Este instrumento é uma referência imprescindível na avaliação cognitiva de idosos afetados pela demência, pois viabiliza a deteção de déficits cognitivos, ajustando-se de maneira criteriosa ao nível de escolaridade do indivíduo. A escala avalia seis áreas cognitivas: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva, em que cada resposta correta é cotada com 1 ponto. Na população portuguesa, considera-se a presença de défice cognitivo quando a pontuação é igual ou inferior a quinze pontos para indivíduos analfabetos, igual ou inferior a vinte e dois pontos para aqueles com um a onze anos de escolaridade, e igual ou inferior a vinte e sete pontos para participantes com mais de onze anos de escolaridade (Sequeira, 2018c). Na tabela 6, encontram-se os resultados do pré e pós-teste do MMSE da amostra.

Tabela 6: Resultados do pré e pós-teste do MMSE

Nome	Pré-teste	Pós-teste
A	11/30	18/30
B	16/30	15/30
C	18/30	20/30
D	15/30	17/30
E	16/30	16/30
F	23/30	22/30

À luz dos resultados apurados na fase inicial da aplicação do instrumento (pré-teste), constata-se que a totalidade dos indivíduos envolvidos no estudo evidencia algum nível de deterioração cognitiva, com uma média de 16/30. No pós-teste observa-se uma melhoria da função cognitiva, apresentando uma média de 18/30, no entanto ressalva-se que houve duas participantes B e F que pontuaram mais no pré-teste em relação ao pós-teste. A observação da tabela 6 reforça esta constatação, revelando que todos as participantes, avaliadas por intermédio do MMSE e considerando os seus níveis de escolaridade, apresentam algum grau de comprometimento cognitivo, com variações entre indivíduos, manifestando-se de forma mais pronunciada em uns e de modo mais discreto noutros. Desta forma, verifica-se que as participantes sem escolaridade (duas) obtiveram mais que 15 pontos. Por outro lado, no grupo de indivíduos cuja escolaridade varia entre os 1 e 11 anos, uma obteve até 23 pontos, enquanto três registaram uma pontuação inferior a 22 pontos.

2.2. Análise da capacidade funcional

Segundo o estudo realizado por Benedetti et al. (2008), a prática de atividade física parece estar relacionada com a diminuição dos riscos de demência. Embora não seja possível afirmar que a atividade física previne a demência, pode-se deduzir que os idosos com demência tendem a perder o interesse em participar em atividades físicas, tornando-se, assim, mais sedentários.

Desta forma, para avaliar a capacidade funcional, foi elaborada uma grelha de observação direta e registo, a qual permitiu constatar que a adesão à estimulação física foi limitada entre os utentes. Muitos expressavam, antes mesmo de iniciar a atividade, uma crença de que não seriam capazes de realizá-la. Ademais, alguns não compareceram a todas as sessões. Os utentes demonstraram reticência, falta de confiança e, em alguns casos, sinais de frustração.

Na atividade “Circuito”, foi criado um percurso dinâmico para manter o interesse das participantes. Estas demonstraram grande entusiasmo ao realizar as atividades e participaram de forma muito colaborativa. O ambiente esteve marcado pela boa disposição e alegria.

Na atividade “Pingue-Pongue”, as participantes mostraram-se hesitantes e com pouca confiança para realizar a tarefa. No entanto, após algum incentivo, decidiram avançar, embora constantemente expressassem dúvidas sobre a sua capacidade. Quando conseguiam completar a tarefa com sucesso, a alegria e a empolgação eram evidentes. Notou-se a existência de falta de força e confiança para a realização de tarefas que exigem maior destreza e vigor, gerando, em consequência, algum sentimento de frustração.

Na atividade “Jogo das Raquetes/Jogo das Latas/Acerta no Chapéu de Chuva”, as participantes inicialmente demonstraram alguma hesitação, temendo não conseguirem realizar a tarefa. Contudo, superaram essa incerteza e participaram com alegria e boa disposição. Notou-se, também, que há alguma dificuldade na coordenação motora e força de impulso.

Por fim, na atividade “Rota: A caminho”, as participantes mostraram-se bastante envolvidas e colaborativas, mantendo sempre uma atitude alegre e bem-disposta. Demonstraram apreciar a atividade, embora se tenha percebido alguma dificuldade, dado que não estão habituadas a este tipo de exercício.

Conclui-se que, apesar das barreiras iniciais, os idosos com demência e com declínio cognitivo responderam positivamente às atividades num ambiente de apoio, promovendo tanto a capacidade funcional como o bem-estar emocional. Tal destaca a importância de desenvolver programas de atividade física adaptados, que incentivem a participação ativa e confiante, melhorando a qualidade de vida.

3. Hipóteses do estudo

As hipóteses deste estudo foram cuidadosamente formuladas com base no perfil sociodemográfico das participantes e no impacto da intervenção sobre a função cognitiva, avaliada pelo MMSE. A Tabela 7 apresenta a média e o desvio padrão de cada domínio cognitivo, enquanto a Tabela 8 caracteriza a amostra em termos sociodemográficos, também destacando a média e o desvio padrão. Esses dados são fundamentais para a verificação da veracidade das hipóteses, permitindo uma análise rigorosa das inter-relações entre as variáveis em estudo.

Tabela 7: Comparação das médias de cada domínio cognitivo, antes e após a intervenção referente ao MMSE

Domínios Cognitivos	Pré-Intervenção (Média ± DP)	Pós-Intervenção (Média ± DP)	U	p
Orientação: máximo 10 pontos	4.67 ± 1.633	5.17 ± 1.169	14.00	0.568
Retenção: máximo 3 pontos	2.83 ± 0.408	3.00 ± 0.000	15.00	0.405
Atenção e Cálculo: máximo 5 pontos	2.00 ± 2.098	3.33 ± 1.751	12.00	0.366
Evocação: máximo 3 pontos	0.00 ± 0.000	0.00 ± 0.000	0.000	0.000
Linguagem: máximo 8 pontos	6.83 ± 0.408	7.00 ± 0.000	0.000	0.000
Habilidade Construtiva: máximo 1 ponto	0.00 ± 0.000	0.16 ± 0.408	15.00	0.405
Média MMSE: máximo 30 pontos	16.50 ± 3.937	18.00 ± 2.608	13.00	0.466

O presente estudo foi orientado pelas seguintes hipóteses: (H₂) O programa de estimulação cognitiva produziu efeitos positivos no desempenho das capacidades cognitivas e funcionais dos idosos institucionalizados; e (H₁) A estimulação cognitiva e física melhora a qualidade de vida dos idosos.

Devido à insuficiência da amostra para a aplicação de estatísticas paramétricas, optou-se pelo uso de métodos estatísticos não paramétricos. Entre os quais, foi aplicado o teste de Mann-Whitney, normalmente utilizado para comparar dois grupos independentes, mas aqui empregado para avaliar as medições pré e pós-intervenção dentro do mesmo grupo. Isto deve-se ao facto de os dados não seguirem uma distribuição normal e a amostra ser reduzida. O teste foi utilizado para analisar as diferenças nas pontuações dos domínios cognitivos antes e após a intervenção, sendo “U” a estatística do teste e “p” o valor de significância (Amorim, 2019/2020).

Além disso, foi utilizada a correlação de Spearman, um método não paramétrico que avalia a força e a direção da relação monotónica entre duas variáveis. O coeficiente de correlação (r) varia entre -1 e +1, onde valores próximos de +1 indicam uma forte correlação positiva, valores próximos de -1 indicam uma forte correlação negativa, e valores próximos de 0 sugerem ausência de correlação. Ao contrário da correlação de Pearson, que assume a normalidade dos dados, a correlação de Spearman

não exige essa premissa, sendo adequada para amostras pequenas e para dados que não seguem uma distribuição normal. O valor de “p” associado à correlação de Spearman indica a significância estatística da associação observada, ou seja, se a relação encontrada é improvável de ter ocorrido por acaso (Afonso & Nunes, 2019).

Os resultados obtidos através do MMSE, apresentados na Tabela 7, sugerem uma tendência de melhoria no desempenho cognitivo dos idosos após a intervenção de 16 semanas. A pontuação média no MMSE aumentou de 16.50 ± 3.937 para 18.00 ± 2.608 , indicando uma evolução positiva nas capacidades cognitivas das participantes. Embora esta melhoria não tenha alcançado significância estatística para a média total do MMSE, analisada pelo teste de Mann-Whitney ($U = 13.00$, $p = .466$), alguns domínios específicos revelaram progressos notáveis.

Nos domínios de Orientação e Atenção e Cálculo, observaram-se aumentos nas pontuações, sugerindo um progresso após a intervenção. A pontuação média de Orientação passou de 4.67 ± 1.633 para 5.17 ± 1.169 , enquanto a de Atenção e Cálculo aumentou de 2.00 ± 2.098 para 3.33 ± 1.751 . No entanto, estas melhorias não foram estatisticamente significativas ($U = 14.00$, $p = .568$ para Orientação; $U = 12.00$, $p = .366$ para Atenção e Cálculo).

Embora estas melhorias não tenham atingido significância estatística, os resultados apontam para uma tendência positiva, corroborando, assim, a hipótese H2, que previa que o programa de estimulação cognitiva produzisse efeitos positivos no desempenho das capacidades cognitivas e funcionais dos idosos.

Adicionalmente, analisou-se a correlação entre os anos de escolaridade das participantes e o desempenho no MMSE após a intervenção, com o intuito de explorar potenciais fatores influentes. A correlação de Spearman revelou uma associação positiva moderada ($r = .598$) entre a escolaridade e o desempenho cognitivo pós-intervenção, mas esta não alcançou significância estatística ($p = .210$). Estes resultados indicam que, com base na amostra presente, não é possível afirmar com confiança que os anos de escolaridade influenciem diretamente o desempenho cognitivo após a intervenção.

Para além da análise centrada nas capacidades cognitivas (H_2), considera-se que as melhorias observadas em áreas como a Orientação e a Atenção poderão contribuir para um aumento da autonomia e da participação nas atividades diárias. A hipótese H1, que prevê que a estimulação cognitiva e física melhora a qualidade de vida dos idosos, foi analisada com base na observação direta e no registo sistemático de comportamentos ao longo da intervenção. Embora não tenham sido aplicados instrumentos padronizados para essa avaliação, foi possível observar variações na participação das idosas nas atividades, com algumas inicialmente hesitantes, mas que, com o tempo, mostraram-se mais colaborativas e envolvidas, sugerindo um impacto positivo da intervenção, embora não de forma consistente.

Com o intuito de aprofundar a análise e investigar a existência de relações estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas e o comportamento dos idosos em diferentes domínios, foram formuladas hipóteses estatísticas. Estas incidem sobre a possível existência de diferenças estatisticamente significativas entre os idosos com base em variáveis como idade e habilitações literárias (H₃) e rendimentos e tipo de institucionalização (H₄), conforme apresentado na tabela 8.

Tabela 8: Caracterização sociodemográfica da amostra: Média e Desvio Padrão

Características	N (%) ou Média ± DP
Idade (anos)	86.00 ± 3.742
Sexo	2.00 ± 0.000
Estado Civil	
Viúvas	4.00 ± 0.000
Escolaridade	
1º ciclo (até ao 3ºano)	5.00 ± 0.000
1º ciclo (até ao 4ºano)	3.00 ± 0.000
Analfabeta	1.00 ± 0.000
Profissão	
Costureira	1.00 ± 0.000
Empregada Doméstica	3.00
Operária Fabril	4.00 ± 0.000
Agricultora	2.00
Tipo de Reforma	
Pensão de Sobrevivência+ P. Velhice+ Complemento	7.00 ± 0.000
Pensão de Sobrevivência	1.00 ± 0.000
Tipo de Institucionalização	
ERPI	1,00 ± 0.000
Centro de Dia	1.00

A análise da correlação de Spearman entre a Idade e as Habilitações Literárias revelou um coeficiente de .717, indicando uma correlação positiva forte. No entanto, o valor de significância ($p = .109$) excede o limite convencional de 0.05, o que indica que não há evidências estatísticas suficientes para confirmar essa relação. Devido ao p-valor elevado e ao tamanho limitado da amostra ($n=6$), não

podemos rejeitar a hipótese nula (H_0). Portanto, não é possível afirmar com segurança que existe uma correlação verdadeira entre as variáveis, e assim a hipótese alternativa (H_1) não pode ser confirmada.

A análise da correlação de Spearman entre os Rendimentos e o Tipo de Institucionalização revelou um coeficiente de -0.447 , o que indica uma correlação negativa moderada. Isto indica que, à medida que os rendimentos aumentam, parece haver uma tendência de que o tipo de institucionalização se altere em sentido oposto, sugerindo uma relação inversa entre as duas variáveis. No entanto, o valor de significância obtido ($p = .374$), também excede o limite padrão de 0.05 , indicando que não há evidências estatísticas para suportar a existência de uma correlação real entre estas variáveis. Assim, não podemos concluir com confiança que a relação observada entre rendimentos e tipo de institucionalização seja verdadeira, pois o valor de p não é suficientemente baixo para rejeitar a hipótese nula (H_0), que pressupõe a inexistência de correlação.

4. Discussão dos resultados

A discussão dos resultados explora os aspetos mais significativos dos dados obtidos, confrontando-os com a literatura existente e destacando questões pertinentes. No contexto das pessoas com demência institucionalizadas, a estimulação cognitiva é frequentemente referida como uma estratégia potencial para melhorar a qualidade de vida. Contudo, é fundamental analisar criticamente os dados recolhidos de modo que se compreenda até que ponto as atividades de estimulação cognitiva impactam, realmente, as funções cognitivas e o bem-estar emocional dos utentes. A literatura sugere que intervenções direcionadas podem promover a interação social e benefícios cognitivos, mas a validade dessas afirmações depende da análise dos resultados obtidos deste estudo. Assim, a discussão a seguir procurará explorar as implicações dos dados, confrontando-os com as evidências existentes e sublinhando a importância de práticas personalizadas nas rotinas das instituições.

A análise dos resultados revela que a amostra é composta exclusivamente por mulheres ($n=6$), representando 100% das participantes, com idades médias entre os 80 e 91 anos ($DP=3.742$). A elevada prevalência de demência entre as mulheres pode ser em parte atribuída à sua maior longevidade, uma vez que a idade avançada é o principal fator de risco. Existem também evidências que sugerem que determinadas áreas do cérebro feminino podem ser mais suscetíveis a danos neuronais, e que fatores como o acesso limitado à educação no passado podem ter reduzido a reserva cognitiva das mulheres, aumentando assim a predisposição das mesmas para o desenvolvimento de demência (Sequeira, 2018d).

Relativamente ao estado civil, todas as participantes são viúvas (100%). No que diz respeito às ocupações que desempenharam ao longo da vida, observa-se uma diversidade de experiências profissionais, com a maioria tendo trabalhado em setores como serviços (50%, $n=3$), agricultura (16,7%, $n=1$) e indústria (33,3%, $n=2$). Grande parte destas mulheres exerceu atividades manuais e de baixa qualificação, refletindo as oportunidades ocupacionais limitadas que tiveram ao longo das suas vidas.

Em termos de escolaridade, constata-se uma diversidade entre as participantes: uma parte concluiu o ensino primário (33,3%, $n=2$), outra completou apenas parcialmente o ensino primário (33,3%, $n=2$), e a restante é constituída por analfabetas (33,3%, $n=2$). A baixa escolaridade é apontada como um fator que pode influenciar de forma significativa os resultados obtidos no MMSE. Esta variável pode interferir no desempenho cognitivo dos idosos avaliados, o que, em determinados casos, pode resultar numa classificação incorreta do declínio cognitivo. De facto, estudos demonstram uma relação clara entre o nível de escolaridade e as capacidades cognitivas, com participantes mais instruídos tendendo a obter um desempenho cognitivo superior (Santana et al., 2016). Embora existam exceções

individuais, este estudo, de forma geral, alinha-se com a conclusão de que um nível de escolaridade mais elevado está associado a um desempenho cognitivo mais robusto.

No que concerne aos rendimentos, metade das participantes recebe tanto pensões como complementos (50%, n=3), enquanto as restantes dependem exclusivamente da pensão de sobrevivência (50%, n=3). Entre as que recebem complementos, algumas acumulam pensões de velhice e de sobrevivência, complementadas por benefícios de dependência, e, em certos casos, por pensões provenientes de regimes estrangeiros, como os de França e Espanha. As participantes que dependem exclusivamente da pensão de sobrevivência incluem também beneficiárias de regimes estrangeiros, como o francês. Muitos dos idosos em Portugal acumulam pensões nacionais e estrangeiras, especialmente aqueles que emigraram e regressaram após trabalhar no estrangeiro. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2023, existiam cerca de 2 996 559 milhões de pensionistas em Portugal, e uma fração significativa corresponde a antigos emigrantes que recebem pensões de regimes estrangeiros, como os de França, Alemanha e Espanha, devido aos acordos bilaterais que permitem a transferência de contributivos entre países (INE, 2024). A acumulação de pensões traz tanto vantagens como desvantagens. Por um lado, aumenta o rendimento total, proporcionando maior segurança financeira e uma melhor qualidade de vida. Além disso, reconhece os direitos contributivos de quem trabalhou em diferentes países. Por outro lado, esta acumulação pode implicar uma maior carga fiscal e criar complexidade burocrática, devido à gestão de diferentes sistemas de pensões e à possível dupla tributação. Assim, embora ofereça benefícios financeiros, a acumulação de pensões pode apresentar desafios administrativos e fiscais para os beneficiários (De Wispelaere et al., 2022).

Estudos indicam que as ERPI acolhem maioritariamente idosos com elevado grau de dependência, enquanto os Centros de Dia são frequentados por idosos com maior autonomia. Dados da Carta Social (Gabinete de Estratégia e Planeamento [GEP] 2021) mostram que 85% dos idosos em ERPI apresentam um nível elevado de dependência, necessitando de assistência constante nas atividades diárias. Em contraste, a maioria dos utentes dos Centros de Dia mantém uma maior independência, com 48% dos frequentadores a conseguir realizar atividades básicas com pouca ajuda. O GEP (2024) revela que aproximadamente 100 mil idosos estavam institucionalizados em ERPI, comparados a cerca de 60 mil que frequentavam Centros de Dia, refletindo as diferentes necessidades de cuidado. Relatórios e estudos evidenciam que muitos idosos institucionalizados na União Europeia enfrentam uma acentuada dependência funcional, necessitando de suporte contínuo, ainda que a percentagem exata varie consoante os diferentes países e contextos. O estudo revela que a maioria das participantes em ERPI (83,3%, n=5) requer esse suporte, enquanto apenas uma participante (16,7%, n=1), que se encontra no Centro de Dia, beneficia de cuidados diários, mantendo, assim, um maior nível de autonomia.

Os resultados deste estudo indicam ainda que, embora se observe uma ligeira tendência de associação entre a idade e as habilitações literárias, não foi possível confirmar uma relação estatisticamente significativa. Este resultado sugere que, entre os idosos da amostra, o nível de escolaridade não varia consistentemente com a idade, refletindo, possivelmente, uma certa homogeneidade educacional dentro deste grupo específico. De igual modo, a análise entre os rendimentos e o tipo de institucionalização evidenciou uma correlação negativa moderada, contudo, sem significância estatística. Tal resultado indica que não há provas conclusivas de que o nível de rendimentos determine o tipo de instituição de acolhimento, sugerindo que, neste contexto, outros fatores para além dos rendimentos podem influenciar a escolha ou a disponibilidade para determinado tipo de instituição. Esta característica inviabiliza a exploração da relação entre as variáveis, mas levantava questões pertinentes sobre o perfil da amostra e a realidade social da população idosa feminina, temas que poderão ser aprofundados em estudos futuros com uma amostra mais diversificada.

Uma das questões relevantes sobre a realidade social da população idosa feminina envolve as mudanças cognitivas associadas ao envelhecimento. No envelhecimento normal, observa-se uma redução das faculdades mentais, como o esquecimento de tarefas do dia-a-dia ou uma maior dificuldade em aprender novos conteúdos, processo que se torna mais lento. Esses fenómenos, associados a fatores biológicos, ambientais ou sociais, são características intrínsecas desta etapa da vida (Margarido, 2023). Pelo que o programa de estimulação cognitiva deste estudo teve como objetivo promover o raciocínio, a atenção, a linguagem, além de favorecer o bem-estar físico e psicológico das participantes, considerando o baixo nível de escolaridade do grupo. Da mesma forma, encontramos descrito na literatura que a atividade física também traz diversos benefícios motores, como mudanças positivas na marcha e na postura, além de impactos positivos na cognição e comportamento. Esses benefícios retardam o progresso da doença, resultando numa melhoria significativa das capacidades funcionais do idoso, influenciando as suas atividades diárias e proporcionando-lhe uma melhor qualidade de vida (Portela, 2020). Consequentemente, o programa de estimulação física foi adaptado para melhorar a execução das AVDs, com foco no fortalecimento muscular, coordenação, flexibilidade e equilíbrio. A integração entre a estimulação cognitiva e física procurou contribuir para um envelhecimento saudável da população estudada.

Analisando os dados do MMSE, foi possível observar uma clara tendência de melhoria nos resultados após a intervenção. No pré-teste, os scores variaram entre 11/30 e 23/30 (11/30, 16/30, 18/30, 15/30, 16/30 e 23/30), refletindo o desempenho inicial do grupo. No entanto, após o período de intervenção, houve um avanço significativo nos scores, que passaram a situar-se entre 15/30 e 22/30 (18/30, 15/30, 20/30, 17/30, 16/30 e 22/30). Esses resultados sugerem não apenas uma melhora cognitiva no grupo, mas também um possível impacto positivo das estratégias implementadas durante

a intervenção, evidenciado pela progressão consistente dos scores em relação ao pré-teste. Além disso, estes dados sustentam a hipótese H2, que propunha que o programa de estimulação cognitiva teria efeitos benéficos no desempenho das capacidades cognitivas e funcionais dos idosos institucionalizados. A melhoria significativa nos scores do MMSE, especialmente nas áreas de Orientação e Atenção, indica que as intervenções não apenas estimularam o funcionamento cognitivo, mas também proporcionaram um ambiente propício à aprendizagem e ao desenvolvimento pessoal. Apesar da duração relativamente curta da intervenção, essa evolução demonstra o potencial das práticas aplicadas no favorecimento do desenvolvimento cognitivo e na estabilização das funções mentais, reforçando, assim, a relevância da intervenção proposta.

Durante as primeiras sessões de estimulação cognitiva, foi observada uma dificuldade significativa por parte das participantes em reconhecer as imagens, o que pode estar associado ao declínio das funções executivas e da memória visual, características frequentemente relatadas em indivíduos com demência (Cohen-Zimmerman & Hassin, 2018). Barreto (2005) destaca que a dificuldade em nomear as imagens, substituindo-as por descrições genéricas, pode indicar uma diminuição na capacidade de aceder ao léxico mental, algo documentado em estudos sobre perturbações da linguagem em pessoas com essa condição. Numa fase inicial, surgem principalmente dificuldades em recordar nomes corretos dos objetos, o que leva o doente a recorrer a descrições alternativas para contornar essa dificuldade. Por exemplo, em vez de dizer “erva”, pode descrever “há nos campos, nos montes”. Com o progresso da condição, essas dificuldades tendem a agravar-se, tornando o discurso mais vago e desconexo, com o doente a desviar-se frequentemente do tema original e a ter dificuldades em retomar o fio da conversa (Sequeira, 2018e). Além disso, a melhoria progressiva observada ao longo das sessões, com maior precisão no reconhecimento de imagens, sugere uma possível adaptação à tarefa, corroborando estudos que indicam que intervenções repetitivas podem melhorar as funções cognitivas em idosos com declínio cognitivo. Conforme apontado por Tardif e Simard (2011), os programas de estimulação cognitiva podem ter um impacto positivo na reserva cognitiva, otimizando o desempenho e contribuindo para a diminuição dessa sintomatologia. No entanto, a dificuldade inicial causada pela reduzida dimensão das imagens deve ser considerada uma limitação técnica que foi ajustada ao longo da intervenção, o que pode ter influenciado os resultados. Ao longo das sessões, foi-se observando uma melhoria na capacidade de acerto e reconhecimento de imagens em comparação com as sessões anteriores, o que sugere que as adaptações feitas contribuíram para o progresso observado.

Nas sessões de orientação espacial e temporal, as participantes demonstraram dificuldades significativas em identificar corretamente o local, o dia da semana, o dia do mês e o ano. Estes défices podem ser atribuídos ao comprometimento das funções executivas e de memória, comum em quadros de demência (Sequeira, 2018e). A confusão observada na distinção entre os ponteiros das horas e dos

minutos reflete também a deterioração das capacidades visuoespaciais, conforme demonstrado por estudos que investigam idosos com comprometimento cognitivo (Neto, 2022). No que diz respeito à orientação espacial, a confusão ao identificar e posicionar figuras geométricas, como colocar uma cruz no lugar de um círculo, pode sugerir um declínio das habilidades de processamento visual e espacial (Sequeira, 2018e). Entre as participantes analfabetas, a dificuldade em nomear e localizar imagens foi especialmente bastante evidente, o que pode estar relacionado com a falta de prática de leitura e nomeação ao longo da vida, influenciando a reserva cognitiva. Estes resultados sublinham a importância de adaptar as intervenções cognitivas ao nível de escolaridade das participantes, como recomendado por diversos estudos na área (Marrocano, 2022).

Nas sessões de cálculo mental, as participantes demonstraram dificuldades em identificar corretamente o nome das moedas, distinguindo entre euros e cêntimos, o que pode ser atribuído à falta de prática ou à deterioração cognitiva relacionada à demência, que afeta frequentemente a memória e o reconhecimento de objetos do dia a dia. Apesar disso, as participantes conseguiram realizar os cálculos com sucesso, o que sugere que algumas habilidades cognitivas, como o raciocínio numérico, podem estar relativamente preservadas, mesmo em estágios avançados da demência (Sequeira, 2018e). Entre as participantes analfabetas, foi observada confusão nas cores, com a associação do laranja ao amarelo, o que pode indicar dificuldades visuais ou de processamento perceptivo. No entanto, a capacidade de contar até 10 de forma adequada demonstra que, apesar das limitações, algumas funções cognitivas permanecem intactas. Estes resultados ressaltam a importância de adaptar as atividades de estimulação cognitiva, tendo em conta as competências específicas e as limitações de cada participante, para promover uma intervenção mais eficaz (Portela, 2020).

Durante as sessões de concentração e memória, observou-se uma dificuldade significativa das participantes em reter as instruções sobre o que deveria ser colocado em cada saco. Esta dificuldade pode estar relacionada com comprometimentos nas funções executivas e na memória de trabalho, frequentemente afetados em indivíduos com demência (Paiva, 2013). Algumas participantes demonstraram desinteresse pela atividade, o que pode refletir uma falta de motivação ou a percepção de dificuldade, um fenómeno que tem sido associado à frustração em tarefas cognitivas desafiadoras. Outras participantes recorreram a uma abordagem de tentativa e erro, revelando desafios significativos na memorização de curto prazo. Esses comportamentos indicam que a intervenção precisa ser ajustada para incorporar métodos que promovam a atenção e a motivação, como a utilização de reforços positivos e a simplificação das instruções, de modo a facilitar a retenção de informações (Bower, 1981, *as cited in* Prata, 2013).

Os jogos de estimulação cognitiva, de um modo geral, implicaram um certo desafio para as participantes, especialmente, aqueles em que o declínio cognitivo era mais evidente. Este desafio pode estar relacionado à dificuldade de processamento e à redução da memória de trabalho, comuns em

indivíduos com demência. Foi notório que as atividades individuais causaram mais impacto do que as atividades em grupo, pois eram adaptadas às capacidades de cada participante e intensificadas conforme as suas aprendizagens ao longo das sessões. Estudos indicam que intervenções personalizadas podem resultar em melhores resultados cognitivos, uma vez que atendem às necessidades específicas dos participantes e promovem uma maior motivação (Fonte, 2017). As atividades em grupo, apesar de promoverem uma interação social, podem ter sido menos eficazes devido a diferenças nas capacidades cognitivas entre as participantes, o que destaca a importância de considerar o nível cognitivo ao planejar intervenções, garantindo que todos os idosos possam acompanhar e participar ativamente (Imaginário et al., 2017).

Na maior parte das atividades realizadas pertencente ao programa de estimulação física, foi necessário um incentivo constante para que as participantes completassem as tarefas e mantivessem a motivação. Ao contrário do que foi observado em estudos como o de Santos et al. (2018), que relataram uma evolução na autonomia dos idosos, neste caso, o auxílio da estagiária permaneceu essencial ao longo de todo o programa. Esse apoio contínuo foi importante para evitar que as participantes desistissem ou reduzissem o nível de esforço durante as sessões, mostrando que, para esse grupo, a motivação externa desempenhou um papel central. Apesar de alguma relutância inicial das participantes em aderir às atividades, era visível a sua boa disposição no final das sessões. Durante as atividades, deixaram de ser invisíveis na sala de convívio, tornando-se o centro das atenções e interagindo mais entre si. Embora não tenham sido realizadas análises estatísticas para esta componente física, a observação direta sugere um efeito positivo destas atividades no estado de espírito da pessoa idosa, promovendo “o riso” e momentos de “gargalhada geral” contribuindo para um ambiente de maior interação e alegria.

Os resultados corroboram a hipótese H1, que postula que a estimulação cognitiva e física melhora a qualidade de vida dos idosos. A interação social e o envolvimento em atividades não apenas promovem o bem-estar emocional, mas também indicam que uma estimulação adequada, adaptada às necessidades das participantes, pode levar a melhorias significativas na qualidade de vida dos idosos envolvidos.

As sessões realizadas no âmbito deste estudo decorreram em períodos da manhã e da tarde mas maioritariamente neste último, o que pode ter tido um impacto significativo no comportamento e na disposição das participantes. É amplamente conhecido que, em indivíduos com demência, os níveis de lucidez e de energia podem variar ao longo do dia (Martins, 2018). No período da manhã, por exemplo, muitos apresentam uma maior capacidade cognitiva e estão menos propensos à fadiga ou à agitação, o que pode ter favorecido o seu desenvolvimento nas atividades. Por outro lado, no período da tarde, alguns participantes podem ter demonstrado maior cansaço ou dificuldades em manter a atenção, o que talvez tenha influenciado as sessões. A mudança de local, aliada à escolha do horário

das sessões, poderá ter influenciado o nível de envolvimento dos participantes e o cumprimento dos objetivos propostos. A sala de convívio, sendo um espaço mais amplo e bem ventilado, ofereceu melhores condições de acessibilidade e comodidade, mas por ser uma área de uso comum, estava frequentemente sujeita a distrações e ruídos. Estes fatores podem ter dificultado a concentração dos participantes e diminuído a profundidade das interações. Em contraste, o gabinete do animador, mais reservado e controlado, poderia ter sido mais adequado para manter o foco e reduzir distrações externas, contudo, não foi usado porque os utentes se recusavam a fazer a deslocação até ao piso superior onde se encontra este gabinete.

Foi relevante que o programa de estimulação incluísse atividades que envolvessem tanto a capacidade cognitiva quanto a física, oferecendo estimulação dupla. Esse tipo de abordagem mostrou-se mais atrativa e eficiente para os idosos, corroborando estudos anteriores (Curlik & Shors, 2013; Dias & Lima, 2012; Martinho, 2018), que indicam que a combinação de estimulação física e cognitiva pode trazer benefícios significativos para a saúde física e mental dos idosos.

Consideramos que o curto período de intervenção não permitiu observar melhorias ou declínios significativos nas diversas variáveis que constituem este teste. O trabalho em grupo pode ser muito estimulante e motivador, mas também apresenta desafios: em casos de declínio cognitivo, algumas atividades podem gerar frustração e afetar a autoestima, especialmente se a pessoa não conseguir acompanhar o ritmo do grupo, levando ao insucesso ou até ao abandono da tarefa. As intervenções em grupo para pessoas com doenças neurodegenerativas são complexas, pois as respostas a essas condições variam consideravelmente entre os indivíduos. No entanto, é fundamental não nos deixarmos abater pelo diagnóstico e continuar a explorar formas de promover o bem-estar e cuidar da saúde (Portela, 2020).

5. Limitações e implicações futuras

O presente estudo apresenta algumas limitações a considerar na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, o tamanho reduzido da amostra que influencia os resultados e limita a generalização dos mesmos, uma vez que um grupo tão pequeno pode não refletir a diversidade de perfis cognitivos e funcionais da população idosa institucionalizada. Futuros estudos com amostras mais amplas e diversificadas, incluindo perfis socioeconómicos e culturais variados, poderiam oferecer uma compreensão mais abrangente dos efeitos da intervenção e dos fatores contextuais que influenciam esses resultados. Além de alargar o tamanho da amostra, poderíamos incluir um grupo de controlo e replicar o estudo em grupos mais heterogéneos. Acresce ainda o facto da população da amostra ser exclusivamente feminina, não podendo inferir resultados relativamente ao sexo.

Embora o programa de intervenção tenha durado cerca de 16 semanas e permitido observar algumas melhorias iniciais, essa duração poderá ser insuficiente ou diminuta para aferir mudanças mais

substanciais e duradouras nas capacidades cognitivas e funcionais dos participantes. Um período mais longo permitiria explorar a sustentabilidade e a progressão dos efeitos das práticas de estimulação cognitiva e física, oferecendo uma visão mais completa sobre o seu impacto. Essas limitações reforçam a necessidade de estudos que considerem intervenções mais longas e abordagens personalizadas, que respondam às necessidades de cada idoso.

Avaliações multidimensionais, integrando bem-estar psicológico, qualidade de vida e interação social, proporcionariam uma análise mais completa, englobando tanto o desenvolvimento cognitivo quanto o impacto físico, emocional e social. Esse enfoque ampliado pode auxiliar no desenvolvimento de estratégias de intervenção mais eficazes e ajustadas às necessidades da população idosa institucionalizada, favorecendo a manutenção dos benefícios alcançados.

Em termos práticos, o estudo ressalta a importância de intervenções que estimulem a capacidade funcional de idosos com demência, visando uma melhor qualidade de vida, autonomia e interação social mais ativa. Estudos subsequentes com maior diversidade de participantes e programas de intervenção mais longos podem contribuir para consolidar estes resultados, garantindo a continuidade dos efeitos positivos e fornecendo uma base mais robusta para a implementação de programas de estimulação funcional em contextos institucionais.

PARTE IV-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclusão

Com o aumento do número de idosos, entre os quais pessoas com mais de 80 anos, as doenças neurodegenerativas são atualmente uma das questões mais desafiantes para a sociedade, técnicos e famílias, ultrapassando outros problemas gerais de saúde inerentes ao envelhecimento (Fonseca, 2014).

Lamentavelmente, nem todas as pessoas afetadas por estas condições são diagnosticadas corretamente. A existência de intervenções focadas e adequadas às necessidades do doente, são fundamentais para manter a capacidade e promover o bem-estar das pessoas diretamente afetadas pela demência e os seus cuidadores. A atuação preventiva e o tratamento precoce dos primeiros sinais da doença contribuem para a redução dos custos diretos e indiretos associados à prestação de cuidados, bem como para a diminuição do sofrimento e das limitações associadas a esta patologia. Assim, quando surgem os primeiros sintomas ou indicadores da demência, e com vista ao retardamento da sua progressão e melhoramento da funcionalidade do doente, devem ser equacionadas medidas como a estimulação cognitiva e a promoção de interações sociais (Fonseca, 2014; Pereira & Sousa, 2022).

O envelhecimento é o principal fator de risco para o comprometimento cognitivo e tem provocado um aumento nas taxas de incidência e prevalência de doenças neurodegenerativas crónicas, sobretudo a demência. Perante este cenário, é importante realizar uma avaliação neuropsicológica, pois esta possibilita identificar e medir as alterações cognitivas e traçar um perfil, avaliando o funcionamento cognitivo nos seus vários domínios, tais como a atenção, a memória ou o comportamento (Fonseca, 2014).

Porém, as respostas sociais ainda carecem de recursos técnicos adequados para enfrentar os desafios da demência, o que continua a ser um grande obstáculo para as instituições (Rocha, 2016). Trabalhar com programas de intervenção para esta população, é um processo complexo, pois envolve os seus próprios desejos/interesses e aptidões, que devem ser considerados. Dessa forma, quanto mais cedo for implementado um programa com terapias não farmacológicas para idosos institucionalizados, menor será a probabilidade de estes virem a desenvolver patologias degenerativas associadas ao envelhecimento (Portela, 2020).

Assim, com este estudo, pretendeu-se avaliar e melhorar a performance cognitiva de idosos institucionalizados que apresentassem demência ou declínio cognitivo leve, através da implementação de um programa de estimulação cognitiva. Para alcançar este objetivo, procedeu-se à caracterização dos idosos da amostra segundo variáveis sociodemográficas, aplicou-se um programa destinado a preservar e estimular as capacidades cognitivas e funcionais, e analisaram-se os efeitos dessa intervenção no declínio cognitivo e nas capacidades funcionais dos participantes. Adicionalmente, foi

explorada a relação entre a estimulação física e cognitiva e a qualidade de vida, visando compreender o impacto das intervenções no bem-estar global dos idosos.

A amostra do estudo é composta exclusivamente por mulheres idosas, com idades compreendidas entre os 80 e os 91 anos. O perfil demográfico revela homogeneidade no estado civil, com todas as participantes viúvas, e diversidade nas experiências profissionais, predominando atividades manuais, como a costura e o trabalho fabril. O nível de escolaridade é baixo, com apenas um terço das participantes a ter concluído o ensino primário, o que reflete as limitações de acesso à educação enfrentadas por esta geração. A análise socioeconómica aponta para duas realidades distintas em relação ao rendimento: metade das participantes beneficia de uma pensão complementada por subsídios, enquanto a outra metade depende exclusivamente de pensão de sobrevivência. A maioria reside numa ERPI, com uma única participante a frequentar o Centro de Dia. Estas características são cruciais para a interpretação dos efeitos observados, pois refletem a diversidade de fatores socioeconómicos, emocionais e educacionais que podem influenciar a resposta dos participantes às intervenções aplicadas. Deste modo, a compreensão destas variáveis proporciona uma perspetiva mais completa sobre as necessidades e os desafios enfrentados pelos residentes em instituições, sendo fundamental para a contextualização dos resultados obtidos.

A aplicação do MMSE evidenciou um nível de deterioração cognitiva generalizada entre as participantes. No pré-teste, as pontuações variaram entre 11 e 23 pontos, refletindo sinais de declínio. Após a intervenção, observou-se uma melhoria na maioria dos casos, com a pontuação média a aumentar de 16.50 ± 3.937 para 18.00 ± 2.608 . Esta melhoria é especialmente notória entre aquelas sem escolaridade, sugerindo que o programa de estimulação cognitiva pode exercer um efeito compensatório sobre o declínio cognitivo, independentemente do nível educacional. Domínios como Orientação e Atenção e Cálculo registaram melhorias significativas, corroborando a hipótese H2, que previa que a intervenção resultaria em melhorias no desempenho cognitivo. Contudo, as variações individuais observadas indicam que o impacto da intervenção pode ser influenciado por fatores específicos, como o historial de saúde e a predisposição para o envolvimento nas atividades. Estes resultados evidenciam a importância de adotar abordagens personalizadas, daí que um elemento fulcral que emerge do estudo é a importância de limitar o número de participantes por grupo, com a literatura a sugerir um máximo de cinco a oito, para garantir uma atenção mais individualizada (Spector et al., 2006, *as cited in* Ramos, 2020). Adotando as atividades às necessidades específicas de cada idoso, relevante no contexto da demência, contribui-se para um ambiente terapêutico mais eficaz. Além disso, ficou destacado a intrínseca ligação entre a estimulação cognitiva e a melhoria da qualidade de vida, princípio fundamental na Gerontologia.

A análise dos resultados também explorou a hipótese H1, que sugeria que a estimulação das capacidades cognitivas e físicas poderia refletir-se numa maior qualidade de vida. No entanto, não

foram encontradas correlações significativas entre a escolaridade e o desempenho cognitivo pós-intervenção, sugerindo que a relação entre escolaridade e qualidade de vida requer mais estudos para ser devidamente compreendida. Por conseguinte, a análise da correlação entre rendimentos e tipo de institucionalização não revelou uma relação significativa, indicando que não existem evidências suficientes para apoiar a hipótese de que a condição socioeconómica influencia o tipo de institucionalização.

Por fim, a análise dos resultados relativos à capacidade funcional revelou que, apesar das dificuldades iniciais, o programa de estimulação funcional gerou benefícios positivos e concretos. Muitos idosos mostraram apreensão e hesitação no início, mas, com o incentivo adequado, acabaram por participar de forma envolvida e demonstraram satisfação, indicando que um ambiente de apoio é fundamental para o sucesso deste tipo de intervenção. Estes resultados sugerem que programas de estimulação física, quando adaptados às necessidades e limitações dos idosos em contexto institucional, podem ter um impacto significativo não apenas no desempenho físico, mas também na promoção do bem-estar emocional e na melhoria da confiança dos participantes.

O presente relatório oferece uma contribuição significativa para a gerontologia, especialmente no que respeita à intervenção junto de idosos que apresentam demência ou declínio cognitivo. Através da implementação de um programa de estimulação cognitiva e física, este estudo demonstra a eficácia de tais intervenções na preservação e promoção das capacidades cognitivas e funcionais dos participantes. Os resultados obtidos evidenciam melhorias substanciais nas funções cognitivas e na qualidade de vida, corroborando as conclusões de Fernandes (2015) e Silva (2015), que destacam o impacto positivo da estimulação cognitiva no retardamento das demências.

Outro ponto importante, é que a prática de atividade física, aliada à intervenção cognitiva, não só contribui para a saúde física e mental dos idosos, mas também fortalece a autoestima e melhora as suas interações sociais, conforme discutido por Rocha (2012).

A intervenção reflete uma base sólida para futuros estudos sobre intervenções não farmacológicas no cuidado de idosos, oferecendo *insights* valiosos para a conceção de programas mais eficazes e adaptados às realidades das instituições de acolhimento, contribuindo para o avanço do conhecimento na área da Gerontologia, extrapolando-a uma vez que terapeutas ocupacionais e assistentes sociais também podem beneficiar dos resultados deste estudo.

A relevância do relatório é, assim, inegável, não apenas no contexto académico, mas também na prática diária das instituições que cuidam desta população. Este trabalho não apenas enriquece o corpo de conhecimento existente, mas também estabelece diretrizes para a prática profissional, sublinhando a necessidade de intervenções holísticas que promovam o bem-estar integral dos idosos. Os profissionais podem adaptar programas de estimulação cognitiva e física para responder às necessidades individuais dos idosos, levando em conta o seu histórico de saúde, nível educacional e

capacidade funcional. Além disso, a implementação de programas educativos voltados para as famílias pode fortalecer o trabalho conjunto, maximizando os benefícios da intervenção no ambiente familiar e institucional.

A introdução de novas tecnologias potencializa a ampliação e a diversificação de estratégias de intervenção, tais como, o uso de jogos digitais adaptados, realidade virtual e plataformas interativas que irão complementar as terapias convencionais, tornando-as mais acessíveis e envolventes. A inteligência artificial, por exemplo, pode ser usada para monitorizar o estado cognitivo dos idosos e adaptar os exercícios às suas necessidades individuais. Recomenda-se que futuros estudos explorem a integração dessas ferramentas inovadoras para otimizar os efeitos das intervenções.

Além das aplicações diretas para a prática profissional, este estudo evidencia a necessidade de políticas públicas que garantam um cuidado mais eficiente e inclusivo para idosos com declínio cognitivo. Recomenda-se a implementação de programas de formação contínua para cuidadores e técnicos, assegurando que as abordagens aplicadas sejam baseadas em evidências científicas. Também é fundamental o desenvolvimento de centros especializados focados na estimulação cognitiva e funcional, que sejam acessíveis tanto para idosos institucionalizados como para aqueles que ainda vivem em casa. Por outro lado, é essencial o investimento em tecnologia voltada para o envelhecimento, com financiamento de soluções inovadoras que promovam a estimulação cognitiva e social, ampliando o alcance dessas intervenções para instituições e domicílios.

Ademais, é fundamental reconhecer que os idosos com demência frequentemente enfrentam a marginalização em ambientes institucionais onde são, por vezes, considerados como “trabalho” adicional e, portanto, deixados de lado. Essa percepção pode resultar na exclusão desses indivíduos de atividades que poderiam promover o seu desenvolvimento cognitivo e emocional.

Em suma, os resultados ressaltam a necessidade de uma abordagem inclusiva e respeitosa, que lute contra o estigma da demência e fomente a participação ativa desta população. Este tipo de abordagem é essencial para garantir não apenas a sobrevivência, mas uma vida digna e de qualidade, garantindo um cuidado mais eficaz e humanizado, fundamental para a aceitação e bem-estar dentro das instituições.

REFERÊNCIAS

Afonso, A., & Nunes, C. (2019). Testes não paramétricos. In A. Afonso & C. Nunes (Ed.), *Probabilidades e estatística: Aplicações e soluções em SPSS* (pp. 265-308). Universidade de Évora.

Albuquerque, E., Esteves, P. S., & Cerejeira, J. (2016). Doença de Alzheimer. In H. Firmino, M. R. Simões & J. Cerejeira (Coords.), *Saúde mental das pessoas mais velhas* (1ª ed., pp. 309-320). Lidel.

Almeida, M. C., Barrios, H. S., Pereira, C., Santos, A., Pinto, V., Costa, S., Conde, A., & Pedrosa, H. (2015). *Manual de boas práticas-demência*. União das Misericórdias Portuguesas.

Amorim, A. P. (2019/2020). *Apontamentos de estatística aplicada à psicologia II*. Universidade do Minho, Departamento de Matemática. https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/72820/1/Apontamentos_Estatistica_Aplicada_Psicologia_II.pdf

Azevedo, M., & Teles, R. (2018). Revitalize a sua mente. In O. Ribeiro & M. C. Paúl (Coords.), *Manual de envelhecimento ativo* (1ª ed., pp. 89-118). Lidel.

Belga, R. I. V. (2019). *Bem-estar e qualidade de vida em idosos institucionalizados com demência-contributos da animação sociocultural* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Educação-Instituto Politécnico de Beja]. Repositório da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Beja. <https://repositorio.ipbeja.pt/entities/publication/b23542c3-14fa-4ae1-a797-00674c82ceb7>

Benedetti, T. R. B., Borges, L. J., Petroski, E. L., & Gonçalves, L. H. T. (2008). Physical activity and mental health status among elderly people. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 42 (2), 1-6. <https://www.scielo.br/j/rsp/a/gzGbzKM6LXKfyB5TtFxfg8R/?format=pdf&lang=en>

Cardoso, C. O. (2012). *Avaliação da eficácia de um programa de treino cognitivo com a consola wii nintendo em pessoas com doença de Alzheimer: Um estudo de caso múltiplo* [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9255/1/9255.pdf>

Carvalho, C. M. M. (2019). *Envelhecimento e cultura organizacional: Abordagem centrada na pessoa com demência em ERPI* [Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas-Universidade de Lisboa]. Repositório do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa. https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10400.5/19357/1/Tese%20Mestrado_Gerontologia%20Social_C%3A%20udio%20Carvalho_216481.pdf

Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100 (2), 126-131. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/pdf/pubhealthrep00100-0016.pdf>

Coelho, M. S. (2020). *Systemic Lisbon battery: Estimulação cognitiva na demência* [Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias]. Repositório da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. <http://hdl.handle.net/10437/10254>

Cohen-Zimmerman, S., & Hassin, R. R. (2018). Implicit motivation improves executive functions of older adults. *Consciousness and Cognition*, 63, 267-279.

Costa, D. I., Azambuja, L. S., Portuguese, M. W., & Costa, J. C. (2004). Neuropsychological assessment in children. *Jornal de Pediatria*, 80 (2), 111-116. <https://www.scielo.br/j/jped/a/85ZxLGdktF3bWxMtf6vRwgP/?format=pdf&lang=en>

Curlik, D. M., & Shors, T. J. (2013). Training your brain: do mental and physical (MAP) training enhance cognition through the process of neurogenesis in the hippocampus?. *Neuropharmacology*, 64 (1), 506-514.

De Wispelaere, F., De Smedt, L., & Pacolet, J. (2022). *Coordination of social security systems at a glance: 2021 statistical report*. European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b26cbe55-a8c4-11ec-83e1-01aa75ed71a1/language-en>

Dias, M. S., & Lima, R. M. (2012). Estimulação cognitiva por meio de atividades físicas em idosas: Examinando uma proposta de intervenção. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15 (2), 325-334. <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/nvvrGSXz55wnGzn8y8YvLfD/?format=pdf&lang=pt>

Fernandes, A. F. R. (2015). *Plasticidade cognitiva: Um estudo de caso de estimulação cognitiva em idosos* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas-Universidade da Beira Interior]. Repositório da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior. https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/6026/1/4636_8895.pdf

Fernandes, S. I. D. (2014). *Estimulação cognitiva em idosos institucionalizados* [Trabalho de projeto, Escola Superior de Educação-Instituto Politécnico de Bragança]. Repositório da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/11546/1/Sara%20Isabel%20Diegues%20Fernandes.pdf>

Fonseca, A. M. (2014). *Cuidados e demência na terceira idade – manual prático*. Adrave.

Fonte, N. L. L. (2017). *A importância da avaliação diagnóstica na intervenção personalizada* [Estágio curricular, Instituto Superior de Serviço Social do Porto]. Repositório do Instituto Superior de Serviço Social do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/19764>

Gabinete de Estratégia e Planeamento [GEP]. (2021). *Carta social-rede de serviços e equipamentos 2020*. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS). <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csocial2020.pdf/54b90a92-0a88-4d78-b99a-c53b7061fd0e>

Gabinete de Estratégia e Planeamento [GEP]. (2024). *Carta social-rede de serviços e equipamentos 2022*. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS). chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csocial2022.pdf/8f13f416-2d78-4ece-aff5-81ee62296043

Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Castro Caldas, C., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa na tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10. <https://www.clinicadememoria.com/files/MMSE.pdf>

Gonçalves-Pereira, M., & Sampaio, D. (2011). Psicoeducação familiar na demência: Da clínica à saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29 (1), 3-10. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/104410/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202011%20%20v29n1a01%20-%20p3-10.pdf>

Imaginário, C., Machado, P., Rocha, M., Antunes, C., & Martins, T. (2017). Atividades de vida diária como preditores do estado cognitivo em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (18), 37-43. <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n18/n18a06.pdf>

Instituto Nacional de Estatística (2024). *Pensionistas da segurança social (n.º) por tipo de pensão: Anual*. Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004324&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto da Segurança Social. (2024a). *Reforma*. Segurança Social. <https://www.seg-social.pt/reforma>

Instituto da Segurança Social. (2024b). *Pensão de sobrevivência*. Segurança Social. <https://www.seg-social.pt/pensao-de-sobrevivencia>

Instituto da Segurança Social. (2024c). *Complemento por dependência*. Segurança Social. <https://www.seg-social.pt/complemento-por-dependencia>

Jacob, L. (2017). Respostas sociais para idosos em Portugal. In F. Pereira (Coord.), *Teoria e prática da gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos* (2ª ed., pp.129-147). Psico & Soma.

Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: Famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), 861-866. <https://www.scielo.br/j/csp/a/Jdb3Rrs9GTJ8tQBTLJYCTxx/?format=pdf&lang=pt>

Linda, C., & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14 (4), 385-401.

Lini, E. V., Portella, M. R., & Doring, M. (2016). Factors associated with the institutionalization of the elderly: A case-control study. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19 (6), 1004-1014. <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/CPvvmfwnyWGbrCDqnRLzmXg/?format=pdf&lang=en>

Livingstone, G., Sommerland, A., Orgeta, V., Costafreda, S., Huntley, J., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Fox, N., Gitlin, L., Howard, R., Kales, H., Larson,

E., Ritchie, K., Rockwood, K., Sampson, E., Samus, Q., Schneider, L., Selbæk, G., Teri, L., & Mukadam, N. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet Commissions*, 390 (17), 2673-2734.

Lopes, S. F. S. (2022). *O impacto da estimulação cognitiva na evolução do declínio cognitivo em pessoas mais velhas, numa unidade de cuidados continuados: Um estudo exploratório* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Educação de Coimbra]. Repositório da Escola Superior de Educação de Coimbra. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/42076/1/SORAIA_LOPES.pdf

López, M. C., Jerez, C. H., Aragón, M. B. Q., & Gutiérrez, M. M. G. (2011). La evaluación de la calidad de vida en personas con demência. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46 (6), 319-324. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X11001740>

Loureiro, M. (2016). *Cuidador formal e a demência de Alzheimer* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Educação-Instituto Politécnico de Bragança]. Repositório da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14349/1/Tese%20Final%20Impress%C3%A3o.pdf>

Margarido, C. S. (2023). *Promoção das capacidades cognitivas em idosos: Aplicação de um programa de estimulação cognitiva* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Educação de Coimbra-Instituto Politécnico de Coimbra]. Repositório da Escola Superior de Educação de Coimbra do Instituto Politécnico de Coimbra. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/44094/1/CELIA_MARGARIDO.pdf

Marques, F. J. C. (2021). *Familiar cuidador da pessoa com demência: Relação entre a solidão, a sobrecarga e o distress psicológico* [Trabalho de projeto, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório da Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/39552/1/Trabalho%20de%20Projeto_Filipa%20Marques.pdf

Marrocano, R. F. (2022). *Envelhecimento cognitivo, prevenção e intervenção no deterioro cognitivo e demência de adultos idosos sem alfabetização* [Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório da Universidade da Beira Interior. https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/13192/1/9452_20126.pdf

Martinho, C. R. M. (2018). *Intervenção na demência* [Dissertação de mestrado, Universidade do Algarve]. Repositório da Universidade do Algarve. <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/12605/1/Interven%C3%A7%C3%A3o%20na%20Dem%C3%Aancia%20-%20C%C3%A9sar%20Moreira%20Martinho.pdf>

Martins, S. M. A. (2018). *Alterações do ritmo circadiano na doença de Alzheimer* [Relatório de estágio, Faculdade de Farmácia-Universidade de Coimbra]. Repositório da Faculdade de Farmácia da

Universidade de Coimbra.
<https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/84643/1/Pdf%20Final%20Sara%20Martins.pdf>

Neto, A. L. C. (2022). *Reserva cognitiva e habilidades visuoespaciais em pessoas com comprometimento cognitivo leve* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Paraíba]. Repositório da Universidade Federal da Paraíba.
https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/24033/1/AntonioLeiteCoutinhoNeto_Dissert.pdf

Nordon, D. G., Guimarães, R. R., Kozonoe, D. Y., Mancilha, V. S., & Neto, V. S. D. (2009). Perda cognitiva em idosos. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 11 (3), 5-8.
<https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/1874/1288>

Paiva, D. S. (2013). *Cognição e envelhecimento: Estudo de adaptação transcultural e validação do six item cognitive impairment test (6CIT)* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
<http://repositorio.esenfc.pt/?url=K3tYHd9e>

Pereira, G. A., Sousa, I., & Nunes, M. V. S. (2020). Intervenção psicológica nas demências. In R. Benavente (Coord.), *Intervenção psicológica em gerontologia* (1ª ed., pp. 45-88). Pactor.

Pereira, G. A., & Sousa, I. (2022). *Viver com demência* (1ª ed.). Ordem dos Psicólogos.

Pereira, T. (2019). A função cognitiva no envelhecimento. In T. Pereira (Coord.), *Abordagem geriátrica ampla na promoção de um envelhecimento ativo e saudável: Componentes do modelo de intervenção AGA@ 4life* (pp. 179-194). Instituto Politécnico de Coimbra.
<http://hdl.handle.net/10400.26/32913>

Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, 256 (3), 183-194.

Portela, C. S. (2020). *Estimulação cognitiva e física na demência* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Educação e Comunicação-Universidade do Algarve]. Repositório da Escola Superior de Educação e Comunicação da Universidade do Algarve.
<https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/16833/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Final%20Carina%20%28Lagos%29.pdf>

Prata, T. E. J. (2013). *Atenção, memória emocional explícita e implícita em idosos portugueses* [Tese de mestrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório da Universidade da Beira Interior.
<https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/3976/1/Tese%20Doutoramento.pdf>

Ramos, T. M. P. (2017). *Cuidar de idosos com demência: Necessidades de apoio e recursos ótimos de intervenção na perspetiva dos cuidadores formais* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação-Universidade de Lisboa]. Repositório da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

<https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/14688/1/Tese-Final-Word%20%20vers%C3%A3o%20final%20ap%C3%B3s%20discuss%C3%A3o.pdf>

Ramos, V. V. (2020). *Eficácia dos programas de estimulação cognitiva na demência e no défice cognitivo ligeiro-uma revisão sistemática da literatura* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação-Universidade do Porto]. Repositório da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/129374/2/422635.pdf>

Ribeiro, R. J. S. (2020). *Qualidade de vida e bem estar espiritual: Intervenções a nível da espiritualidade dirigidas a pessoas com demência e depressão* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório da Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/35653>

Rocha, A. R. O. (2016). *Pessoas com demência: Que respostas sociais em Portugal?* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Economia-Universidade de Coimbra]. Repositório da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/32406/3/Pessoas%20com%20dem%C3%Aancia.pdf>

Rocha, L. P. F. (2020). *Necessidades em cuidados paliativos em utentes com demência avançada: Subsídios para a definição de um programa multidimensional de apoio à pessoa e aos familiares cuidadores no domicílio* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório da Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/35000/1/Tese%20mestrado_L%C3%ADgia%20Rocha.pdf

Rocha, S. P. M. (2012). *Efeitos do aumento da atividade física na funcionalidade e qualidade das pessoas idosas do Centro Social de Ermesinde* [Relatório de estágio, Faculdade de Motricidade Humana-Universidade Técnica de Lisboa]. Repositório da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa. <https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10400.5/5022/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20-%20Definitivo.pdf>

Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V., & Carvalho, A. (2015). Epidemiologia da demência e da doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da prevalência e dos encargos financeiros com a medicação, *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 28 (2), 182-188. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9884/1/6025-14401-1-PB.pdf>

Santana, R. F., Lobato, H. A., Santos, G. L. A., Alexandrino, S. A., Alencar, T. D., & Souza, T. A. (2016). Oficinas de estimulação cognitiva para idosos com baixa escolaridade: Estudo intervenção. *Avances en Enfermería*, 34 (2), 148-158. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002016000200004&script=sci_abstract&tlng=pt

Santos, R. M., Sousa, J. G., & Luís, L. F. S. (2018). Efeitos de sessões individuais de estimulação multissensorial em idosos dependentes institucionalizados, *Research and Networks in Health*, 4, 1-9. <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4519/1/183-Texto%20Artigo-773-1-10-20190107.pdf>

Sequeira, C. (2018a). Contextualização do envelhecimento. In C. Sequeira (Coord.), *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (2ª ed., pp.6-17). Lidel.

Sequeira, C. (2018b). Envelhecimento, autonomia e dependência. In C. Sequeira (Coord.), *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (2ª ed., pp.2-5). Lidel.

Sequeira, C. (2018c). Contextualização do envelhecimento. In C. Sequeira (Coord.), *Instrumentos de avaliação* (2ª ed., pp.115-130). Lidel.

Sequeira, C. (2018d). Demência de Alzheimer. In C. Sequeira (Coord.), *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (2ª ed., pp.96-100). Lidel.

Sequeira, C. (2018e). Contextualização do envelhecimento. In C. Sequeira (Coord.), *Aspetos clínicos das demências* (2ª ed., pp.104-114). Lidel.

Sequeira, C., & Sousa, L. (2018). Estratégias de intervenção nos idosos com demência. In C. Sequeira (Coord.), *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (2ª ed., pp.131-158). Lidel.

Silva, T. B. L., Oliveira, A. C. V., Paulo, D. L. V., Malagutti, M. P., Danzini, V. M. P., & Yassuda, M. S. (2011). Treino cognitivo para idosos baseado em estratégias de categorização e cálculos semelhantes a tarefas do cotidiano. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*, 14 (1), 65-74. <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/Gq5NsmtvVcbnBS6J8VfLG6L/?format=pdf&lang=pt>

Silva, V. P. (2015). *Mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência* [Dissertação de mestrado, Instituto Superior Bissaya Barreto]. Repositório do Instituto Superior Bissaya Barreto. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/28895>

Silvestre, A. (2016). *A qualidade de vida de idosos institucionalizados com a doença de Alzheimer* [Projeto de intervenção, Escola Superior de Educação de Beja-Instituto Politécnico de Beja]. Repositório da Escola Superior de Educação de Beja do Instituto Politécnico de Beja. <https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/4567/1/Alexandra%20Silvestre.pdf>

Simões, M., Almiro, P., Caldeira, S., Vilar, M., Sousa, L., & Freitas, S. (2016). Avaliação neuropsicológica de pessoas mais velhas. In H. Firmino, M. Simões & J. Cerejeira (Coords.), *Saúde mental das pessoas mais velhas* (1ª ed., pp. 127-164). Lidel.

Sousa, L., & Sequeira, C. (2012). Conceção de um programa de intervenção na memória para idosos com défice cognitivo ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (8), 7-15. https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Sequeira-2/publication/262700593_Concecao_de_um_Programa_de_Intervencao_na_Memoria_para_Idosos_

com_Defice_Cognitivo_Ligeiro/links/545434550cf2cf51647c2c31/Concecao-de-um-Programa-de-Intervencao-na-Memoria-para-Idosos-com-Defice-Cognitivo-Ligeiro.pdf

Tardif, S., & Simard, M. (2011). Cognitive stimulation programs in healthy elderly: A review. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 1-13. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3157742/pdf/IJAD2011-378934.pdf>

Tavares, A. D. P. (2010). *Idosos e atividade física – programas, qualidade de vida e atitudes* [Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro]. Repositório da Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/2847/1/2010001221.pdf>

Vara, M. (2017). O olhar do gerontólogo. In F. Pereira (Ed.), *Teoria e prática da gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos* (2ª ed., pp. 65-76). Psico & Soma.

Vieira, A. C. (2016). *Conhecer melhor para melhor cuidar: As intervenções do enfermeiro ao doente com demência* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório da Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18191/1/Mestrado%20Ana%20Catarina%20Vieira.pdf>

Walsh, E., Blake, Y., Donati, A., Stoop, R., & Von Gunten, A. (2019). Early secure attachment as a protective factor against later cognitive decline and dementia. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 11, 1-20. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6622219/pdf/fnagi-11-00161.pdf>

APÊNDICES

Apêndice A: Questionário Sociodemográfico

Questionário

1. Sexo:

Masculino: _____ Feminino: _____

2. Idade:

_____ anos

3. Estado Civil:

Solteiro (a): _____ Casado (a): _____ União de facto: _____ Viúvo (a): _____ Divorciado (a): _____

4. Profissão

5. Habilitações LiteráriasAnalfabeto (a) _____ Sabe ler e escrever _____ Ensino Primário _____ Ensino Básico _____
Ensino Secundário _____ Ensino Superior _____**6. Tipo de Reforma:**

Pensão de Velhice _____ Pensão de Sobrevivência _____ Complemento _____

7. Tipo de institucionalização:

Estrutura Residencial para pessoas idosas (ERPI) _____

Centro de Dia (CD) _____

8. Há alguma atividade que gostava de fazer?

9. Sobre que assuntos gosta de falar?

Apêndice B: Pedido de autorização à instituição AMITEI

Ex.mo ^a Sr. ^a,

O meu nome é Laura Pagaimo Trindade e frequento o mestrado em Gerontologia Social na Escola Superior de Educação de Coimbra pertencente ao Politécnico de Coimbra. O meu estudo visa criar um programa de estimulação cognitiva para idosos institucionalizados, com o objetivo de potencializar as suas habilidades cognitivas. Dada a carência de estudos nesta área, acredito que a minha intervenção pode contribuir significativamente para a melhoria mental dos idosos através da implementação deste projeto.

Gostaria de solicitar a colaboração de V. Ex^{as} para interagir com um grupo de utentes que apresentem quadros demenciais ou declínio cognitivo. Pretendo realizar sessões, duas vezes por semana durante quatro meses, com duração de 20 minutos cada, sendo uma para a estimulação física e outra para a estimulação cognitiva. Antes da intervenção, aplicarei dois instrumentos de avaliação: um questionário sociodemográfico e o mini mental state examination. Após a intervenção, reaplicarei o mini mental state examination para testar os dados.

Agradeço antecipadamente pela vossa colaboração neste estudo, que servirá como base para o meu Projeto de Intervenção de mestrado.

Atenciosamente,

Laura Pagaimo Trindade

Apêndice C: Consentimento informado dos participantes

Ex.mo ^a Sr.^a,

Peço gentilmente a sua autorização para participar ativamente neste estudo, comprometendo-me a realizar os instrumentos de avaliação e a fornecer os dados sociodemográficos necessários. O objetivo deste estudo é analisar os impactos de um programa de estimulação em idosos institucionalizados que apresentam défice cognitivo, além de compreender as estratégias mais eficazes para intervir com este público. Também gostaria de solicitar a sua permissão para captar fotografias e vídeos durante todas as dinamizações.

Este estudo integra-se no âmbito do projeto de mestrado em Gerontologia Social na Escola Superior de Educação de Coimbra, vinculada ao Politécnico de Coimbra. O responsável pelo estudo é a aluna Laura Pagaimo Trindade, orientada pela Professora Doutora Ana Carina Henriques Teodósio Moisão.

Consentimento informado

Mediante este documento, declaro ter recebido esclarecimentos claros e detalhados, livre de constrangimentos ou coerção, acerca dos propósitos, justificativas, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa. Fui devidamente informado(a) da garantia de esclarecimento de qualquer dúvida relacionada com procedimentos e outros temas associados ao estudo. Reconheço a minha autonomia para revogar o consentimento a qualquer momento e cessar a minha participação. Além disso, fui notificado(a) sobre a confidencialidade das informações vinculadas à minha privacidade, assim como sobre o caráter anónimo das minhas respostas.

Declaro ainda ter recebido cópia do presente termo de compromisso.

Leiria, ____/____/____

Apêndice D: Programa de Estimulação

Horário: 10h00 às 10h30

Duração da sessão: Entre 15 a 30 minutos (depende da atenção do participante)

Periodicidade: Terça e Quinta (abril a julho)

Local: Gabinete do animador

Nº de sessões previstas: 11 para cada intervenção

Sessões de atividade física: 6 elementos em grupo

Sessões de estimulação cognitiva: 6 elementos individuais

Intervenientes: Gerontóloga e utente (s)

Instrumentos: Questionário Sociodemográfico e Mini Mental State Examination

Registo das sessões: Grelha de Observação Direta e Registo (Apêndice E)

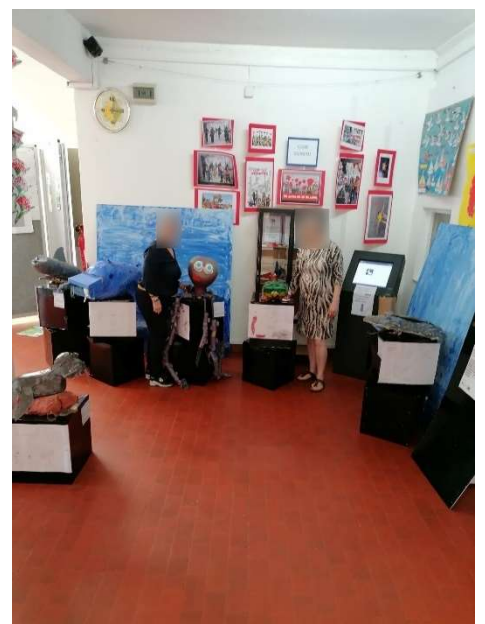
Objetivo: Desenvolver os diversos domínios cognitivos assim como competências físicas

Áreas estimuladas:		
• Orientação Espacial • Concentração • Motricidade fina	• Orientação Temporal • Cálculo Mental • Linguagem • Atividade física (Atividades de resistência muscular, coordenação e equilíbrio/ Atividade aeróbica)	• Memória • Funções executivas • Cognição

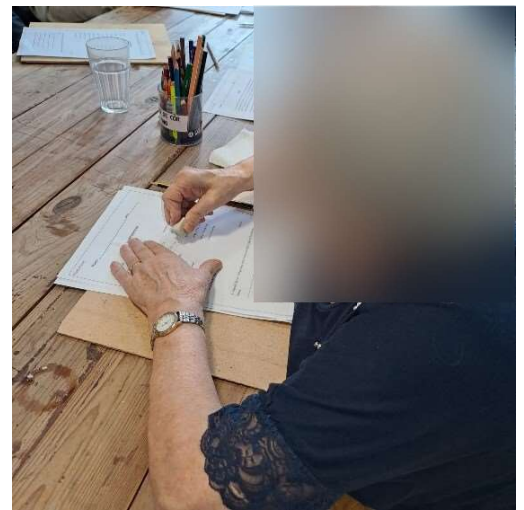
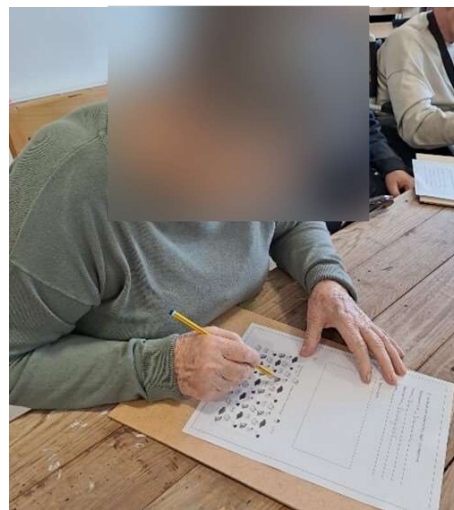
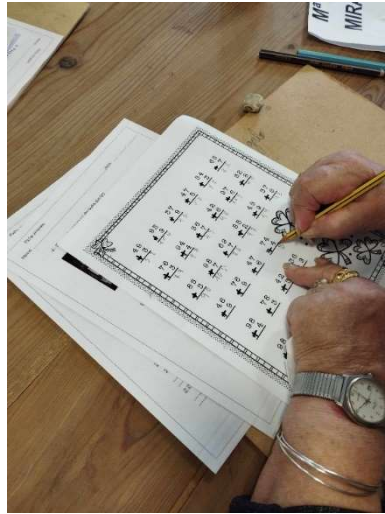
Apêndice E: Grelha de Observação Direta e Registo

Nº e data da sessão	Objetivos	Atividades	Materiais	Estratégias/abordagens/métodos	Resultados
Observações:					

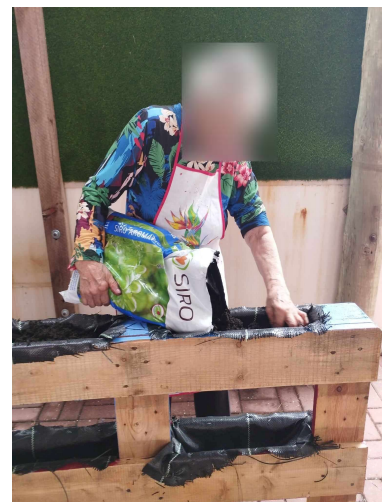
Apêndice F: Projeto Intergeracional “Pulmão”



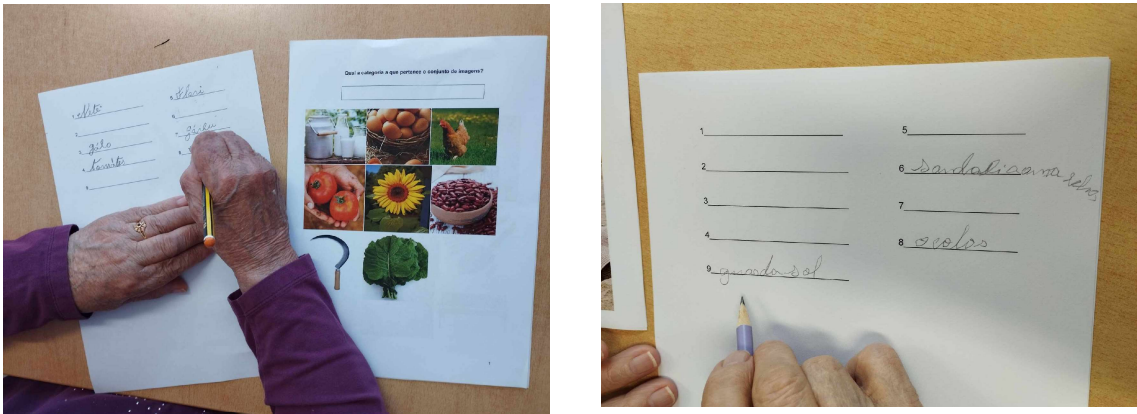
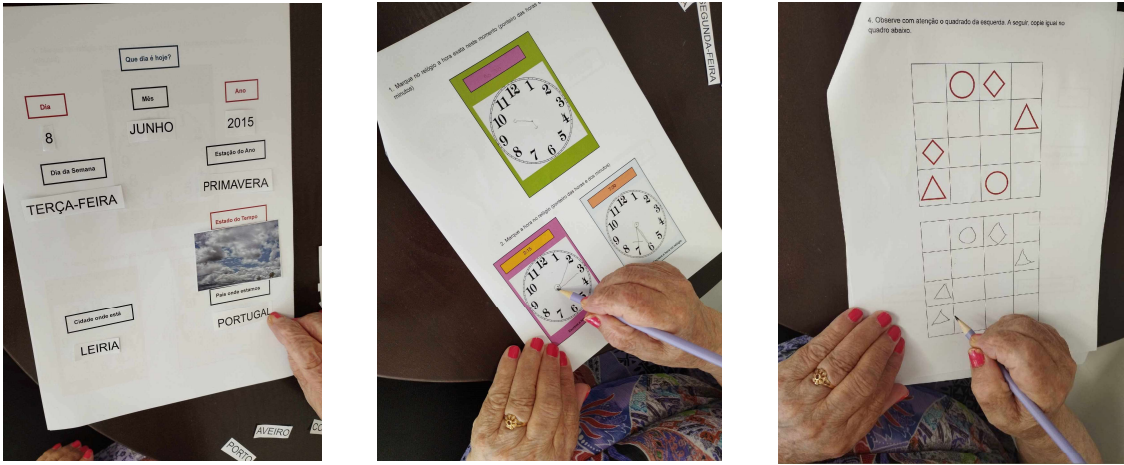
Apêndice G: Projeto PROALFA

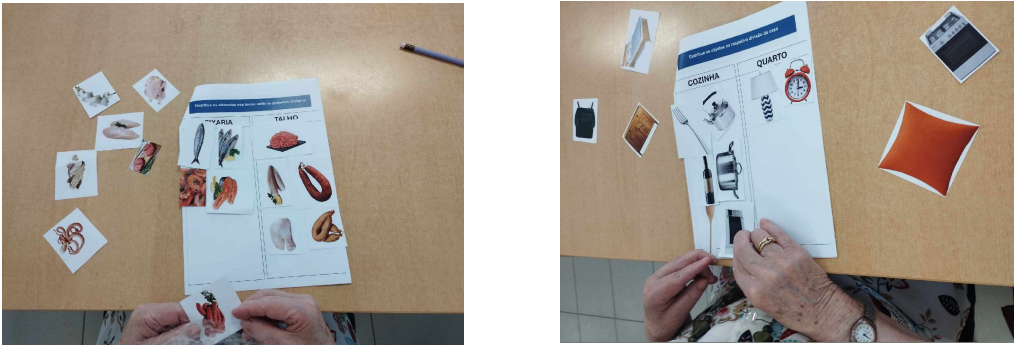
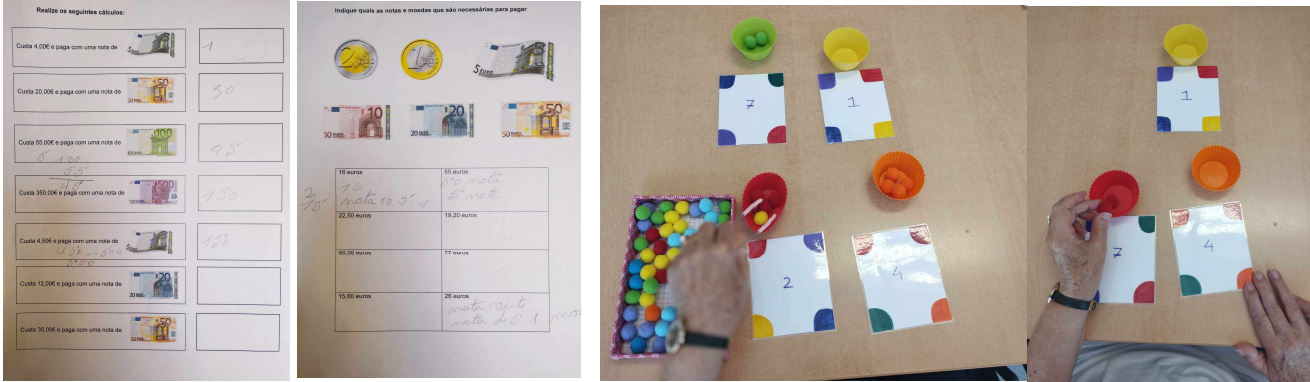


Apêndice H: Academia Sênior



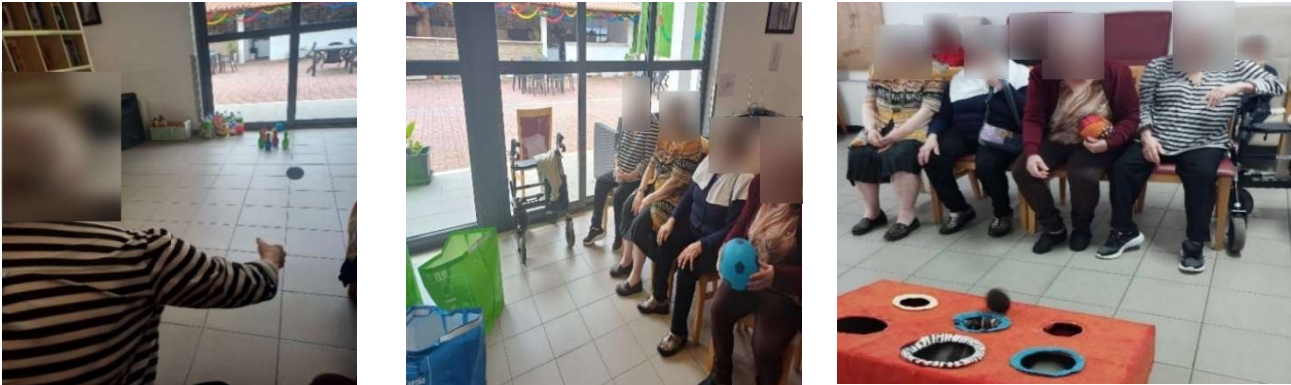
Apêndice I: Sessões de Estimulação Cognitiva

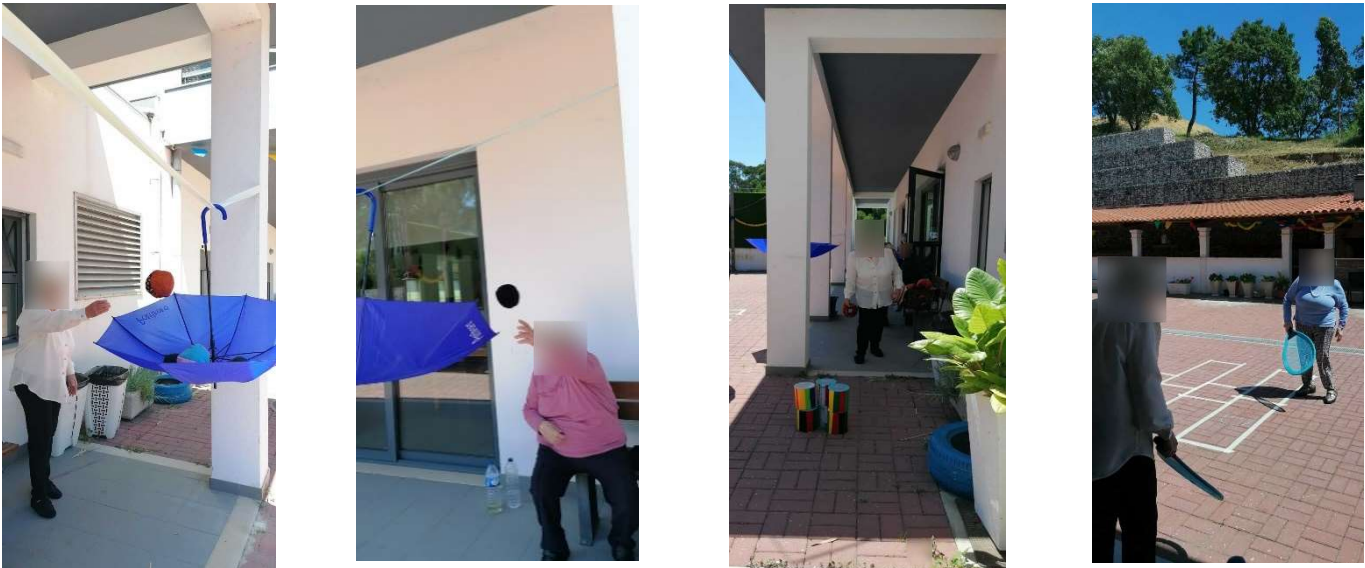
Nº Sessão	Foto	Objetivos	Material
Sessão 1/5/9		- Promover a alfabetização para quem escreve; - Desenvolver habilidades linguísticas (leitura e escrita); - Promover a coordenação motora fina; - Melhorar a percepção visual; - Desenvolver competências de categorização.	- Folha da atividade; - Lápis.
Sessão 2/6/10		- Orientação temporal (melhorar a percepção e o reconhecimento de datas e períodos do ano- dia, mês, ano, dia da semana, estação do ano); - Promover a coordenação motora fina; - Reconhecimento visual de números e posições dos ponteiros; - Memória e associação e atenção/ concentração. - Manter/melhorar as competências cognitivas e a	- Folha da atividade; - Lápis; - Imagens; - Cola.

		capacidade de realizar tarefas quotidianas; Desenvolver a orientação espacial, nomeadamente de objetos em diferentes ambientes (cozinha, quarto, peixaria, talho, loja de ferragens, florista).	
Sessão 3/7/11		- Desenvolver competências de cálculo mental; - Compreensão de transações financeiras; - Desenvolvimento de habilidades de contagem; - Reconhecimento de cores; - Coordenação motora fina; - Atenção e concentração.	- Bolas de pompons; - Pinça; - Recipientes coloridos; - Cartões numerados; - Tabuleiro; - Lápis; - Folha da atividade.
Sessão 4/8 ¹		- Manter/melhorar a memória e a atenção; - Melhorar a memória visual; - Aprimorar a coordenação visual e motora.	- Folha da atividade; - Lápis.

¹ Exercício retirado do E-book nº3 “Caderno de exercícios e atividades de estimulação cognitiva” da Gerontóloga Carolina Antunes.

Apêndice J: Sessões de Estimulação Física

Nº Sessão	Foto	Objetivos	Material
Sessão 1 “Circuito”		• Fortalecer os músculos; • Melhorar a coordenação motora; • Promover a mobilidade e flexibilidade; • Trabalhar a percepção visual e espacial.	• Pinos; • Bolas pequenas; • Bolas grandes; • Sacos de reciclagem; • Buracos.
Sessão 2 “Pingue-Pongue”		• Aumentar a coordenação motora; • Desenvolver a atenção e a concentração; • Desenvolver o raciocínio e a destreza física.	• Copos rosa; • Copos verdes; • Bolas de pingue-pongue.

Sessão 3 “Jogo das raquetes/ Jogo das latas/ Acerta no chapéu de chuva”		• Desenvolver a coordenação motora; • Estimular a destreza física e concentração.	• Chapéu de chuva; • Latas; • Raquetes; • Bolas.
Sessão 4 “Rota: A caminho”		• Desenvolver a atenção e concentração; • Desenvolver a resistência muscular; • Aumentar o equilíbrio.	• Cadeira.

ANEXOS

Anexo A: Mini Mental State Examination

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

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? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

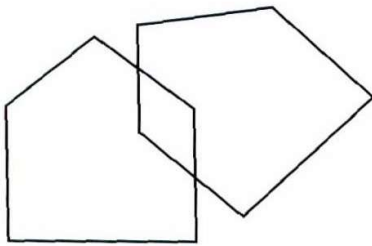
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

