



ESTeSC

Escola Superior de Tecnologia
da Saúde de Coimbra

esec

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE COIMBRA

Mestrado em Educação para a Saúde

Promoção da Saúde Mental em Idosos

**Projeto de Intervenção na Depressão com
base na Animação Sociocultural**

Patrícia Isabel Ferreira da Silva Costa

2013



ESTeSC

Escola Superior de Tecnologia
da Saúde de Coimbra

esec

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE COIMBRA

Mestrado em Educação para a Saúde

Promoção da Saúde Mental em Idosos

**Projeto de Intervenção na Depressão com
base na Animação Sociocultural**

Patrícia Isabel Ferreira da Silva Costa

*Relatório realizado sob a orientação da
Professora Doutora Ana Paula Amaral*

2013

ÍNDICE TOTAL

DEDICATÓRIA	i
AGRADECIMENTOS.....	ii
RESUMO	iii
ABSTRACT.....	iv
1. INTRODUÇÃO	1
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	3
2.1. Envelhecer com Saúde.....	3
2.2. A Depressão na Velhice	5
2.3. O Relacionamento Interpessoal na Terceira Idade	8
2.4. O Contributo da Animação Sociocultural para a Promoção da Saúde do Sénior	11
2.5. Projetos de Promoção da Saúde Mental no Idoso	14
3. METODOLOGIA	18
3.1. Objetivos.....	18
3.2. População-alvo/ Amostra	19
3.2.1. Amostra	19
3.2.2. Constituição da amostra	19
3.2.3. Características gerais da amostra	20
3.3. Procedimentos	21
3.4. Descrição das Atividades	22
3.4.1. Atividades de Promoção do Relacionamento Interpessoal.....	22
3.4.2. Atividades de Promoção da Auto-Estima	24
3.4.3. Atividades de Promoção do Humor Positivo	25
3.5. Instrumentos	26
3.5.1. Questionário Sociodemográfico.....	26
3.5.2. Escala de Depressão Geriátrica.....	26
3.5.3. Questionário de avaliação final	27
3.6. Tratamento de dados.....	27
3.7. Considerações Éticas	28
4. RESULTADOS.....	28
4.1. Momento 1.....	28

4.1.1. Satisfação face à vida	29
4.1.2. Avaliação do humor/ Como se sente.....	29
4.1.3. Como pensa/ O que recebe.....	30
4.1.4. Avaliação da auto-estima/ Como avalia as suas competências	30
4.2. Momento 2	30
4.3. Evolução da depressão - Momento 1 vs Momento 2	31
4.3.1. Avaliação Contínua	32
4.4. Adesão e satisfação	32
5. DISCUSSÃO.....	33
6. CONCLUSÃO.....	35
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
8. ANEXOS	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Resultados do Questionário Sociodemográfico 20

Tabela 2 - Evolução dos grupos face à depressão 31

ÍNDICE DE SIGLAS

ASDCRS	Associação Social Desportiva Cultural e Recreativa de Silgueiros
AD	Ausência de Depressão
DGS	Direcção Geral de Saúde
DL	Depressão Ligeira
DG	Depressão Grave
DP	Desvio Padrão
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
EUA	Estados Unidos da América
GC	Grupo de Controlo
GI	Grupo de Intervenção
INE	Instituto Nacional de Estatística
MMSE	Mini Mental State Exame
OMS	Organização Mundial de Saúde

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, Eduardo e Elisabete,
Às minhas irmãs, Ana e Cláudia,
Ao meu namorado, Luís.*

AGRADECIMENTOS

Na concretização deste projeto contei com o contributo de algumas pessoas, a quem quero agradecer no final desta etapa.

Aos meus pais, Eduardo e Elisabete, pelo esforço permanente.

À minha irmã Ana, pelo incentivo para iniciar este curso de mestrado.

À minha irmã Cláudia, pelo apoio e disponibilidade.

Ao meu namorado Luís, pelo incentivo e ânimo em todas as horas.

Às colegas Diana e Joana pela companhia, amizade e entreaajuda nesta caminhada.

À Professora Doutora Ana Paula Amaral, pelos seus ensinamentos e rigor com que me orientou.

À Santa Casa da Misericórdia de Viseu, em especial à Residência Rainha D. Leonor e ao Lar Viscondessa São Caetano. A todas as pessoas com quem contactei nessas instituições, em especial à Dra. Glória Pires, à Dra. Mafalda Vasconcelos, à Dra. Maria do Céu Ferreira.

À Associação Social, Desportiva, Cultural e Recreativa de Silgueiros e, em especial, à Dra. Fátima Lopes e Dra. Cláudia Costa.

À Residência Santa Maria, especialmente à direção.

Não poderia deixar de agradecer a todos os idosos que contribuíram para a realização deste projeto, pela sua participação, simpatia, disponibilidade e, acima de tudo, pelo carinho com que me receberam. Uma atenção especial aos maravilhosos idosos com quem trabalhei durante três meses.

A todos que, direta ou indiretamente, me ajudaram neste percurso, muito obrigada!

RESUMO

Este projeto de intervenção, realizado no âmbito da educação para a saúde, teve como principal objetivo estudar a influência da animação sociocultural nos idosos com depressão. Mais objectivamente, pretendemos diminuir os sintomas de depressão nos idosos, através de atividades de animação sociocultural direcionadas para a promoção do relacionamento interpessoal, da auto-estima e do humor positivo do idoso.

A amostra foi constituída por 42 indivíduos institucionalizados, divididos em dois grupos: grupo de intervenção (n= 21) e grupo de controlo (n= 21). O projeto decorreu durante três meses, contando com 30 sessões, realizadas três vezes por semana, de aproximadamente uma hora cada. Com pré-teste e pós-teste, a avaliação foi realizada através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). Foram, também, utilizados o questionário sociodemográfico e o questionário de avaliação final.

Os resultados obtidos, relativamente à EDG, evidenciaram uma diminuição dos níveis de depressão estatisticamente significativa ($p= 0,002$) após a intervenção, enquanto no grupo de controlo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p= 0.059$).

Após esta análise, concluiu-se que o programa cumpriu os objetivos inicialmente propostos, demonstrando a relevância da implementação de programas de intervenção no âmbito da promoção da saúde mental do idoso.

Palavras-chave: Depressão; idoso; animação sociocultural; promoção da saúde

ABSTRACT

This intervention project conducted within the health education, aimed to study the influence of socio-cultural activities in the elderly depression. More objectively, we intend to reduce symptoms of depression in the elderly, through socio-cultural activities aimed at the promotion of interpersonal relationships, self-esteem and positive mood in the elderly.

The sample consisted of 42 individuals, institutionalized, divided into two groups: intervention group (n = 21) and control group (n = 21). The design took place over three months (counting 30 sessions carried out three times per week for approximately one hour each). With pre-test and post-test evaluation was performed by application of the Geriatric Depression Scale (GDS). We also used a sociodemographic questionnaire and questionnaire of the final evaluation.

The results obtained with respect to GDS showed decreased levels of depression was statistically significant ($p = 0.002$) after the intervention, while in the control group there were no statistically significant differences ($p = 0.059$).

After this analysis, it was concluded that the program met the objectives originally proposed, showing the relevance of the implementation of intervention programs in the promotion of mental health of the elderly.

Keywords: Depression; elderly; sociocultural, health promotion

1. INTRODUÇÃO

No passado, apenas uma pequena porção da população atingia os 65 anos, porém a atualidade é bem diferente, como podemos constatar com o crescente envelhecimento da população. O aumento da esperança média de vida em Portugal é visível e o declínio das taxas de natalidade e de mortalidade preocupante, acentuando as discrepâncias entre as populações jovens e idosas. Hoje, a OMS considera ser um desafio melhorar a qualidade de vida do idoso, mantendo-o activo, afirmando que o envelhecimento da população é, principalmente, uma história de sucesso para as políticas públicas de saúde, para o desenvolvimento social e económico do mundo (Jacob, 2008).

Porém, a depressão ocupa, atualmente, o quarto lugar a nível mundial entre as dez principais causas de patologia e, segundo as projeções, ocupará o segundo lugar nos próximos 20 anos (Vaz & Gaspar, 2011). Para já, de acordo com o *National Institute of Mental Health* (2009), a depressão é uma das condições mais comuns associadas ao suicídio do idoso, sendo um risco que vem crescendo, a cada dia, no mundo inteiro.

Desta forma, Lima (2004) lembra que o idoso tem um lugar na sociedade mais significativo, imperando a necessidade de responder de forma adequada a esta faixa etária. Como a última fase da vida é tida como um estágio pelo qual os indivíduos sofrem perdas de várias ordens, acarretando consequências como o aumento dos estados depressivos e outras patologias, a promoção da saúde e da qualidade de vida do sénior tornam-se essenciais.

Para diversos autores, o processo de envelhecimento desencadeia uma diminuição da auto-imagem e da auto-estima. As pessoas são tão dependentes do seu corpo como das suas habilidades e da integração, harmonia e relação com o *self* (Benedetti et al., 2003). Assim, deve promover-se o pensamento positivo do idoso, alterando o discurso interno negativo, para que este se foque nos acontecimentos positivos, nas motivações e qualidades pessoais que possui, para que se promova saúde e um envelhecimento saudável. Nascerem, portanto, questões relativamente a possíveis formas de alcançar estes objetivos.

Na sequência do acima exposto delineámos um projeto que integra atividades de animação sociocultural que visam: a valorização pessoal; a promoção do humor positivo, do convívio e das relações interpessoais; a estimulação da memória; a partilha de saberes; e a diminuição de sentimentos e pensamentos negativos. A avaliação do programa é

composta pela Escala de Depressão Geriátrica, por um questionário sociodemográfico e por um questionário de avaliação pós-participação.

Pretendemos, com este projeto, investigar se um programa de intervenção com idosos, baseado em atividades de animação sociocultural, levará à diminuição da depressão dos participantes. Deste modo, o nosso objetivo geral é: Analisar se o projeto de intervenção, com base na animação sociocultural, contribuiu para a diminuição da sintomatologia depressiva. Como objetivos específicos definimos: 1) Diminuir os sintomas de depressão nos idosos; 2) Promover o relacionamento interpessoal dos idosos; 3) Aumentar a auto-estima dos idosos com depressão.

O presente relatório, dividido em duas grandes partes, começa por fundamentar a importância de um envelhecimento saudável, seguindo-se um aprofundamento do tema da depressão, salientando as especificidades da depressão no idoso. Para além do tópico em que abordamos os relacionamentos e a sua importância na terceira idade, referenciamos o contributo que a animação sociocultural confere à promoção da saúde dos seniores. Para finalizar a primeira parte deste trabalho, damos a conhecer alguns projetos de promoção da saúde mental no idoso, no decorrer dos últimos anos, em algumas partes do mundo.

Posteriormente, será descrita a metodologia adotada para este projeto, serão expostos os seus objetivos, a população-alvo, os instrumentos de avaliação, serão feitas algumas considerações éticas e indicados os procedimentos que permitiram a realização do projeto, especificando as fases do mesmo. Serão ainda descritas as atividades realizadas, ao longo dos três meses de intervenção.

Analisados os dados obtidos dos grupos de intervenção e controlo, transmitimos os resultados conseguidos, através não só da comparação entre os grupos de controlo e intervenção, mas também, entre os dois momentos de avaliação.

De seguida, passámos à discussão dos resultados, invocando alguma literatura e projetos de intervenção realizados no mesmo âmbito. Posteriormente, concluímos o nosso projeto delineando futuras linhas de intervenção.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Envelhecer com Saúde

O crescimento da população idosa é um acontecimento mundial e ocorre num nível sem precedentes (Pereira, Curioni & Veras, 2003).

O envelhecimento define-se, de um modo geral, como um conjunto de mudanças inerentes ao avançar da idade em todas as espécies – mudanças biológicas, sociais e culturais. São exemplos de mudanças as rugas e a queda de cabelo, apenas sintomas de que se vai envelhecendo e não de doença. Quando se fala em envelhecimento saudável alude-se àquele em que cada idoso se vai adaptando, comodamente, às mudanças que vão ocorrendo, sejam intrínsecas ou extrínsecas (Geis & Rubí, 2003).

A assimilação de todas as alterações e a participação em novas atividades, de forma a criar algumas rotinas e envolvimento na sociedade, são essenciais para conseguir um bem-estar nesta fase (Pereira, 2010). Estudos revelam que pessoas com relacionamentos de ordem social numerosos e de qualidade tendem a viver mais anos e são menos susceptíveis a doenças.

No entanto, manter as ligações sociais nem sempre é fácil para quem vive esta fase. Marcada essencialmente por perdas como a atividade laboral, o rendimento, ou alguns papéis familiares até então assumidos, a velhice desafia o idoso a adaptar-se a todas essas situações, de forma que o seu quotidiano se reformule, mantendo um estilo de vida saudável.

O conceito de envelhecimento bem-sucedido, como expressão de identidade para idosos saudáveis, foi lentamente ganhando força até aos nossos dias. Na verdade, mais de 75% das publicações sobre envelhecimento saudável aconteceram desde o ano 2000.

O envelhecimento saudável pode ser definido como a capacidade de, a par do processo de senescência do corpo, continuar a funcionar física, mental, social e economicamente (Hansen-Kyle, 2005). Contudo, segundo algumas investigações, os idosos têm uma visão de envelhecimento saudável diferente, entendendo-o apenas como a existência de recursos que lhes permitam gerir o seu dia-a-dia e de se considerarem saudáveis e com vitalidade, apesar da existência de algumas doenças crónicas.

Para Kirkwood (2001), o envelhecimento define-se apenas como uma perda generalizada e progressiva de funções, que resulta no aumento das probabilidades de morrer. Posto isto, os séniores tornam-se mais suscetíveis à depressão, sobretudo quando

perdem a sua auto-estima, se consideram inúteis, um peso para a sociedade e para a família, desistindo, perdendo o sentido da vida e experienciando o isolamento.

Esta forma de olhar para o envelhecimento tem vindo a constituir desafios constantes no processo de envelhecimento e por isso, nas últimas décadas, o bem-estar na velhice tem sido uma das grandes preocupações, procurando o contínuo funcionamento físico, emocional e social dos idosos, para que consigam viver ativamente, com qualidade e com saúde esta fase da vida. Para isso, e segundo a Lei nº 1/92 de 25 de Novembro, “A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade”.

Para Hansen-Kyle (2005), o modelo do processo de envelhecimento saudável surge da adaptação, acomodação e resiliência do indivíduo, que assim se transforma num idoso autónomo e independente. A adaptação, neste caso, refere-se à capacidade do indivíduo se redefinir em termos de independência e autonomia, enquanto a acomodação é entendida como a capacidade de modificar estilos de vida ajustando-os às alterações que ocorrem fisicamente. A resiliência, por sua vez, é patente nos idosos com doenças crónicas que mantêm a sua autonomia e a sua auto-estima elevada (Vaillant, 2002).

Para alguns autores, as chaves para um envelhecimento com saúde são: a estabilidade mental, o suporte e a interação social. Segundo Simões (2005), um envelhecimento que é bem-sucedido tem por base três componentes: evitar a doença, manter um elevado funcionamento físico e mental e ter empenho ativo na vida. Santos et al (2002) adicionam a estes componentes a interação social, a satisfação com a vida e a auto-estima/ auto-aceitação. Para a *World Health Organization* (2002, cit in Direção – Geral de Saúde, 2004, p. 6) o envelhecimento ativo é “ (...) o processo de maximização das oportunidades que surgem para a saúde, educação, participação e segurança, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem”.

Comprovadamente, os estilos de vida são preponderantes na saúde. As escolhas feitas vão influenciar o idoso, facilitando ou impedindo o envelhecimento bem-sucedido.

Estudos de Herman et al. (2002) e Kuehner (2002) associam a má qualidade de vida a maiores índices de depressão. Certamente, os indivíduos que experienciam a velhice de uma forma negativa, que se afastam das atividades diárias e dos relacionamentos sociais, apresentam uma maior probabilidade de vivenciarem emoções negativas e os sintomas

depressivos são mais intensos (Trentini, 2004; Oliveira, Santos, Cruvinel, & Néri, 2006). Uma velhice vivenciada de forma positiva envolve, para além de bons hábitos de vida, a prática de atividades físicas e de lazer, o que seguramente promove saúde.

Em suma, para um bem-estar na velhice devem-se cumprir os seguintes requisitos: estilos de vida que mantenham o corpo e mente saudáveis através do exercício, hábitos de nutrição adequados e envolvimento em atividades e interesses que estimulem a mente (Lima, 2004).

2.2. A Depressão na Velhice

A depressão remonta a cerca de 1500 anos a.C. e pode ser definida como um estado clínico que perdura no tempo e no qual a pessoa se sente infeliz, preocupada, sem esperança e desanimada. Para além destes doentes perderem a alegria de viver, encaram o futuro de forma sombria e sofrem disfunções significativas na identificação do quadro depressivo como as alterações do sono, do apetite, do peso, da libido e do humor (Vaz Serra & Pollitt, 1975, cit por Amaral, 1997).

A depressão emerge como resultado de uma inibição global da pessoa, que afeta a função da mente, comprometendo o ser humano na sua totalidade, sem que seja possível fazer a separação entre o psíquico, o social e o físico, expressando sinais como: o abandono da sua auto-estima, o desespero em relação à vida, a tristeza profunda ou a presença constante da morte (Coutinho, Gontiès, Araújo, & Sá, 2003).

Resultante de fatores biológicos, psicológicos e sociais, esta doença afeta cerca de 154 milhões de pessoas em todo o mundo, o que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), constitui um problema de grande magnitude para a saúde pública.

Quando nos remetemos especificamente para a depressão no idoso, é o segundo diagnóstico psiquiátrico mais frequente nas pessoas com mais idade e estima-se que 30% a 40% dos idosos apresentem algum sintoma depressivo (Leon et al., 2003).

Para Beck, a depressão pode ser entendida como consequência das cognições e esquemas cognitivos disfuncionais do próprio. Quando o indivíduo está deprimido age como se tudo o que o rodeia estivesse pior do que realmente está. A esta abordagem, Beck designou de Teoria Cognitiva (Powell, Abreu, Oliveira, & Sudak, 2008).

Beck refere, também, que os sintomas de depressão podem ser resultado de padrões cognitivos negativos e diferencia, desde logo, três construtos básicos para o tratamento da

doença: pensamentos automáticos (interpretação da realidade), distorções cognitivas e esquemas.

Os esquemas cognitivos referem-se à forma como a pessoa interpreta as situações. Normalmente adaptativos e adequados, quando confrontados com situações específicas, os esquemas poderão alterar-se e, como consequência, deixam o indivíduo mais vulnerável ao desenvolvimento deste quadro clínico (Beck, 1979, cit por Amaral, 1997). Como os padrões de interpretação se encontram disfuncionais geram perceções distorcidas do real e, à medida que o episódio depressivo se agrava, mais automático se torna o pensamento. Quanto aos erros cognitivos, representam as distorções no processamento das informações, adaptando a realidade aos esquemas cognitivos negativistas (Bahls, 1999).

Há diversas teorias de depressão, no entanto, as mais aceites e trabalhadas pela literatura são a teoria cognitiva de Beck e a teoria do desespero aprendido da depressão. Segundo Dixon et al. (1993, cit por Amaral, 1997), cada uma considera que o indivíduo com padrões cognitivos negativos e, quando confrontado com um acontecimento de vida indutor de *stress*, se encontra mais vulnerável a desenvolver um episódio depressivo.

A pesquisa e a prática clínica mostram que a Terapia Cognitiva é efetiva na redução de sintomas e índices de ocorrência de depressão, com ou sem mediação (Knapp & Beck, 2008).

A Teoria Cognitiva defende que todos os afetos são secundários à cognição, uma vez que esta traduz o modo como vivemos e interpretamos os acontecimentos. Esta teoria considera que a natureza e a função de processamento de informação constituem a chave para a compreensão dos comportamentos não adaptativos e, ao mesmo tempo, o processo terapêutico positivo (Alford & Beck, 1997).

Quando o indivíduo está deprimido tende a entrar na chamada tríade cognitiva. A tríade cognitiva consiste numa visão negativa de si mesmo, do mundo e do futuro (Bahls, 1999; Powell et al., 2008). Esta forma do indivíduo interpretar os acontecimentos origina facilmente comportamentos depressivos. Por outras palavras, o ciclo vicioso dos deprimidos nasce do pessimismo das pessoas que estão deprimidas, pois expressam repulsa mais facilmente, intensificando a sua desaprovação, ficando mais negativistas e alimentando esse ciclo (Bahls, 1999). Assim sendo, o indivíduo sente-se envolvido em situações das quais só podem ocorrer deceções, sofrimento e desesperança.

Os componentes mais relevantes da terapia cognitiva focam-se na ajuda aos pacientes para que resolvam problemas, para que tenham um comportamento ativo e para que consigam identificar, avaliar e responder aos seus pensamentos deprimidos, especialmente os pensamentos negativos sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre o seu futuro (Beck, 2011).

Reconhecer a depressão nos idosos exige atenção redobrada, uma vez que a maior parte destes idosos não se queixam de distúrbios depressivos, de tristeza ou de falta de interesse pelo que o rodeia (Drayer et al., 2005).

Para Barroso e Tapadinhas (2006), os idosos têm elevados níveis de depressão, sobretudo os que se encontram institucionalizados. Na velhice, as depressões são comumente associadas às perdas, ao aparecimento de doenças, a disfunções cognitivas, às carências que se fazem sentir e a aspetos sociais (Rodrigues, 2009).

Segundo um estudo longitudinal de Samuelsson et al. (2005), a taxa de incidência para a depressão e para a ansiedade era maior em idosos entre os 67 e os 81 anos, apontando a viuvez como um fator a considerar nesta faixa etária. Os baixos rendimentos dos idosos foram ainda identificados como fatores desencadeadores de quadros depressivos. Outros autores identificaram o isolamento social, a debilidade física e a diminuição das atividades de vida diária como fatores associados ao aparecimento de depressão.

Relativamente ao estudo de Oliveira et al. (2010), podemos observar que 25% dos inquiridos com mais de 65 anos vivem sozinhos e passam oito ou mais horas por dia sem contactar com ninguém. Ao serem questionados sobre o seu estado de humor e se se sentem deprimidos, quase 20% refere que é esse o seu estado emocional metade do tempo.

A diferença entre a depressão no idoso e a depressão nas outras faixas etárias reside, sobretudo, no facto de o sénior poder ter menos apoio e motivação para a ultrapassar, assim como as causas que estão quase sempre relacionadas com perdas, carências e aspetos sociais (Zimerman, 2000).

Há aqueles que são, frequentemente, negligenciados. Este facto prova ser um dos maiores problemas que a doença acarreta pois, muitas vezes, não é tratada e naturalmente, altera a qualidade de vida desses séniores. Brown, Lapane e Luisi (2002) sugerem que existem indícios de que a doença vai continuar a não ser diagnosticada e tratada.

Ballone (2001) defende que, uma vez diagnosticada, o tratamento deve basear-se nos aspetos biológicos e psicossociais. No entanto, quando é feito um diagnóstico correto, a percentagem de melhoras apresentadas pelos pacientes tratados chega a estar situada entre os 80% e os 90% (Snowdon, 2002; Tuesca-Molina et al., 2003). Nesta perspetiva, a deteção de sintomas de depressão, através da aplicação de escalas reconhecidas internacionalmente, pode contribuir para revelar casos de depressão nesta faixa etária. Contudo, também os idosos são, por vezes, responsáveis pela ausência de tratamento da doença, ao suporem que os sintomas são característicos da idade. Para Solomon (2002), os que são portadores da doença tendem a bloquear os sentimentos que os fazem sofrer psicologicamente, como mecanismo de defesa.

Os idosos relatam sentir uma maior sensação de desesperança, de falta de interesse perante tudo o que os rodeia e um maior sentimento de inutilidade, comparativamente às outras faixas etárias que apresentam depressão. Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR, 2000)*, para um correto diagnóstico de um episódio depressivo major, deverão ser observados, por duas semanas, falta de interesse ou humor depressivo e, pelo menos, quatro sintomas adicionais de depressão (anexo 1).

Há ainda quem defenda que, caso o indivíduo apresente apenas dois dos sintomas referidos poderá também encontrar-se em estado depressivo, ainda que seja considerado leve.

A literatura tem demonstrado que alguns fatores predispõem à depressão, como: riscos demográficos (ruralidade, sexo, idade, estado civil, institucionalização, escolaridade, profissão e estatuto económico); riscos psicossociais (acontecimentos de vida, luto, ausência de confidente, a ida para um lar, isolamento socioafetivo e sociofamiliar, falta de ocupação do tempo, sensação de inutilidade, atividades de lazer limitadas, reduzida auto-estima, comorbidades, dificuldades cognitivas, história prévia de depressão); e por último, fatores de risco de saúde (doenças físicas, crónicas, psíquicas, perdas funcionais, deficiências, incapacidades e ingestão de medicamentos depressores) (Blazer, 2003; Weyrer, 2008).

O suicídio e ideias suicidas são frequentes na depressão na velhice, traduzindo-se em taxas de mortalidade elevadas. Para além do tratamento medicamentoso, comprova-se a importância de intervenções sociais, como o voluntariado, visitas regulares e/ ou encontros de grupo.

2.3. O Relacionamento Interpessoal na Terceira Idade

Desde a década de 80 que a gerontologia tem investigado os aspetos psicológicos e sociais envolvidos na velhice, estudando os benefícios das redes sociais através da análise das suas interferências na vida dos idosos.

Apesar de se reconhecer a importância do repertório social do idoso, a literatura especializada ainda é escassa em estudos nesta área. Porém, em várias pesquisas verifica-se já que as relações sociais podem promover melhores condições de saúde e, caso haja ausência de contactos sociais, verificar-se-ão efeitos negativos na capacidade cognitiva (Katz & Rubin, 2000; Ramos 2002).

O envelhecimento faz-se acompanhar por um declínio funcional progressivo associado à dependência e a cuidados. Contudo, a saúde e a capacidade funcional são cruciais para a qualidade da vida social do sénior (Drayer et al., 2005). A integração numa rede social de apoio, segundo Berger (1995), é um dos pilares para um ótimo estado de saúde.

Alguns investigadores defendem que uma rede de suporte social atenua sentimentos de depressão que o idoso possa ter e estimula os idosos a preocuparem-se com a saúde (Giles et al., 2005). Para Rogers (1999), caso o indivíduo possua uma rede social de apoio, o risco de doença e de depressão é menor e, por conseguinte, vive mais, com mais qualidade e saúde. Percebe-se que, independentemente do contexto cultural, uma forte rede social reduz o risco de desenvolver incapacidades, assim como, também oferece ao idoso uma percepção de saúde (Hansen-Kyle, 2005).

Neto (2004) refere que quando as pessoas percebem que estão sós, enfraquecem e apenas conseguem ver um cenário deprimente e de desesperança do que é a sua vida. Os laços que se criam dentro da rede social proporcionam suporte social, cognitivo e emocional, auxiliando o idoso na manutenção da auto-estima e do desenvolvimento pessoal, uma vez que resulta numa melhoria da saúde mental, maior autodomínio e maior satisfação na qualidade de vida, pois reduz os efeitos negativos do stress e melhora as respostas imunitárias e de humor (Andrews, 2001; Hansen-Kyle, 2005).

As redes sociais permitem a satisfação das necessidades de cada um, a partilha dos bons e maus momentos que vão surgindo ao longo do caminho, o apoio aquando as perdas, a felicitação pelas boas ações ou a consolação (Simões, 2005). Comprovados os seus múltiplos benefícios para a manutenção da qualidade de vida, sabe-se que também

contribuem para a melhoria da atividade cognitiva, a identidade de grupo e diminui os sintomas de vulnerabilidade emocional de depressão (Greaves & Farbus, 2006).

Por outro lado, experienciar a solidão pode indicar uma rede social insatisfatória. Este facto é, em muitos casos, causa de institucionalização que, por sua vez, constitui um dos fatores de risco da depressão mais citados pelos diferentes investigadores (Blazer, 2003; Bergdahl et al., 2005).

Segundo Rebelo (2009), a ausência de laços sociais origina no indivíduo sentimentos de rejeição, abandono, depressão, vazio, pois este necessita de intimidade na atividade com os outros. A capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, pois opera como um dos fatores mais relevantes na prevenção ou recuperação de problemas de saúde mental (Carmona & Melo, 2000), isto porque o apoio social é um motivo de esperança e crença no futuro, faz o indivíduo sentir-se estimado e amado, com compromissos mútuos.

As pessoas com bastante afetividade positiva relacionam-se com mais facilidade, uma vez que as emoções positivas têm influência na saúde de quem as experiencia, ao mesmo tempo que aumenta a criatividade, a memória, desenvolve o otimismo e a resiliência. Socialmente, as emoções positivas possibilitam a criação de novos laços e a solidificação de anteriores (Fredrickson, 2003; Magarreiro, 2008).

Confirmando este facto, Greaves e Farbus (2006) referem que as atividades de cariz social e lúdico, direcionadas para os idosos isolados, resultam num aumento da cognição, do sentimento de auto-estima e da identidade de grupo, de bem-estar físico e psicológico, ao mesmo tempo que diminui os sintomas de vulnerabilidade emocional e de depressão.

Lawton (2001) indica que pessoas que se sentem bem e felizes nesta faixa etária têm bons relacionamentos sociais e emoções que geram prazer e realização. Outros autores sublinham esta ideia, afirmando que os aspetos socioculturais desempenham um papel fulcral para uma velhice com qualidade e acrescentam que novas alternativas surgirão, para um envelhecer saudável, se houver desenvolvimento da área.

O conjunto de aptidões para alcançar relações interpessoais com qualidade inclui a assertividade, a empatia, o civismo, a vinculação e a expressividade emocional. A construção de novas amizades foi encorajada como uma forma de prevenção contra a solidão e depressão, pela capacidade que tem de reduzir os riscos de perturbações psicológicas (Pin et al., 2005; Martina & Stevens, 2006). Para Garcia e Leonel (2007), a construção de novas relações é sempre referida como uma experiência extremamente

positiva, capaz de gerar vontade de viver, alegria por estar com novos amigos e poder compartilhar dificuldades pessoais. Ao fazer novos amigos, o idoso diminui a timidez ao comunicar, há um aumento da segurança e da própria auto-estima.

A teoria da comunidade (uma das teorias da gerontologia social) identifica as bases conceptuais para compreender o modo como a participação em grupos é essencial para o bem-estar psicológico. Este modelo de intervenção, na comunidade que acolhe os idosos, assenta na referenciação das necessidades básicas dos séniores, no desenvolvimento da saúde mental e física, na promoção do compromisso social e cívico e, por fim, no aumento da autonomia (Hansen-Kyle, 2005).

2.4. O Contributo da Animação Sociocultural para a Promoção da Saúde do Sénior

Segundo a Carta de Ottawa (1986, p.1) “A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio (...)”.

Perante o envelhecimento progressivo da população, a sociedade e as organizações têm vindo a delinear condições para acolher com qualidade os idosos, daí a emergência de respostas sociais e locais privilegiados para a animação de idosos (Jacob, 2008).

A animação sociocultural pode definir-se como um conjunto de práticas sociais destinadas a preencher criativamente o tempo livre, onde as pessoas e os grupos são estimulados no sentido de mobilizarem as suas faculdades e se autodesenvolverem em áreas como a social, a económica, a cultural e a educacional, desbloqueando a comunicação social, mediante a criação de espaços de encontro que facilitem as relações interpessoais.

Zimerman (2000) afirma que quem vive mais intensamente, sendo ativo, está sempre à procura de algo novo e pode assim ter a sua auto-estima fortalecida. O facto de o idoso se manter ocupado contribui diretamente para um sentimento de que é útil, tem uma vida preenchida e assim, os níveis de auto-estima serão superiores. Para o autor, se houver estimulação e, se necessário, cuidados médicos, pode contornar-se a depressão através do

relacionamento e de atividades prazerosas. As atividades de grupo revelam-se como uma fonte de estimulação muito importante no combate à depressão.

Participar em atividades sociais mantém o idoso ativo, ocupado e com interesse na vida (Gabriel & Bowling, 2004) e, por esse motivo, todas deverão ser baseadas nos interesses e necessidades do indivíduo ou do grupo. Para atuar no âmbito da depressão, através das atividades de animação, deve identificar-se o que conduziu o idoso para a depressão e desenvolver práticas de reforço positivo e que proporcionem momentos agradáveis (Beck et al., 1979). As atividades contribuem para a qualidade de vida, são parte importante da prestação de cuidados de qualidade e um veículo através do qual muitos objetivos podem ser alcançados.

Não há dúvida de que, para minimizar o impacto do envelhecimento na população portuguesa, são necessárias intervenções em diversas vertentes, como a promoção da saúde do idoso, do seu bem-estar, a promoção da sua auto-estima, a melhoria da qualidade de vida nesta faixa etária e a criação de novas condutas que favoreçam um envelhecimento bem-sucedido (Lima et al., 2011).

Cada idoso é um indivíduo diferente e os grupos de idosos têm algumas peculiaridades. Quando se desenvolve um programa devemos ter sempre em conta o seu passado, as suas perdas, os seus ganhos, os aspetos psicossociais e até económicos. Assim, estaremos a contribuir para uma melhoria da qualidade de vida, da saúde e do bem-estar.

As atividades de lazer promovidas pelas instituições e ligadas à atividade física ou mental, são um fator que melhora significativamente a qualidade de vida dos idosos.

A institucionalização é considerada um fator de risco, no âmbito do aparecimento da depressão no idoso, isto porque os lares de idosos são, frequentemente, rotulados como sistemas fechados, onde é destruído o passado dos residentes e lhes é negado o futuro. Porém, muitos estudos nos confirmam que embora os idosos tenham algumas reticências em aceitar este acontecimento, muitos agradecem o suporte e os cuidados recebidos, depois de uma vida de trabalho, com momentos difíceis de ultrapassar e agora, mais facilitada nessa instituição, onde formam novas relações.

De acordo com Lopes (2006), a maioria das instituições de prestação de serviços a idosos, em Portugal, vê-os como pessoas que necessitam apenas de descanso e reduzem-nos a seres acamados e sem ação, o que se verifica ser um erro recorrente e torna-se portanto, essencial promover a animação sociocultural. O idoso, por si só, já é um

indivíduo vulnerável e que necessita de mais atenção e orientação para obter qualidade de vida, para um envelhecimento ativo.

A ausência de estimulação intelectual e privação de outros aspetos poderá conduzir à perda de amor próprio, à perda de interesse, a respostas emocionais diminuídas, a dependência e apatia pelo que o rodeia e por si mesmo. Portanto, deverão desenvolver-se programas que propiciem experiências enriquecedoras como forma de ocupação do tempo livre, redução do isolamento social, inclusão do idoso na comunidade ou instituição onde se insere e ainda de estruturação de grupos efetivos de apoio (Cachioni & Palma, 2006).

Muitas vezes, a acomodação é o principal fator que contribui para o aparecimento da depressão, isto porque, o indivíduo acomoda-se a determinados estilos de vida que levam à diminuição da auto-estima, ao isolamento culminando na depressão.

Zimerman (2000) refere que o trabalho que realiza com idosos deprimidos consiste em estimulá-los através de jogos de memória, passeios, discussões, leitura, conversas, ajudando-os a aumentar a auto-estima, a organizar a vida, a resgatar os aspetos positivos, a descobrir atividades que lhes despertem interesse e a desenvolver os seus relacionamentos. Quando o indivíduo se mantém ativo tem um ego maior. Pelo contrário, quem se mantém sem atividade, está mais propenso à depressão e mais vulnerável.

Vaz e Gaspar (2011) procuraram determinar a prevalência da depressão ao mesmo tempo que apuraram a existência de fatores de risco para o seu aparecimento e manutenção. Perante esta investigação afirmam que, quase metade dos idosos que dão menor importância às atividades de lazer e que estão mais solitários, apresenta depressão. No contexto geral, afirma-se que a participação em atividades de animação sociocultural resulta num aumento de sentimentos e emoções positivas, controlo da saúde e ampliação do suporte social (Borges, 2006; Cachioni & Palmas, 2006).

Para os idosos, a animação sociocultural deve ser orientada: 1) no sentido do desenvolvimento social, não só através das relações interpares mas também para a abertura do sénior para com a sociedade; 2) no sentido cultural, potenciando e estimulando a memória viva dos idosos; e 3) no sentido educativo, estimulando a criação e respetiva participação, assente na aprendizagem, fruto de uma partilha de saberes entre os participantes e o(s) orientador(es).

Ainda nesta linha, através da animação sociocultural é possível trabalhar a educação para a saúde, a importância do grupo/ das relações e a intervenção comunitária,

componentes que colaboram na promoção da qualidade de vida. Tendo em conta os aspetos cultural, psicossocial, socioeducativo e terapêutico, as atividades podem ser de caráter lúdico, psicológico, social ou de motricidade.

Podemos afirmar que a prática de um estilo de vida ativo previne doenças sendo, por isso, essencial proporcionar um ambiente estimulante e de atividade, de forma a impedir ou atrasar o desenvolvimento de apatia e de imobilidade (Joulain et al., 2010). Como revela a *activity theory*, pessoas que participam em muitas atividades envelhecem melhor (Lima, 2004). Hong et al. (2009) afirmam que esta prática traz benefícios no que respeita à redução dos riscos de depressão, assim como Menec (2003) associa a participação em atividades sociais, com a promoção da felicidade do idoso.

Torna-se, cada vez mais, imperativo a criação de programas de intervenção e a sensibilização dos idosos para os benefícios de atividades de lazer e de desenvolvimento pessoal, visando a melhoria da saúde mental, a melhoria da auto-estima, da identidade de grupo e da diminuição da vulnerabilidade cognitiva (Clarkson, Venables, Hughes, Burns & Chllis, 2006, cit por Rodrigues, 2009). No entanto, a taxa de adesão a estes programas é ainda pouco significativa. Alguns idosos referem mesmo que as atividades recreativas já não são para a sua idade (Wacker et al., 2002, cit por Rodrigues, 2009).

A animação sociocultural tem mostrado ser eficaz na intervenção em casos de depressão leve a moderada em idosos (Reynolds, Alexopoulos & Katz, 2002; Lucca & Rabelo, 2011).

2.5. Projetos de Promoção da Saúde Mental no Idoso

As pessoas idosas com doenças mentais devem ter o direito e a oportunidade de fazer parte de projetos de promoção de saúde (Katonal et al., 2010).

Uma série de estudos encontram efeitos benéficos, tanto a nível mental como físico, quando os séniores participam em atividades de vários tipos.

Em Washington, Cohen et al. (2006), realizaram um projeto de intervenção com um programa cultural constituído por atividades físicas, sociais e mentais para idosos. Os resultados demonstraram benefícios ao nível físico. Os idosos necessitaram de menos consultas médicas e medicamentos, houve uma redução de quedas, uma diminuição do isolamento social e uma melhoria do estado do idoso. No geral, o programa revelou um impacto positivo sobre a saúde e a redução de fatores de risco.

Na Califórnia, Ngoh, Lewis e Connolly (2005) desenvolveram um programa com idosos depressivos, em regime de internamento, durante 2 anos. Com o objetivo de diminuir este quadro depressivo, as atividades realizadas consistiam em sessões de educação para a saúde, terapia ocupacional, reuniões em grupo, exercício físico em grupo, dramatização e plano de alta. Com pré e pós-teste, os resultados indicaram que os idosos melhoraram e que estes programas têm efeitos positivos na doença.

Ainda nos Estados Unidos da América (EUA), Greenfield e Marks (2007) desenvolveram uma investigação, de carácter longitudinal, com o objetivo de verificar se a participação contínua em grupos (recreativos, religiosos e cívicos) torna os indivíduos menos vulneráveis ao desenvolvimento de limitações funcionais. As autoras perceberam que, ao longo de um período de cinco anos, os participantes desenvolviam limitações funcionais e, para além destas, verificaram um aumento dos sintomas depressivos e mais baixos níveis de crescimento pessoal. Outro resultado importante deste estudo foi terem encontrado uma taxa mais reduzida de depressão nos homens que continuaram envolvidos nos grupos de lazer. Estes resultados sugerem que a participação contínua em grupos pode melhorar o bem-estar psicológico do indivíduo.

Quando as atividades são voltadas para a construção de amizades e para a rede de apoio tendem a ser mais eficientes contra a depressão, a solidão e a imobilidade. Assim sendo, novos tipos de intervenção têm sido estudados para a promoção de uma convivência mais amigável, como uma forma de retardar o envelhecimento (Blieszner, 2006; Bishop, 2008). Estas amizades são referidas em diversos estudos como promotoras de saúde e de qualidade de vida, embora sejam necessários mais estudos para compreender porque e como as relações de amizade afetam positivamente estas valências (Heyl & Schmitt, 2007).

Outros estudos nos EUA têm procurado avaliar a influência positiva da amizade na velhice e no bem-estar de pessoas que vivem sozinhas ou institucionalizadas, comprovando que as amizades possuem um efeito positivo na saúde mental do idoso (Aday, Kehoe & Farney, 2006). Os autores verificaram que os lares ou centros de idosos são ambientes excelentes onde novas amizades podem surgir, tendo consequências positivas tanto a nível mental como físico.

No Brasil, um estudo de Yassuda e Silva (2010) teve como objetivo investigar se a participação em programas direcionados para a terceira idade gera benefícios para a cognição, humor e satisfação com a vida. Os 29 participantes foram reavaliados após seis

meses de participação nas atividades sociais e lúdicas. Um dos muitos instrumentos de avaliação utilizados foi a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) e os resultados indicaram que a participação em programas sociais parece gerar benefícios, tendo-se verificado um aumento significativo da satisfação com a vida. Embora o índice de sintomas depressivos não se tenha alterado, os autores apontam o tempo reduzido de contactos sociais como possível causa para este facto (Yassuda & Silva, 2010).

Henderson et al. (1997) realizaram um estudo com o objetivo de investigar a evolução dos estados depressivos em idosos australianos. Após voltarem a entrevistar os idosos (cerca de 3,6 anos mais tarde), os autores verificaram que a prevalência da depressão não esteve relacionada com o aumento da idade, mas sim, com a deterioração da saúde e das atividades de vida diária do idoso, com baixos níveis de atividade e pobre apoio social.

Em Hong-Kong, devido à inconsistência de estudos anteriores, relativamente à problemática da depressão, Chi et al. (2005) avaliaram a prevalência da depressão entre idosos e os fatores associados. Numa amostra aleatória de 917 residentes na comunidade chinesa, a taxa de prevalência da doença foi semelhante à encontrada em países como os EUA, Inglaterra e Finlândia. Relativamente aos fatores associados a um quadro depressivo, os autores referem que a probabilidade de depressão em idosos aumenta com problemas de saúde, maior comprometimento nas atividades de vida diária, pressão financeira e, mais uma vez, os dados sugerem que idosos com menos apoio social são mais propensos a ficar deprimidos.

Em Portugal, mencionamos um estudo com algumas semelhanças ao nosso projeto, no que respeita à estrutura do mesmo. O estudo referido, realizado na Unidade de Saúde de Coimbra, teve como principal objetivo promover o bem-estar de idosos institucionalizados através do treino de mindfulness. Como instrumentos de avaliação, entre muitos, temos o Mini-Exame do Estado Mental (MMSE) e a EDG. Uma investigação-ação, com pré e pós-teste, durante 9 semanas, foi constituída por 27 sessões, 3 vezes por semana, cada uma com 50 minutos de duração, veio demonstrar que os níveis de depressão diminuíram significativamente entre a primeira e última avaliação, para além das mudanças positivas tanto nas dimensões cognitiva, emocional, física e comportamental, após o treino de mindfulness (Lima, Oliveira & Godinho, 2011).

Um estudo de Silva et al. (2006) revelou que os idosos com relações interpessoais nos lares em que residem, para além de encararem a institucionalização de uma forma prazerosa, a presença de um amigo ajuda-os a enfrentar as dificuldades da vida diária, como os ajuda na satisfação das suas necessidades psicológicas, essenciais na formação da auto-estima do sénior, do afeto e do equilíbrio psíquico e social.

Albuquerque (2003) verificou que existe uma relação direta entre uma interação social e uma atividade intelectual reduzidas, e a existência de sintomas de depressão. Estes dados sustentam a importância dos relacionamentos interpessoais na manutenção de uma vida com qualidade, assim como, para o bem-estar físico e mental dos séniores (Capitanini, 2000).

Valente (2010) realizou uma intervenção com o fim de analisar a realidade social de alguns idosos institucionalizados. Através da observação participante e de entrevistas semi-estruturadas, o projeto alicerçado na investigação participativa e enquadrado em técnicas de animação sociocultural procurou trabalhar os problemas que os próprios participantes identificaram. Os resultados sugerem que o projeto contribuiu, positivamente, para a participação ativa dos idosos institucionalizados, através de atividades de animação sociocultural, melhorou a auto-estima dos participantes, fomentou o convívio social e a interação entre diferentes gerações.

Ainda em Portugal, Teixeira (2010) aprofundou esta área através da implementação de um programa no âmbito da promoção da saúde e da qualidade de vida nesta faixa etária. Com o objetivo de criar um espaço de convívio, por meio de atividades desenvolvidas em grupo, que incidiram sobre a estimulação cognitiva, emocional e social, a autora avaliou a problemática do envelhecimento através da avaliação da depressão, da solidão, da qualidade de vida e do estado mental, assim como a importância e eficiência de um programa de promoção de saúde, no bem-estar dos séniores. Numa amostra de 22 idosos, verificou-se a existência de correlações positivas entre a depressão e a solidão e, ainda, se concluiu que o programa teve efeitos positivos ao nível das variáveis mencionadas e que este tipo de programa é essencial na promoção de relações sociais nos idosos.

Em 2011, Lucca e Rabelo apostaram no mesmo âmbito de investigação com o objetivo de verificar se existia relação entre a participação dos idosos institucionalizados em atividades recreativas e os sintomas de depressão existentes. Ao mesmo tempo, os autores analisaram a perceção dos profissionais da instituição em relação aos benefícios e

desvantagens das atividades. Os profissionais, no término do programa, observaram um aumento da alegria nos idosos, a redução da agressividade, mais disposição em sair dos quartos, melhoria do humor e não relataram aspetos negativos em relação às atividades. Para além destes resultados, constataram que as atividades recreativas parecem ter contribuído para a redução dos sintomas de depressão dos idosos. Os autores terminaram a investigação sugerindo a oferta de atividades recreativas como uma estratégia de fácil implementação e baixo custo para melhoria do bem-estar e redução dos sintomas de depressão nos idosos.

Quanto ao impacto da participação em projetos que envolvem variáveis psicossociais, diversas pesquisas encontraram ligação entre a não participação em atividades de grupo e maiores índices de depressão, enquanto quem participa consegue consolidar redes de suporte social e aumentar o nível de satisfação com a vida, portanto menores níveis de depressão. Já em anos anteriores, tinha sido confirmado por Loures e Gomes (2006) e Irigaray e Schneider (2008), ao verificarem uma redução significativa dos sintomas depressivos após a participação em atividades lúdicas e socioeducativas. Para além destes resultados, os autores referem ainda que se verificou um aumento da qualidade de vida dos participantes nos domínios físico, psicológico e social e que tais programas, direcionados para a população idosa, podem ter um papel preponderante na prevenção, na área da saúde mental (Gatz & Smyer, 2001).

3. METODOLOGIA

Nesta fase será descrita a metodologia implementada neste projeto, onde serão apresentados/as: os objetivos do trabalho, a população-alvo, os procedimentos (fases do projeto e descrição das atividades) e os instrumentos de avaliação. Será ainda feita uma referência à forma de tratar os dados e referenciadas algumas considerações éticas inerentes ao projeto.

3.1. Objetivos

Como temos vindo a explicitar ao longo do presente relatório, a população idosa é cada vez maior e, conseqüentemente, as atenções são cada vez mais centradas nas respostas a dar às suas necessidades. Quando começámos a desenvolver a ideia de trabalhar na faixa etária dos idosos, surgiram-nos questões como: “Qual a razão para os

índices de depressão nos idosos ser tão elevada?"; "Será que um programa de promoção da saúde ajudará a diminuir a depressão entre os idosos?"; "A promoção da auto-estima e do relacionamento interpares terá impacto neste âmbito?"; "A animação sociocultural poderá contribuir para a diminuição da depressão?".

Assim, definimos como objetivo geral: "Analisar se o projeto de intervenção, com base na animação sociocultural, contribuiu para a diminuição da sintomatologia depressiva" e como objetivos específicos: 1) Diminuir os sintomas de depressão nos idosos; 2) Promover o relacionamento interpessoal dos idosos; 3) Aumentar a auto-estima do idoso com depressão.

3.2. População-alvo/ Amostra

A população-alvo do presente projeto são os idosos institucionalizados com depressão. Desta população-alvo, trabalhamos com uma amostra de 42 idosos.

3.2.1. Amostra

O programa foi concretizado com 7 idosos da Residência Rainha Dona Leonor e 14 idosos do Lar Viscondessa São Caetano, instituições pertencentes à Santa Casa da Misericórdia de Viseu. Relativamente ao grupo de controlo, contamos com 9 idosos, residentes na Associação Social, Desportiva, Cultural e Recreativa de Silgueiros (ASDCRS) e 12 idosos da Residência Santa Maria. Esta população foi dividida em dois grupos: um grupo que foi sujeito à intervenção (idosos das instituições pertencentes à Santa Casa da Misericórdia de Viseu) e um grupo de controlo (idosos residentes na Residência Santa Maria e na ASDCRS), que não participou nas sessões.

3.2.2. Constituição da amostra

A amostra não foi aleatória, mas por conveniência, integrando apenas idosos residentes nas quatro instituições acima indicadas. Optámos por uma amostra por conveniência uma vez que é formada por aqueles que estão presentes num determinado local e, por isso, são fáceis de aceder para trabalhar no projeto (Pocinho, 2009).

Relativamente aos critérios de inclusão na amostra foram: idade superior a 65 anos e apresentação de um quadro clínico depressivo, comprovado pela EDG.

3.2.3. Características gerais da amostra

Analisando ambos os grupos, podemos afirmar que a população foi constituída por idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 93 anos. A média das suas idades é de 81,6 e o desvio padrão (dp) é de 7.84.

A amostra foi dividida em dois grupos: um grupo sujeito à intervenção e um grupo de controlo, que não participou em quaisquer sessões. Os sujeitos do grupo de controlo (em ambas as instituições) não participaram em quaisquer outras atividades de animação sociocultural, realizadas pelos técnicos das próprias instituições, pois por opção não o fazem, uma vez que não têm motivação e têm tendência ao isolamento.

Através da análise da Tabela 1 podemos verificar que o Grupo de Intervenção (GI) foi constituído por 11 sujeitos do sexo feminino e 10 do sexo masculino, enquanto o Grupo de Controlo (GC) contou com 18 mulheres e apenas 3 homens. Quanto à idade, a média do GI é de 82,5 e o dp é de 8.6, enquanto o GC tem uma média de idades de 80.7 e um dp de 7,08. Podemos observar que o GI tem 11 sujeitos com idades situadas entre os 85 e os 94 anos, enquanto 10 sujeitos do GC se situam no intervalo dos 75-84. No intervalo dos 65-74 apenas se encontram 3 indivíduos do GI e 4 no GC.

Tabela 1 – Características Gerais da Amostra

		GI (N)	GI (%)	GC (N)	GC (%)
Sexo	Feminino	11	52.4	18	85.7
	Masculino	10	47.6	3	14.3
Idade	65-74	3	14.3	4	19
	75-84	7	33.3	10	47.6
	85-94	11	52.4	7	33.3
Estado Civil	Solteiro	4	19	4	19
	Casado	1	4.8	1	4.8
	Divorciado	1	4.8	1	4.8
	Viúvo	15	71.4	15	71.4
Habilitações Literárias	Sem Habilitações	2	9.5	10	47.6
	Ensino Primário	8	38.1	11	52.4
	Ensino Básico	7	33.3	0	0
	Ensino Secundário	4	19	0	0

Quando analisamos o estado civil, verificamos que em ambos os grupos existem 4 indivíduos solteiros, 1 casado, 1 divorciado e a maioria dos idosos são já viúvos (n= 15), o

que é frequente nesta faixa etária. Ao analisarmos as suas habilitações, verificamos que a maioria do GI estudou até ao ensino primário e básico, enquanto os idosos do GC que estudaram não foram além do ensino primário e 10 são analfabetos.

Após a análise das características gerais da amostra, podemos verificar que os grupos são semelhantes quanto à idade (média do GI: 82,52; média do GC: 80,67) e quanto ao estado civil. Porém, diferem no sexo, uma vez que o GC apenas tem 3 elementos do sexo masculino, e nas habilitações literárias.

3.3. Procedimentos

Numa primeira fase efetuámos os procedimentos formais, tais como a apresentação do projeto às instituições e a recolha das autorizações dos responsáveis (anexo 2, 3, 4, 5) para que o projeto pudesse ser implementado nos referidos locais.

Na segunda fase, foi garantido aos participantes do projeto (grupos de controlo e intervenção), o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, para além de serem informados dos objetivos do programa, ao que os idosos aceitaram dar o seu contributo voluntariamente.

Na terceira etapa, foram passados dois instrumentos de avaliação: a Escala de Depressão Geriátrica (anexo 6), e um breve questionário sociodemográfico (anexo 7), sendo o primeiro momento de avaliação dos grupos.

Após a avaliação inicial, demos início à quarta fase, a implementação do programa que decorreu três vezes por semana, durante 12 semanas. De um modo geral, foram realizadas dinâmicas de grupo e atividades de animação sociocultural focadas na promoção do relacionamento interpessoal, da auto-estima e do humor positivo do idoso.

No final do programa de intervenção, passámos à quinta fase, ou seja, o segundo momento de avaliação, no qual os participantes voltaram a responder à EDG e preencheram o questionário de avaliação final do programa (anexo 8).

No decorrer das atividades, foram recolhidas afirmações, formas de expressão e manifestação dos idosos relativamente ao seu estado de espírito e às suas expectativas que, mais adiante, serão apresentadas.

3.4. Descrição das Atividades¹

Como já foi referido, o projeto de intervenção decorreu durante 12 semanas com três sessões por semana (conforme a planificação no anexo 10).

Organizaram-se sessões grupais com a duração de, aproximadamente, uma hora cada, centradas em três objetivos gerais: 1) promoção do relacionamento interpessoal; 2) promoção da auto-estima; e 3) melhoria do estado de humor. As atividades foram agrupadas nestes três grandes itens uma vez que, segundo a literatura consultada, as condições que mais afetam o idoso quando se encontra num quadro clínico depressivo são a tendência para o isolamento/ fraco apoio social, uma baixa auto-estima e humor negativo.

A implementação do programa decorreu numa sala em que os idosos se pudessem sentar sempre em roda (incluindo a monitora), para se olharem entre eles e, dependendo das atividades, havia ou não mesa no centro da roda. Sem lugares específicos, o objetivo desta disposição da sala passou por se sentirem iguais e mais próximos.

3.4.1. Atividades de Promoção do Relacionamento Interpessoal

Durante as primeiras sessões, as dinâmicas de grupo foram direcionadas para o conhecimento do grupo, uma vez que, embora os idosos residam no mesmo local, nem todos contactam entre si e, por vezes, existe um relacionamento um pouco hostil.

De forma a promover o relacionamento interpessoal, foram desenvolvidas atividades, a sua maioria denominadas como dinâmicas de grupo. Começámos por algumas como “A Teia da Amizade”; “Cartões Originais”; “A Minha Profissão”; e “Conhecer”, que se caracterizam essencialmente, por oferecerem ao outro mais informações acerca dos próprios, ao mesmo tempo que se fortalece a confiança e se comunica sem entrar em detalhes mais privados. O nome, a localidade em que viveram, a profissão que exerceram, são exemplos de informações partilhadas nestas sessões.

No desenvolver das atividades, os idosos iam partilhando breves histórias e quando encontravam ligações entre elas questionavam-se caso tivessem alguma curiosidade sobre quem foi e quem é o outro. No geral, foi notório que os participantes gostavam de conhecer os outros, escutando-os com atenção.

Posteriormente, com o avançar do conhecimento dentro do grupo, pretendeu-se que os mesmos partilhassem segredos (em grupos menores): um sério, embora não fossem

¹ Todas as atividades são descritas pormenorizadamente no anexo 9.

acontecimentos muito importantes e um engraçado, enfatizando a relevância da partilha de pormenores mais íntimos, a importância de confiar nos outros e ainda o valor de quem guarda o segredo.

“Sobre o Nosso Passado”, “Baú das Recordações” e “Chapéu dos Medos e dos Desejos” foram ainda dinâmicas que deram especial destaque à necessidade do ser humano construir e manter boas relações, conhecer e dar-se a conhecer ao outro, partilhando todos os dias um pouco de si. As atividades acima enumeradas tiveram por base contar pequenas histórias do passado, descreverem um momento importante da sua vida, partilhar desde uma simples fotografia a um amuleto que tenham guardado com estima, explicando o seu significado.

A esta altura já os participantes se sentiam parte de um grupo e, embora alguns ainda tivessem algumas reticências, iam sendo chamados a partilhar cada vez um pouco mais de si. Com o “Chapéu dos Medos e dos Desejos” os participantes escreveram e leram um medo que têm na vida e um desejo. Nesta dinâmica quebraram mais algumas barreiras e expressaram medos como “*Falar e ser mal interpretada*” (Sr^a E.), “*Não ser aceite*” (Sr. A.) e desejos como “*Criar novas amizades no grupo e mantê-las*” (Sr^a O.).

A atividade designada apenas de “Balão”, foi um exercício reflexivo sobre a forma de alcançar objetivos sem destruir os dos outros, recorrendo a balões que ganhavam significados, protegendo-o das ameaças exteriores e era-lhes oferecido um alfinete, a forma possível de destruição de outros balões. A promoção da coesão grupal era a meta a atingir com a reflexão acerca do sucedido. Por esse motivo, foi sempre enfatizado nas reflexões com os idosos o valor de uma rede social de apoio, na vida do ser humano.

À medida que o tempo foi passando, fomos alternando atividades de promoção da auto-estima com atividades de promoção da coesão grupal, uma vez que considerámos ser uma forma de aliviar os idosos de atividades que, muitas vezes, culminam em lágrimas, devido a emoções sentidas pelos elogios feitos dentro do grupo.

Assim sendo, os idosos: elaboraram o “Jornal de Parede”, construído com as notícias que os próprios consideraram mais importantes da corrente semana; presentearam o “Amigo Secreto”; construíram dois “*Puzzle Grupal*”; e ordenaram a “Linha do Tempo”. O “Amigo Secreto” foi uma atividade de promoção da auto-estima assim como de relacionamento interpessoal, acabando por promover ainda o humor positivo no idoso. Esta dinâmica foi realizada nas semanas que antecederam o Natal, uma vez que o seu objetivo é

presentear e serem presenteados de forma criativa e oculta por um dos companheiros. No dia da festa de Natal, desvendados os amigos secretos, os idosos mostraram as prendas ou dedicatórias recebidas e o que sentiram ao ser presenteados e ao terem de presentear, agradecendo as ofertas e conversando alguns momentos com os seus amigos.

Relativamente às duas últimas dinâmicas, foram escolhidas fotografias dos próprios participantes, conseguidas durante a realização de atividades anteriores. Ao construírem o *puzzle*, os idosos quando percebiam que eram eles mesmos demonstravam uma enorme alegria ao relembrem o momento e ao facto de “serem” o próprio *puzzle*, a ponto de o quererem expor na sala de convívio da instituição para residentes e familiares observarem. No decorrer desta atividade foi enfatizada a importância de cada elemento para a construção do *puzzle*, pois cada um possuía uma parte importante do mesmo. Se alguém não partilhasse a sua peça, o *puzzle* ficaria incompleto.

A “Linha do Tempo”, para além das próprias fotografias, continha imagens de acontecimentos importantes que deveriam ser ordenadas desde o acontecimento mais antigo até ao mais recente, para que os participantes relembrem histórias e mantenham a noção do tempo e espaço. Estas sessões acabaram por promover o humor positivo, tal foi o entusiasmo do grupo. A criação de laços, a partilha e a construção de boas relações constituíram a base destas dinâmicas de grupo.

3.4.2. Atividades de Promoção da Auto-Estima

A fase seguinte do programa centrou-se na promoção da auto-estima do idoso. Com dinâmicas de grupo centradas nas qualidades de cada um e no elogio, os idosos expressaram sentimentos, expuseram as suas esperanças e desejos, contaram histórias de vida, identificaram capacidades, competências e habilidades e compreenderam a importância do pensamento positivo.

Começámos esta fase com o preenchimento da “Bandeira Pessoal”, onde os idosos identificaram numa só folha, uma qualidade, um desejo, uma competência, um obstáculo na vida, pessoas de apoio e como gostariam que os outros os recordassem. Esta atividade consagrou todos os itens que iriam ser trabalhados nas sessões seguintes, no âmbito da promoção da auto-estima.

Seguiram-se dinâmicas como “Pessoas são Dons”, “Fãs de Nós Mesmos” e “Qualidades e Defeitos”. Na primeira dinâmica enunciada, através de uma caixa presente e de um texto adaptado, pretendeu-se demonstrar ao idoso que se pode e deve “oferecer” aos

outros, que todos somos importantes e, metaforicamente falando, somos presentes/dádivas. Podemos afirmar que o resultado foi bastante positivo, uma forma simples e criativa de transmitir uma mensagem que muitos tentam passar. As restantes dinâmicas basearam-se no mesmo fundamento, embora trabalhado de formas alternativas, tendo como objetivo que o sénior identificasse as suas próprias qualidades, uma vez que o idoso com depressão tende a sentir-se inferior, incapaz, vendo sempre um lado negativo e desvalorizado dele mesmo.

“Qualidades Que Nós Apreciamos”, “Para Quem Tira o Chapéu” e “Saber Ouvir”, foram dinâmicas centradas na escuta e na identificação de características apreciadas nos sujeitos do grupo, ou seja, cada idoso escolhia um outro para descrever e elogiar. Estas situações criaram, por diversas vezes, reações entre os participantes de grande agrado e emoção, resultando em cumprimentos e mútuo elogio.

Quanto ao “Elogiar e Ser Elogiado” e “Dar e Receber Afetos” podemos afirmar que concentraram as duas vertentes anteriores pois, como as próprias denominações indicam, foi uma partilha de elogios e de afetos entre os elementos do grupo de trabalho no sentido de elevar a sua auto-estima.

3.4.3. Atividades de Promoção do Humor Positivo

Relativamente ao desenvolvimento do humor positivo, os idosos perceberam que “Rir é o Melhor Remédio” (visionaram filmes de comédia), fizeram “Rimas”, desenharam “Retratos Coletivos”, “Desafiaram os Pensamentos Negativos” e até visitaram o “Bazar Mágico”. Quanto ao desenho partilhado, despoletaram-se risos e comentários animadores, uma vez que o resultado final foi o retrato facial de cada idoso e, como foi desde logo percebido pelos participantes, iria terminar numa figura pouco realista mas nada importava, uma vez que o objetivo não passava, de todo, pela avaliação das aptidões artísticas. O “Bazar Mágico” foi uma forma de pedir aos idosos que se abrissem ao grupo, no meio de um ambiente fantasioso, para assim poderem abandonar o seu pior defeito e conseguirem obter uma qualidade que desejassem possuir. O grupo ainda desafiou os pensamentos negativos, ou seja, cada participante apontou um acontecimento negativo (ex. morte de alguém próximo) e, de seguida, todos indicaram formas positivas de pensar, abstraindo-se do negativismo que ronda estes idosos deprimidos, principalmente em situações de maior fragilidade.

É de salientar que o grupo realizou outras atividades como “Pintar Sentimentos”, “Fotopalavra” e “Era uma vez...”, dinâmicas centradas na promoção do humor positivo, envolvendo criatividade, imagens e música.

3.5. Instrumentos

Como instrumentos de recolha de dados, contámos com o questionário sociodemográfico, com a Escala de Depressão Geriátrica e, posteriormente à implementação do programa, os idosos responderam a um questionário de avaliação das atividades realizadas e dos objetivos das mesmas.

3.5.1. Questionário Sociodemográfico

Inicialmente, e de forma a caracterizar a amostra, foi aplicado um questionário sociodemográfico, elaborado pela investigadora, em que se pretendia identificar o sexo, o estado civil, as habilitações literárias e o apoio familiar e social dos inquiridos.

3.5.2. Escala de Depressão Geriátrica

A EDG foi o instrumento escolhido para este projeto de intervenção, uma vez que o principal objetivo da escala é medir os níveis de depressão na população idosa e é constituída por itens simples, que rápida e facilmente são aplicados, de forma oral ou escrita, isto porque há idosos analfabetos ou com dificuldades de leitura e escrita, em ambos os grupos de trabalho. Para além deste fundamento, a EDG foi já alvo de estudos em Portugal, com populações semelhantes à estudada neste projeto, tornando-se um dos instrumentos mais frequentemente usado por investigadores e clínicos no diagnóstico da doença. A escala de Yesavage et al. (1983) pode ser aplicada de uma forma programada (inicial ou periódica) e, por poder ser aplicada por profissionais não médicos foi um dos instrumentos escolhidos.

Quanto à organização da EDG, a versão por nós utilizada (a versão ampliada), consiste em 30 itens aos quais o idoso responde de forma dicotómica (“sim” ou “não”). A EDG apresenta uma boa validade em relação a outras escalas de depressão, como a Escala de Depressão ($r= 0,83$), a Avaliação do Self de Zung ($r= 0,83$) e como a Escala de Avaliação Hamilton para a Depressão ($r= 0,84$), cumprindo com o seu objetivo, relativamente à clara diferenciação entre idosos com depressão e sem depressão. Esta

escala tem boas medidas de consistência interna (alfa= 0,94) e confiabilidade (0,94). De igual modo, sugere estabilidade no re-teste de 8 dias ($r= 0,85$) (Barroso & Tapadinhas, 2008).

Segundo Fernandes (2002, cit por Ferreira, 2005), a depressão manifesta-se frequentemente nos idosos sob a forma de auto verbalizações negativas, baixo reconhecimento das próprias capacidades, baixa auto-estima e diminuta participação social. A escala adaptada à população portuguesa por Barreto, Leuschner, Santos e Sobral (2003) é um instrumento elaborado com o objetivo de ser aplicado exclusivamente aos idosos. Este instrumento permite identificar populações de risco, investir na saúde, na qualidade de vida e bem-estar e serve para planeamento de ações e políticas de saúde (Ferreira, 2005).

Se o indivíduo responder “Não” nas questões 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30, atribuir-se-á 1 ponto a cada questão. Se a resposta for “Sim” nessas mesmas questões atribui-se 0 pontos. Nas restantes questões, se o sujeito responder “Sim”, atribui-se 1 ponto a cada questão, caso responda “Não”, atribui-se 0 pontos (Barreto et al., 2003).

No total, a pontuação poderá atingir os 30 pontos. Os valores de corte utilizados, de forma a diferenciar os diferentes níveis de depressão são: de 0 a 10 pontos indica ausência de depressão; de 11 a 20 pontos corresponde a depressão ligeira; e pontuações entre os 21 e os 30 pontos remetem-nos para depressão grave.

3.5.3. Questionário de avaliação final

Como forma de avaliar o impacto do programa no grupo de intervenção, elaborámos um questionário de opinião, constituído por 10 questões, cuja escala de *Likert* permitiu aos sujeitos: avaliar a satisfação com as sessões desenvolvidas; avaliar a evolução do relacionamento interpessoal; e avaliar a evolução da auto-estima. No final, este instrumento continha ainda uma questão aberta de forma que os idosos expressassem a sua opinião e/ ou sugestão.

3.6. Tratamento de dados

Os dados recolhidos, através da EDG e dos questionários sociodemográfico e de avaliação final do programa, foram objeto de tratamento estatístico com recurso ao programa *SPSS* (Statistical Package for Social Sciences), versão 18 para *Windows*. Para

verificar as diferenças entre os grupos e entre os dois momentos de avaliação foi utilizado o teste não paramétrico para duas amostras emparelhadas, Wilcoxon.

3.7. Considerações Éticas

O presente projeto foi apresentado e classificado pelas entidades envolvidas como cumpridor das normas éticas em investigação. Aos participantes foi concedido o direito ao anonimato, à confidencialidade, à não-participação, ao tratamento equitativo e a toda a informação sobre os objetivos, procedimentos e disponibilidade para fornecer todas as dúvidas acerca do projeto.

O Termo de Consentimento foi assinado por todas as instituições que contribuíram para a realização do projeto.

4. RESULTADOS

4.1 Momento 1

No primeiro momento, ambos os grupos se encontram no mesmo estágio de depressão, apresentando uma média de 16 pontos (considerado pela EDG como depressão ligeira). Quando analisamos mais pormenorizadamente, verificamos que 18 idosos do GI inicialmente apresentavam depressão ligeira e 3 tinham depressão grave, enquanto no GC, 19 apresentaram depressão ligeira e 2 idosos depressão grave.

Neste primeiro momento, verificamos que ambos os grupos são bastante equitativos, apresentando poucas discrepâncias nas respostas da EDG.

Relativamente ao apoio familiar (anexo 11) verificámos, através dos resultados colhidos do questionário sociodemográfico, que 100% dos idosos do GI têm família, embora apenas 81% refira ter contacto frequente com eles e somente 52% referem que se encontram com familiares todas as semanas. Comparativamente, no GC, verificaram-se algumas discrepâncias como: 95% tem família, 76% tem contacto frequente com algum familiar e somente 38% dos indivíduos encontra os familiares todas as semanas. Os restantes indicam que a família os visita com menos frequência. Contrariamente ao que acontece com os indivíduos do GI, 14% refere que não tem qualquer contacto com os familiares.

Analisando o apoio social que estes indivíduos encontram dentro do lar, verificamos que 95% dos pertencentes ao GI considera ter amigos dentro do lar contra 90.5% do GC. A

maioria dos utentes (66.7%) do GI refere que a relação é “Boa”, enquanto a maioria do GC, 61.9% considera-a apenas “Razoável”.

Para uma compreensão dos resultados mais facilitada, decidimos, nesta fase, agrupar as respostas à EDG em quatro temas centrais: 1) Satisfação face à vida; 2) Avaliação do humor/ Como se sente; 3) Como pensa/ O que recebe; 4) Avaliação da auto-estima/ Como avalia as suas competências.

4.1.1. Satisfação face à vida

Avaliando apenas o primeiro momento, podemos afirmar (através da tabela 4, do anexo 12) que, embora 86% (aproximadamente) de ambos os grupos indiquem que deixaram de lado muitas das suas atividades e interesses e identifiquem que têm uma vida vazia, 57% dos inquiridos estão satisfeitos com a vida, em geral. Apesar disso, 81% e 71% dos inquiridos do GI e do GC, respetivamente, consideram que é positivo estarem vivos, embora a maioria (em ambos os grupos) não considere a sua vida interessante.

4.1.2. Avaliação do humor/ Como se sente

Ao analisar a tabela 5 (anexo 12) verificamos que, no primeiro momento, os idosos respondem, na sua maioria (entre os 57% e os 76%), que se sentem nervosos, aborrecidos e desanimados, sintomas claros de depressão.

Uma grande discrepância verifica-se na questão nº 22², entre os dois grupos. Contudo, as respostas afirmativas às questões nº 24 e nº25³ voltam a ter altas percentagens (de 52% a 71%), pois são questões relacionadas com a tristeza que o quadro depressivo acarreta, assim como a inquietude dos doentes. O GI sente que não há esperança (62%), embora apenas 33% do GC pense dessa forma.

Uma das questões que incluímos neste tema, uma vez que era a única acerca do relacionamento interpessoal do idoso (questão nº 28) revela-nos que 52% dos idosos do GI evita encontrar-se com muitas pessoas, enquanto apenas 38% dos inquiridos do GC o indica.

Ao invés, nas questões nº7 e nº9⁴, os idosos respondem que se sentem bem – de 57% a 71%. Neste primeiro momento avaliativo confirmamos ainda que, apesar do pessimismo

² “Sente que para si não há esperança?”

³ “Aflige-se muitas vezes com coisas pequenas?”/ “Sente muitas vezes vontade de chorar?”

⁴ “Sente-se feliz/ Sente-se desamparado a maior parte do tempo?”

de alguns dos inquiridos, quando questionados sobre se sentem que são úteis, 61% do GI responde que sim, enquanto 48% do GC responde de igual forma.

4.1.3. Como pensa/ O que receia

Ao analisar a tabela 6 (anexo 12), verificamos que as respostas são pouco positivistas, como seria de esperar. Apenas uma minoria refere ter esperança no futuro (GI - 38%; GC - 48%), embora se preocupem bastante com o que virá (nº 13), pois entre 57% e 62% dos inquiridos (GC e GI, respetivamente) têm medo que lhes vá acontecer alguma coisa de mal (nº 8).

Quando questionados se o passado os preocupa, apenas 19% dos idosos do GI refere que sim, embora no GC a percentagem aumente para os 43%.

4.1.4. Avaliação da auto-estima/ Como avalia as suas competências

Relativamente à observação dos resultados, da tabela 7 (anexo 12), referentes à auto-estima dos idosos e da noção que os mesmos têm acerca das suas capacidades, percebemos que não há muitas discrepâncias entre os grupos observados. Isto porque, às questões nº 14, 26 e 29⁵, os indivíduos responderam maioritariamente que sim (entre os 43% e os 57%). Poucos são os idosos que referem na última questão, que o pensamento ainda é tão claro como outrora, (27% do GI; 33% do GC).

Para finalizar, observamos ainda que 43% do total dos inquiridos sente que a maioria das pessoas tem uma vida melhor que a deles.

4.2. Momento 2

Após a implementação do programa de atividades de animação sociocultural, com o propósito de promover a saúde destes idosos deprimidos, reavaliámos ambos os grupos. No segundo momento, ambos continuam a encontrar-se no mesmo estágio da depressão, porém, o GI diminuiu os índices de depressão apresentando uma média de 12 pontos e um dp de 3.63, enquanto o GC aumentou os valores de depressão (média - 18; dp - 4.39).

No que concerne à análise das respostas do GI à EDG, no segundo momento, encontramos discrepâncias quando comparadas nos dois momentos (anexo 13). Questões relacionadas com a satisfação do idoso com a sua vida foram, consideravelmente, alteradas, pelo que os idosos demonstram, após a intervenção, um maior contentamento

⁵ “Acha que tem mais dificuldade de memória do que as outras pessoas?”; “Tem dificuldade em se concentrar?”; “Tem dificuldade em decidir coisas?”

com a sua realidade atual, olham para o futuro com mais esperança (questão nº 5 e nº 22), consideram que têm mais capacidades de concentração, de decisão e de memória, do que no momento de avaliação anterior e mais 33.4% estão satisfeitos com a sua vida, achando-a interessante (67%).

Quanto ao GC, salientamos o facto de não ter registado alterações significativas na maioria das questões. Porém, no anexo 14, salientamos as questões nas quais verificámos maiores alterações entre os momentos de avaliação, principalmente as questões nº 7, nº 10 e nº 19⁶.

4.3. Evolução da depressão - Momento 1 vs Momento 2

No momento 1, como podemos observar na tabela 2, a média dos índices de depressão dos dois grupos não apresenta diferenças significativas, uma vez que ambos se situam nos 16 pontos (GI: média 2.14 e dp 0.36; GC: média 2.10 e dp 0.30).

No segundo momento de avaliação, surgem diferenças entre os grupos. Os resultados sugerem que, embora a média continue a situar-se no estágio definido como “depressão ligeira” (de 11 a 20 pontos), no GI os valores diminuíram significativamente ($p= 0,002$), para uma média de 12 pontos, enquanto no GC os níveis de depressão sobem para os 18 pontos, aproximadamente ($p= 0,059$).

Tabela 2 - Evolução dos grupos face à depressão

	Momento 1					Momento 2				
	Média	dp	AD	DL	DG	Média	dp	AD	DL	DG
GI (N=21)	16.29	4.06	0	18	3	12.24	3.63	7	14	0
GC (N=21)	16.90	3.36	0	19	2	18.38	4.39	1	12	8

Segundo a análise do teste não paramétrico para amostras emparelhadas, Wilcoxon (anexo 15), concluímos que no GI 10 indivíduos, num total de 21, apresentaram resultados positivos.

Ao analisar os dados da EDG, do segundo momento, reparamos que 7 idosos do GI diminuíram os níveis de depressão, encontrando-se no nível 1 (ausência de depressão). Os 3 idosos que, inicialmente, apresentavam depressão grave, diminuíram os sintomas e, após

⁶ 7- “Está bem disposto a maior parte do tempo?”; 19- “Acha a sua vida interessante?”

a intervenção, passaram para o nível 2 (depressão ligeira). Os restantes (11 indivíduos) mantiveram-se no mesmo nível, embora 10 tenham diminuído os valores da depressão após a intervenção da animação sociocultural. É de referir que apenas um indivíduo aumentou os valores de depressão, entre os dois momentos.

No GC apurou-se que, após as 12 semanas, 14 indivíduos (de um total de 21) não apresentavam alterações nos níveis de depressão, sendo que 6 demonstraram um aumento nos níveis de depressão (do nível 2 para o nível 3), no momento 2. Num indivíduo ocorreu uma evolução positiva.

Desta forma, os resultados demonstram que o programa de animação implementado diminuiu os sintomas de depressão do idoso, uma vez que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas. Pelo contrário, os níveis de depressão dos idosos do GC não apresentaram diferenças significativas, entre os dois momentos.

4.3.1. Avaliação Contínua

Estes resultados são agora confirmados com algumas passagens, ao longo dos três meses, dos próprios idosos. Faziam-no no decorrer das sessões como “*Gosto do grupo que temos e da relação que se formou entre nós.*” (Sr^a E.); “*Dá-nos abertura para irmos mais além!*” (Sr^a M.); “*Passámos bem o tempo e melhorou as relações e os conhecimentos que tínhamos uns com os outros.*” (Sr. A.); “*Estes momentos deixam falta... A nossa relação melhorou.*” (Sr. Al.); “*Aqui (no grupo) há respeito.*” (Sr. R.).

Foram registados alguns dos comentários dos idosos numa grelha (anexo 16), onde podemos constatar algumas das suas reações às atividades e ao programa, no geral.

4.4. Adesão e satisfação

Após a implementação do programa foi possível verificar, através do registo de presenças (anexo 17) e da tabela referente aos resultados do questionário de avaliação final (anexo 18), que os idosos aderiram bastante bem ao projeto, participando assiduamente e fazendo uma avaliação final bastante favorável.

Dos idosos que participaram no programa de intervenção, 40% referiram que gostaram das atividades; 48% concordam que foram interessantes; 50% indicam que as atividades foram realizadas de forma a promover amizades no grupo; 48% revelam ter gostado de trabalhar em grupo; e para finalizar 41% indicaram que voltariam a participar novamente no programa.

5. DISCUSSÃO

Os resultados sugerem que os idosos com depressão apresentam uma média de idades situada nos 81.6 e são na sua maioria do sexo feminino (69%) reforçando o perfil traçado por Samuelsson et al. (2005). O mesmo autor refere ainda que a viuvez constitui um dos fatores desencadeadores da depressão, associada portanto a esta média de idades. A depressão na velhice tende a resultar de perdas, carências e ausência de apoio (Zimmerman, 2000). Como verificámos, 71% dos idosos, que participaram no programa, são também viúvos e a média das habilitações remete-nos para o ensino primário que, segundo Caroline (2001), Blazer (2003) e Weyrer (2008) é uma das variáveis que influencia o aparecimento da depressão no idoso.

Como Lucca e Rabelo (2011), acreditamos agora que as atividades inerentes à animação sociocultural constituem uma forma de minimizar a depressão, nesta faixa etária, quando esta é leve ou moderada.

No que diz respeito ao objetivo geral, consideramos que foi cumprido, uma vez que o programa delineado resultou numa diminuição do quadro depressivo dos idosos que sofreram a intervenção, ao contrário do que se observou com o grupo de controlo, que não apresenta diferenças estatisticamente significativas. O facto de 47.6% dos participantes do GI diminuírem os sintomas de depressão, faz-nos acreditar que este tipo de programas é eficaz na diminuição do quadro depressivo dos idosos.

Henderson et al. (1997) comprovaram que a prevalência da depressão estava intimamente relacionada com baixos níveis de atividade e pouco apoio social. Como referiram Pereira (2010) e Yassuda e Silva (2010), a participação em novas atividades, criando rotinas e relações sociais, são essenciais para o bem-estar dos idosos e aumentam os índices de satisfação com a vida, um fator comprovado com 91% dos indivíduos a afirmar, no segundo momento, que estão satisfeitos com a sua vida atual.

Relativamente ao primeiro objetivo – diminuir os sintomas de depressão nos idosos – verificamos que foi cumprido, uma vez que os resultados nos demonstraram que os idosos tiveram uma diminuição dos sintomas da doença, como já referimos. É de sublinhar que os idosos que se mantiveram no mesmo estágio da depressão, tiveram um decréscimo da pontuação final, em alguns pontos. Estes resultados são confirmados também em estudos anteriores que constataram que as atividades socioeducativas, lúdicas e recreativas,

desenvolvidas pelos idosos, contribuem para a redução dos sintomas de depressão (Loures & Gomes, 2006; Schneider, 2008; Lucca & Rabelo, 2011).

O GC, para além de ter uma elevada taxa de casos em que não se verificaram alterações nos níveis de depressão (66.7%), tem 28.6% de idosos com depressão ligeira, no primeiro momento, que evoluíram para o nível de depressão grave, no momento 2.

O segundo objetivo - promover o relacionamento interpessoal - foi conseguido, uma vez que as respostas à avaliação do programa revelaram que os idosos ficaram satisfeitos com os elementos que constituíam o grupo e indicadores da formação de amizades (anexo 18). Para Heyl e Blieszner (2006), Heyl e Schmitt (2007), Bishop (2008) e Lucca e Rabelo (2011), quando as atividades são desenvolvidas com o propósito de melhorar o relacionamento interpessoal, tendem a ser mais eficazes contra a depressão, sendo essas novas amizades referidas como promotoras de saúde. Também Teixeira (2010) confirmou que este tipo de programa é essencial e eficaz na promoção das relações sociais entre idosos.

Para além dos próprios participantes destacarem este facto, tivemos oportunidade de o comprovar, ao longo do tempo de intervenção, pela proximidade e entreaajuda observada, não só na sala de atividades, como na sala de convívio onde os residentes se reúnem. Por vezes, na reflexão final das atividades, os participantes abriam-se, permitindo confirmar que a mensagem da atividade tinha sido interiorizada com sucesso, como podemos observar na grelha de observação contínua, em anexo.

Estudos demonstram que, através do relacionamento e de atividades que fazem com que o idoso se sinta bem, podemos contornar a depressão, pois proporcionam ao sénior momentos agradáveis, ao mesmo tempo que são desenvolvidas práticas de reforço positivo. Constituem também experiências enriquecedoras, para além das simples atividades com o objetivo de ocupar o participante (Nogh, Lewis & Connolly, 2005; Greenfield & Marks, 2007).

No que respeita ao terceiro objetivo, em que pretendíamos promover a auto-estima do idoso, os resultados sugerem uma melhoria. Analisadas as respostas às questões nº 6 e nº 7 (tabela 4 do anexo 13), relativas à valorização do idoso, incluindo a perceção das próprias qualidades, verificamos que 26% e 38% (GI e GC, respetivamente), revelam que a auto-estima aumentou, sentindo-se valorizados e (re)descobrimo qualidades: “(...)Gostava

daquelas atividades em que todos diziam as minhas qualidades! E também gostava de ouvir as dos outros!” (Sr^a. A).

Como vimos, 76% dos idosos, no segundo momento, revelam que se sentem úteis. Ao sentirem-se ocupados (menos 33.3% indicam sentir que têm uma vida vazia), com atividades que lhes proporcionam aprendizagens e lhes preenchem a vida, os níveis de auto-estima aumentam. Os resultados do presente projeto revelam melhorias no reconhecimento das capacidades entre os 14% e os 24%.

De acordo com Zimerman (2000), o resgatar dos aspetos positivos e a estimulação do idoso são aspetos essenciais, visto que nos idosos a depressão manifesta-se sobretudo através do pouco reconhecimento das capacidades, autoverbalizações negativas, baixa auto-estima e fraco relacionamento interpares. Também para Andrews (2001), Hansen-Kyle (2005) e Silva et al. (2006), os laços sociais auxiliam o idoso na formação e manutenção da auto-estima e na melhoria do seu estado de humor, promovendo a saúde mental.

6. CONCLUSÃO

Após a discussão dos resultados obtidos e, tendo em conta as evidências científicas analisadas nesta área de atuação, podemos concluir que o projeto delineado atingiu os seus objetivos.

Concluimos que um programa delineado nos mesmos moldes que o atual, ou seja, com base na promoção do relacionamento interpessoal, da auto-estima e do humor positivo, constitui uma forma de abordar e promover as áreas mais afetadas pela doença, como comprovado pela literatura e pelo presente estudo.

Quanto à existência do grupo de controlo consideramos ter sido um importante fator neste projeto, permitindo comparar dados e, assim, perceber de forma mais clara as diferenças existentes após a implementação das atividades.

Quanto à viabilidade deste projeto, consideramos que é exequível e um ótimo ponto de partida para a melhoria da qualidade de vida de idosos deprimidos. Face aos resultados positivos obtidos com este projeto, vamos de encontro à evidência científica analisada, uma vez que demonstramos ser possível minorar a depressão no idoso, através de atividades de animação sociocultural, quando desenvolvidas com esse mesmo propósito.

Acreditamos que uma das limitações deste projeto foram as diferenças entre o GI e o GC, relativamente às suas características sociodemográficas, pois embora o GI seja bastante equitativo no que respeita ao sexo (10 homens e 11 mulheres), o GC tem apenas 3 elementos do sexo masculino. Para além desse ponto, diferem também, relativamente às habilitações literárias, sendo que o GC tem um menor grau de instrução. Contudo, no primeiro momento de avaliação, verificamos que os grupos não apresentam diferenças significativas, relativamente aos níveis de depressão, apresentando poucas discrepâncias nas respostas da EDG.

Possivelmente, a duração do projeto de intervenção foi uma das limitações, uma vez que três meses de intervenção parecem-nos um curto período para um estudo na área da saúde mental, apesar de nos terem permitido observar melhorias no quadro depressivo do idoso. Desta forma, cremos que, caso seja alargado no tempo, será possível atingir novas metas e melhores resultados a este nível.

Quando pensamos no tamanho da nossa amostra, acreditamos que também poderá ser alterado em intervenções futuras. Embora os grupos em que a intervenção acontece devam ser constituídos por 15 a 20 indivíduos, para um maior proveito das atividades e envolvimento de todos de forma igualitária (segundo apontado pela literatura), em futuras intervenções poderia ser realizado um programa com 3 a 4 grupos (e não apenas um) cada um constituído por 20 indivíduos, conseguindo desta forma, uma amostra maior e uma intervenção com maior impacto.

Uma das estratégias utilizadas para motivar os idosos foi a inclusão de imagens de atividades realizadas pelos próprios, como forma de os motivar e de, mais uma vez, os fazer sentir parte do grupo. Esta estratégia apenas foi por nós descoberta perto do final do programa e, assim sendo, merecia uma maior atenção em futuras linhas de intervenção neste âmbito.

Quando refletimos sobre o projeto realizado, percebemos que foi uma iniciativa que, sendo de custo financeiro muito reduzido, alcançou resultados bastante benéficos na promoção da saúde dos idosos.

Para finalizar, acrescentamos a necessidade de aumentar a formação de técnicos na área da promoção da saúde mental, uma vez que podemos melhorar a qualidade de vida, através de programas de intervenção como o atual.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aday, R., Kehoe, G. & Farney, L. (2006). Impact of Senior Center Friendships on Aging Women Who Live Alone. *Journal of Women & Aging*, 18 (1), 57- 73.
- Albuquerque, S. (2003). *Qualidade de vida do idoso*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Alford, B.A. & Beck, A.T. (1997) *The Integrative Power of Cognitive Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Amaral, A. (1997). *Alterações circadianas na depressão*. Dissertação de mestrado. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4ªed –Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Andrews, G. (2001). Promoting health and function in an ageing population. *BMJ*, 322, pp. 728-729.
- Bahls, SC. (1999). Depressão: Uma Breve Revisão dos Fundamentos Biológicos e Cognitivos. *InterAÇÃO*, 1, pp. 49-60.
- Ballone, G. (2001). *Depressão no Idoso*. Recuperado em Fevereiro 5, 2013, de www.psiqweb.med.br/geriat.
- Barreto, J. et al. (2006). Tratamento actual na depressão no idoso. *Psicogeriatría*. pp. 247-250.
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2003). *Escala de depressão geriátrica: Tradução portuguesa da Geriatric Depression Scale, de Yesavage, et al.* Lisboa: Grupo Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências.
- Barroso, V. L., & Tapadinhas, A. R. (2006). Orfãos Geriatras: Sentimentos de Solidão e Depressividade Face ao Envelhecimento - Estudo Comparativo entre Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados. *Psychologica*. pp. 1-13.
- Beck, A., Rush A., Shaw, B. & Emery, G. (1997). *Cognitive Therapy of Depression*. (Sandra Costa, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy – Basics and Beyond*. 2ª ed. New York: The Guilford Press.
- Benedetti, T., Petrski, É., & Gonçalves, L. (2003). Exercícios físicos, auto-imagem e auto-estima em idosos asilados. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 5, pp. 69-74.
- Bergdahl, E. Gustavsson, J., Kallin, K., Wågert, V., Lundman, B., Bucht, G., Gustafson, Y. (2005). Depression among the oldest old: the Umeå 85+ study. *International Psychogeriatric Association*, 17 (4), 557–575.
- Berger, L., e Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas - uma abordagem global* (M. Madeira, F. Silva, L. Abecasis & M. Rosa, Trad.). Lisboa: Lusodidacta.
- Bishop, A. (2008). Stress and depression among older residents in religious monasteries: do friends and god matter? *The International Journal of Aging and Human Development*, 67 (1),1-23.
- Blazer, D. (2003). *Depressão em Idosos* (3ª ed). São Paulo: Editora Andrei.
- Blazer, D. (2005). Depression and social support in late life: a clear but not obvious relationship. *Aging & Mental Health*, 9 (6), 497- 499.
- Blieszner, R. (2006). A Lifetime of Caring: dimensions and dynamics in late-life close relationships. *Personal Relationships*, 3 (1), 1-18.
- Borges, L. C. (2006). Os grupos de convivência na terceira idade: suporte social e afetivo. In D. V. S. Falcão & C. M. S. B. Dias (Orgs.). *Maturidade e velhice: pesquisas e intervenções psicológicas* (1), 151-165. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Brown, M., Lapane, K. & Luisi, A. (2002). The management of depression in older nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50 (1), 69–76.
- Cachioni, M. & Palma, L. (2006). Educação Permanente: Perspectiva para o Trabalho Educacional com o Adulto Maduro e Idoso (2ª ed). In *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Capitanini, M. (2000). Solidão na velhice: Realidade ou mito? In A. L. Neri & S. A. Freire (Eds.). *E por falar em boa velhice*. São Paulo: Papirus.

- Carmona, C. G. H., & Melo, N. A. (2000). *Comunicacion interpersonal: Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales*. Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Chi, I., Yip, P., Chiu, H., Chou, K., Chan, K., Kwan, C., Conwell, Y., Caine, E. (2005). Prevalence of Depression and Its Correlates in Hong Kong's Chinese Older Adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13 (5), 409-416.
- Cohen, G., Perlstein, S., Chapline, J., Kelly, J., Firth, K., Simmens, S. (2006). The Impact of Professionally Conducted Cultural Programs on the Physical Health, Mental Health, and Social Functioning of Older Adults. *The Gerontologist*, 46 (6), 726-734.
- Coutinho, M., Gontíes, B., Araújo, L., & Sá, R. (2003). Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. *Psico-USF*, 8 (2), 183-182.
- Direção Geral de Saúde. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa.
- Drayer, R., Malsant, B., Lenze, E., Rollman, B., Dew, M., Kelleher, K., Karp, J., Begley, A., Schulberg, H., Reynolds, C. (2005). Somatic Symptoms of depression in depression in elderly patients with medical comorbidities. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20 (10), 973-982.
- Fagulha, T., Duarte, M. E., & Miranda, M. J. (2000). A "qualidade de vida": Uma nova dimensão psicológica? *Psychologica*, 25, pp. 5-17.
- Ferreira, S. (2005). Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage). S.A.C.S: Universidade de Aveiro.
- Fredrickson, B. (2003). The value of positive emotions. *American Scientist*, 91, pp. 330-335.
- Garcia, A., & Leonel, S. (2007). Relacionamento interpessoal e terceira idade: a mudança percebida nos relacionamentos com a participação em programas sociais para a terceira idade. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 2 (1), 130-139.
- Gatz, M., & Smyer, M. A. (2001). Mental health and aging at the outset of the twenty-first century. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.). *Handbook of the psychology of aging* (5th ed). San Diego, CA: Academic Press.
- Geis, P. P., & Rubí, M. C. (2003). *Terceira Idade - Atividades criativas e recursos práticos*. Brasil: Artmed.
- Greaves, C. & Farbus, L. (2006) Effects of creative and social activity on the health and well-being of socially isolated older people: outcomes from a multi-method observational study. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126 (3), 134-42.
- Greenfield & Marks (2007). Continuous Participation in Voluntary Groups as a Protective Factor for the Psychological Well-Being of Adults Who Develop Functional Limitations: Evidence From the National Survey of Families and Households. *The Journals of Gerontology*, 62 (1), 60-68.
- Hansen-Kyle, L. (2005). A concept analysis of healthy aging. *Nursing Forum*, 40 (2), 45-57.
- Henderson, A. S., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Mackinnon, A. J., Jorm, A., Christensen, H., Rodgers, B. (1997). The course of depression in the elderly: a longitudinal community-based study in Australia. *Psychological Medicine*, 27 (1), 119-129.
- Herman, H., Patrick, D., Diehr, P., Martin, M., Fleck, M., Simon, G., & Buesching, D. (2002). Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: The LIDO study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. *Psychological Medicine*, 32, pp.889-902.
- Heyl, V. & Schmitt, M. (2007). The Contribution of Adult Personality and Recalled. In Hinde, R. (1997). *Relationships: a dialectical perspective*. Hove: Psychology Press.
- Irigaray, T. & Scheneider, R. (2009). Dimensões de Personalidade, Qualidade de Vida e Depressão em Idosas. *Psicologia em Estudo*, 14 (4), 759-766.
- Jacob, L. (2008). *Animação de Idosos - Atividades* (3^a ed.). Coleção Idade do Saber. Porto: Âmbar.
- Joulain, M. et al. (2010). Vieillesse, bien-être et dépression: le rôle des activités et des loisirs. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 10 (57), 106-110.
- Katona, C., Chiu, E., Adelman, S., Baloyannis, S., Camus, V., Firmino, H., Gove, D., Graham, N., Ghebrehiwet, T., Icelli, I., Ihl, R., Kalasic, A. M., Leszek, J., Kim, S., Lima, C., Peisah, C., Tataru, N. & Warner, J. (2010). Declaração de Consenso da Seção de Psiquiatria Geriátrica da

- Associação Mundial de Psiquiatria sobre Ética e Capacidade em pessoas idosas com doença mental. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37 (4), 157-161.
- Katz, L., & Rubin, M. (2000). *Mantenha o seu cérebro vivo*. São Paulo: Sextante.
- Kirkood, T. (2001). *Os melhores anos de nossas vidas*. Rio de Janeiro: Record.
- Kuehner, C. (2002). Subjective quality of life: Validity issues with depressed patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, pp. 62-70.
- Knapp, P. & Beck, A. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 3 (II), 54-64.
- Lawton, M. (2001). Quality of life and the end of life. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.). *Handbook of the psychology of aging*. California: Academic.
- Lei Constitucional nº 1/92 de 15 de Novembro. *Diário da República nº 273- I Série*. Lisboa.
- Leon, F. G., Ashton, A. D., D'Mello, D. A., Dantz, B., Hefner, J., Matson, G. A., Montano, C. B., Pradko, J. F., Sussman, N., & Winsberg, B. (2003). Depression and comorbid medical illness: Therapeutic and diagnostic challenges. *The Journal of Family Practice*, 19, p.33
- Lima, M. P. (2004). *Posso Participar?* (1ª ed.). Coleção Idade do Saber. Porto: Âmbar.
- Lima, M. P. (2004). Envelhecimento e Perdas: Como posso não me perder? *Psycologica*, 35, pp. 133-145.
- Lima, M. P., Oliveira, A., & Godinho, P. (2011). Promover o bem-estar dos idosos institucionalizados: um estudo exploratório com treino em mindfulness. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 45 (1), 165-183.
- Lopes, M. (2006). *Animação Sociocultural em Portugal* (1ª ed). Chaves: Intervenção.
- Loures, M., & Gomes, L. (2006). *Prevalência de depressão entre alunos da universidade aberta à terceira idade*. Universidade Católica de Goiás.
- Lucca, I., & Rabelo, H. (2011). A Influência das Atividades Recreativas nos Níveis de Depressão de Idosos Institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 19 (4), 23-30.
- Magalhães, E. E. (2004). *La Depresión en los Mayores*. Badajoz: Universidad de Extremadura.
- Magarreiro, A. I. (2008). *Bem-estar Subjectivo em Idosas Institucionalizadas: A Influência da Autonomia Funcional e do Meio Ecológico*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Martina, C. & Stevens, N. (2006). Breaking the Cycle of Loneliness? Psychological Effects of a Friendship Enrichment Program for Older Women. *Aging & Mental Health*, 10 (5), 467-475.
- Martins, R. M. (n.d.). A Depressão no Idoso. *Spectrum*. Pp. 119-123.
- Menec, V. (2003). The Relation Between Everyday Activities and Successful Aging: A 6-year longitudinal study. *Journal of Gerontology Social Sciences*, 58B (2), 74-82.
- National Institute of Mental Health. *Older adults: depression and suicide facts*. Recuperado em Fevereiro, 5, 2013, de www.nimh.nih.gov/health/publications/older-adults-depression-and-suicide-facts-fact-sheet/index.shtml.
- Neri, A., & Freire S. (Eds.). *E por falar em boa velhice*. São Paulo: Papirus.
- Neto, M. (2004). Solidão (Também) Mata... Não Só Idosos Como Jovens. *Diário de Notícias*. Recuperado em Outubro, 12, em 2012 de http://dn.sapo.pt/inicio/interior.aspx?content_id=591870.
- Ngoh, C. T., Lewis, I. D., & Connolly, P. M. (2005). Outcomes of inpatient geropsychiatric treatment: the value of assessment protocols. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(4), 12-18.
- Oliveira, C., Rosa, M., Mota Pinto, A., Botelho, M., Morais, A., Veríssimo, M. (2010). *Estudo do Perfil do envelhecimento da População Portuguesa*. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Oliveira, K., Santos, A., Cruvinel, M., Néri, A. (2006), Relação entre Ansiedade, Depressão e Desesperança entre Grupos de Idosos. *Psicologia em Estudo*, 11 (2), 351-359.
- Pereira, L. (2010). *Solidão e Depressão no Idoso Institucionalizado - A Intervenção da Animação Sociocultural*. Chaves.
- Pereira, R. S., Curioni, C. C., & Veras, R. (2003). Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. *Textos sobre Envelhecimento*, 6 (1), 43-59.
- Pestana, L., & Gaspar, L. (2006). Psicogeriatría da depressão no idoso. *Psicogeriatría*, pp. 259-266.

- Pin, S., Guilley, E., Spini, D., & D'Epina, C. (2005). The Impact of Social Relationships on the Maintenance of Independence in Advanced Old Age: Findings of a Swiss Longitudinal Study. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38 (3), 203- 209.
- Pocinho, M. (2009). *Estatística- Teoria e exercícios passo-a-passo*. (Vol. 1). Coimbra: Escola Superior de Tecnologia e Saúde de Coimbra.
- Portal da Saúde Pública (n.d.). *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Promoção da Saúde nos Países Industrializados – Carta de Ottawa (1986). Canadá. Recuperado em Junho 02, 2012, de http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Ottawa.htm.
- Powell, V., Abreu, N., Oliveira, I., Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (III), 73-80.
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 7, 156-175.
- Reynolds, C. F., Alexopoulos, G. S., & Katz, I. R. (2002). Geriatric depression: Diagnosis and treatment. *Mental Health and Mental Illness in Later Life Spring*, 28–31.
- Rodrigues, R. (2009). *Avaliação comunitária de uma população de idosos da funcionalidade à utilização de serviços*. Coimbra: Mar das Palavras – Edições, L.^{da}.
- Rogers, A. (1999). Factors Associated with Depression and Low Life Satisfaction in the Low-Income, Frail Elderly. *Journal of Gerontological Social Work*, 31 (1-2), 167-194.
- Samuelsson, G., Mc Camish-Syennson, C., Hagberg, B., Sundstrom, G., Dehlin, O. (2005). Incidence and risk factors for depression and anxiety disorders: results from a 34-year longitudinal Swedish cohort study. *Aging Ment Health*, 9 (6), 571-575.
- Santos, P. (2002). *A Depressão no Idoso* (2ª ed). Coimbra: Quarteto.
- Santos, S. R., Costa Santos, I. B., Fernandes, M. G. M., & Henriques, M. E. R. M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da Escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (6), 757-764.
- Simões, A. (2005). Envelhecer bem? - Um modelo. *Revista Portuguesa de Pedagogia.*, 39 (1), 217-227.
- Simões, A., Oliveira, A., Pedroso, M. L., Vieira, C. M., Ferreira, J. A., Alcoforado, L., & Sousa, L. (2006). Promover o bem-estar dos idosos: um estudo experimental. *Psychologica*, 42, 115-131.
- Snowdon, J. (2002). How high is the prevalence of depression in old age? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (1).
- Solomon, A. (2002). *The Noonday Demon: An Atlas of Depression* (1ª ed.) (M. Campello. Trad.) Rio de Janeiro: Objetiva.
- Teixeira, L. (2010). *Solidão, Depressão e Qualidade de Vida em Idosos: Um estudo avaliativo exploratório e implementação- piloto de um programa de intervenção*. Faculdade de Psicologia: Lisboa.
- Trentini, C. M. (2004). *Qualidade de Vida em Idosos*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Tuesca-Molina, R., Herrera, N., Sosa, A., Martínez, F., Arjona, Y., Cueto, J., & Manrique, I. (2003). Los grupos de socialización como factores protector contra la depresión en personas ancianas. *Revista Española de Salud Pública*, 77(5).
- Vaillant, G. E. (2002). *Aging well: Surprising guideposts to a happier life*. Boston: Little, Brown.
- Vaz Serra, A., & Gaspar, N. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (3), 49-58.
- Yassuda, M. & Silva, H. (2010). Participação em programas para a terceira idade: impacto sobre a cognição, humor e satisfação com a vida. *Estudos de Psicologia*, 27 (2), 207-214.
- Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leirer, V. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1), 37-49. Recuperado em Setembro, 14, 2012, de www.ciape.org.br/matdidatico/telma/ESCALA_GERI_TRICA_DE_DEPRES.DOC.
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice - Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 – DSM-IV-TR (2005).....	i
ANEXO 2 – Termo de Consentimento – Residência Rainha D. Leonor.....	ii
ANEXO 3 – Termo de Consentimento – Lar Viscondessa São Caetano	iii
ANEXO 4 – Termo de Consentimento – Associação Social D. C. e R. de Silgueiros	iv
ANEXO 5 – Termo de Consentimento – Residência Santa Maria	v
ANEXO 6 - Escala de Depressão Geriátrica	vi
ANEXO 7 – Questionário Sociodemográfico	vii
ANEXO 8 – Questionário de Avaliação Final	viii
ANEXO 9 – Descrição das Atividades.....	ix
ANEXO 10 – Plano de Atividades	xxiv
ANEXO 11 – Apoio Familiar e Social	xxvi
ANEXO 12 – Análise das Respostas à EDG.....	xxvii
ANEXO 13 – Evolução do Grupo de Intervenção	xxxii
ANEXO 14 – Evolução do Grupo Controlo.....	xxxiii
ANEXO 15 – Casos Positivos VS Casos Negativos	xxxiv
ANEXO 16 – Grelha de Avaliação Contínua.....	xxxv
ANEXO 17 – Registo de Presenças	xxxix
ANEXO 18 – Avaliação do Programa	xl

ANEXO 1 – DSM-IV-TR (2005)

CRITERIA FOR MAJOR DEPRESSIVE EPISODE

A. Five (or more) of the following symptoms have been present during the same 2-week period and represent a change from previous functioning; at least one of the symptoms is either (depressed mood or (2) loss of interest or pleasure.

Note: Do not include symptoms that are clearly due to a general medical condition, or mood-incongruent delusions or hallucinations.

(1) Depressed mood most of the day, nearly every day, as indicated by either subjective report (e.g., feels sad or empty) or observation made by others (e.g., appears tearful). Note: In children and adolescents, can be irritable mood.

(2) Markedly diminished interest or pleasure in all, or almost all, activities most of the day, nearly every day (as indicated by either subjective account or observation made by others)

(3) Significant weight loss when not dieting or weight gain (e.g., a change of more than 5% of body weight in a month), or decrease or increase in appetite nearly every day. Note: In children, consider failure to make expected weight gains.

(4) Insomnia or hypersomnia nearly every day

(5) Psychomotor agitation or retardation nearly every day (observable by others, not merely subjective feelings of restlessness or being slowed down)

(6) Fatigue or loss of energy nearly every day

(7) Feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt (which may be delusional) nearly every day (not merely self-reproach or guilt about being sick)

(8) Diminished ability to think or concentrate, or indecisiveness, nearly every day (either by subjective account or as observed by others)

(9) Recurrent thoughts of death (not just fear of dying), recurrent suicidal ideation without a specific plan, or a suicide attempt or a specific plan for committing suicide

B. The symptoms do not meet criteria for a Mixed Episode (see p. 365).

C. The symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational or other important areas of functioning.

D. The symptoms are not due to the direct physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or a general medical condition (e.g., hypothyroidism).

E. The symptoms are not better accounted for by Bereavement, i.e., after the loss of a loved one, the symptoms persist for longer than 2 months or are characterized by marked functional impairment, morbid preoccupation with worthlessness, suicidal ideation, psychotic symptoms, or psychomotor retardation.

ANEXO 2 – Termo de Consentimento – Residência Rainha D. Leonor

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro ter recebido da Educadora Social Patrícia Isabel Ferreira da Silva Costa, aluna do curso de mestrado em Educação para a Saúde, todos os esclarecimentos sobre o Projecto - "Depressão no Idoso – Um projeto de intervenção através da Animação Sociocultural" - nomeadamente sobre as condições de realização e possibilidade de divulgação do nome da instituição, exceptuando o nome próprio dos idosos inquiridos/ participantes.

Assim, permito a realização do estudo e autorizo a recolha de dados para os fins do projeto.

Assinatura: Patrícia Isabel Ferreira da Silva Costa

ANEXO 3 – Termo de Consentimento – Lar Viscondessa São Caetano

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro ter recebido da Educadora Social Patrícia Isabel Ferreira da Silva Costa, aluna do curso de mestrado em Educação para a Saúde, todos os esclarecimentos sobre o Projecto - “Depressão no Idoso – Um projeto de intervenção através da Animação Sociocultural” - nomeadamente sobre as condições de realização e possibilidade de divulgação do nome da instituição, exceptuando o nome próprio dos idosos inquiridos/ participantes.

Assim, permito a realização do estudo e autorizo a recolha de dados para os fins do projeto.

Assinatura: _____


Santa Casa da Misericórdia de Vila Rica
Lar Viscondessa de S. Caetano
Travessa de Vila Rica
Tel. 22 2 219 222 - 2229-219 222


ANEXO 4 – Termo de Consentimento – Associação Social Desportiva Cultural e Recreativa de Silgueiros

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro ter recebido da Educadora Social Patrícia Isabel Ferreira da Silva Costa, aluna do curso de mestrado em Educação para a Saúde, todos os esclarecimentos sobre o Projecto - “Depressão no Idoso – Um projeto de intervenção através da Animação Sociocultural” - nomeadamente sobre as condições de realização e possibilidade de divulgação do nome da instituição, exceptuando o nome próprio dos idosos inquiridos/ participantes.

Assim, permito a realização do estudo e autorizo a recolha de dados para os fins do projeto.

Assinatura: _____

A handwritten signature in blue ink is written over a horizontal line. The signature is cursive and appears to be 'Patrícia Isabel Ferreira da Silva Costa'.

ANEXO 5 – Termo de Consentimento – Residência Santa Maria

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro ter recebido da Educadora Social Patrícia Isabel Ferreira da Silva Costa, aluna do curso de mestrado em Educação para a Saúde, todos os esclarecimentos sobre o Projecto - “Depressão no Idoso – Um projeto de intervenção através da Animação Sociocultural” - nomeadamente sobre as condições de realização e possibilidade de divulgação do nome da instituição, exceptuando o nome próprio dos idosos inquiridos/participantes.

Assim, permito a realização do estudo e autorizo a recolha de dados para os fins do projeto.

Assinatura: _____

RESIDÊNCIA ST. MARIA

Cont. Nº 508 628 189

Canas de St.ª Maria - 3460 TONDELA

ANEXO 6 - Escala de Depressão Geriátrica

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

(Yesavage et al., 1983; adaptação portuguesa de Barroso & Tapadinhas, 2006)

Nome: _____ Idade: _____

Data da Avaliação: _____ Avaliador: _____

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

Sim Não

1. Está satisfeito(a) com a sua vida?	S	N
2. Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses?	S	N
3. Sente a sua vida vazia?	S	N
4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?	S	N
5. Tem esperança no futuro?	S	N
6. Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar?	S	N
7. Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	S	N
8. Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	S	N
9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	S	N
10. Sente-se muito tempo desamparado(a)?	S	N
11. Fica muitas vezes inquieto(a) e nervoso(a)?	S	N

12. Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?	S	N
13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro?	S	N
14. Acha que tem mais dificuldade de memória do que as outras pessoas?	S	N
15. Pensa que é muito bom estar vivo(a)?	S	N
16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?	S	N
17. Sente-se útil?	S	N
18. Preocupa-se muito com o passado?	S	N
19. Acha a sua vida interessante?	S	N
20. É difícil começar novas actividades?	S	N
21. Sente-se cheio(a) de energia?	S	N
22. Sente que para si não há esperança?	S	N
23. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor que o(a) senhor(a)?	S	N
24. Aflige-se muitas vezes com coisas pequenas?	S	N
25. Sente muitas vezes vontade de chorar?	S	N
26. Tem dificuldade em se concentrar?	S	N
27. Gosta de se levantar de manhã?	S	N
28. Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	S	N
29. Tem facilidade em decidir as coisas?	S	N
30. O seu pensamento é tão claro como era dantes?	S	N

0-10 – ausência de depressão
11-20 – depressão ligeira
21-30 – depressão grave

Pontuação: _____

ANEXO 7 – Questionário Sociodemográfico

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Nome: _____

Sexo: Feminino Masculino Data: ____/____/____

Estado Civil: _____ Habilitações Literárias: _____

1. Tem família?

Sim

Não

(Se respondeu Não, passe directamente para a questão número 3)

1.1 Se sim, tem contacto frequente com os seus familiares?

Sim

Não

2. Com que frequência se encontram (em média)?

Todas as semanas

Quinzenalmente

Uma vez por mês

Apenas em datas festivas (ex. Páscoa, Natal, Aniversários)

Uma vez por ano

Raramente

3. Considera que tem amigos dentro da Residência?

Sim

Não

4. Como considera ser a sua relação com os outros residentes?

Nada boa

Razoável

Boa

Muito boa

Obrigado pela sua colaboração!

ANEXO 8 – Questionário de Avaliação Final

AVALIAÇÃO FINAL DO PROJECTO

Assinale com um “x”, sendo que 1 significa “Discordo Totalmente” e 5 “Concordo Totalmente”:

	1	2	3	4	5
Gostei das actividades.					
Conheci melhor as pessoas do grupo.					
A minha relação com as pessoas do grupo melhorou.					
As actividades foram uma forma de promover amizades.					
Gostei de trabalhar em grupo.					
Senti-me valorizado.					
Percebi que tenho várias qualidades de que me orgulhar.					
As actividades foram interessantes.					
Preferia outras actividades.					
Sabendo como foi, voltaria a participar.					
Deixe a sua opinião pessoal (o que mudaria, sugestões, ...):					

ANEXO 9 – Descrição das Atividades

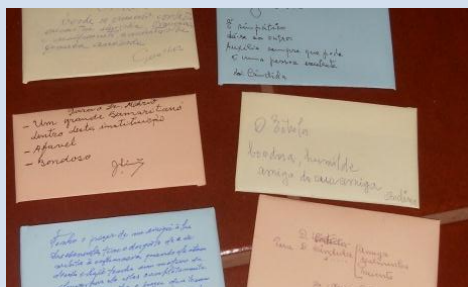
Tabela 1 - Descrição das atividades

A TEIA DA AMIZADE	
Objectivo	Apresentação e iniciação do conhecimento interpessoal num grupo. Descontracção e demonstração da importância de cada um se sentir como parte de um grupo.
Material	Um novelo de linha, cordel ou lã
Descrição	<p>Forma-se uma roda. Cada membro do grupo, incluindo e começando pelo dinamizador, apresenta-se ao grupo de forma muito breve. Com o novelo na mão apresentam-se e de seguida atira-se a outro participante, ficando com uma parte do cordel segura na sua mão e assim sucessivamente até que todos os participantes se apresentem. No final, haverá no interior da roda uma verdadeira teia de fios que os une uns aos outros.</p> <p>O último a apresentar-se atira o novelo ao dinamizador que terá de repetir o que esse membro disse na sua apresentação. Depois, o animador devolve o novelo a esse mesmo participante, para que este o enrole à medida que repete, também, o que o membro que lho atirou inicialmente disse na apresentação e, assim sucessivamente até se desfazer a teia.</p> <p>Sugestão: poderão dizer o nome, idade, locais onde nasceu e viveu, ocupação, característica de personalidade que aprecia nos outros.</p>
Fonte	Anigrupos (2007). Recursos para animação de grupos – anuário 2007. Consultado em 02.09.2012 de, www.anigrupos.org



CARTÕES ORIGINAIS

Objectivo	Auto avaliação, comunicação, conhecimento dos outros, alicerçar confiança.
Material	Um cartão para cada participante, lápis/ caneta.
Descrição	<p>Cada participante recebe um cartão e uma caneta para nele escrever uma descrição de si próprio. Esta descrição deve ser feita de forma que não se adapte a mais ninguém do grupo, descrevendo principalmente a maneira de pensar e a personalidade do que o aspeto físico.</p> <p>Cada um lê em voz alta a sua auto descrição ao grupo.</p> <p>Variáveis: Escrever um cartão com a descrição de outra pessoa.</p>
Fonte	Brandes, D. & Phillips, H. (1997). <i>Manual de jogos educativos. 140 Jogos para professores e</i>



PESSOAS SÃO DONS

Objectivo Identificar-se como pessoa importante no meio em que vive.

Material Caixa decorada como um presente, um espelho no fundo da caixa, texto “*Pessoas são dons*”

Descrição O animador apresenta aos participantes uma caixa bem decorada e refere que o lar recebeu um presente muito especial. Os idosos pegam, um por um, na caixa, abrem-na, observarem o presente que está dentro, fecham bem a caixa e entregam-na ao colega mais próximo, sem comentar absolutamente nada. Desse modo, a caixa passa de mão em mão por todos os idosos. Terminada essa etapa, o animador questiona os participantes sobre como se sentiram ao se olharem ao espelho e perceberem que eles próprios eram o presente que o lar tinha recebido. Após os comentários, o animador sugeriu a leitura e a análise da mensagem expressa no texto *Pessoas são dons*.



Fonte A. Desconhecido (2010). Dinâmicas de um projeto de auto-estima, acedido em 02.09.2012 de: <http://www.slideshare.net/rosangelars/dinmicas-projeto-auto-estima>

BANDEIRA PESSOAL

Objectivo Promoção da auto-estima; relacionamento intergrupual

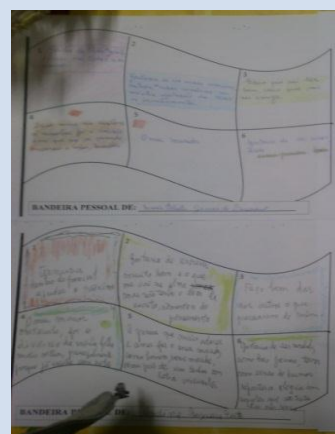
Material Bandeira Pessoal impressa, canetas, marcadores (opcional)

Descrição **QUESTÕES**

1. Qual a sua melhor qualidade
2. Uma qualidade que gostaria de possuir e não possui
3. Em que actividade é realmente bom
4. Qual o maior obstáculo pelo qual passou na vida
5. Qual a pessoa que mais admira
6. Como gostaria de ser recordado

Terminada a tarefa, a turma foi dividida em subgrupos que compartilharam suas bandeiras, examinando-as e comentando as respostas dadas.

Na etapa seguinte, em grande grupo, o professor incentivou comentários pessoais e individuais sobre o que mais chamou atenção em suas bandeiras e o que cada um descobriu sobre si mesmo e sobre o grupo. Na oportunidade, todos se manifestaram sobre a experiência de ter compartilhado com o grupo o seu fazer pessoal, os seus sonhos, as suas descobertas, o seu pensar sobre si e sobre os outros.



Fonte A. Desconhecido (2010). Dinâmicas de um projeto de auto-estima, acedido em 02.09.2012 de: <http://www.slideshare.net/rosangelars/dinmicas-projeto-auto-estima>

ERA UMA VEZ...

Objectivo Fomentar o relacionamento interpessoal; reforçar as dinâmicas de grupo

Material Um boneco, uma garrafa de água, um lenço, etc (Objetos variados à escolha)

Descrição O jogo começa com os objetos colocados no centro da roda. Após se escolher quem vai começar a contar a história, esse idoso começa dizendo “Era uma vez... um boneco que...”. O idoso sentado à sua direita continua a história dizendo outra frase “... se chamava Pedro...”, e assim sucessivamente até ao último jogador. O último idoso terá de dizer a frase que finaliza a história. Poderão ser feitas várias rodadas se for um grupo pequeno, para conseguir uma história mais completa. Convém que se tenham bastantes objetos à escolha.



Fonte Correia, A. (2010). *Animação Sociocultural: Uma forma de Educação Permanente e ao Longo da Vida para um Envelhecimento Activo*. Instituto de Educação: Universidade do Minho

PINTAR SENTIMENTOS

Objectivo Fomentar o relacionamento interpessoal; reforçar as dinâmicas de grupo; descontrair.

Material Músicas; Marcadores ou tintas; papel

Descrição Ao som da música, os idosos deverão representar sentimentos e emoções que sejam provocados pela mesma, através de diversas técnicas de expressão plástica. Depois de terminarem o trabalho deverão apresentá-lo ao grupo, referindo as suas motivações.



Fonte Correia, A. (2010). *Animação Sociocultural: Uma forma de Educação Permanente e ao Longo da Vida para um Envelhecimento Activo*. Instituto de Educação: Universidade do Minho

QUALIDADES E DEFEITOS

Objectivo Falar sobre as próprias qualidades e qualidades dos colegas; promover a auto-estima; promover a coesão grupal.

Material Folha de papel A4 e caneta (opcional - lápis de cor)

Descrição O jogo começa quando o animador solicita que desenhem a mão esquerda. Em cada dedo deverão escrever uma qualidade que têm. Deverá dar-se algum tempo para reflectiram e escreverem. Discute-se o que cada um escreveu. De seguida, pede-se que virem as folhas e que desenhem novamente uma mão. Desta vez, deverão escrever em cada dedo uma qualidade do



colega que se encontra do seu lado direito. Discute-se novamente que foi dito e finaliza-se dizendo que é mais fácil falar das características dos outros do que de nós mesmos. Todos possuímos qualidades e defeitos, porém temos que nos respeitar e priorizar as qualidades.

Fonte Adaptada de A. Desconhecido (2010). Dinâmicas de um projeto de auto-estima, acessado em 02.09.2012 de: <http://www.slideshare.net/rosangelars/dinmicas-projeto-auto-estima>

FÃS DE NÓS MESMOS/ AS CORES

Objectivo Promover a auto-estima; aprender a beneficiar da auto e hétero-crítica; jogos lúdicos de competição saudável;

Material Bolas de diferentes cores

Descrição



Sentados em roda, o jogo tem início quando todos os idosos têm uma bola de cada cor.

Um dos elementos mostra uma das bolas e diz a sua cor (ex. amarela). Cada um dos participantes terá de dizer algo que seja dessa cor (ex. banana, sol, limão).

O jogo continua com a mesma pessoa a mostrar outra bola e faz-se o mesmo procedimento.

Todos os elementos deverão mostrar as suas bolas e proceder de igual forma. Quando um idoso não consiga dizer algo dessa cor, sai do jogo. Vencem os idosos que conseguirem permanecer em jogo até ao final.

Outra variante:

São dadas a cada elemento três diferentes cores de platicina. O idoso deve amassá-la até fazer uma bola de cada cor. Quando uma pessoa apresenta a bola vermelha ao grupo é porque deseja referir um aspeto positivo de si própria. Quando apresenta a verde, um defeito seu e, quando apresenta a amarela, um colega do grupo pode apontar um defeito dessa pessoa.

Atenção: os defeitos devem ser construtivos e apresentados de forma a que sejam passíveis de mudar. Dizer a alguém “Tens um nariz horrível” não é uma crítica construtiva.

Fonte Lamas, S. (2009). *Jogos e atividades para idosos*. Oliveira de Azeméis: Livpsic & Lima, M. P. (2006). *Posso Participar? Actividades de desenvolvimento pessoal para idosos* (2ª ed.) Porto: Edições Âmbar

ELOGIAR E SER ELOGIADO

Objectivo Dar e receber informação positiva; implementar as relações interpessoais

Material Lenço

Descrição Em roda, um idoso começa com os olhos tapados pelo lenço, ou por uma venda, a ouvir os elogios que os restantes membros do grupo lhe vão fazendo. Os elogios podem ser físicos ou psicológicos. Quem está a ser elogiado não pode fazer ou dizer nada, a não ser ouvir os elogios. O jogo termina quando todos tiverem sido vendados e elogiados.

No final, cada pessoa escreve num pequeno cartão a frase que mais gostou de ouvir sobre si. Deverá guardá-la e lê-la quando se sentir mais em baixo.

Deve perguntar-se se gostaram mais de elogiar ou de ser elogiados e o porquê da escolha de cada um.



Fonte Lamas, S. (2009). *Jogos e atividades para idosos*. Oliveira de Azeméis: Livpsic & adaptação de: Lima, M. P. (2006). *Posso Participar?* Atividades de desenvolvimento pessoal para idosos (2ª ed.) Porto: Edições Âmbar

CHAPÉU DOS MEDOS E DOS DESEJOS

Objectivo Partilhar e aceitar

Material Lápis, papel, um chapéu

Descrição Os idosos sentam-se em roda e distribui-se um pequeno papel a cada um. Deverão completar por escrito (anonimamente) a frase “Neste grupo eu tenho medo que...”. De seguida, deverão dobrar o papel e coloca-lo dentro do chapéu, que deverá estar no centro da mesa. Passa-se o chapéu em volta, parando junto a cada membro do círculo que tira o pedaço de papel e o lê, tentando acrescentar mais uma frase, tentando expressar o que a pessoa sente. Continua-se este movimento em redor do círculo. O animador deve assegurar que os idosos só ouvem e não comentam. No final debate-se o que se descobriu.

Variante: O chapéu dos desejos.

O SEU MEDO É:
Neste grupo tão unido
aonde criamos uma
certa amizade, tenho
medo de falhar

E O SEU DESEJO É:
A medida que o tempo
vai passando, o meu grau
de desejo é que alicerça -
anos a nossa amizade
e todos perdemos o mar
char no mesmo sentido.

Fonte Adaptado de: Brandes, D. & Phillips, H. (1997). *Manual de jogos educativos. 140 Jogos para professores e animadores de grupos*. Lisboa: Moraes Editores

CONHECER

Objectivo Promover o relacionamento interpessoal; consolidar o conhecimento que os idosos terão uns dos outros.

Material Nenhum

Descrição Os idosos começam em roda e de costas uns para os outros, com as mãos dadas.

O jogo tem início com um dos idosos a descrever um outro. Ex: “Eu sou amigo de um senhor/senhora que é... e gosta de...”

O jogador que está a ser indicado, quando se identificar com a descrição deverá dizer “Sou eu, a/o ...(nome) e vira-se para o centro da roda, continuando de mãos dadas.

Em seguida, será esse idoso que irá falar e o jogo terminará quando todos os jogadores estiverem virados para o centro da roda”.



Fonte Lamas, S. (2009). *Jogos e atividades para idosos*. Oliveira de Azeméis: Livpsic

SABER OUVIR

Objectivo Promover a auto-estima; promover o respeito no grupo.

Material Microfone (opcional)

Descrição Em círculo, os idosos sentam-se, sendo que um voluntário vai ao meio do círculo, pega no microfone e fala durante 2 minutos sobre o que quiser, enquanto o outros deverão ouvir, apenas.

Quando o primeiro acaba de falar, levanta-se e entrega o microfone a outro jogador que irá para o centro e assim sucessivamente.

O jogo termina quando todos tiverem falado.

Fonte Lamas, S. (2009). *Jogos e atividades para idosos*. Oliveira de Azeméis: Livpsic

A MINHA PROFISSÃO

Objectivo Conhecer o grupo; Dar a conhecer-se; Promover o relacionamento interpessoal

Material Papel; Caneta; Cesto

Descrição É distribuído um papel e uma caneta a cada participante e é-lhes pedido que escrevam quatro frases acerca da profissão que tiveram, sem referir o nome da mesma.

No centro da roda, encontra-se um cesto onde deverão ser colocados todos os papéis, dobrados em quatro, abanando o cesto de seguida para baralhar. Em ordem, cada idoso irá retirar um papel e lê-lo em voz alta, tentando descobrir qual é a profissão e quem escreveu o papel. Caso acerte, ganha um ponto, caso contrário os participantes terão oportunidade de adivinhar ganhando, cada um que adivinhe, um ponto.

O participante a quem o papel pertence não poderá tentar adivinhar.

Quem tiver mais pontos no final, vence o jogo.



Fonte Lamas, S. (2009). *Jogos e atividades para idosos*. Oliveira de Azeméis: Livpsic

RIR É O MELHOR REMÉDIO

Objectivo Relaxar através do riso e da diversão; promoção do humor positivo.

Material Vídeo; excertos de filmes cómicos; penas

Descrição Começa-se a sessão com a apresentação de excertos de filmes cómicos portugueses, como: O Pátio das Cantigas; O Pai Tirano; O Costa D'África. Após a projecção do filme, inicia-se um momento em que todos em conjunto podem fazer caretas. A atividade pode começar com os idosos de olhos fechados, para precaver a inibição e terminar de olhos abertos.

Os membros do grupo poderão contar anedotas e abre-se a hipótese de poderem ser feitas cócegas, utilizando penas.

No final, deverá reflectir-se sobre o efeito do riso.

Fonte Lima, M. (2006). *Posso Participar? Actividades de desenvolvimento pessoal para idosos*. Porto: Âmbar, pp.48

RIMAS

Objectivo Promover o humor positivo; promover o relacionamento interpessoal

Material Papéis com duas palavras que rimam; um cesto; canetas

Descrição Os idosos sentam-se em círculo e no centro encontra-se um cesto com vários papéis, cada um com duas palavras que rimem. Numa ordem pré- estabelecida, cada idoso tira um papel. Volta a sentar-se, abre o papel e, em seguida, terá de fazer uma rima com essas duas palavras. O jogo termina quando todos os idosos tiverem retirado um papel do cesto e feito rima com elas.

Variante: O idoso lê o papel em voz alta e todos deverão fazer ou contribuir para uma rima ou mais.

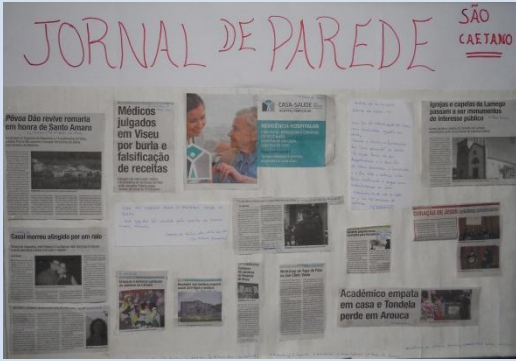


Fonte Lamas, S. (2009). *Jogos e atividades para idosos*. Oliveira de Azeméis: Livpsic


JORNAL DE PAREDE

Objectivo Promover a coesão grupal.

Material Jornais; revistas, cartolina, placard, tintas, marcadores, cola ou fita-cola.

<p>Descrição Durante uma semana, os idosos deverão estar mais atentos à actualidade. Devem recortar notícias de jornal que considerem ser mais importantes/ que chamem a sua atenção e guardá-las. Se forem transmitidas na televisão, poderão fazer um breve resumo sobre as mesmas. No final da semana, todas as notícias serão recolhidas pelo animador e lidas por todos. O grupo deverá seleccionar as mais relevantes, por unanimidade, e afixá-las numa base, decorada pelos próprios.</p> <p>O jornal será afixado no salão/ átrio durante alguns dias. Pretende-se que o Jornal de Parede seja acessível a todos, em lugar bem visível.</p>	
<p>Fonte Correia, A. (2010). <i>Animação Sociocultural: Uma forma de Educação Permanente e ao Longo da Vida para um Envelhecimento Activo</i>. Instituto de Educação: Universidade do Minho</p>	

SEGREDOS

<p>Objectivo Construção de boas-relações interpessoais; partilhar; criar laços; confiar.</p>	
<p>Material Nenhum</p>	
<p>Descrição Em pequenos grupos (de 3 a 4 indivíduos, cada um), os idosos começam por revelar um pequeno segredo/ pequena intimidade que ninguém saiba. Não deverão ser revelados grandes acontecimentos, embora o animador frise que todos os segredos revelados não devem ser comentados nem dentro nem fora do grupo.</p> <p>Variante: Contar um disparate ou pequena asneira cómica que já tenha cometido.</p>	
<p>Fonte Lima, M. P. (2006). <i>Posso Participar? Actividades de desenvolvimento pessoal para idosos</i> (2ª ed.) Porto: Edições Âmbar</p>	

SOBRE O NOSSO PASSADO

<p>Objectivo Promover o auto e hétero-conhecimento; a valorização pela escuta ativa por parte do grupo; promover a coesão grupal.</p>	
<p>Material História da D. Maria José</p>	
<p>Descrição Começa por ler-se a história da D. Maria José. Depois de ouvir eventuais comentários, solicitar aos membros do grupo que contem histórias que sejam significativas.</p> <p>História- “A cântara onde a mãe da D. Maria José fazia todos os dias o café para a família era muito antiga. A água a ferver era jorrada lá para dentro e, então, colocava-se o saco com café. Depois esperava-se. A espera era agradável, porque se davam dois dedos de conversa e estava-</p>	

se quente ao pé do fogão. Então, a mãe punha o açúcar mascavado e mexia para ficar açucarado de forma igual para todos.

Tanto mexeu, durante muitos anos, para os seus sete filhos que um dia a cântara rompeu de lado. A D. Maria José chorou ao vê-la ser atirada fora. Não era apenas a cântara que se ia embora, mas a sua infância...”

Fonte Lima, M. P. (2006). *Posso Participar?* Actividades de desenvolvimento pessoal para idosos (2ª ed.) Porto: Edições Âmbor

RETRATOS COLECTIVOS

Objectivo Promover o humor positivo

Material 1 folha de papel e um marcador para cada participante. Também poderão usar lápis de cor.

Descrição Em roda, cada um dos participantes deverá ter uma folha A4 e um marcador. Começar por pedir a cada participante para escrever o primeiro nome no canto inferior



direito. De seguida, pede-se para que desenhe a linha de perfil do seu próprio rosto, vista de frente (uma espécie de U, mais largo ou mais estreito, mais alto ou mais baixo de acordo com as proporções de cada um).

Pedir aos participantes que, de seguida, avancem 1 desenho para o lado direito. Agora, deverão desenhar os olhos da pessoa a quem o desenho que agora têm à frente pertence.

O processo (avancar 1 desenho) repete-se sucessivamente e em cada paragem os participantes devem desenhar o nariz, a boca, o cabelo e orelhas, até chegar aos sinais particulares e distintivos (óculos, sinais, barba, sardas, etc). No final, cada participante deverá ter um retrato seu realizado por vários dos seus colegas de grupo.

No final, poderão afixar-se na sala como decoração.

Fonte Anigrupos (2007). Recursos para animação de grupos – anuário 2007. Consultado em 02.09.2012 de: www.anigrupos.org

PUZZLE GRUPAL

Objetivo Promover a coesão grupal; promover o humor positivo.

Material Puzzle (com peças grandes).

Descrição Sentados em roda, os idosos recebem algumas peças do puzzle e observam-nas. De seguida, o animador dá ordem para começarem a fazer o puzzle, sublinhando a



importância de cada elemento, uma vez que todos têm de contribuir com as peças que tenham para que a atividade termine. Deverá ser mostrada a imagem final do puzzle se o grupo demonstrar dificuldades em construí-lo.

No final, o grupo deverá comentar a atividade: se gostou/ qual a importância de cada membro/ o que mais gostaram/ quais as maiores dificuldades/ etc.

Variante: o puzzle pode ser uma imagem do grupo de idosos participantes.

QUALIDADES QUE NÓS APRECIAMOS

Objetivo Aprofundar o conhecimento interpessoal; trabalhar a auto-estima individual; expressão de emoções positivas em grupo

Material Conjuntos de 3 a 5 etiquetas para cada participante e marcadores

Descrição O animador distribui um conjunto de etiquetas e um marcador a um participante e pede que cada um, individualmente e em silêncio, escreva em cada uma das etiquetas uma característica de personalidade que aprecia nas outras pessoas (sinceridade, lealdade, ...). Pede também que reflectam sobre as suas escolhas para de seguida as apresentarem ao grupo.



A seguir, cada um apresenta as suas escolhas e o animador no final poderá chamar a atenção para as qualidades mais consensualmente apontadas como apreciadas.

Num segundo momento, o animador solicita que os participantes, um de cada vez, distribuam as qualidades que escolheram pelos outros participantes, de acordo com o que conhecem do mesmo.

No final, cada participante pode, se o desejar, comentar as qualidades que lhe foram atribuídas.

Fonte Anigrupos (2007). Recursos para animação de grupos – anuário 2007. Consultado em 02.09.2012 de: www.anigrupos.org

BALÃO

Objectivo	Reflexão; promover a coesão grupal
Material	Balões, palitos de dentes (ou alfinetes) e algum prémio
Descrição	Entrega-se um balão para cada participante e em seguida um palito de dentes, pede-se para todos se espalharem e diz-se o seguinte: imaginem que o balão é o vosso maior sonho. Têm de proteger esse sonho ao máximo! Ganha o prémio quem conseguir ficar com o balão/ sonho sem estourar. Sem que o animador indique, todos tentam estourar os balões dos adversários para ganhar, mas geralmente não sobre nenhum balão. Depois o instrutor pergunta: em que momento é que eu dei indicações para estourarem os balões dos colegas? Para alcançarem os vossos sonhos não precisam de destruir os sonhos dos outros! Apenas têm que proteger o vosso!



Fonte	Adaptado de A. Desconhecido (2010). Dinâmicas de um projeto de auto-estima, acedido em 02.09.2012 de: http://www.slideshare.net/rosangelars/dinmicas-projeto-auto-estima
--------------	---

AMIGO SECRETO

Objectivo	Fomentar as amizades e o conhecimento dos membros do grupo entre si. Treinar o dar reforço e a criatividade.
Material	Papel, caneta e pequeno saco
Descrição	Escrever o nome de todos os membros do grupo em pequenos papéis e colocar num pequeno saco. Cada um, à vez, retira um papel do saco. Depois de verem o nome escrito, devem decorá-lo e o animador recolhe papéis (certificar que todos decoraram e compreenderam o nome). Assim, o Sr. Carlos se retirar o nome da D. Dinorá, ele fica o amigo secreto da D. Dinorá. Até ao fim do dia (da semana, do mês, ou o tempo que for estimulado) o Sr. Carlos tem de manter segredo sobre o amigo secreto e tentar, neste período de tempo, aproximar-se dela, ajudá-la, eventualmente, dar-lhe prendas e fazer com que sinta bem.
Fonte	Lima, M. P. (2006). <i>Posso Participar?</i> Actividades de desenvolvimento pessoal para idosos (2ª ed.) Porto: Edições Âmbar

DAR E RECEBER AFETOS

Objectivo	Promover a auto-estima e o relacionamento interpessoal em grupo: expressão de emoções positivas em grupo; experimentar situações de dar e receber afeto.
Material	Nenhum
Descrição	O animador começa por referir ao grupo que a maioria das pessoas tem dificuldade em dar e receber afeto. Por vezes, é mesmo mais fácil criticar, dizer mal, do que elogiar, dizer bem. A proposta desta atividade é a de permitir experimentar e se possível, ultrapassar tais dificuldades

de um modo intenso.

O animador pede a um idoso que se coloque no centro da roda, de olhos fechados e, sem silêncios demorados, expressem os seus sentimentos positivos em relação ao membro que está no centro através de frases curtas que comecem pelo nome do participante (ex. João, gosto de ti!).

O jogo termina quando todos tiverem experimentado essa sensação. A exploração do jogo deve incidir nos sentimentos sentidos pelos participantes quando exprimiram e/ ou quando receberam afetos.

Fonte Anigrupos (2007). Recursos para animação de grupos – anuário 2007. Consultado em 02.09.2012 de, www.anigrupos.org

DESAFIAR OS PENSAMENTOS NEGATIVOS/ NEGATIVO? POSITIVO.

Objectivo Substituir os pensamentos negativos por ideias positivas.

Material Nenhum

Descrição Dizer “Vamos jogar a um jogo que envolve substituir pensamentos negativos por positivos”.

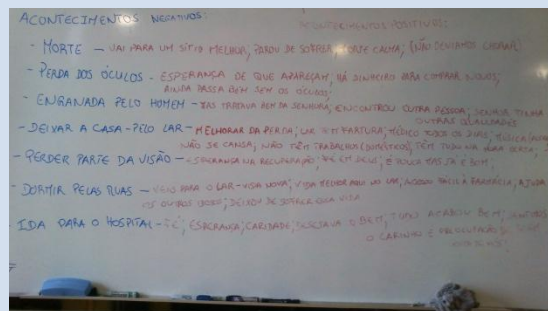
Começa-se pela ponta do grupo e pede-se a essa pessoa que diga um acontecimento negativo. O colega do lado deve dizer um pensamento positivo sobre o referido acontecimento. E assim consecutivamente para todos os elementos do grupo.

O exercício pode tornar-se mais complexo

quando alguém referir um acontecimento como a morte da Mãe. Os pensamentos positivos a propor poderão ser “está no Céu”; “não está a sofrer”; “comecei a dar mais valor às pessoas próximas”.

Depois de todos terem dito um pensamento negativo, o animador deve indagar: “Tendem a pensar positiva ou negativamente sobre os acontecimentos?”; “Até que ponto os vossos pensamentos sobre os acontecimentos afetam a maneira como se sentem?”; “Como poderemos adquirir mais controlo os nossos pensamentos?”.

Em sessões futuras, deverá perguntar como têm andado a pensar – de forma positiva ou negativa.



Fonte Lima, M. P. (2006). *Posso Participar?* Actividades de desenvolvimento pessoal para idosos (2ª ed.) Porto: Edições Âmbar

BAÚ DAS RECORDAÇÕES

Objectivo Partilhar; Relacionamento interpessoal

Material Um objeto que o idoso guarda por algum motivo especial (um objeto por pessoa), um baú.

Descrição O animador coloca o baú no centro da roda. À medida que os participantes vão chegando,

colocam a sua recordação no baú e sentam-se. O animador motiva o exercício com uma pequena introdução: "Nós, seres humanos, comunicamo-nos também através das coisas e, por isso, os objetos que guardamos como recordações revelam algo da nossa vida, de nossa história. Vamos revelar/ partilhar, hoje, parte dessa história. Recebam o que os colegas vão partilhar connosco".

O idoso escolhido ou voluntário para começar, apresenta ao grupo e comenta o seu significado. Os restantes podem fazer perguntas. E assim sucessivamente até que seja retirada a última recordação. O animador também pode participar.

No final, o animador deve questionar: "Para que serviu o exercício?/ Como se sentiram ao comentar as recordações?/ Que ensinamento nos trouxe a dinâmica?/ O que podemos fazer para nos conhecermos cada vez melhor?"

Fonte Consultado em 02.09.2012, de Site da Catequese Católica, em: <http://www.catequisar.com.br/texto/dinamica/volume02/100.htm>

BAZAR MÁGICO

Objectivo Promover e reforçar o relacionamento interpessoal; ajudar a criar um clima que favoreça o seu adequado funcionamento.

Material Quadrados de papel A6 em branco (um por participante) e uma esferográfica. Opcionalmente pode-se providenciar material para decoração do espaço com velas, lençóis ou panos.

Descrição



A sala deverá ser preparada antes do grupo chegar, com o material acima referido, de modo a invocar uma espécie de bazar oriental ou uma sala de cartomante. Nesse espaço, deve haver uma superfície onde serão colocados os quadrados de papel e uma caneta.

O animador refere que a dinâmica visa aprofundar o conhecimento interpessoal através da "troca" num Bazar Mágico de uma característica ou qualidade que cada um não aprecia em si próprio por uma outra que deseja arduamente possuir.

O animador deve procurar motivá-los pedindo-lhes que imaginem que se encontram junto de um grande bazar, uma tenda mágica, onde é possível trocar defeitos por virtudes. Cada um só pode fazer uma transacção.

Cada um então se dirige ao canto da sala previamente preparado e escreve num pedaço de papel a característica que deixa no bazar e a que traz em troca.

A dinâmica deve incidir na partilha e na justificação das trocas que cada participante realizou no

bazar. Assim, depois de todos terem passado por o bazar, o animador recolhe todos e começa por ler o o que ele próprio escreveu, por exemplo, “Eu troquei “teimosia” por “mais organização”” e, de seguida, justificará a sua ação. De seguida, ao ler cada papel, quem o escreveu deverá identificar-se e justificar a sua escolha, embora ninguém seja forçado a falar. O animador não deve permitir que os outros participantes façam comentários durante o período em que cada participante faz a sua intervenção.

Esta atividade só deverá ser realizada com grupos onde o conhecimento já seja significativo.

Fonte Anigrupos (2007). Recursos para animação de grupos – anuário 2007. Consultado em 02.09.2012 de, www.anigrupos.org

FOTOPALAVRA

Objectivo Partilhar reflexões, sentimentos suscitados por determinadas fotografias; estimular a expressão pessoal e grupal.

Material Fotografias de acontecimentos diversos, imagens, etc.

Descrição Apresenta-se a um grupo, não muito numeroso, fotografias não muito pequenas, dispostas sobre uma mesa, de modo a que todos possam vê-las. As fotografias também podem ser expostas nas paredes e numeradas para posterior



identificação, e cada um anota os números das que seleccionou.

Durante algum tempo, os idosos olham para elas e escolhem três fotografias com as quais se identificam mais e as três que mais rejeitam (ou o número de fotografias determinado pelo animador). É importante que cada um reflecta individualmente sobre a escolha feita, mais por razões emotivas do que racionais.

Deverão posteriormente, explicar ao grupo o porquê da sua escolha, não havendo discussão sobre o que se diz, embora possam ser feitas questões para compreender melhor o que o idoso quer expressar.

A partir do que é suscitado pelas fotografias, vão sendo expressos sonhos, medos, desejos, tratando-se de facilitar a forma de expressão da capacidade de imaginação e afectividade.

Não se trata de transmitir conhecimentos, mas vivências.

Fonte Idáñez, M. (2004). *Como animar um grupo. Princípios básicos e técnicas*. Brasil: Editora Vozes, pp. 169.

LINHA DO TEMPO

Objectivo Promover o relacionamento; Promover a orientação temporal do idoso; Cultivar a memória; Promover o humor positivo

Material Lista branca comprida (linha do tempo), fita-cola/ bostic, fotografias que identifiquem acontecimentos importantes da história, referência bibliográfica referente a cada imagem.

Descrição A linha do tempo fixa-se numa parede e os idosos distribuem-se pela sala de forma a verem facilmente as imagens, perto uns dos outros.

De seguida, o animador mostra uma fotografia e questiona os idosos sobre o



que significa/ em que ano ocorreu/ se recordam esse dia/...

Quando os idosos tiverem identificado o acontecimento e comentado, o animador deve ler a referência que encontrou sobre o mesmo (texto entre 5 a 6 linhas, por cada imagem). No final toda a linha deverá ficar preenchida e um comentário sobre a evolução e os acontecimentos da história deve ser feito pelos idosos.

Variante: colocar fotografias dos idosos e fazer referência aos seus aniversários.

ANEXO 10 – Plano de Atividades

Tabela 2 - Plano de atividades

Apresentação	outubro		
	22	23	24
	Preenchimento dos instrumentos	“Teia da Amizade” – Auto-apresentação	“Cartões originais”
	29	30	31
	“Conhecer”	“A minha Profissão”	“Baú das Recordações”
Promoção do relacionamento interpessoal	novembro		
	5	6	7
	“Chapéu dos Medos e Desejos”	“Sobre o nosso passado”	“Segredos”
	12	13	14
	“Balão”	“Qualidades que nós apreciamos”	Fãs de nós mesmos”
	19	20	21
	“Bandeira Pessoal”	“Pessoas são Dons”	“Elogiar e ser elogiado”
	26	27	28
	“Para quem tira o chapéu”	“Saber Ouvir”	“Qualidades e Defeitos”

	dezembro		
	3	4	5
	“Dar e receber afetos”	“Rimas”	“Rir é o melhor remédio”
	10	11	12
	“Puzzle Grupal”	“Amigo Secreto”	“Pintar Sentimentos”
	17	18	19
	“Desafiar os pensamentos negativos”	“Jornal de Parede”	“Retratos coletivos”
	24	25	26
	“Bazar mágico”	NATAL	“Era um vez...”
	janeiro		
	1	2	3
	-----	“Fotopalavra”	“Rir é o melhor remédio”
	7	8	9
	“Linha do Tempo”	“Puzzle Grupal”	Preenchimento dos instrumentos
Promoção da auto-estima e do humor positivo			

ANEXO 11 – Apoio Familiar e Social

Tabela 3 - Apoio Familiar e Social

		GI (N)	GI (%)	GC (N)	GC (%)
Tem família?	Sim	21	100	20	95.2
	Não	0	0	1	4.8
Se sim, tem contacto frequente com os seus familiares?	Sim	17	81	16	76.2
	Não	4	19	4	19
Com que frequência se encontram?	Todas as Semanas	11	52.4	8	38.1
	Quinzenalmente	2	9.5	2	9.5
	1 vez por mês	2	9.5	3	14.3
	Apenas em dias de festa	3	14.3	3	14.3
	1 vez por ano	1	4.8	3	14.3
	Raramente	2	9.5	2	9.5
	Nunca	0	0	3	14.3
Considera que tem amigos no lar?	Sim	20	95.2	19	90.5
	Não	1	4.8	2	9.5
Como considera ser a sua relação com os outros residentes?	Nada boa	0	0	0	0
	Razoável	5	23.8	13	61.9
	Boa	14	66.7	6	28.6
	Muito boa	2	9.5	2	9.5

ANEXO 12 – Análise das Respostas à EDG

Tabela 4 - Idoso face à vida atual

Como o idoso encara a sua vida atual	Grupo	M1	M2
		%	%
1. Está satisfeito(a) com a sua vida?	GI	57.1	90.5
	GC	57.1	42.9
2. Pôs de lado muitas das suas atividades e interesses?	GI	85.7	42.9
	GC	85.7	85.7
3. Sente a sua vida vazia?	GI	76.2	42.9
	GC	66.7	85.7
12. Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?	GI	42.9	38.1
	GC	52.4	47.6
15. Pensa que é muito bom estar vivo(a)?	GI	81	95.2
	GC	71.4	76.2
19. Acha a sua vida interessante?	GI	42.9	66.7
	GC	47.6	19

Nota: As percentagens correspondem às respostas “Sim” a cada questão.

Tabela 5 - Como o idoso se sente/ Avaliação do humor

Como o idoso se sente/ Avaliação do humor	Grupo	M1	M2
		%	%
4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?	GI	57.1	52.4
	GC	66.7	81
7. Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	GI	71.4	85.7
	GC	66.7	38.1
9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	GI	57.1	76.2
	GC	61.9	52.4
10. Sente-se muito tempo desamparado(a)?	GI	38.1	23.8
	GC	14.3	38.1
11. Fica muitas vezes inquieto(a) e nervoso(a)?	GI	76.2	57.1
	GC	61.9	81
16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?	GI	71.4	47.6
	GC	76.2	90.5
17. Sente-se útil?	GI	61.9	76.2
	GC	47.6	52.4
21. Sente-se cheio(a) de energia?	GI	47.6	47.6
	GC	33.3	33.3
22. Sente que para si não há esperança?	GI	61.9	33.3
	GC	33.3	33.3
24. Aflige-se muitas vezes com coisas pequenas?	GI	52.4	42.9
	GC	57.1	85.7
25. Sente muitas vezes vontade de chorar?	GI	57.1	33.3
	GC	71.4	81

27. Gosta de se levantar de manhã?	GI	66.7	76.2
	GC	81	66.7
28. Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	GI	52.4	42.9
	GC	38.1	57.1

Nota: As percentagens correspondem às respostas “Sim” a cada questão.

Tabela 6 - Como o idoso pensa/ O que receia

Pensamentos/ Medos	Grupo	M1	M2
		%	%
5. Tem esperança no futuro?	GI	38.1	57.1
	GC	47.6	33.3
6. Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar?	GI	57.1	57.1
	GC	61.9	71.4
8. Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	GI	61.9	61.9
	GC	57.1	71.4
13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro?	GI	57.1	42.9
	GC	42.9	61.9
18. Preocupa-se muito com o passado?	GI	19	9.5
	GC	42.9	47.6

Nota: As percentagens correspondem às respostas “Sim” a cada questão.

Tabela 7 - Avaliação da auto-estima/ Avaliação das capacidades

Capacidades/ auto-estima	Grupo	M1	M2
		%	%
14. Acha que tem mais dificuldade de memória do que as outras pessoas?	GI	57.1	52.4
	GC	42.9	57.1
20. É difícil começar novas atividades?	GI	61.9	66.7
	GC	76.2	76.2
23. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor que o(a) senhor(a)?	GI	42.9	33.3
	GC	42.9	42.9
26. Tem dificuldade em se concentrar?	GI	52.4	38.1
	GC	42.9	47.6
29. Tem dificuldade em decidir as coisas?	GI	42.9	23.8
	GC	52.4	57.1
30. O seu pensamento é tão claro com era dantes?	GI	28.6	52.4
	GC	33.3	28.6

Nota: As percentagens correspondem às respostas “Sim” a cada questão.

ANEXO 13 – Evolução do Grupo de Intervenção

Tabela 8 - Evolução do Grupo de Intervenção

Questões	M1	M2	Dif.
	%	%	%
1. Está satisfeito(a) com a sua vida?	57.1	90.5	+ 33.4
2. Pôs de lado muitas das suas atividades e interesses?	85.7	42.9	- 42.8
3. Sente a sua vida vazia?	76.2	42.9	- 33.3
5. Tem esperança no futuro?	38.1	57.1	+ 19
11. Fica muitas vezes inquieto(a) e nervoso(a)?	76.2	57.1	- 19.1
16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?	71.4	47.6	- 23.8
19. Acha a sua vida interessante?	42.9	66.7	+ 23.8
22. Sente que para si não há esperança?	61.9	33.3	- 28.6
26. Tem dificuldade em se concentrar?	52.4	38.1	- 14.3
29. Tem dificuldade em decidir as coisas?	42.9	23.8	- 19.1
30. O seu pensamento é tão claro com era dantes?	28.6	52.4	+ 23.8

ANEXO 14 – Evolução do Grupo Controle

Tabela 9 - Evolução do Grupo de Controle

Questões	M 1	M 2	Dif.
	%	%	%
7. Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	66.7	38.1	- 28.6
10. Sente-se muito tempo desamparado(a)?	14.3	38.1	+ 23.8
11. Fica muitas vezes inquieto(a) e nervoso(a)?	61.9	81	+ 19.1
13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro?	42.9	61.9	+ 19
19. Acha a sua vida interessante?	47.6	19	- 28.6
28. Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	38.1	57.1	+ 19

ANEXO 15 – Casos Positivos VS Casos Negativos

Tabela 10 - Casos Positivos vs Casos Negativos

		N	%
Grupo Intervenção	Casos positivos	10 ^a	47.6%
	Casos negativos	0 ^b	0%
	Sem alterações	11 ^c	52.4%
Grupo de Controlo	Casos positivos	1 ^a	4.8%
	Casos negativos	6 ^b	28.6%
	Sem alterações	14 ^c	66.7%

Leitura da tabela:

- a. Níveis de Depressão m2 <Níveis de Depressão m1
- b. Níveis de Depressão m2 > Níveis de Depressão m1
- c Níveis de Depressão m2 = Níveis de Depressão m1

ANEXO 16 – Grelha de Avaliação Contínua

Tabela 11 - Grelha de Avaliação das Atividades

ATIVIDADES	OBSERVAÇÕES
<p>Cartões Originais</p> <p>24 de outubro</p>	<p>- Quando têm de descrever outra pessoa ainda dizem que não sabem muito sobre ela.</p> <p>- Ao lerem as descrições, a pessoa que foi descrita geralmente nega ter as qualidades apontadas.</p> <p>- Nota-se baixa auto-estima , sentem-se apreensivos e pouco à vontade com o que os outros dizem deles.</p>
<p>Conhecer</p> <p>29 de outubro</p>	<p>- “<i>Serviu de passatempo e ainda melhorou as relações e os conhecimentos entre uns e outros</i>”; (Sr. A)</p>
<p>Baú das Recordações</p> <p>31 de outubro</p>	<p>- Partilham fotografias dos filhos;</p> <p>- Partilham recordações de casamentos;</p> <p>- Contam histórias sobre os dias que estão a relembrar;</p> <p>- “<i>Aqui temos de ser, e somos, como uma família</i>” (Srª A)</p>
<p>Chapéu dos Medos e dos Desejos</p> <p>5 de novembro</p>	<p>Medos: “<i>Falar mal e ser mal interpretada</i>” (Srª E); “<i>Não ser aceite</i>” (Sr. A); “<i>Saía das sessões mais contente, porque a convivência vale muito e dizer o que sentimos sem medo, e dentro do grupo, é muito bom.</i>” (Srª A)</p> <p>Desejo: “<i>Criar novas amizades no grupo e mantê-las</i>” (Srª O); - “<i>Gostava de conhecer melhor as pessoas e saber as qualidades delas</i>” (Srª A)</p> <p>Comentários - “<i>Dá-nos abertura para ir mais além</i>” (Srª M)</p>
<p>Sobre o nosso Passado</p> <p>6 de novembro</p>	<p>- Querem contar pormenorizadamente as histórias passadas;</p> <p>- Os ouvintes riem com as histórias;</p>

Segredos	- <i>“Eu tenho um (segredo) divertido que contar”</i> (Srª O)
7 de novembro	- <i>“Isto é só partilhado aqui dentro, não é? Aqui digo!”</i> (Srª M)
Balão	- Riem muito;
12 de novembro	- Esquecem-se que têm o alfinete na mão. Apenas se preocupam em guardar o próprio balão;
	- Quando refletimos sobre isso, todos se sentem bem porque não pensaram em destruir os dos outros;
	- Quando a monitora relembra que têm o alfinete, há alguém que começa a destruir os outros balões e desencadeia o que se pretendia – que se “vingassem”;
	- <i>“Eu nunca fui de pensar só em mim e destruir os outros”</i> (Srª M)
	- <i>“Estar acompanhada é muito bom”; “Estar com todos reunidos foi positivo”</i> (Srª M)
Qualidades que nós Apreciamos	- Dois idosos abraçam-se emocionados;
13 de novembro	- Um dos idosos pede permissão e descreve o que conhece de cada pessoa;
	- Cada um dos que ouve ri, agradece, retribui, etc. Batem palmas.
Pessoas são Dons	- <i>“Muito interessante!”</i> (Sr. J)
20 de novembro	- <i>“Nada mudaria, gostei praticamente de tudo e especialmente da forma de transmitir as mensagens, de maneira a sentirmo-nos melhor. Obrigada!”</i> (Srª O)
	- Comentam positivamente o presente;
	- Foi uma ótima maneira de nos fazer pensar;
	- Há pessoas que não são bons presentes, mas aqui no grupo não há disso;
	- Relêem alto passagens do texto e comentam;

- A Sr^a C pede para partilhar um pequeno texto idêntico ao que foi lido e todos concordam e ouvem com atenção. Ao ler o texto a Sr^a emociona-se e outros participantes confortam-na. Sente-se apoiada.

- *“Achei umas boas actividades. Tenho gostado de participar”* (Sr^a L)

- *“Senti-me muito bem aqui.”* (Sr. J)

Qualidades e Defeitos

- *“Eu sei o que sou! E gosto do que sou.”* (Sr^a O.) – Esta participante reconhece as suas qualidades. Demonstra uma melhor auto-estima relativamente à maioria.

24 de novembro

- Sr. G emocionou-se. Sr^a C. também.

- Foi solicitado ao Sr. S que elogiasse a Sr^a C e, quando o fez, a Sr^a C agradeceu e sentiu-se reanimada.

- Quando a monitora pediu para escreverem 5 qualidades dos próprios, tinham mais dificuldade do que quando tiveram de escrever 5 qualidades de um colega.

Retratos Colectivos

- *“Estas sessões procuram proporcionar-nos momentos bons.”* (Sr^a L)

14 de dezembro

- *“Fez bem à alma e melhora os nossos sentimentos”* (Sr^a M)

Desafiar os Pensamentos Negativos

- *“Sinto-me feliz a fazer estas actividades”* (Sr^a A)

- *“O Sr. C. (idoso residente no lar mas que não participa nas actividades) disse-me que estas sessões são muito boas porque estamos a conviver e a conhecer melhor as pessoas.”*(Sr^a O.).

17 de dezembro

- *“Eu acho que é muito bom porque faz-nos bem pensar desta forma”* (Sr^a O.) – Sr^a M. concorda.

Bazar Mágico

- *“Isto é engraçado”* (Sr^a E)

24 de dezembro

- *“Quem me dera que fosse verdade”*; *“Que giro isto”* (Sr^a C)

Fotopalavra

- *“Gosto muito das actividades. Distraio-me! É muito bom”* (Sr^a A)

2 de janeiro

Linha do tempo

- *“Se não fizermos nada até ficamos esquecidos”* (Sr^a A)

7 de janeiro

- *“Deixa falta! Estes momentos deixam falta!”; “A nossa relação melhorou”* (Sr. A)

Questionário Avaliação

- *“Se me voltasse a propor o programa, eu voltava a dizer que sim! Valeu a pena.”* (Sr. A)

Final

- *“Durou tão pouco tempo... Todos nós queríamos continuar a ter estas actividades.”* (Sr. J)

9 de janeiro

- *“Podemos fazer mais vezes e de múltiplas maneiras.”* (Sr^a M)

- *“Gostei de ter participado; gostei sobretudo do grupo e da relação entre nós”* (Sr^a E)

- *“A minha opinião é ótima (acerca do programa), pelo muito que aprendemos, gostei muito e, sem relutância alguma, teria o maior prazer em voltar a participar no desempenho destas actividades”* (Sr. M)

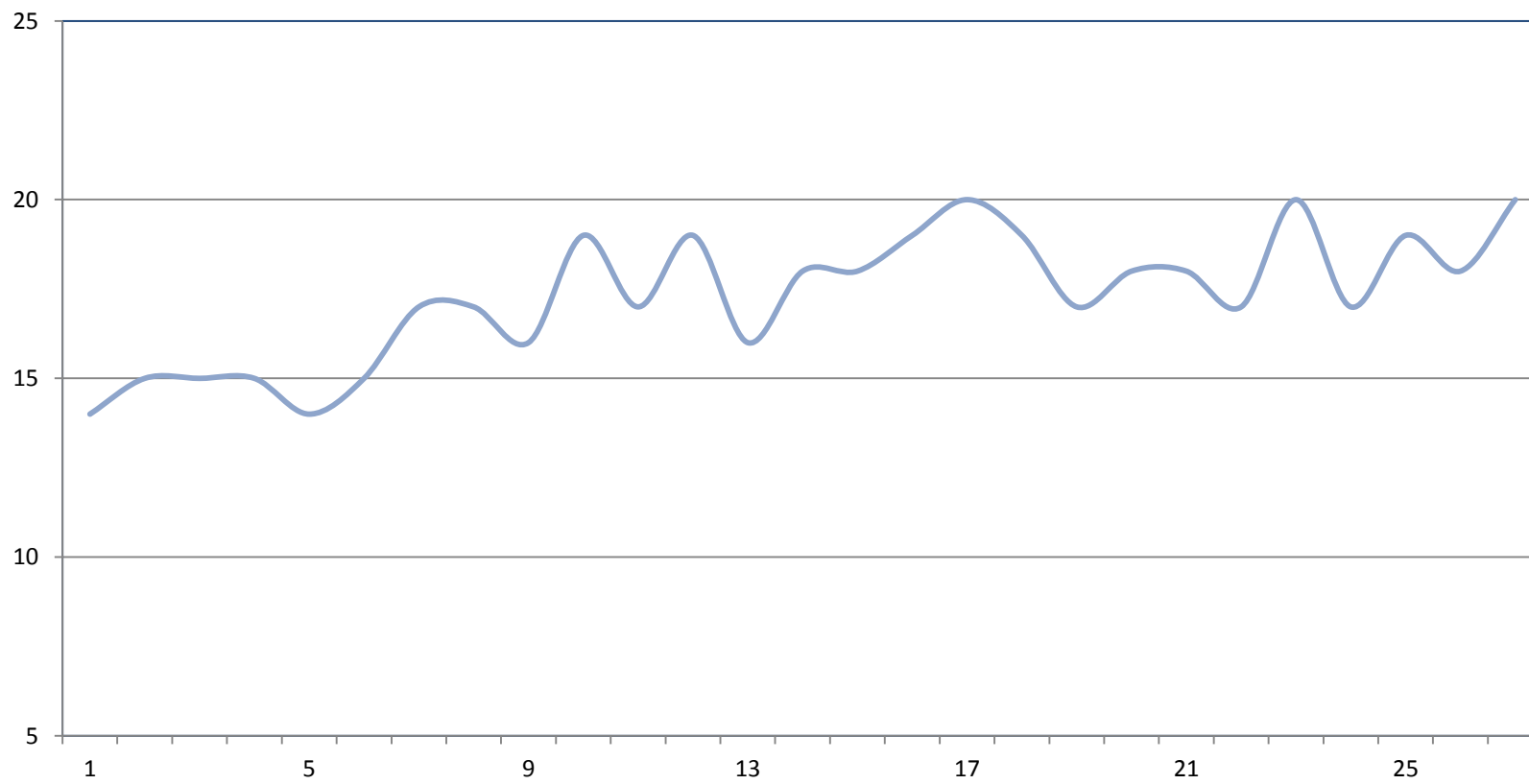
- *“Foi uma série de “reuniões” de muito interesse, onde também aprendi”* (Sr. G)

- *“Foi pouco tempo.”* (Sr^a M)

- *“A minha relação com alguns dos que participaram melhorou e gostava quando eram aquelas actividades em que todos diziam as minhas qualidades! E também gostava de ouvir as dos outros!”* (Sr^a A)

- *“Aqui (no grupo/sessões) há respeito!”* (Sr. R)

Gráfico 1 - Registo de Presenças



ANEXO 18 – Avaliação do Programa

Tabela 12 - Resultados do questionário de avaliação final

	DT	D	NCND	C	CT
			%	%	%
Gostei das actividades.			9.5	21.4	19
Conheci melhor as pessoas do grupo.			26.2	23.8	
A minha relação com as pessoas do grupo melhorou.			16.7	21.4	11.9
As actividades foram uma forma de promover amizades.				23.8	26.2
Gostei de trabalhar em grupo.			2.4	19	28.6
Senti-me valorizado.			7.1	26.2	16.7
Percebi que tenho várias qualidades de que me orgulhar.			9.5	38.1	2.4
As actividades foram interessantes.			2.4	35.7	11.9
Preferia outras actividades.	19	21.4	9.5		
Sabendo como foi, voltaria a participar.			9.5	9.5	31

DT- Discordo Totalmente; D- Discordo; NCND- Não Concordo Nem Discordo; C- Concordo; CT- Concordo Totalmente