



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

O impacto da estimulação cognitiva na evolução do declínio cognitivo em pessoas mais velhas, numa unidade de cuidados continuados: um estudo exploratório

Departamento de Educação, Desporto e Intervenção Social

Mestrado em Gerontologia Social

2022, Soraia Filipa Simões Lopes



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

Soraia Filipa Simões Lopes

O impacto da estimulação cognitiva na evolução do declínio cognitivo em
pessoas mais velhas numa unidade de cuidados continuados: um estudo
exploratório

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

Presidente de Júri – Professora Doutora Filipa Daniela Correia Marques

Arguente – Professora Doutora Paula Maria Mendes da Costa Neves

Orientadora – Professora Doutora Catarina Isabel Rodrigues Morgado

Maio de 2022

Agradecimentos

À minha orientadora neste trabalho, a professora Catarina Morgado, por todo o apoio, orientação, disponibilidade e prontidão em assumir comigo este desafio.

Aos utentes com quem trabalho todos os dias, que se tornaram participantes deste estudo e que assim o tornaram possível. Obrigada pela disponibilidade e colaboração.

À direção e colaboradores da unidade de cuidados continuados onde desenvolvi este trabalho e na qual exerço funções desde 2018, por todo o apoio, disponibilidade e atenção que sempre demonstraram no decorrer deste projeto.

À professora Filipa Canavarro pelo apoio e sugestões no tratamento estatístico.

Aos meus pais e avós por tudo o que fizeram por mim e por me ajudarem a conquistar tudo o que consegui até hoje.

Aos meus amigos e colegas de trabalho por todo o apoio durante estes últimos dois anos por me ajudarem a controlar as minhas ansiedades e nunca aceitarem a minha ausência.

Obrigada a todos, por tudo e por tornarem tudo isto possível.

Título da Tese de Mestrado: O impacto da estimulação cognitiva na evolução do declínio cognitivo em pessoas mais velhas numa unidade de cuidados continuados: um estudo exploratório

Resumo: Com o aumento da esperança média de vida, surgem cada vez mais perturbações neurocognitivas. A literatura tem vindo a estudar ao longo do tempo, os benefícios da estimulação cognitiva, como alternativa promissora para atenuar ou retardar os efeitos do envelhecimento sobre a cognição. Assim, o objetivo deste estudo é aferir a existência de alterações significativas na função cognitiva dos participantes. Para isso foi desenvolvido um manual de atividades de estimulação cognitiva “Mente Ativa”, aplicado a 8 participantes com idades compreendidas entre os 61 e os 94 anos de idade, de ambos os sexos, em contexto de unidade de cuidados continuados da região centro, inseridos nas tipologias de média e longa duração. Foram avaliadas com o teste de rastreio cognitivo Addenbrook’s-ACE III (Peixoto et al., 2013: Versão Experimental Portuguesa), antes e depois da intervenção. Seguiram-se 10 sessões de estimulação cognitiva realizadas durante 60 minutos, duas vezes por semana. Os resultados indicam que a estimulação cognitiva de forma continuada diminui o declínio cognitivo das pessoas mais velhas e aumenta a reserva cognitiva. Podemos ainda afirmar que a escolaridade influencia a reserva cognitiva. Através da observação de comportamentos, verificou-se que os participantes depois de participarem nestas sessões, tornaram-se mais sociáveis e interessados em participar nas atividades da Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). Seria importante em estudos futuros comprovar esta observação. Conclui-se sobre a importância destas atividades na saúde cognitiva das pessoas mais velhas, sendo que se torna importante investir em mais estudos neste âmbito.

Palavras-chave: envelhecimento cognitivo, declínio, estimulação cognitiva, gerontologia, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Title: The impact of cognitive stimulation on the evolution of cognitive decline in older people in a long-term care unit: an exploratory study

Abstract: With the increase in the average life expectancy, neurocognitive disorders emerge substantially. Over time, the literature has been studying the benefits of cognitive stimulation as a promising alternative to attenuate or delay the effects of aging on cognition. Thus, the aim of this study is to assess the existence of significant changes in the participants' cognitive function. For this, a manual of cognitive stimulation activities "Mente Ativa" was developed, applied to 8 participants aged between 61 and 94 years old, of both sexes, admitted to an *Unidade de Cuidados Continuados* in the central region, institutionalized in the Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção typologies. They were evaluated using the Addenbrook's-ACE III cognitive screening test (Peixoto et al., 2013: Portuguese Experimental Version) before and after the intervention. This was followed by 10 sessions of cognitive stimulation carried out for 60 minutes, twice a week. The results indicate that cognitive stimulation on a continuous basis decreases cognitive decline in older people and increases cognitive reserve. We can also say that schooling influences cognitive reserve. Through the observation of behaviors, it was found that after participating in the program, participants became more sociable and interested in participating in the Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) activities. It would be important in future studies to confirm this observation.

It concludes about the importance of these programs in the cognitive health of older people, and it is important to invest in more studies in this area.

Keywords: cognitive aging, decline, cognitive stimulation, gerontology, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Sumário

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	9
1.1. Envelhecimento	10
1.2. Envelhecimento Cerebral e Cognitivo.....	13
1.3. Plasticidade Cerebral e Estimulação Cognitiva	19
1.4. As Unidades de Cuidados Continuados Integrados	24
1.4.1 A Gerontologia Social na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	28
2. METODOLOGIA	31
2.1. Apresentação do objeto de estudo/intervenção: objetivos.....	32
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
3.1. Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes	39
3.2. Apresentação dos resultados.....	44
3.3. Discussão dos resultados	55
BIBLIOGRAFIA.....	60
ANEXOS	65

Lista de abreviaturas

1. ACE – Addenbrooke’s Cognitive Examination
2. ARSC- Administração Regional de Saúde do Centro
3. AVC- Acidente Vascular Cerebral
4. AVD’s- Atividades de Vida Diária
5. CEIPC- Conselho de Ética do Instituto Politécnico de Coimbra
6. COVID – Coronavírus
7. DM2- Diabetes Mellitus do tipo 2
8. HTA- Hipertensão Arterial
9. ISS- Instituto da Segurança Social
10. RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
11. TCE- Traumatismo Crânio-Encefálico
12. UC- Unidade de Convalescença
13. UCCI- Unidade de Cuidados Continuados Integrados
14. ULDM- Unidade de Longa Duração e Manutenção
15. UMDR- Unidade de Média Duração e Reabilitação

Lista de Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes	39
Tabela 2. Características clínicas dos participantes	41
Tabela 3. Caracterização dos interesses dos participantes	43

Lista de Figuras

Figura 1. Resultados da sub-escala Atenção antes e após as atividades de estimulação cognitiva, item a item.	45
Figura 2. Resultados da sub-escala Memória antes e após as atividades de estimulação cognitiva, item a item.	46
Figura 3. Resultados da sub-escala Fluência Verbal antes e após as atividades de estimulação cognitiva, item a item.	47
Figura 4. Resultados da sub-escala Linguagem antes e após as atividades de estimulação cognitiva, item a item.	48
Figura 5. Resultados da sub-escala Visuospacial antes e após as atividades de estimulação cognitiva, item a item.	50
Figura 6. Resultados finais da sub-escala Memória antes e após as atividades de estimulação cognitiva.	51
Figura 7. Resultados finais da sub-escala Atenção, antes e após as atividades de estimulação cognitiva.	52

Figura 8. Resultados finais da sub-escala Fluência Verbal, antes e após as atividades de estimulação cognitiva.	52
Figura 9. Resultados finais da sub-escala Linguagem, antes e após as atividades de estimulação cognitiva.	53
Figura 10. Resultados finais da sub-escala Visuospacial, antes e após as atividades de estimulação cognitiva.	54
Figura 11. Resultados finais dos participantes antes e após as sessões de estimulação cognitiva.	55

Introdução

O envelhecimento demográfico é um fenómeno global. Motivado pelas melhorias nos cuidados de saúde e consequentemente na qualidade de vida, permitiu um aumento do número de indivíduos que viverá até mais tarde, o que faz antever uma sociedade futura cada vez mais envelhecida (Paúl & Ribeiro, 2012).

Em Portugal, nos últimos 20 anos, o aumento das pessoas mais velhas dependentes e com doenças crónicas, tais como as perturbações neurocognitivas, favoreceu o acréscimo da necessidade de cuidados pessoais, sociais e de saúde a nível informal e formal (Campos, 2008, citado por Carvalho, 2012). E assim em 2006, surge a RNCCI, com o objetivo de promover a recuperação global da pessoa, proporcionando qualidade de vida, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência, com vista à sua reintegração sociofamiliar. Segundo dados do relatório de atividades de 2007, da Administração Regional de Saúde do Centro, verificou-se relativamente ao grupo etário dos utentes da RNCCI, que mais de metade dos que a utilizaram na Região Centro têm idade igual ou superior a 75 anos.

Sendo assim, torna-se essencial trabalhar na prevenção do declínio cognitivo através de programas de estimulação cognitiva. A literatura revela resultados positivos quanto à aplicação destes programas em pessoas mais velhas. Torna-se, pois, o papel do Gerontólogo Social, uma mais valia neste contexto, uma vez que uma das suas competências é a promoção deste tipo de atividades.

Neste sentido, foi concebido um manual de atividades de estimulação cognitiva “*Mente Ativa*” que pretende trazer, com a sua aplicação, melhorias ao nível das capacidades cognitivas das pessoas mais velhas. Assim, o objetivo deste estudo é aferir, após a aplicação destas atividades, a existência de alterações significativas na função cognitiva dos participantes, nomeadamente de que forma estas atividades possibilitam a melhoria das capacidades cognitivas das pessoas mais velhas.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Envelhecimento

Ao longo dos últimos dois séculos, sobretudo nos países desenvolvidos, surgiu uma melhoria nas condições sanitárias que levou ao crescimento populacional (Paúl & Ribeiro, 2012). Segundo Sequeira (2018), os progressos proporcionados pelo desenvolvimento, em geral, e pelas ciências da saúde, em particular, contribuíram de forma decisiva para o prolongamento da vida, ao qual se associa um crescimento da população idosa, consequência direta da diminuição substancial da mortalidade infantil e juvenil, bem como do declínio na natalidade (Sequeira, 2018). O aumento do número de indivíduos que viverá até mais tarde faz antever uma sociedade futura cada vez mais envelhecida (Paúl & Ribeiro, 2012). Este aumento tem impacto nos serviços sociais, de saúde e nas políticas para os mais velhos (Chiu et al., 2017).

Assim, com a esperança de vida a aumentar e o crescente aumento da população idosa, surge a necessidade de se estudar o processo de envelhecimento (Azeredo, 2011).

O processo de envelhecimento dá-se no ser humano desde que nasce, e não a partir de uma determinada idade, mesmo que a aparência rugosa e envelhecida do corpo se acentue na velhice (Martins, 2013). Este processo está associado a uma redução global das funções fisiológicas e cerebrais, que origina um conjunto de défices cognitivos, emocionais e comportamentais (Bentosela & Mustaca, 2005, citado por Lopes et al., 2017). O envelhecimento é um processo fisiológico que surge de forma gradual, automática e universal (Reis Jr. 1997, citado por Azeredo, 2011). Também chamado de senescência, resulta do somatório de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas (Cardoso, 1990, citado por Azeredo, 2011). Azeredo (2011), acrescenta ainda, que o envelhecimento é um processo de declínio múltiplo, de todos os sistemas orgânicos relacionados com o tempo. De acordo com Yates (citado por Azeredo, 2011), o envelhecimento é processo

termodinâmico de quebra de energia, geneticamente determinado e condicionado sob o ponto de vista ambiental.

De acordo com Azeredo (2011), mesmo num processo de envelhecimento normal, alguns estudos sugerem que o ser humano, nesta fase da vida, começa a apresentar declínio funcional associado ao envelhecimento do sistema nervoso (Fox & Alder, 2001, citado por Azeredo, 2011). Estas alterações são, na sua maioria, causadas por patologias que implicam muitas vezes um declínio físico e cognitivo (Fonseca, 2005, citado por Azeredo, 2011). O declínio das funções cognitivas, associado ao envelhecimento, também está relacionado com fatores externos comportamentais, ambientais e sociais, que também são responsáveis pelo aparecimento de múltiplas situações de doença e de incapacidade na pessoa mais velha (Sequeira, 2018).

A par do declínio cognitivo, surge o declínio de alguns sistemas sensoriais, que condiciona o contacto com o meio ambiente e dificulta as atividades do quotidiano. A diminuição da acuidade auditiva e visual, por exemplo, acabam por interferir quer na prestação de cuidados, quer na relação entre o cuidador e a pessoa mais velha (Sequeira, 2018). Segundo um estudo realizado por Lawrence et al. (2018), verificou-se um risco aumentado de comprometimento cognitivo leve ou demência em pessoas mais velhas com perda auditiva (Jayakody et al., 2017, Lin et al., 2011, 2011, 2013, citado por Lawrence et al., 2018). Depois dos participantes começarem a usar aparelhos auditivos foram verificadas melhorias na cognição (Dawes et al., 2015, citado por Lawrence et al., 2018), sugerindo uma relação entre a perda auditiva e declínio cognitivo em pessoas mais velhas.

Segundo Sequeira (2018), no envelhecimento psicológico é avaliado o equilíbrio entre as limitações e as funcionalidades do indivíduo, de modo a minimizar as perdas associadas ao processo de envelhecimento. O envelhecimento psicológico depende de fatores patológicos, genéticos e ambientais, do contexto sociocultural em que se encontra inserido e da forma como que cada um organiza e vivencia o

seu projeto de vida. Assim, é essencial que a manutenção de atividades significativas constitua um fator de equilíbrio psicológico por excelência.

As alterações demográficas “reanimaram” as consciências para a necessidade de promoção do envelhecimento saudável, ou seja, com saúde, autonomia e independência durante o maior período de tempo possível. Esta nova realidade constitui um desafio individual e coletivo, uma atitude preventiva e promotora de saúde. Na salvaguarda do bem-estar, várias respostas e modelos têm sido propostos. Um deles é o envelhecimento ativo, que tem vindo a receber um considerável consenso e a transformar-se numa “bandeira” politicamente correta a hastear sempre que se discute a temática (Firmino et al., 2016).

Para Sequeira (2018), a sociedade afasta a população mais velha do processo produtivo, pelo que devem ser criadas plataformas de envolvimento dos mais velhos associados ao prazer e ao bem-estar. Por outro lado, a manutenção da atividade, está relacionada com o envelhecimento bem-sucedido, através da promoção do bem-estar e da funcionalidade do corpo. A atividade tem repercussões a nível da satisfação pessoal e promove o sentimento de competência.

A população mundial está a envelhecer e com o envelhecimento surge um aumento de casos de pessoas com demência que além das perdas cognitivas, traz ainda consequências a nível social e funcional. Devido a esse facto, torna-se essencial garantir que as pessoas mais velhas possam ter mais qualidade de vida, que sejam estimuladas e se mantenham autónomas e ativas durante mais tempo, prevenindo assim o aparecimento de demência (Alzheimer’s Association, 2016, 2017, 2018, citado por Lemos et al. 2019).

Desta forma, torna-se fundamental compreender melhor o fenómeno que acontece no nosso cérebro, com o passar dos anos.

1.2. Envelhecimento Cerebral e Cognitivo

A nível cerebral, ocorrem alterações significativas com o passar dos anos (Sequeira, 2018). Ao longo da vida morrem diariamente 50 000 a 60 000 neurónios (Restak, 1999). A partir dos 50-60 anos, o número de neurónios diminui havendo uma perda de 10 a 60% no neocórtex, cerebelo e hipocampo e uma perda menor nas regiões subcorticais (Azeredo, 2011). O cérebro tende a pesar menos e a ser menos volumoso (Azeredo, 2011).

Estudos neuroimagiológicos mostraram que, com o envelhecimento, as primeiras mudanças na estrutura e funções cerebrais ocorrem nos lobos frontais (Raz et al., 2000, citado por Fimino et al., 2016). De acordo com MacPherson et al. (citado por Hamdan & Pereira, 2009), atestam esta afirmação e acrescentam ainda que o declínio das funções executivas se deve à deterioração no córtex frontal na região dorso-lateral, especificamente, e não a uma deterioração global.

Entre os 20 e os 60 anos, podemos perder até 40% das nossas capacidades cognitivas, vinte anos depois perdemos mais 20%, isto se passarmos por um processo de envelhecimento normal (Lemaire, 2016). A partir dos 55 anos, aumenta o tempo de resposta e diminui a capacidade de aprendizagens complexas (Azeredo, 2011). De acordo com Sequeira (2018), verifica-se uma diminuição da plasticidade cerebral em função da diminuição do fluxo sanguíneo que ocorre com o envelhecimento, o que pode implicar alterações ao nível das funções cognitivas (Blazer, 1994).

De acordo com Lemaire (2016), existem dados que indicam que o declínio cognitivo difere consoante o nível de formação escolar inicial, a profissão, o estilo de vida e as atividades socioculturais, a condição física de cada um, etc. Assim, muitos adultos mantêm a função cognitiva em boa forma mesmo em estágios avançados (Zanto & Gazzaley, 2019).

No caso de indivíduos que já apresentem défice cognitivo ligeiro, a intervenção deve passar por tratamentos não farmacológicos que, para além de prevenirem a progressão para um quadro demencial, devem ajudar o doente a adaptar-se à sua condição clínica, de forma a manter-se o mais funcional possível e com o mínimo prejuízo na sua qualidade de vida (Chertkow et al., 2008, Langa & Levine, 2014, citados por Lemos et al. 2019). Nesta linha, vários estudos têm demonstrado que o treino e a estimulação cognitiva das funções em declínio podem revelar-se bastante eficazes na prevenção da evolução do declínio cognitivo e do aparecimento de quadros demenciais (Günter et al, 2003, Rapp Brenes & Marsh, 2002; Willis et al., 2006, citado por Lemos et al. 2019).

Spar e La Rue (2005) descrevem um conjunto de variáveis mediadoras da cognição no envelhecimento normal, sendo de destacar: fatores genéticos, saúde, escolaridade, atividade mental, atividade física, personalidade e humor, meio social e cultural, treino cognitivo, sexo e conhecimentos especializados. Lemaire (2016) acrescenta, ainda, que os indivíduos que frequentaram a escola durante muito tempo, que vivem uma vida saudável (ao nível da alimentação, sono, atividade física), que têm uma atividade sociocultural e trabalho estimulantes, sob o ponto de vista intelectual, tendem a experimentar um menor declínio cognitivo associado à idade (e até mesmo a preservar o seu funcionamento cognitivo). Quanto à escolaridade, atividade profissional e lazer, estudos recentes indicam que as pessoas que envelhecem bem, têm grandes reservas cognitivas potencializadas, nomeadamente por fatores como uma escolarização inicial longa, uma atividade profissional e atividades de lazer estimulantes (Lemaire, 2016). Para Cheng (2016), indivíduos com uma vida preenchida de atividades cognitivas, em parte devido a uma atividade profissional cognitivamente mais estimulante, pode trazer benefícios para a estimulação cognitiva do dia-a-dia. Outro critério protetor das perdas cognitivas e da consecutiva demência, segundo o mesmo autor é falar mais do que um idioma.

No domínio da saúde física, há medida que os indivíduos envelhecem, o risco de doenças crónicas aumenta, entre elas, a hipertensão arterial (HTA), a diabetes mellitus do tipo 2 (DM2) e o acidente vascular cerebral (AVC), são alguns problemas que podem estar associados ao declínio cognitivo. No caso de doenças cardiovasculares como o AVC, estas foram identificadas como doenças críticas que podem levar à disfunção neurocognitiva em várias áreas, incluindo na atenção, na função executiva, na linguagem e na memória (Bae,2020).

O estilo de vida também pode influenciar a saúde cognitiva no futuro (Clare et al.,2017). Clare et al. (2017) avaliaram cinco fatores de estilo de vida, entre eles: a atividade cognitiva e social, a atividade física, os hábitos alimentares, o consumo de álcool e hábitos tabágicos, tendo em conta ainda fatores demográficos e doenças crónicas. Variáveis associadas a estilos de vida pouco saudáveis, como o tabagismo, o consumo de álcool e a obesidade, poderão estar associados a distúrbios físicos e mentais e, conseqüentemente, podem estar relacionados com o declínio cognitivo. Alguns estudos descobriram que o consumo de álcool pode trazer comprometimento da memória (Bae, 2020).

Comportamentos como o consumo de álcool e tabaco e um estilo de vida sedentário, podem resultar em declínio cognitivo ligeiro. Por outro lado, indivíduos que se mantenham mental e fisicamente ativos e possuam uma boa rede de suporte social, parecem possuir menor risco de apresentar declínio cognitivo ligeiro em idade avançada (Langa & Levine, 2014, revisão de Petersen et al., 2014, citado por Lemos et al., 2019).

Paúl e Ribeiro (2012) referem que as mudanças biológicas no cérebro têm estado associadas a alterações nas funções cognitivas com a progressão da idade. Com o declínio cognitivo surgem alterações nas funções cognitivas, que podem ser classificadas em quatro domínios principais, com base nas suas características: a memória, a função executiva, a atenção e a capacidade visuospacial (Paúl & Ribeiro, 2012).

A partir dos 60/70 anos, a maioria das pessoas começa a ter dificuldades em recordar experiências recentes ou nomes. Segundo Alaphilippe e Bailly (2013), a perda de memória é um dos principais sinais do envelhecimento: 70% dos indivíduos com mais de 75 anos e 48% dos indivíduos com mais de 65, queixam-se de perturbações associadas à memória (Ritchie, 2000, citado por Alaphilippe & Bailly, 2013).

A memória envolve retenção, armazenamento e recuperação de informação. Para Alaphilippe e Bailly (2013), as memórias podem ser sensoriais, de curto e de longo prazo e distinguem-se na duração da recordação.

As memórias sensoriais são as memórias automáticas, rápidas e dependem das capacidades percetivas do indivíduo bem como do tempo de perceção de um estímulo pelos órgãos sensoriais (Paúl & Ribeiro, 2012). Os autores referem, ainda, no que diz respeito às memórias sensoriais, que estas tratam-se de um registo breve de apenas alguns segundos, relativo a informação específica da modalidade sensorial envolvida: visual, auditiva, háptica, olfativa e outras.

As memórias de curto prazo permitem conservar temporariamente informações e recuperá-las durante um período curto (Paúl & Ribeiro, 2012). Envolvem menor capacidade de armazenamento e incluem a interpretação do acontecimento que acabou de ocorrer (Paúl & Ribeiro, 2012). A memória de trabalho, a curto prazo ou imediata, está relacionada com a retenção e a manipulação da informação registada na memória a curto prazo (Paúl & Ribeiro, 2012).

A memória de longo prazo tem um armazenamento mais profundo, engloba a memória dos factos recentes, mas também dos mais antigos (Alaphilippe & Bailly, 2013).

A memória constitui uma das funções cognitivas fundamentais para um envelhecimento ativo e do qual depende a sua preservação (Sequeira, 2018). As primeiras alterações da memória surgem através das primeiras dificuldades na

aprendizagem de novas informações, esquecimentos sobre acontecimentos vividos recentemente, das tarefas a realizar, do lugar onde se encontram, etc., embora se mantenha a capacidade de evocar eventos antigos (Sequeira, 2018).

A memória a longo prazo representa uma forte ligação entre o indivíduo e o seu mundo. Pensar numa pessoa sem memória é pensar em alguém sem história de vida, sem referências e deslocado do seu mundo e dos significados sociais (Sequeira, 2018). A memória tem uma função primordial na construção da própria identidade social da pessoa. Assim, as reminiscências têm um elevado valor social e relacional, indispensável a um envelhecimento saudável (Sequeira, 2018). A deterioração da memória surge numa primeira fase com a memória a curto prazo. Esta é a mais afetada, mantendo-se a memória a longo prazo ainda preservada (Sequeira, 2018).

Segundo Cristofori et al. (2019), as funções executivas são definidas como o conjunto de capacidades cognitivas de ordem superior. Sacks (2001) refere que as funções executivas são o “maestro” que dirige outras funções cognitivas com o objetivo de avaliar e executar uma ação. Estas funções permitem-nos estar constantemente atualizados, de forma a organizar a informação relevante, inibir informação irrelevante e tomar decisões, para facilitar a adaptação a novas situações ou a contextos de maior complexidade (Collete et al., 2006, Jurado & Roselli, 2007). Segundo Hamdan e Pereira (2009), as funções executivas referem-se ao produto de uma operação constituída por vários processos cognitivos para realizar uma tarefa, como é o caso do raciocínio, a abstração ou o comportamento social. Para Hamdan e Pereira (2009), as funções executivas referem-se às capacidades cognitivas envolvidas na capacidade de planeamento, iniciação, seguimento e monitorização de comportamentos complexos com um objetivo.

As funções executivas são altamente sensíveis aos efeitos do envelhecimento humano. Lezak (1995, 2004), citado por Lopes, Bastos e Argimon (2017), refere que pacientes com disfunção na área frontal mostram problemas de iniciativa e

motivação, são incapazes de planejar objetivos e metas, não esquematizam planos de ação para alcançar o objetivo desejado. Segundo Zimmerman e Hassin (2018), o declínio ao nível das funções executivas está relacionado com alterações em vários domínios, como a memória (Clarys et al., 2009 citado por Zimmerman & Hassin, 2018) ou mesmo nas atividades de vida diária e gestão do orçamento doméstico (Vaughan & Giovanello, 2010, citado por Zimmerman & Hassin, 2018).

No envelhecimento, a atenção pode manter-se estável ou sofrer um declínio ligeiro. Segundo Sequeira (2018), as perturbações de atenção consistem nas dificuldades em se concentrar e em manter uma atenção de qualidade. Paúl e Ribeiro (2012) referem-na como a capacidade de processar informações rapidamente. Para Alaphilippe e Bailly (2013), este é outro processo cognitivo afetado pelo envelhecimento e consiste na capacidade de concentrar uma atividade cognitiva num só objeto.

Quanto à capacidade visuospacial, o seu declínio entre idosos é variável, tendendo a apresentar-se intacta com figuras simples, no entanto, a declinar com figuras mais complexas (Sequeira, 2018). Chiu et al. (2017) definem-na como a capacidade do cérebro de responder a espaços planos e tridimensionais.

A linguagem é uma das funções cognitivas à qual se deve tomar especial atenção. Com o envelhecimento, começam a surgir dificuldades na linguagem escrita e mais tarde ao nível da linguagem oral. A pessoa mais velha pode revelar hesitações devido à falta de palavras, surgindo a dificuldade em nomear e, consecutivamente, diminui a fluência verbal (Touchon & Portet, 2002). A comunicação, sintaxe, conhecimento de palavras, fluência, nomeação e compreensão, pode manter-se estável ou sofrer um declínio ligeiro. Contudo, este declínio varia com o grau de escolaridade, com alterações sensoriais, entre outros fatores. Verificam-se mais dificuldades no processamento de mensagens complexas e, por vezes, a pessoa mais velha pode tornar-se mais imprecisa e repetitiva (Sequeira, 2018).

A saúde cognitiva é um fator importante para garantir a qualidade de vida das pessoas mais velhas e preservar a sua independência (Clare et al., 2017). Torna-se por isso importante, a preservação dos aspetos estruturais do cérebro no envelhecimento normal, o que implica que exista a possibilidade de prevenir, retardar ou reverter as mudanças cognitivas (Julie & Dumas, 2017). Quando surgem perdas cognitivas, o diagnóstico e a intervenção precoce podem propiciar melhor qualidade de vida às pessoas mais velhas bem como às suas famílias/cuidadores (Santos et al., 2009). Como será tratado no próximo ponto, a intervenção precoce e a estimulação de forma continuada contribui para evitar o declínio cognitivo. A estimulação cognitiva compensa os défices neurocognitivos irremediáveis e ajuda a manter a função diária preservada durante o máximo de tempo possível. Por esse motivo, torna-se importante o envolvimento em atividades que visam a melhoria geral do funcionamento social e cognitivo.

1.3. Plasticidade Cerebral e Estimulação Cognitiva

Segundo Lopes et al. (2017), o envelhecimento é frequentemente relacionado com o declínio cognitivo. Porém, o cérebro tem plasticidade suficiente para se adaptar a perdas funcionais importantes (Azeredo, 2011). Segundo Azeredo (2011), a neuroplasticidade apresenta-se como um conceito com inúmeras definições. A definição que acaba por reunir maior consenso, segundo o autor, é aquela que define esse construto como sendo uma capacidade de adaptação do sistema nervoso às mudanças nas condições do ambiente que ocorrem diariamente na vida dos indivíduos (Borella & Sacchelli, 2009, citado por Azeredo, 2011).

Com o avançar da idade ocorre uma diminuição da neuroplasticidade e, deste modo, torna-se necessária a realização de atividades que fomentem a plasticidade neuronal (Fontaine, 2000, citado por Azeredo, 2011). O autor refere, ainda, que

todas as atividades de foro cognitivo e motor são essenciais para que se possa evitar a mortalidade neuronal (Azeredo, 2011). Para Zanto e Gazzaley (2019), o declínio cognitivo está relacionado com a idade e pode ser corrigido através de vários métodos, tais como exercício físico, treino cognitivo ou estimulação cerebral não invasiva.

A estimulação cognitiva é uma técnica usada para a reabilitação cognitiva e faz parte da intervenção não farmacológica (Sequeira, 2018). Esta, promove o envolvimento em atividades que visam a melhoria geral do funcionamento social e cognitivo, de forma a compensar défices neurocognitivos irremediáveis e a manter a função diária preservada durante o máximo de tempo possível (Firmino et al., 2016).

Segundo Camara et al. (2009), as dinâmicas de estimulação cognitiva devem ser atividades lúdicas, com o objetivo de estimular as funções cognitivas, fornecer suporte psicológico e socializar o utente. Na aplicação deste tipo de dinâmicas, Camara et al. (2009) afirmam que é importante que a estimulação promova melhorias nas atividades da vida diária.

Sequeira (2018) refere que um programa de estimulação da cognição consiste num conjunto de estratégias e exercícios que visam potenciar determinadas áreas da cognição, podendo ser implementados individualmente ou em grupo, sendo habitualmente realizados num determinado período de tempo e procurando cumprir determinados objetivos específicos. O autor acrescenta, ainda, que os programas de intervenção cognitiva são muito importantes para as pessoas mais velhas desde que organizados e realizados de forma sequencial e periódica.

O mesmo autor (Sequeira, 2018) refere que antes de realizar qualquer programa de intervenção na cognição é importante avaliar o perfil cognitivo do indivíduo. Lopes et al. (2017) acrescentam que, para alcançar um adequado plano de estimulação e reabilitação da função executiva, é necessário realizar uma avaliação das funções executivas, para identificar o estado de funcionalidade

antes do tratamento. Segundo Hamdan e Pereira (2009), a avaliação neuropsicológica é realizada através de instrumentos, nomeadamente entrevistas, observação e testes psicológicos, que sustentam o diagnóstico clínico, permitem conhecer o perfil cognitivo do utente, assim como, estimar a sua evolução, estabelecer o prognóstico, delinear programas de reabilitação cognitiva bem e acompanhar o tratamento farmacológico e psicossocial.

Alguns estudos realizados mostram efeitos positivos do treino cognitivo não-farmacológico na função cognitiva de pessoas mais velhas saudáveis (Lopes et al., 2017). O mesmo autor refere que em pessoas mais velhas, o treino cognitivo mostrou-se capaz de retardar o declínio cognitivo e funcional, ao longo de cinco anos de acompanhamento do treino, o que leva a afirmar que o treino cognitivo pode ser considerado um método potencialmente eficaz para adiar o declínio cognitivo em pessoas mais velhas (Lopes et al., 2017).

Para trabalhar o comprometimento das competências é importante acreditar que é possível reconstruir o que estiver alterado e compensar o que foi perdido, utilizando o que estiver conservado (Camara et al., 2009).

Recorrendo à literatura, podemos verificar que a maior parte dos estudos sobre esta temática, em que um grupo é submetido a um programa de estimulação cognitiva, os resultados têm-se revelado positivos.

Apóstolo, Cardoso, et al. (2011) realizaram um estudo em que o objetivo foi analisar a eficácia da estimulação cognitiva na cognição, na sintomatologia depressiva e nas atividades instrumentais de vida diária, de pessoas mais velhas em contexto comunitário. Estes investigadores realizaram um estudo experimental, com pré e pós-teste, numa amostra de 23 idosos. Foram utilizadas as escalas Montreal Cognitive Assessment, versão portuguesa (s.d.), a Geriatric Depression Scale (GDS-15), versão portuguesa (Apóstolo, 2011) e Lawton Brody Instrumental Activities of Daily Living (Lawton & Brody, 1969, versão portuguesa, Araújo et al., 2008). O grupo experimental foi sujeito a tratamento com 14 sessões

de estimulação cognitiva. No final, os autores verificaram que as pessoas mais velhas submetidas a sessões de estimulação cognitiva melhoraram o estado cognitivo e a sua condição clínica, comparativamente aos não submetidos ao programa.

Num outro estudo, Apóstolo, Rosa, et al. (2011) avaliaram o efeito de um programa de estimulação cognitiva em idosos. O estudo consistiu na implementação de um programa de estimulação cognitiva, com a realização de pré-teste e pós-teste, em duas amostras diferentes, em diferentes contextos. O estudo usou como pré e pós testes de rastreio, a versão Portuguesa do Mini-Mental State Examination de Folstein (Guerreiro et al., 1994) e o Índice de Barthel (Araújo et al., 2007). Os resultados apontam para um efeito positivo da estimulação cognitiva na função cognitiva das pessoas mais velhas.

Tavares et al. (2015) analisaram os efeitos de uma intervenção cognitiva no desempenho cognitivo de pessoas mais velhas institucionalizadas. Cinco participantes foram submetidos à avaliação neuropsicológica, antes e após uma intervenção cognitiva de oito sessões. Os resultados mostraram discreto efeito da intervenção nos níveis de depressão, fluência verbal, memória e praxia. Concluiu-se que a intervenção cognitiva teve efeito positivo, principalmente nos sintomas depressivos.

Calatayud et al. (2018) realizaram um estudo cujo objetivo era fornecer evidências da eficácia de um programa de estimulação cognitiva, tendo por finalidade prevenir a deterioração das habilidades cognitivas em pessoas mais velhas com níveis de cognição normal. A intervenção foi realizada em idosos da comunidade, em 10 sessões de 45 min, uma por semana, através de exercícios de estimulação da memória, orientação, linguagem, praxias, gnosis, cálculo, percepção, raciocínio, lógica e atenção-concentração. As conclusões do estudo mostram que o programa de estimulação cognitiva foi eficaz para manter e melhorar o desempenho cognitivo.

Numa outra investigação, Jeong-Mo et al. (2019) procuraram, igualmente, identificar o efeito de um programa de estimulação cognitiva nas habilidades cognitivas de pessoas idosas. Este estudo teve, ainda, como objetivo determinar se a eficácia do programa estaria relacionada com a idade. Foi utilizado um plano de pré-teste/pós-teste de um grupo. O programa foi realizado uma vez por semana durante 10 semanas. A Avaliação Cognitiva Coreano-Montreal (Kang et al, 2009) foi usada para medir funções cognitivas antes e depois do programa. Participaram 37 pessoas com mais de 65 anos com funções cognitivas normais. No final, os investigadores verificaram que o programa teve um efeito significativo na melhoria das funções cognitivas e ajudava a melhorar as funções cognitivas das pessoas mais velhas.

Parola et al. (2019) estudaram também a temática. O objetivo do estudo realizado era avaliar a eficácia de um programa de estimulação cognitiva na cognição e sintomatologia depressiva em pessoas mais velhas institucionalizadas. Este estudo foi realizado com 100 participantes. Foram administrados testes de rastreio, a versão portuguesa da Mini-Mental State Examination (Morgado et al., 2009) e da Geriatric Depression Scale-15 (Apóstolo et al., 2014). Foram aplicadas a cada um dos grupos (experimental e de controlo), no pré e no pós-teste. O grupo experimental foi submetido a 14 sessões de estimulação cognitiva. No fim verificou-se que o programa melhorou a cognição, não existindo diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia depressiva quando se comparam ambos os grupos. Deste modo, o programa de estimulação cognitiva melhorou significativamente a cognição.

Soria et al. (2020) realizaram um estudo em que o objetivo era avaliar o efeito de um programa de estimulação cognitiva no comprometimento cognitivo leve, nos domínios cognitivo, atividades da vida diária, e níveis de ansiedade e depressão. O estudo foi aplicado a 122 idosos não institucionalizados. Foi usado como teste de rastreio cognitivo a versão espanhola do Mini-Mental State Examination (s.d.).

O grupo de intervenção (n=54) participou num programa de estimulação cognitiva durante 10 semanas e foi comparado com o grupo de controlo (n=68), que não recebeu nenhuma intervenção. As avaliações do programa foram realizadas pós-teste e 6 meses depois (follow-up). O grupo de intervenção apresentou uma melhoria significativa na função cognitiva nas duas medidas de tempo, pós-teste e follow-up. Contudo, a intervenção não melhorou o desempenho de atividades instrumentais da vida diária e níveis de depressão ou ansiedade. Os autores concluíram que foram verificadas melhorias cognitivas no comprometimento cognitivo leve da população idosa, a curto e médio prazo.

Concluindo, os programas de estimulação cognitiva, tem-se mostrado eficazes, desacelerando o comprometimento cognitivo e/ou contribuindo para a melhoria da função cognitiva.

Com o envelhecimento o cérebro perde plasticidade. Para travar esse declínio devemos proporcionar às pessoas mais velhas, atividades e terapias de foro cognitivo que fomentem a neuroplasticidade, apoiando o cérebro nessa função. Este é um trabalho realizado por vários profissionais de várias áreas. Psicólogos, Gerontólogos, Terapeutas Ocupacionais e da Fala, Fisioterapeutas e também Animadores Socioculturais. Este trabalho pode ser desenvolvido em clínicas ou instituições, nomeadamente em UCCI, cujo trabalho é realizado de forma multidisciplinar com o objetivo principal de promover a autonomia e a recuperação de capacidades perdidas por motivo de doença ou provocada como consequência natural do envelhecimento.

1.4. As Unidades de Cuidados Continuados Integrados

Em Portugal, nos últimos 20 anos, o aumento das pessoas mais velhas dependentes e com doenças crónicas favoreceu o acréscimo da necessidade de cuidados pessoais, sociais e de saúde a nível informal e formal (Campos, 2008, citado por Carvalho, 2012).

Até à década de 90 do século passado, prevaleciam as respostas sociais tradicionais, como os lares, as residências e os apoios domiciliários e, em casos complexos de necessidade de continuidade de cuidados, existiam clínicas de retaguarda contratualizadas com alguns hospitais. A entrada de Portugal na União Europeia e a permeabilidade das orientações europeias nesta área, nomeadamente a introdução de uma nova conceção de políticas ativas, favoreceram a mudança social e política e a alteração do panorama das respostas neste âmbito. Foi neste contexto de mudança de paradigma, que emergiram algumas medidas no sentido de qualificar as respostas sociais existentes e de criar novas respostas integradas entre a saúde e a área social. Neste sentido, surge o Decreto-Lei nº281, de 8 de novembro de 2003 que determinou a primeira lei da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - RNCCI (Carvalho, 2012).

A RNCCI surgiu, assim, em 2006, através de entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas para a prestação dos cuidados de saúde e teria como objetivo promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto a cidadãos necessitados dos mesmos (Carvalho, 2012).

Segundo o Instituto de Segurança Social (ISS, 2022), a RNCCI resulta de uma parceria entre os Ministérios do Trabalho Solidariedade e Segurança Social e da Saúde. São objetivos da RNCCI a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, na sequência de um episódio de doença aguda ou na necessidade de prevenção de agravamentos de doença crónica. Ainda segundo o mesmo autor, os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra, com vista à sua reintegração sociofamiliar.

A RNCCI evidencia o acompanhamento e a reabilitação de indivíduos em situação de dependência física e cognitiva e dirige-se aos que se encontrem em situação de

dependência funcional transitória, decorrente de processo de convalescença ou em situação de dependência funcional prolongada, a pessoas mais velhas com critérios de fragilidade e com incapacidade grave ou com forte incapacidade psicossocial e a pessoas com doença severa e/ou em fase avançada ou terminal (Carvalho, 2012).

Segundo a Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2022), os princípios base da RNCCI assentam na prestação individualizada e humanizada de cuidados, na garantia de articulação e continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de atuação, na equidade no acesso e mobilidade entre tipologias e equipas da RNCCI, na proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços integrados na comunidade, na multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados, na avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia, na promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia, na participação do utente e seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e na coresponsabilização da prestação de cuidados, na eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

A RNCCI, segundo a Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2022), é coordenada por equipas a nível nacional, regional e local, por membros de várias áreas multidisciplinares, representantes da área da saúde e da segurança social. Estas equipas asseguram o acompanhamento e a avaliação da rede, bem como a articulação e coordenação dos recursos e atividades.

A RNCCI contempla as seguintes tipologias de resposta: unidade de convalescença, unidade de média duração e reabilitação e unidade de longa duração e manutenção (ISS, 2019).

A Unidade de Convalescença (UC) é uma unidade de internamento, onde são prestados tratamentos e supervisão clínica, continuada e intensiva e cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda. Este internamento é de 30 dias. Durante esse período são assegurados cuidados médicos, de enfermagem, exames complementares de diagnóstico, farmácia, fisioterapia, apoio psicossocial, higiene, conforto, convívio e lazer (Carvalho, 2012).

A Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) é uma unidade de internamento, com suporte clínico, de reabilitação e de apoio psicossocial, dirigido a pessoas com perda transitória de autonomia e potencialidade recuperável, cuja finalidade é a estabilização clínica, a avaliação e a sua reabilitação integral. Destina-se a internamentos entre 30 e 90 dias. São assegurados, durante esse período, cuidados médicos, de enfermagem, fisioterapia e terapia ocupacional, farmácia, apoio psicossocial, higiene, conforto e lazer (Carvalho, 2012).

A Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) é igualmente de internamento, de carácter temporário ou permanente, que presta apoio social e de saúde a pessoas com doenças crónicas, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem tratadas no domicílio. O internamento deve ser superior a 90 dias, com possibilidade de, em situações temporárias, prestar suporte aos cuidadores, quer por indisponibilidade, quer por necessidade, quer por descanso. Esta tipologia assegura cuidados de manutenção, de estimulação, enfermagem, médicos, farmácia, apoio psicossocial, controlo fisiátrico, animação sociocultural, higiene, conforto, apoio nas atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária (Carvalho, 2012). Presta apoio social e cuidados de saúde de manutenção que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida). Esta tipologia pode ter ainda internamentos para “Descanso do

Cuidador”, internamento máximo de 90 dias por ano, que podem ser assegurados num único período ou em períodos interpolados (Carvalho, 2012).

1.4.1 A Gerontologia Social na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

O conceito de gerontologia surgiu pela primeira vez em 1903, através de Elie Metchinkoff. Este propôs uma nova ciência que tinha como objeto de estudo o processo de envelhecimento (Martins, 2013). Após a II Guerra Mundial, em 1945, surge um marco importante no desenvolvimento da Gerontologia enquanto ciência e surge a Society of Gerontology na América do Norte (Sequeira, 2018). Na década de 1980, começam a surgir os primeiros trabalhos de investigação e as primeiras publicações na área (Sequeira, 2018).

Segundo Martins (2013), a Gerontologia, como tratado científico, analisa a velhice e os fenómenos caracterizadores dos processos de envelhecimento, em todos os seus aspetos, biológicos, psicológicos e sociais, caracterizando-se como uma área de análise multidisciplinar, debruçando-se sobre o impacto das condições socioculturais e ambientais do processo de envelhecimento.

Segundo Pereira (2012), o gerontólogo é assim um profissional que intervém ao nível da manutenção e estimulação da memória, bem como ao nível dos processos de demências, para retardar a evolução das mesmas e potenciar a manutenção da qualidade de vida das pessoas mais velhas.

Pereira (2012) afirma que uma das maiores competências do gerontólogo é a vertente de terapeuta, desenvolvendo um conjunto de terapias gerontológicas, que inicialmente se baseavam na reabilitação geriátrica e nas terapias de estimulação cognitiva. Estas terapias, segundo o autor, baseiam-se numa bateria de testes, já validados por outros autores, onde após a avaliação gerontológica

inicial se definem as áreas de intervenção, desenhando um plano terapêutico, com objetivos específicos para as vertentes onde queremos intervir. São calendarizadas sessões de 45 a 60 minutos, diárias ou intercaladas para fazer treino cognitivo de manutenção, de estimulação ou recuperação. Os resultados começam a ser visíveis ao final de um mês de terapia.

Uma das competências do gerontólogo social é a promoção de atividades de estimulação cognitiva, junto da população mais velha. Segundo Pereira e Caria (2014), as práticas de avaliação e estimulação cognitiva da pessoa idosa exigem a mobilização de conhecimentos de biologia, saúde e psicologia, todas competências e princípios que estão na base da gerontologia.

Segundo Moraes et al. (2007), no relatório de atividade da RNCCI, verificou-se relativamente ao grupo etário dos utentes que foram admitidos na rede, que mais de metade têm idade igual ou superior a 75 anos (Moraes et al., 2007). Visto que uma grande parte dos utentes da RNCCI são pessoas mais velhas, torna-se essencial incluir os profissionais de Gerontologia Social na RNCCI. Segundo Carvalho (2012), os profissionais de Gerontologia social podem vir a integrar-se na RNCCI, em unidades, nas equipas multi e interdisciplinares, pois são profissionais dotados das várias áreas do saber referentes ao envelhecimento. O autor acrescenta que a gerontologia social em conjunto com o serviço social pode produzir e chegar a conclusões muito produtivas em prol dos utentes e das suas famílias no contexto dos cuidados continuados. São áreas distintas, no entanto comuns em alguns pontos, em que a sua interdisciplinaridade, representa tanto uma forma de diluir as fronteiras como uma forma de potenciar a transversalidade do conhecimento entre ambas.

As UCCI surgiram como resposta de mediação entre as instituições hospitalares e a reintegração dos utentes nas suas famílias. Sabemos hoje que esta já não é a única função desta resposta. No entanto, o objetivo principal ainda se mantém. Proporcionar ferramentas para tornar os utentes destas instituições mais

autónomos, mais estimulados, mais ativos, com mais auto-estima e qualidade de vida.

Neste momento, o Gerontólogo Social ainda não é reconhecido pela RNCCI, no entanto num futuro onde o envelhecimento é uma realidade, poderá vir a ser uma opção, reintegrar a pessoa mais velha na comunidade, trabalhar a alta e descobrir as fragilidades, ajudando a encontrar novos caminhos para a promoção de um envelhecimento ativo e com sentido.

De seguida, sublinhando a importância da gerontologia na RNCCI, atrás citada, e das competências especializadas do gerontólogo, também elas responsáveis pela re-integração dos utentes nas suas famílias e comunidades de origem, iremos apresentar o objetivo deste trabalho.

Tratou-se, essencialmente, de um estudo exploratório que consistiu na realização de atividades de estimulação cognitiva que foram selecionadas e adaptadas e resultaram de um manual “Mente Ativa” e no fim foi efetuada a respetiva avaliação do seu impacto, nas funções cognitivas de utentes mais velhos de uma UCCI.

2. METODOLOGIA

2.1. Apresentação do objeto de estudo/intervenção: objetivos

Questão do estudo

A estimulação cognitiva sistemática contribui para uma evolução favorável do funcionamento cognitivo em pessoas mais velhas, podendo contribuir para a diminuição/prevenção do declínio ou manutenção do seu funcionamento cognitivo?

Objetivo Geral

Construção de um manual de atividades de estimulação cognitiva adaptadas para a aplicação sistemática com pessoas mais velhas. Concomitantemente, verificar se a aplicação do conjunto de atividades de estimulação cognitiva “Mente Ativa”, contribui para a melhoria das funções cognitivas em utentes mais velhos de uma Unidade de Cuidados Continuados (UCCI), indivíduos sem declínio cognitivo significativo, ou comprometedor, e sem demência.

Objetivos Específicos

Com a construção e aplicação da sequência de atividades de estimulação cognitiva “Mente Ativa”, pretende-se:

1. Testar a aplicação do manual de atividades “Mente Ativa”, numa amostra de utentes de uma UCCI;
2. Verificar de modo exploratório, se no pós-teste ocorrem alterações significativas na função cognitiva dos utentes mais velhos, isto é, se se verifica melhoria das capacidades cognitivas nos participantes do estudo.

2.2. Tipo de estudo

Este estudo insere-se na metodologia analítica e é um estudo de natureza exploratória. Quanto à manipulação das variáveis, este estudo será do tipo quasi-experimental, tendo-se procurado verificar os resultados após a realização das sessões, numa amostra de conveniência. A amostragem é do tipo não probabilístico, uma vez que os participantes foram selecionados com base nos critérios de inclusão previstos para o estudo. Trata-se de um estudo com pré e pós-teste, sem grupo de comparação.

2.3. Contexto e Participantes

Os participantes deste estudo são indivíduos com 60 ou mais anos, conscientes e orientados no tempo e no espaço, sem perturbações neurológicas graves, sem demência nem défice cognitivo e sem alterações visuais ou auditivas severas (critérios de inclusão).

São utentes em contexto de unidade de cuidados continuados, da região centro de Portugal, integrada na RNCCI, inseridos nas tipologias de Unidade de Média Duração e Reabilitação e Unidade de Longa Duração e Manutenção.

2.4. Instrumentos

No que diz respeito à recolha de dados (cf. Anexo 5) optou-se pela composição e utilização de um questionário sociodemográfico, de resposta direta, que permitiu conhecer algumas das características dos participantes, que iam ao encontro do objetivo do estudo, nomeadamente: idade, escolaridade, atividade profissional atual e em idade ativa, motivo do internamento, patologias, tipologia e duração do internamento na UCCI, capacidades auditivas, visuais, mentais/cognitivas e atividades de tempos livres realizadas nos últimos anos.

Além da ficha de caracterização sociodemográfica, os participantes foram avaliados antes e depois da intervenção com o teste de rastreio cognitivo Addenbrook's ACE III (Hodges et al., 2006; Versão Experimental Portuguesa: Peixoto et al., 2013). Este teste avalia diferentes funções cognitivas e foi originalmente desenvolvido por Hodges et al. (2006), concebido para detetar demência, mas também para contornar as omissões no exame neuropsicológico que se verificam com o Mini Mental State Examination (Mathuranath et al., 2000).

Este teste é constituído por diversas áreas, nomeadamente, atenção, memória, fluência verbal, linguagem e habilidades visuospaciais, distribuídas por 24 questões. A cotação é estabelecida pergunta a pergunta. As questões de cada sub-escala são somadas e depois são obtidos os valores de todas as áreas, chegando ao resultado final, que será no máximo 100 pontos (cf. Anexo 6).

Do conjunto dos instrumentos validados para a população portuguesa este é mais específico, completo e sensível, uma vez que avalia 5 domínios principais (Simões, 2012): orientação e atenção, memória, fluência verbal, linguagem e aptidão visuospacial. Além disso é um instrumento sensível às manifestações iniciais de demência e, por esse motivo, foi escolhido e estruturado um manual com um conjunto de atividades, partindo das áreas avaliadas pelo instrumento.

2.5. O Manual de atividades “Mente Ativa”

O manual de atividades de estimulação cognitiva “Mente Ativa” (cf. Anexo 7), foi concebido para ser aplicado neste estudo. A construção deste manual inspirou-se nos trabalhos de Gonçalves et al. (2017) e Duarte (2019) e trata-se de um produto final completamente adaptado.

Este conjunto de atividades foi estruturado para abranger e estimular cinco domínios cognitivos, são eles: orientação e atenção, memória, fluência verbal, linguagem e aptidão visuospacial.

As atividades são manualizadas, a aplicação é individual e prevê-se a realização de 10 sessões. Em cada sessão é trabalhada uma área ou domínio cognitiva/o. No presente trabalho, realizaram-se duas sessões de atividades por área, perfazendo as 10 sessões finais.

Para cada sessão prevê-se uma duração de 60 minutos e, neste estudo em particular, as sessões realizaram-se com uma periodicidade de duas sessões por semana.

Nestas sessões foram realizados os exercícios de estimulação cognitiva manualizados, com o objetivo de trabalhar as várias áreas cognitivas e, desejavelmente, verificarem-se melhorias no desempenho cognitivo. A par de um manual realizado para o efeito, nas sessões foram ainda usados materiais de apoio (cf. Anexo n8) para que estas se tornassem mais dinâmicas. Alguns exercícios foram ampliados, para que os participantes com mais dificuldades na acuidade visual tivessem menos dificuldades na realização das atividades.

No final da realização das sessões de estimulação cognitiva, aplicou-se novamente a escala de Addenbrook's ACE III (Hodges et al., 2006; Versão Experimental Portuguesa: Peixoto et al., 2013) a cada um dos participantes e, ao longo do processo de aplicação das atividades, foram registadas notas e observações nas sessões individuais realizadas, em formato de diário de bordo.

2.6. Procedimentos

Recolha dos dados:

Inicialmente foi pedida à instituição que acolheu este estudo, autorização para a recolha de dados e intervenção no interior das instalações.

Para iniciar o processo de recolha de dados, foi consultado o processo clínico de todos os utentes, a fim de verificar quais preenchiam todos os critérios de inclusão. De seguida, os utentes selecionados foram abordados, foram-lhes explicados o processo e o objetivo da investigação. Assim que os participantes aceitaram participar no estudo e assinaram o consentimento informado foram contactados e informados os cuidadores principais, sendo prática da instituição informar a pessoa de referência do utente, de todas as matérias que aos cuidados do utente possa mostrar-se relevante. O cuidador principal de cada participante foi contactado via telefone e por escrito, através da assinatura do documento de consentimento informado (cf. Anexo 4). No caso dos utentes que assinaram toda a documentação para entrada na RNCCI, uma vez sendo cuidadores deles próprios, assinaram somente eles o documento de consentimento.

Todos os participantes selecionados aceitaram participar neste estudo e não houve desistências.

No fim de se obterem as autorizações para se avançar com a investigação e respetiva aplicação das atividades, os participantes foram entrevistados e uma ficha sociodemográfica preenchida, com vista à recolha de dados sociodemográficos e clínicos importantes para o contexto do estudo (cf. Anexo 5). Cada entrevista teve a duração média de trinta minutos e foi realizada no período entre 17 de maio e 29 de setembro de 2021.

Outro instrumento utilizado, tendo em vista avaliar o estado atual da função cognitiva do utente foi o teste de rastreio cognitivo Addenbrook's-ACE III (Peixoto et al., 2013: Versão Experimental Portuguesa). Este teste de rastreio foi aplicado

aos participantes antes e depois da intervenção, com vista à obtenção de dados relativos às alterações após o treino das capacidades testadas (cf. Anexo 6).

Depois seguiram-se as sessões de estimulação cognitiva, que se realizaram entre 19 de maio de 2021 e 30 de outubro de 2021.

Considerações éticas

No início da intervenção foi realizada uma apresentação de todas as etapas do estudo e entregue um documento de consentimento informado, que os participantes leram e devolveram assinado, ficando um exemplar para cada uma das partes. Foi dada a possibilidade de desistir ao longo do processo, se assim desejassem, o que não aconteceu.

Todos os dados recolhidos no âmbito desta investigação, foram tratados de forma anónima e confidencial, sendo apenas usados para fins desta investigação. Em nenhum momento a identificação dos participantes, bem como da instituição foi revelada, respeitando a proteção de dados.

Este trabalho de investigação mereceu a aprovação do Conselho de Ética do Instituto Politécnico de Coimbra (parecer nº 79_CEIPC/2021).

3.APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados do presente estudo. Em primeiro lugar apresenta-se uma análise descritiva de caracterização dos participantes, de seguida, a comparação entre os resultados obtidos no pré e pós-teste, de cada um dos participantes, por áreas cognitivas. Por fim, apresentamos a comparação dos resultados finais entre o pré e o pós-teste de cada um dos indivíduos.

3.1. Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes

O estudo foi desenvolvido com 8 utentes de uma unidade de cuidados continuados da região centro, inseridos nas tipologias de ULDM (50%) e UMDR (50%), com idades compreendidas entre os 61 e os 94 anos, com uma idade média de 75,38 anos, conforme podemos ver na tabela 1.

Tabela 1

Características sociodemográficas dos participantes

Variáveis	n	%
Género		
Homem	6	75,0
Mulher	2	25,0
Tipologia de internamento		
Média duração	4	50,0
Longa duração	4	50,0
Idade dos participantes		
60-70	3	37,5
70-80	2	37,5
80-90	1	12,5

Mais de 90	1	12,5
Atividade profissional		
Ativo	1	12,5
Aposentado	7	87,5
Profissão em idade ativa		
Inspetor do trabalho (33590)	1	12,5
Administrativa (41100)	1	12,5
Cobrador de transportes coletivos (51120)	1	12,5
Comercial de revenda (52120)	1	12,5
Proprietário de café (52210)	1	12,5
Jardineiro (61134)	1	12,5
Agricultura (63300)	1	12,5
Pedreiro (71121)	1	12,5
Escolaridade		
Ensino básico	5	63,5
Ensino secundário	3	37,5

Neste estudo participaram 2 pessoas do género feminino e 6 do género masculino, 75% dos participantes referiu viver acompanhado, os restantes viviam sozinhos aquando do internamento na UCCI. A maioria (62,5%) concluiu o ensino primário e apenas 37,5% prosseguiu os estudos. Da totalidade dos participantes, 87.5%

encontra-se aposentado, sendo que as áreas profissionais, quando ativos, são diversas. 75% dos participantes foram integrados em UCCI com o objetivo de reabilitação funcional e treino de atividades de vida diária (AVD's), sendo que 75% está internado há 3 meses na UCCI. Como podemos verificar na tabela 2, as doenças mais comuns nestes indivíduos são Diabetes Mellitus do tipo 2 (DM2) com a prevalência de 75% e Hipertensão Arterial (HTA) com 87,5% dos participantes.

Todos os indivíduos são conscientes e orientados no tempo e no espaço, não apresentam perturbações neurológicas graves, demência ou déficit cognitivo. Quando inquiridos sobre as suas capacidades atuais, 75% referiu não ter dificuldades na capacidade auditiva, 62,5% referiu ter uma boa capacidade visual e 75% refere não sentir dificuldades na atividade cognitiva no momento (avaliação subjetiva).

Tabela 2

Características clínicas dos participantes

Variáveis	n	%
Motivo do internamento		
Reabilitação de TCE 1 (traumatismo crânio-encefálico)	1	12,5
Reabilitação pós infeção por covid (coronavírus) 19	1	12,5
Reabilitação funcional e treino de AVD'S 6	6	75,0
Patologias mais comuns		
Etilismo crónico 2	2	25,0

AVC com hemiparesia	3	27,5
DM2	6	75,0
HTA	7	87,5
Perceção sobre a capacidade auditiva		
Boa	6	75,0
Má	2	25,0
Perceção sobre a capacidade visual		
Boa	5	62,5
Má	3	37,5
Perceção da capacidade cognitiva		
Boa	6	75,0
Algumas dificuldades	2	25,0

Analisando a tabela 3 verificamos que a maioria dos participantes demonstra interesse em realizar atividades na UCCI. Em relação à frequência em atividades nos últimos anos, das 13 atividades sugeridas, verificamos que as que tiveram mais participantes foram a leitura (8 participantes), seguindo-se televisão/notícias e a realização de tarefas domésticas (7 participantes), ouvir rádio e música (6 participantes), a prática de exercício físico e jogos (5 participantes), viajar e assistir a filmes (4 participantes), realização de trabalhos manuais (3 participantes), assistir a espetáculos e cuidar dos netos (2 participantes). Apenas um frequentou previamente uma instituição de apoio social.

Tabela 3*Caracterização dos interesses dos participantes*

Variáveis	N	%
Interesse em realizar atividades		
Sim	6	75,0
Não	2	25,0
Atividades realizadas nos últimos anos		
Exercício físico	5	62,5
Viagens/passeios	4	50,0
Espetáculos	2	25,0
Apoio de instituições	1	12,5
Ouvir rádio	6	75,0
televisão/notícias	7	87,5
Ver filmes	4	50,0
Ouvir música	6	75,0
Ler	8	100,0
Cuidar dos netos	2	25,0
Trabalhos manuais	3	37,5
Tarefas domésticas	7	87,5
Jogos	5	62,5

3.2. Apresentação dos resultados

Atendendo à questão que serviu de base a este estudo: “A estimulação cognitiva sistemática contribui para uma evolução favorável do funcionamento cognitivo em pessoas mais velhas, podendo contribuir para a diminuição/prevenção do declínio ou manutenção do seu funcionamento cognitivo?”, os participantes foram submetidos a uma avaliação pré e pós teste através da aplicação do teste de rastreio cognitivo Addenbrook’s-ACE III (Peixoto et al., 2013: Versão Experimental Portuguesa).

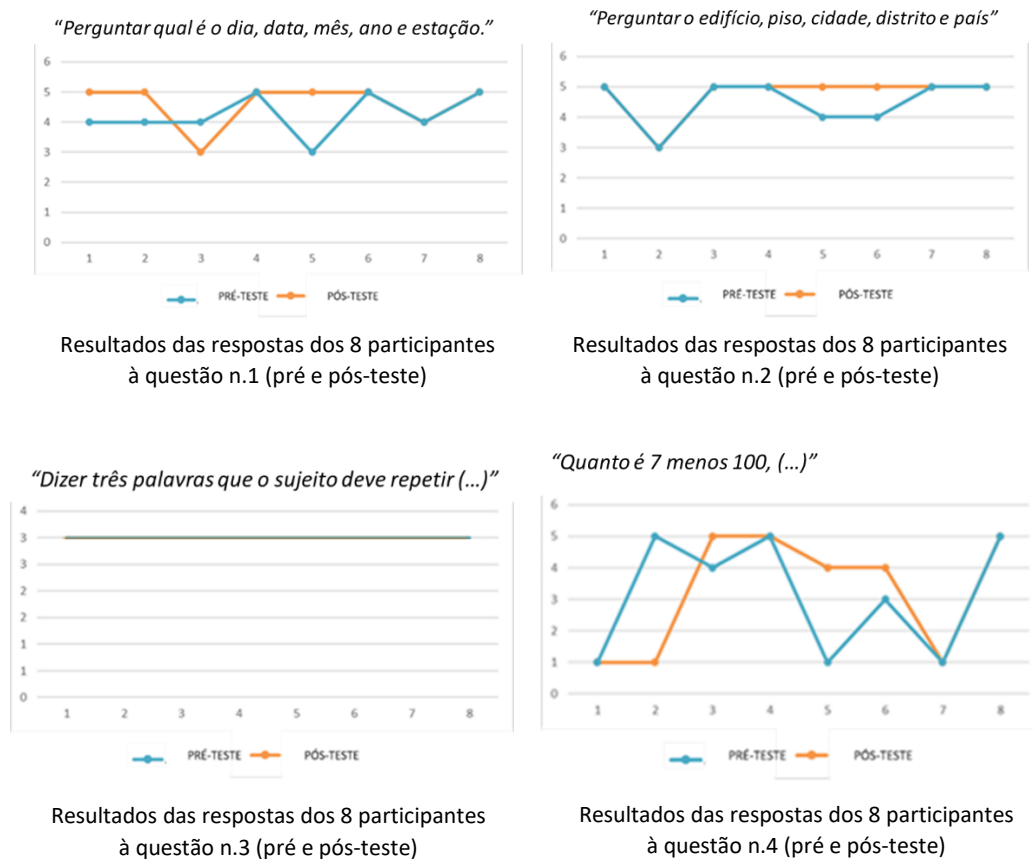
I. Considerando as áreas avaliadas pela escala de Addenbrook’s, verificaram-se os seguintes resultados por participante, no pré e pós-teste:

Como podemos verificar na figura 1, em relação à primeira questão “*Perguntar qual é o dia, data, mês, ano e estação.*” todos os participantes melhoraram ou mantiveram os valores, exceto o participante 3 que baixou o seu resultado comparativamente com o pré-teste.

Na segunda questão “*Perguntar o edifício, piso, cidade, distrito e país*”, todos os participantes mantiveram o resultado inicial, exceto dois que melhoraram o seu resultado. Na terceira questão “*Dizer três palavras que o sujeito deve repetir (...)*”, todos os participantes mantiveram o valor máximo (por esse motivo neste gráfico as linhas aparecem sobrepostas, uma vez que os valores de ambos os testes são iguais. O mesmo irá acontecer em todas as questões em que os resultados do pré e pós-teste se confirmarem iguais), já na questão “*Quanto é 7 menos 100, (...)*”, apenas o indivíduo 2 obteve um resultado inferior no pós-teste.

Figura 1

Resultados da sub-escala Atenção antes e após as atividades de estimulação cognitiva, item a item.

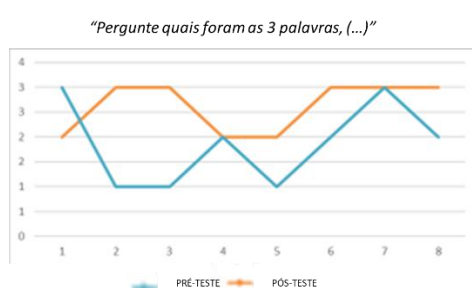


Atendendo aos dados da figura 2, que mostram os resultados por participante e por questão da área cognitiva memória no pré e pós-teste, na questão *“Pergunte quais foram as 3 palavras, (...)”*, os participantes registaram resultados superiores no pós-teste em relação ao pré-teste, exceto o participante 1, que baixou um valor, assim como os participantes 4 e 7 que mantiveram os seus valores. Na questão *“Diga: Vou dizer-lhe um nome e uma morada e gostaria que os repetisse a seguir a mim (...)”*, apenas o participante 6 baixou do pré para o pós-teste. Na

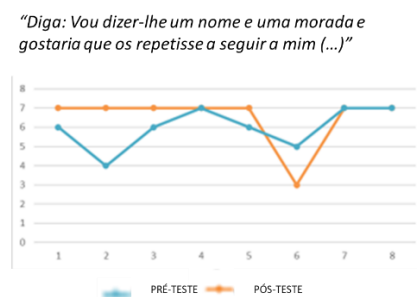
questão “Nome do atual primeiro ministro, (...)” dois participantes baixaram os resultados do pré para o pós-teste. Na questão “Pergunte: Agora diga-me o que se recorda do nome e morada que repetimos no início (...)”, apenas os participantes 3 e 8 melhoraram a sua capacidade cognitiva. Por último, na questão “Este teste só deve ser realizado, se o sujeito não evoca um ou mais itens (...)” apenas os participantes 4 e 5 baixaram os seus resultados.

Figura 2

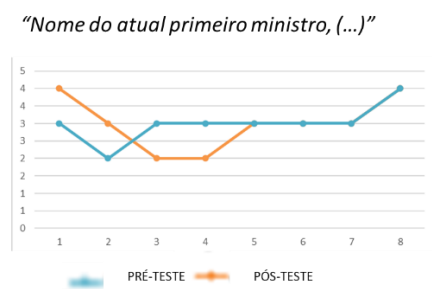
Resultados da sub-escala Memória antes e após as atividades de estimulação cognitiva, item a item.



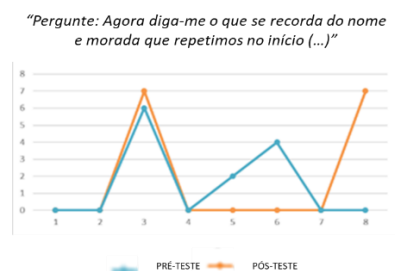
Resultados das respostas dos 8 participantes à questão n.5 (pré e pós-teste)



Resultados das respostas dos 8 participantes à questão n.8 (pré e pós-teste)



Resultados das respostas dos 8 participantes à questão n.9 (pré e pós-teste)



Resultados das respostas dos 8 participantes à questão n.23 (pré e pós-teste)

Este teste só deve ser realizado, se o sujeito não evoca um ou mais itens (...)”



Resultados das respostas dos 8 participantes à questão n.24 (pré e pós-teste)

Em relação à área da fluência verbal (figura 3) à questão *“Diga: Durante um minuto, diga palavras que se consegue lembrar (...)”* apenas o participante 5 baixou o seu resultado do pré para o pós-teste, o mesmo aconteceu com os participantes 4, 6 e 8, na questão *“Diga: Agora por qualquer letra (...)”*

Figura 3

Resultados da sub-escala Fluência Verbal antes e após as atividades de estimulação cognitiva, item a item.

“Diga: Durante um minuto, diga palavras que se consegue lembrar (...)”



Resultados das respostas dos 8 participantes à questão n.6 (pré e pós-teste)

“Diga: Agora por qualquer letra (...)”



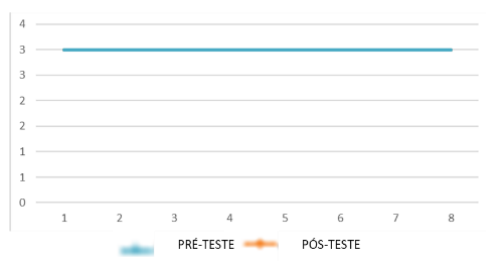
Resultados das respostas dos 8 participantes à questão n.7 (pré e pós-teste)

Quanto à área cognitiva da linguagem, podemos verificar na figura 4, que na questão *“Coloque um lápis e um papel em frente do sujeito, (...)”* todos os participantes mantiveram os resultados máximos em ambos os testes, já na questão *“Peça ao sujeito para escrever duas (ou mais) frases (...)”*, o participante 4 destacou-se dos restantes, através da sua subida em 2 pontos. Na questão *“Peça ao sujeito para repetir: Lagarta, (...)”* o participante 2 baixou a sua pontuação do pré para o pós-teste, já na segunda questão *“Peça ao sujeito para repetir: Nem tudo o que bilha é ouro”*, e na terceira questão *“Peça ao sujeito para repetir: Homem prevenido vale por dois”*, não foram registadas alterações entre o pré e o pós-teste, uma vez que os participantes repetiram os resultados máximos obtidos no pré-teste. Na questão em que teriam de identificar figuras, apenas o participante 4 baixou a sua pontuação no pós-teste. Na questão *“Usando as figuras apresentadas peça ao sujeito (...)”*, não se registaram alterações. Por fim, na questão *“Peça ao sujeito para ler as seguintes palavras (...)”*, apenas o participante 4 baixou a sua pontuação.

Figura 4

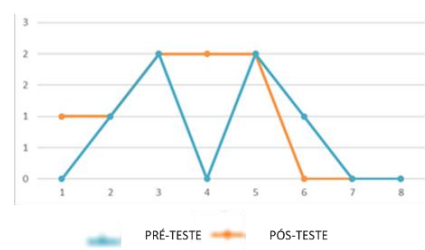
Resultados da sub-escala Linguagem antes e após as atividades de estimulação cognitiva, item a item.

“Coloque um lápis e um papel em frente do sujeito, (...)”



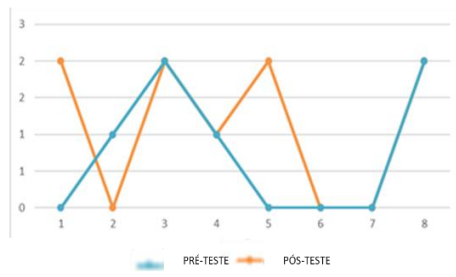
Resultados das respostas dos 8 participantes
à questão n.10 (pré e pós-teste)

“Peça ao sujeito para escrever duas (ou mais) frases (...)”



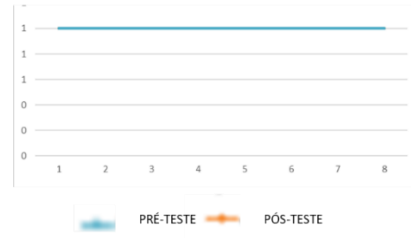
Resultados das respostas dos 8 participantes
à questão n.11 (pré e pós-teste)

“Peça ao sujeito para repetir: Lagarta, (...)”



Resultados das respostas dos 8 participantes à questão n.12 (pré e pós-teste)

“Peça ao sujeito para repetir: Nem tudo o que bilha é ouro”



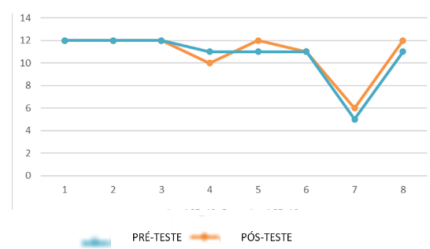
Resultados das respostas dos 8 participantes à questão n.13 (pré e pós-teste)

“Peça ao sujeito para repetir: Homem prevenido vale por dois”



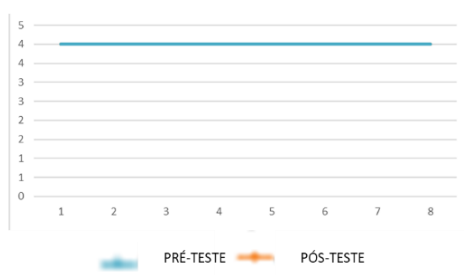
Resultados das respostas dos 8 participantes à questão n.14 (pré e pós-teste)

Identificação de imagens



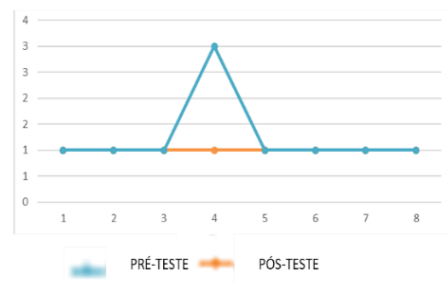
Resultados das respostas dos 8 participantes à questão n.15 (pré e pós-teste)

“Usando as figuras apresentadas peça ao sujeito (...)”



Resultados das respostas dos 8 participantes à questão n.16 (pré e pós-teste)

“Peça ao sujeito para ler as seguintes palavras (...)”



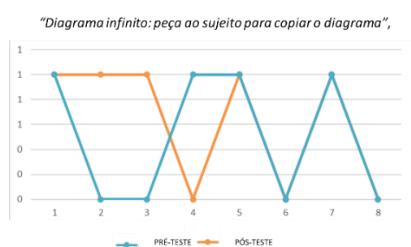
Resultados das respostas dos 8 participantes à questão n.17 (pré e pós-teste)

Quanto às habilidades visuospaciais (cf. figura 5), na *questão “Diagrama infinito: peça ao sujeito para copiar o diagrama”*, a maioria dos participantes manteve os

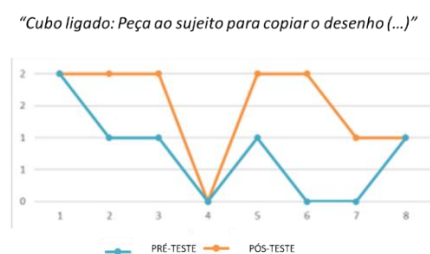
valores do pré para o pós-teste, sendo que apenas um participante baixou o resultado. Na segunda questão desta categoria “*Cubo ligado: Peça ao sujeito para copiar o desenho (...)*”, a maioria melhorou. Na questão “*Relógio: Peça ao sujeito para desenhar um relógio (...)*”, apenas um participante manteve os resultados, sendo que os restantes melhoraram os seus resultados nesta questão. Na questão “*Peça ao sujeito para contar os pontos sem apontar*”, apenas o participante 4 piorou o resultado no pós-teste. Para finalizar a área das habilidades visuospaciais, na questão “*Peça ao sujeito para identificar as letras*”, todos os participantes mantiveram a posição máxima.

Figura 5

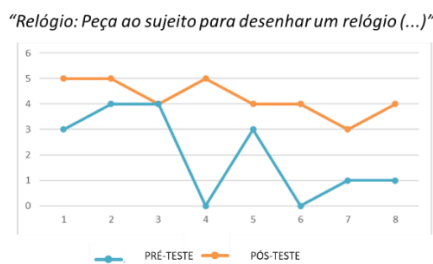
Resultados da sub-escala Visuospacial antes e após as atividades de estimulação cognitiva, item a item.



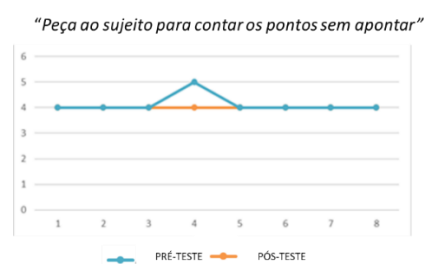
Resultados das respostas dos 8 participantes à questão n.18 (pré e pós-teste)



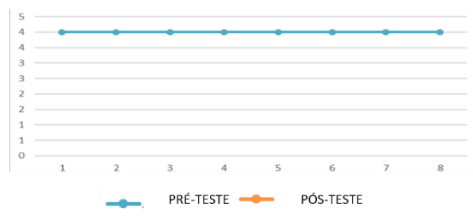
Resultados das respostas dos 8 participantes à questão n.19 (pré e pós-teste)



Resultados das respostas dos 8 participantes à questão n.20 (pré e pós-teste)



Resultados das respostas dos 8 participantes à questão n.21 (pré e pós-teste)



Resultados das respostas dos 8 participantes
à questão n.22 (pré e pós-teste)

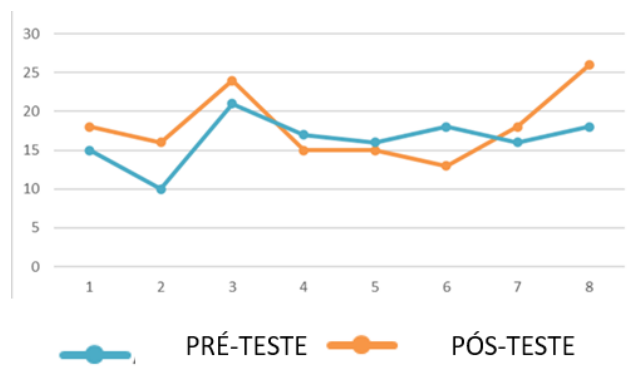
As figuras seguintes mostram as diferenças entre os subtotais da escala no pré e pós teste.

II. Em relação aos subtotais da escala, por domínios cognitivos, antes e após a intervenção, verificou-se:

Através da análise da figura 6, podemos perceber que no domínio cognitivo memória, quatro participantes melhoraram, sendo que os outros quatro baixaram os seus resultados do pré para o pós-teste.

Figura 6

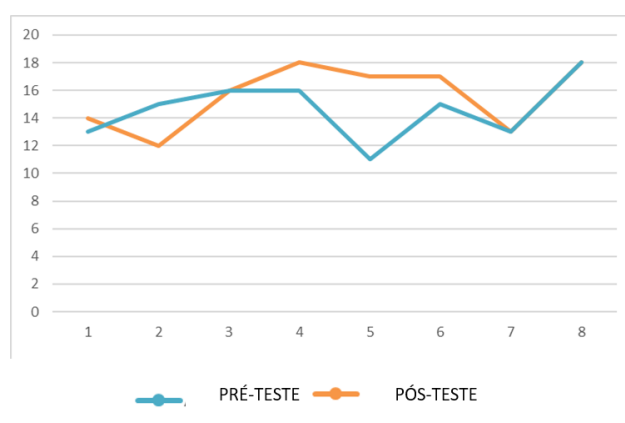
Resultados finais da sub-escala Memória antes e após as atividades de estimulação cognitiva.



Na figura 7, podemos perceber que no domínio cognitivo atenção, quatro participantes mantiveram os resultados, sendo que dos restantes apenas um baixou o resultado do pré para o pós-teste.

Figura 7

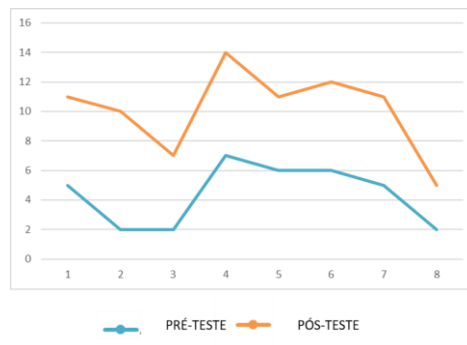
Resultados finais da sub-escala Atenção, antes e após as atividades de estimulação cognitiva.



A figura 8 mostra a comparação da área da fluência verbal no pré e pós-teste. Podemos verificar que 5 dos 8 participantes revelaram melhorias do pré para o pós-teste.

Figura 8

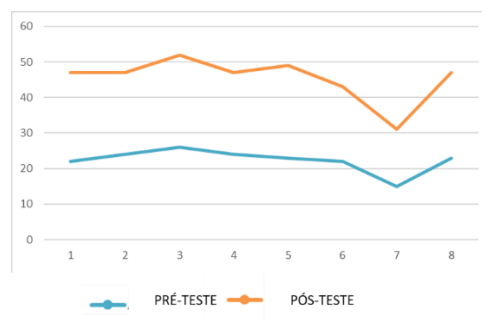
Resultados finais da sub-escala Fluência Verbal, antes e após as atividades de estimulação cognitiva.



A figura 9 representa as diferenças do pré para o pós-teste no domínio cognitivo da linguagem. Podemos verificar que três dos oito participantes registaram piores resultados no pós-teste em relação ao pré-teste.

Figura 9

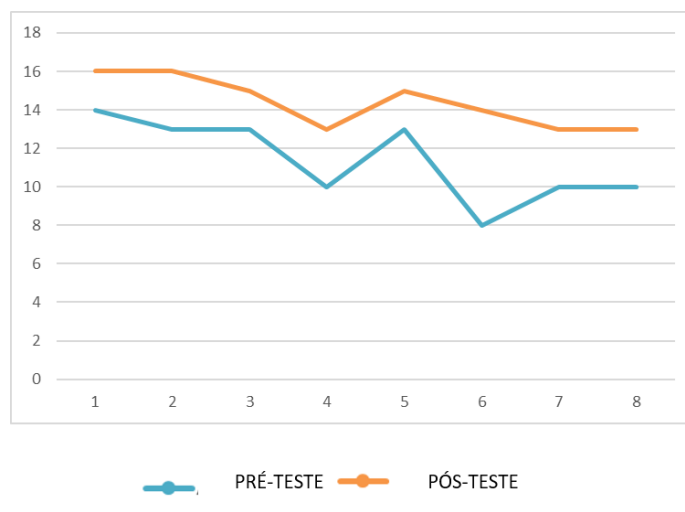
Resultados finais da sub-escala Linguagem, antes e após as atividades de estimulação cognitiva.



Por fim a figura 10 mostra as diferenças no domínio cognitivo visuospacial entre o pré e o pós-teste. Nesta categoria podemos verificar que de uma forma geral todos os participantes evoluíram de forma positiva, registrando sempre resultados superiores no pós-teste. Podemos desde já verificar que este domínio foi o que registou melhores resultados do pré para o pós-teste.

Figura 10

Resultados finais da sub-escala Visuospacial, antes e após as atividades de estimulação cognitiva.



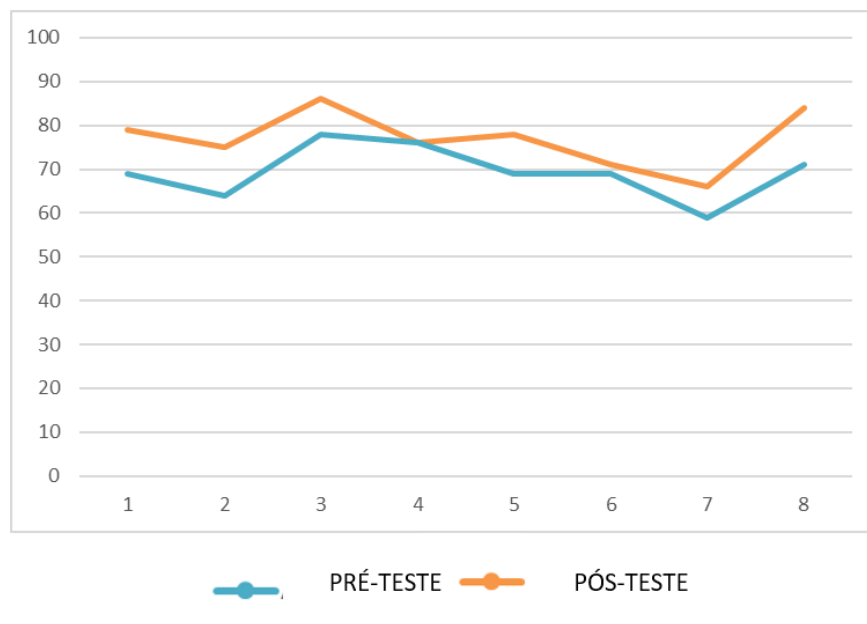
Analisaremos, de seguida, as diferenças entre os totais da escala no pré e pós teste.

III. Em relação aos totais da escala, antes e após a intervenção, verificou-se:

Através da análise da figura 11, podemos verificar que, em relação ao resultado total da escala no pré e pós-teste, existe uma melhoria sistemática após o final das sessões, isto é, no pós-teste, o que sugere que a maioria dos participantes melhoraram as suas capacidades cognitivas após a participação nas sessões, decorrente do presente estudo.

Figura 11

Resultados finais dos participantes antes e após as sessões de estimulação cognitiva.



3.3. Discussão dos resultados

Depois da análise de dados, podemos concluir que os objetivos específicos propostos para este estudo, acabaram por ser atingidos.

Isto é, 1. testou-se com sucesso a aplicação das sessões estimulação cognitiva “Mente Ativa”, numa amostra de utentes de uma UCCI; 2. Verificaram-se no pós-teste alterações significativas na função cognitiva dos utentes mais velhos, globalmente indicando melhoria das capacidades cognitivas nos participantes do estudo, em comparação com os resultados obtidos na avaliação cognitiva prévia à aplicação das atividades (pré-teste).

Objetivo específico 1

Em relação ao objetivo 1 podemos referir que na sua maioria os participantes se mostraram motivados para a realização das atividades durante as sessões. No dia marcado, os participantes já esperavam que a sessão começasse. Foram feitas alterações nos horários de algumas sessões, sempre que o estado clínico dos participantes o justificou.

Uma vez que as sessões eram feitas numa sala para respeitar a sua privacidade, alguns utentes aproveitaram para falar dos seus receios e ambições, acabando por partilhar a forma como se sentiam no decorrer do internamento. Os participantes referiram que apesar de terem duas sessões semanais, estas não foram cansativas, muito pelo facto de serem dinâmicas. Os participantes referiram gostar de participar no estudo e reconheceram que estas práticas eram importantes para se manterem estimulados e atualizados. Algumas sessões tiveram oscilações nas durações de tempo previstas.

Objetivo específico 2

A realização do conjunto de atividades de estimulação cognitiva contribuiu para a melhoria das capacidades cognitivas dos participantes. Apenas um participante manteve os scores do pré para o pós-teste, os restantes subiram a pontuação, e nesse sentido podemos afirmar que este estudo trouxe melhorias na função cognitiva atual dos participantes.

As áreas em que os participantes beneficiaram mais foram a fluência verbal, as habilidades visuospaciais e a linguagem, nomeadamente escrita, visto que foram as que revelaram sentir mais dificuldade e os resultados subiram significativamente. Isto pode dever-se ao facto de terem estimulado mais essas áreas ao longo desta participação no estudo. Através da observação direta, pudémos verificar que em áreas como a fluência verbal os participantes

responderam melhor em temas relacionadas com a sua área profissional e experiências que tiveram ao longo da vida.

No final os participantes fizeram uma avaliação da sua participação no estudo. Todos referiram que a participação neste trouxe benefícios no dia-a-dia, melhorando as suas capacidades, referem que as sessões de atividades foram instrutivas e dinâmicas.

Finalmente, através da observação direta pré, durante e pós intervenção, verificou-se que os indivíduos, depois da intervenção ficaram mais empenhados e motivados para o processo de reabilitação. Além disso, melhoraram no processo de socialização e convívio com os restantes utentes (registo no diário de bordo). No entanto, sendo apenas uma observação não sistemática, seria importante aprofundar esta questão em estudos futuros, usando grelhas de observação direta e diversos informadores, aprofundando que ganhos se verificaram para além do funcionamento cognitivo (outras áreas relevantes poderiam ser a socialização, diversificação de atividades de lazer, etc.).

Este estudo apresenta algumas limitações. Primeiro, o número reduzido de participantes na amostra. Por ser realizado neste tipo de resposta, que é de cariz temporário, recebendo adultos e idosos com mais de 18 anos de idade e com várias patologias, o tipo de utentes que surgem é incerto, estando o presente trabalho condicionado por estes fatores, inerentes ao tipo de resposta social. Assim, e dado o curto período para realizar o trabalho, não foi possível usar grupo de controlo e proceder à aleatorização dos grupos de comparação.

Outra limitação do estudo foi o facto de não se ter sido aplicada uma escala para avaliação do humor nos utentes, uma vez que alterações a este nível podem afetar e enviesar os resultados obtidos; ao mesmo tempo, podia-se ter enriquecido a avaliação com recurso a outros instrumentos para registo de diversas áreas de funcionamento, tais como a sociabilidade.

No entanto, consideramos que o trabalho teve alguns pontos fortes, tais como a construção do manual através da recolha e adaptação de todas atividades, bem como o reconhecimento da evolução do grupo em termos de funcionamento cognitivo e a nível social.

3.4 Conclusão

Em suma, podemos concluir que a frequência das sessões contribuiu para a evolução positiva das capacidades cognitivas dos participantes do estudo. Na sua maioria, estes registaram resultados superiores no pós-teste em relação ao pré-teste. No entanto, este é um estudo de carácter exploratório, com poucos indivíduos, e, por isso, torna-se importante realizar mais investigações, envolvendo um maior número de participantes, de modo a confirmar se a aplicação das atividades presentes no manual de estimulação cognitiva “Mente Ativa” é realmente eficaz, no que diz respeito à melhoria das capacidades cognitivas dos indivíduos.

Através da observação de comportamentos, após a participação nas sessões, verificou-se que os participantes se tornaram mais sociáveis e interessados em participar nas atividades da UCCI. Também seria importante em estudos futuros, comprovar esta observação.

O envelhecimento da população continua a aumentar e, com ele, surgem perdas diversas, nomeadamente das capacidades cognitivas. Ao nível cognitivo, estas perdas podem ser prevenidas ou desaceleradas através da realização de atividades deste tipo, que podem contribuir para o atraso na deterioração cognitiva ou para a manutenção destas funções.

A discussão sobre quem pode e tem formação para realizar este trabalho não é nova. No entanto, o profissional que trabalhe estas problemáticas, tal como o gerontólogo, pode contribuir através da sua ação para a prevenção do declínio

cognitivo do indivíduo idoso, colaborando deste modo para a promoção da qualidade de vida das pessoas mais velhas.

BIBLIOGRAFIA

Apóstolo, J., Cardoso, D., Marta, L. & Amaral, T. (2011). Efeito da estimulação cognitiva em Idosos. *Revista de Enfermagem Referência, III (5)*, 193-201. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.05.1289>.

Apóstolo, J., Rosa, A., & Castro, I. (2011). Cognitive stimulation in elderly people. *Alzheimer & Demência, 7 (4)*, S444-S445. <https://sci-hub.st/10.1016/j.jalz.2011.05.1289>.

Argimon, I., Lopes, R., Terroso, L., Farina, M., Wendt, G. & Esteves, C. (2012). Género e escolaridade: estudo através do miniexame do estado mental em idosos. *Aletheia*, 38-39, 153-161.

Bae, S.M. (2020). The association between health-related factors, physical and mental diseases social activities and cognitive function in elderly Koreans: a population-based cross-sectional study. *Psychogeriatrics, 20(5)*, 654-662. <https://doi.org/10.1111/psyg.12561>.

Blazer, D.G. (1994). Epidemiology in late-life depression. In L.S., Schneider, C.F., Reynolds, B.D Lebowitz & A.J Friedhoff (Eds.). *Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life. American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.M249>.

Camara, V.D., Gomes, S.S., Ramos, F., Moura, S., Duarte, R., Costa, S., Ramos, P.A.F., Lima, J.A.M.C., Camara, I.C.G., Silva, L.E., Silva, A.B., Ribeiro, M.C. & Fonseca, A.A. (2009). Reabilitação Cognitiva nas Demências. *Revista Brasileira de Neurologia, 45(1)*, 25-33.

Carvalho, M. I. (2012). Cuidados Continuados Integrados e Serviço Social. In M.I., Carvalho (Ed.), *Serviço Social na Saúde* (pp. 83-110). Lidel.

Cheng, S. (2016). Cognitive Reserve and the Prevention of Dementia: The Role of Physical and Cognitive Activities. *Current Psychiatry Reports*, 18 (85). <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0721-2>.

Chiu, H., Chu, H., Tsai, J., Liu, D., Chen, Y., Yang, H. & Chou, H. (2017). The effect of cognitive-based training for the healthy older people: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE* 12(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176742>.

Clare, L., Wu, Y., Teale, J., MacLeod, C., Matthews, F., Brayne, C. & Woods, B. (2017). Potentially modifiable lifestyle factors, cognitive reserve, and cognitive function in later life: A cross-sectional study. *PLOS Med.* 4(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002259>.

Cristofori, I., Cohen-Zimmerman, S., & Grafman, J. (2019). Executive functions. In *Handbook of clinical neurology* (Vol. 163, pp. 197-219). Elsevier

Duarte, S. (2019). *Protocolo Individual de Estimulação Cognitiva*. Psicosoma.

Dumas, J.A. (2017). Strategies for Preventing Cognitive Decline in Healthy Older Adults. *SAGE*, 62(11), 754-760. <https://doi.org/10.1177/0706743717720691>.

Firmino, H., Simões, M. & Cerejeira, J. (2016). *Saúde Mental nas pessoas mais velhas*. Lidel.

Gonçalves, A., Gomes, M., Martins, S. & Silva, V. (2017). *Jogos de Intervenção Terapêutica para Adultos e Idosos*. Papa-letras.

Hamdan, A.C. & Pereira, A.P.A. (2009). Avaliação Neuropsicológica das Funções Executivas: Considerações Metodológicas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22, (3), 386-393. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722009000300009>.

Jurado, M.B. & Rosselli, M. (2007). The elusive nature of executive functions: A review of our current understanding. *Neuropsychology Review*, 17 (3), 213-233. <http://dx.doi.org/10.1007/s11065-007-9040-z>.

Lawrence, B., Jayakody, D., Henshaw, H., Ferguson, M., Eikelboom, R., Loftus, A. & Friedland, P. (2018). Auditory and Cognitive Training for Cognition in Adults with Hearing Loss: A Systematic Review and Meta-Analysis. *SAGE* 22, 1–20. <https://doi.org/10.1177/2331216518792096>.

Lemaire, P. (2016). *Envelhecimento cognitivo e adaptações estratégicas*. Edições Piaget.

Lemos, L., Carreiras, D., Rodrigues, S., Daniel, F. & Espírito Santo, H. (2019). Declínio cognitivo e demência. In H. Espírito Santo & F. Daniel (Coords.), *Manual de Gerontologia – Perspetivas teóricas, empíricas e clínicas das Trajetórias do Envelhecimento*. Imprensa da Universidade de Coimbra.

Lopes, R., Bastos, A. & Argimon, I. (2017). Treino das funções executivas em idosos: uma revisão de literatura. *Cuadernos de Neuropsicología*. 1 (1), 11-29.

Martins, E. (2013). *Gerontologia, Gerontagogia e Animação sociocultural em idosos*. Cáritas Portuguesa.

Morais, A., Almeida, L. M., Santos, I., Carvalho, L., Coimbra, J., Moraes, P.F., Matos, F. & Lourenço, S. (2007). Relatório de Actividades. Administração Regional de Saúde do Centro. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/04/Relatorio-de-Atividades-2007.pdf>.

Paúl, C. & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lidel.

Pereira, F. (2012). *Teoria e Prática da Gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos*. Psicossoma.

Restak, R.M. (1999). *A idade da Renovação: novas descobertas científicas sobre o processo de envelhecimento*. Rosa dos Tempos.

Sacks, O. (2001). The Brain's Chief Executive. In E. Goldberg, (Ed.). *The Executive Brain: Frontal Lobes and the Civilized Mind* (pp.21-27). *Oxford University Press*.

Santos, F. H., Andrade, V. M., & Bueno, O. F. A. (2009). Envelhecimento: Um processo multifatorial. *Psicologia Em Estudo*, 14 (1), 3–10. <http://doi.org/10.1590/S1413-73722009000100002>.

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Lidel.

Soria, I., Marrupe, P. & Plo, F. (2020). Cognitive stimulation program in mild cognitive impairment. A randomized controlled trial. *Dement Neuropsychol*. 14(2), 110-117. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-020003>.

Spar, J.E. & La Rue, A. (1995). *Guia Prático de Climepsi de Psiquiatria Geriátrica*. Climepsi Editores.

Tavares, P.N., Schmidt, J.H. & Witter, C. (2015). Efeitos de um programa de intervenção no desempenho cognitivo e sintomatologia depressiva em idosos institucionalizados. *Revista Kairós Gerontologia*, 18(2), pp. 103-123.

Touchon, J.& Portet, F. (2002). *Guia Prático da doença de Alzheimer*. Climepsi Editores.

Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2022). Guia Prático: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Instituto da Segurança Social, I.P. https://segsocial.pt/documents/10152/27195/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a.

Wilder, D., Cross P., Chen, J., Gurland, B., Lantigua, R.A., Teresi, J., Bolivar, M. & Encarnacion, P. (1995). Operating characteristics of brief screens for dementia in a multicultural population. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 3 (2), pp.96-107. <https://doi.org/10.1097/00019442-199500320-00002>.

Zanto, T. & Gazzaley, A. (2019). Aging of the frontal lobe. *Handbook of Clinical Neurology*, 163, 369-389. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804281-6.00020-3>.

Zimmerman, S.& Hassin, R. (2018). Implicit motivation improves executive functions of older adults. *Elsevier*. 63, 267-279. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2018.06.007>.

ANEXOS

ANEXO 1 | AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

ASSUNTO: PEDIDO PARA REALIZAÇÃO DE INTERVENÇÃO E INVESTIGAÇÃO PARA FINS DE CONCLUSÃO DO CICLO DE ESTUDOS DO CURSO DE MESTRADO DE GERONTOLOGIA SOCIAL.

Eu, Soraia Filipa Simões Lopes, funcionário nº 28 desta Unidade de Cuidados Continuados, com a categoria profissional de Animadora Sociocultural, desde 15 de outubro de 2018, venho por este meio solicitar a V. Exa autorização para a realização de estudo tendo como fim a conclusão de ciclo de estudos.

O presente estudo “O impacto da estimulação cognitiva na prevenção do declínio cognitivo em pessoas mais velhas numa unidade de cuidados continuados: um estudo exploratório” enquadra-se no curso de Mestrado de Gerontologia Social da Escola Superior de Educação de Coimbra, orientado pela docente Catarina Morgado.

Este trabalho tem como objetivo perceber se a estimulação cognitiva sistemática, previne o declínio cognitivo nas pessoas mais velhas. Para isso será aplicado o manual de atividades “Mente Ativa” com utentes de ambos os sexos, com mais de 60 anos, escolarizados, conscientes e orientados, sem comprometimento cognitivo significativo, sem alterações visuais ou auditivas severas, sem demência previamente diagnosticada e sem perturbações da compreensão/linguagem. Serão excluídos deste estudo os indivíduos que não se enquadrarem nestes critérios.

Este estudo consiste na aplicação do teste Addenbrooke’s Cognitive Examination-ACE-III (ACE-III, Hsieh, Schubert, Hoon, Mioshi, & Hodges, 2013; versão portuguesa, Machado, Baeta, Pimentel, & Peixoto, 2015) para avaliar as funções cognitivas da pessoa idosa, antes e após a intervenção. Este estudo prevê a

realização de 10 sessões individuais de estimulação cognitiva, com a duração de 60 minutos, duas vezes por semana. No pós-intervenção será avaliada a participação, prevendo-se que os participantes registem melhorias na função cognitiva.

Este estudo de investigação obedecerá à seguinte calendarização:

Atividades de campo/Meses	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.
Revisão Bibliográfica	X									
Autorizações				X						
Avaliação /Aplicação dos instrumentos e aplicação do programa				X	X	X	X			
Inserção e Análise de dados							X	X		
Conclusão e discussão dos resultados								X	X	
Entrega da dissertação										X

As sessões serão marcadas em articulação com as restantes atividades da instituição e ocorrerão em dias alternados.

Este projeto de investigação mereceu a aprovação da Comissão de Ética do Politécnico de Coimbra e somos do entendimento que irá beneficiar os utentes e, por consequência, a própria instituição. Desde já, garante-se a confidencialidade e anonimato das informações recolhidas, para fim de investigação. Em nenhum momento a identificação dos participantes, bem como da instituição serão reveladas, sendo a instituição genericamente identificada como “unidade de cuidados continuados”.

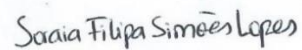
Caso seja aceite este meu pedido, será enviada a todos os participantes e seus cuidadores/ representante legal a documentação relativamente à participação

nesta investigação. Será entregue uma apresentação do estudo, bem como um documento de consentimento que deverá ser lido e assinado, ficando uma cópia para cada um dos intervenientes.

Desde já agradeço a atenção dispensada, estou disponível para quaisquer esclarecimentos em relação ao pedido em causa, aguardando a desejada autorização para prosseguir com esta investigação.

Com os melhores cumprimentos

Coimbra, 13 de abril de 2021

A handwritten signature in dark ink, reading "Soraia Filipa Simões Lopes". The signature is written in a cursive, flowing style. The name "Soraia" is written in a larger, more prominent script, followed by "Filipa Simões Lopes" in a slightly smaller, more compact script. The signature is centered horizontally and appears to be written on a light-colored background.

ANEXO 2 | DOCUMENTO INFORMATIVO DA INVESTIGAÇÃO

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para a Participação em Investigação

Título do estudo: O impacto da estimulação cognitiva na prevenção do declínio cognitivo em pessoas mais velhas numa unidade de cuidados continuados: um estudo exploratório.

Enquadramento: Este estudo enquadra-se no curso de Mestrado de Gerontologia Social da Escola Superior de Educação de Coimbra, orientado pela professora Catarina Morgado. Tem como objetivo perceber se o treino cognitivo realizado de forma continuada, previne o declínio cognitivo nas pessoas mais velhas.

Explicação do estudo: O processo de envelhecimento está frequentemente associado ao declínio cognitivo, sendo a estimulação cognitiva uma das estratégias que pode manter ou melhorar, o desempenho das funções cognitivas em pessoas mais velhas (Cheng, 2016).

Este estudo consiste na aplicação do teste Addenbrooke's Cognitive Examination-ACE-III (ACE-III; Hsieh, Schubert, Hoon, Mioshi, & Hodges, 2013; versão portuguesa, Machado, Baeta, Pimentel, & Peixoto, 2015), para avaliar as funções cognitivas da pessoa idosa, previamente à intervenção. O projeto prevê a realização de 10 sessões de estimulação cognitiva, com a duração de 60 minutos, duas vezes por semana. No pós-intervenção será avaliada a participação nas sessões, prevendo-se que os participantes registem melhorias na função cognitiva.

Confidencialidade e Anonimato: As informações recolhidas no âmbito do estudo serão anónimas e confidenciais, sendo apenas usadas para fins de investigação.

Em nenhum momento a identificação dos participantes, bem como da instituição será revelada, procedendo-se à proteção de dados.

Grata pela atenção demonstrada, em caso de dúvidas encontro-me disponível para prestar quaisquer informações relativamente ao estudo

Soraia Lopes

916966057

a2019100521@esec.pt

ANEXO 3 | DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Declaração de Consentimento

Título do estudo: O impacto da estimulação cognitiva na prevenção do declínio cognitivo em pessoas mais velhas numa unidade de cuidados continuados.

Eu, _____,
abaixo-assinado, declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações orais que me foram fornecidas pelo investigador. Foi-me dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e a todas obtive resposta satisfatória.

E por esse motivo autorizo, de forma consciente, orientada e voluntária que toda a informação que daqui resultar, seja tratada com confidencialidade para fins de investigação. Compreendo que os resultados do estudo podem ser publicados sem que haja perda de confidencialidade.

Fui informado de todos os procedimentos, e além disso foi me dada a oportunidade de desistir de todo o processo, se assim o desejar. Por tudo isto, autorizo o tratamento dos dados para este fim.

Assim, aceito participar nesta intervenção, e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que são utilizados exclusivamente para aquilo que me foi informado e que me é garantida, a confidencialidade e o anonimato.

O Investigador,

O Participante,

_____, ____ de _____ de 2021

Este documento é composto por uma página e feito em duplicado: Uma via para o investigador, outra para a pessoa que consente.

ANEXO 4 | DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO CUIDADOR

Declaração de Consentimento

Título do estudo: O impacto da estimulação cognitiva na prevenção do declínio cognitivo em pessoas mais velhas numa unidade de cuidados continuados

Eu, _____, Cuidador Principal de _____, declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações orais que me foram fornecidas pelo investigador. Foi-me dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e a todas obtive resposta satisfatória.

E por esse motivo, e uma vez que a pessoa que está aos meus cuidados se mostra disponível para a participação nesta investigação, autorizo que toda a informação que daqui resultar, seja tratada com confidencialidade para fins desta investigação. Compreendo que os resultados do estudo podem ser publicados sem que haja perda de confidencialidade.

Fui informado de todos os procedimentos, e além disso é-me garantida a possibilidade de abandonar o estudo, se assim o desejar. Por tudo isto, autorizo o tratamento dos dados para fins de investigação.

Assim, aceito que a pessoa acima mencionada, que por mim é cuidada, participe nesta investigação, e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que são utilizados exclusivamente para aquilo que me foi informado e que me é garantida, a confidencialidade e o anonimato.

O Investigador,

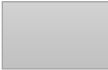
O Cuidador Principal,

_____, ____ de _____ de 2021

ANEXO 5 | INSTRUMENTO I: FICHA DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. Dados Pessoais

Nome: _____

Código do participante: 

1.1 Idade: _____

1.2. Sexo

☐ Feminino

☐ Masculino

1.3. Estado Civil

a) solteiro

b) casado

c) divorciado/separado

d) viúvo

1.4. Nº de filhos

a) Não tem

b) 1-2

c) Mais de 3

1.5. Agregado familiar

a) Acompanhado/a

Elementos do agregado: _____

b) Sozinho/a

c) Outros: _____

2. Educação e Atividade Profissional

2.1. Nível de escolaridade:

a) Não sabe ler nem escrever

b) Sabe ler e escrever

c) Ensino Primário

d) Ensino Secundário

e) Ensino Superior

2.2. Atividade Profissional:

Aposentado/a ☐

Ativo/a ☐

Última ocupação profissional:

a) Qual: _____

b) Quanto tempo (meses/anos):

Ocupação(s) prévias, se diferentes:

c) Qual: _____

d) Quanto tempo (meses/anos):

3. **Situação atual**

3.1. Motivo do internamento:

3.2. Quadro clínico:

3.3. Tipologia do internamento:

- a) Média Duração e Reabilitação
- b) Longa Duração e Manutenção

3.4. Tempo na UCCI:

- a) Menos de 3 meses
- b) 3-6 meses
- c) Mais de 6 meses
- d) Mais de um ano

3.5. Gosta de estar na unidade e sente-se motivado em realizar atividades?

- a) Sim, participo sempre que posso
- b) Não gosto de estar aqui nem de participar nas atividades

4. **Saúde Física e Mental**

4.1. Como classifica a sua capacidade auditiva?

- a) Boa
- b) Má

4.2. Como classifica a sua capacidade visual?

- a) Boa
- b) Má

4.3. Tem alguma doença psiquiátrica diagnosticada? (se sim, qual?)

- a) Não
- b) Sim
- c) qual? _____

4.4. Como considera a sua atividade mental/cognitiva?

- a) Boa
- b) Má
- c) Reconheço começar a ter algumas dificuldades

4.5. Selecione uma ou mais atividades de tempos livres que realizou nos últimos anos:

- ☐ Exercício físico
- ☐ Participação em excursões ou passeios /viagens
- ☐ Espetáculos
- ☐ Frequência de instituições sociais de apoio a idosos
- ☐ Assistir à televisão e noticiários
- ☐ Ouvir rádio
- ☐ Ouvir música
- ☐ Ver filmes
- ☐ Ler (livros, jornais e revistas)
- ☐ Realizar tarefas domésticas
- ☐ Cuidar dos netos
- ☐ Realizar trabalhos manuais
- ☐ Jogar dominó/cartas

5. **Observações:**

ANEXO 6 | INSTRUMENTO II: ADDENBROOKE'S COGNITIVE EXAMINATION (ACE III)

Peixoto B, Baeta E & Pimentel P, (2013).
CESPU- IUCS, Centro Hospitalar do Alto Minho, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

ADDENBROOKE'S COGNITIVE EXAMINATION – ACE-III						
Versão experimental Portuguesa (2013)						
Nome:			Data da avaliação: ____/____/____			
Data de Nascimento:			Avaliador: _____			
Hospital ou Morada:			Anos de escolaridade: _____			
			Ocupação: _____			
			Mão dominante: _____			
ATENÇÃO						
▶ PERGUNTE: Qual é o (a)	Dia	Data	Mês	Ano	Estação	Atenção [Score 0-5]
▶ PERGUNTE: Em que	Edifício	Piso/ Andar	Cidade	Distrito	País	Atenção [Score 0-5]
ATENÇÃO						
▶ Diga: "Vou lhe dizer três palavras que gostaria que as repetisse depois de mim: Limão, Chave e Bola" Depois do sujeito repetir, diga "Tente-se lembrar delas porque mais tarde irei voltar a pedi-las".					Atenção [Score 0-3] 	
▶ Pontue apenas o primeiro ensaio (repita 3 vezes se for necessário).						
▶ Registe o número de ensaios: _____						
ATENÇÃO						
▶ Pergunte ao sujeito: "Quanto é 7 menos 100? Agora ao número encontrado, volte a subtrair 7".					Atenção [Score 0-5] 	
▶ Se o sujeito cometer um engano, não o interrompa. Deixe-o continuar e verifique as respostas subsequentes (ex: 93,84,77,70,63- score 4).						
▶ Pare após cinco subtrações (93,86,79,72,65): _____						
Memória						
▶ Pergunte: "Quais foram as 3 palavras que lhe pedi para repetir e para se lembrar?" _____					Memória [Score 0-3] 	
Fluência						
▶ Letras Diga: "Durante um minuto, diga palavras que se consegue lembrar começadas pela letra P. Não pode dizer nomes de pessoas (ex: Paula), nem de lugares (ex: Porto), nem diminutivos (ex: Pedrinho). Tem alguma dúvida?".					Fluência [Score 0-7] 	
					≥ 18	7
					14-17	6
					11-13	5
					8-10	4
					6-7	3
					4-5	2
					2-3	1
					0-1	0
					Total	Correcta
▶ Animais Diga: "Agora, começando por qualquer letra, diga todos os nomes de animais que se consegue lembrar. Tem alguma dúvida?".					Fluência [Score 0-7] 	
					≥ 22	7
					17-21	6
					14-16	5
					11-13	4
					9-10	3
					7-8	2
					5-6	1
					<5	0
					Total	Correcta

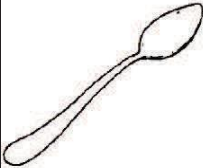
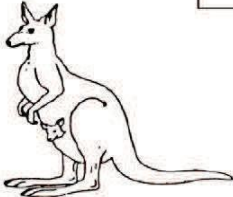
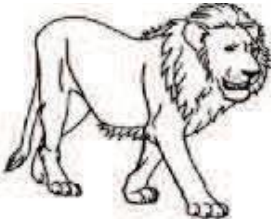
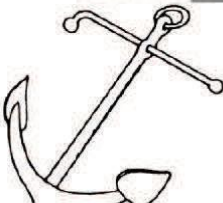
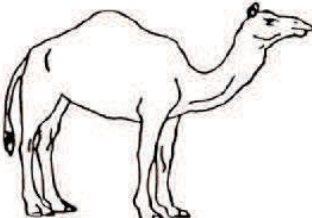
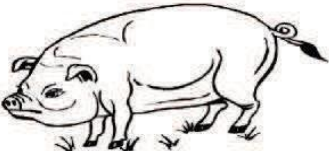
Peixoto B, Baeta E & Pimentel P. (2013).

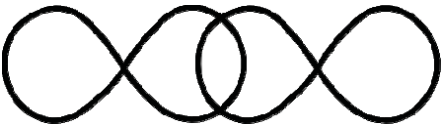
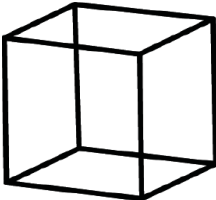
CESPU-IUCS, Centro Hospitalar do Alto Minho, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Memória				
► Diga: " Vou dizer-lhe um nome e uma morada e gostaria que os repetisse a seguir a mim. Terá oportunidade para aprender, pelo que o faremos 3 vezes. Mais tarde perguntar-lhe-ei o nome e a morada." Pontue apenas o terceiro ensaio.				Memória [Score 0-7]
João Silva Rua dos Ferreiros,73 Amares Braga	1º Ensaio _____ _____ _____	2º Ensaio _____ _____ _____	3º Ensaio	
Memória				
► Nome do atual Primeiro Ministro..... ► Nome do atual Presidente da República ► Nome do Presidente dos EUA..... ► Nome da fadista mais famosa de todos os tempos.....				Memória [Score 0-4]
Linguagem				
► Coloque um lápis e uma folha de papel em frente ao sujeito. Como ensaio, peça ao sujeito para "Pegar no lápis e depois no papel". Se for incorreto, pontue 0 e não continue. ► Se o sujeito desempenha corretamente o ensaio, continue com as seguintes três ordens. • Peça ao sujeito para "Colocar o papel em cima do lápis" • Peça ao sujeito para "Pegar no lápis mas não no papel" • Peça ao sujeito para "Dê-me o lápis depois de tocar o papel"				Linguagem [Score 0-3]
Linguagem				
► Peça ao sujeito para escrever duas (ou mais) frases completas acerca das suas últimas férias/ fim de semana/ Natal. Escreva frases completas e não use abreviaturas. Dê 1 ponto se foram produzidas duas (ou mais) frases completas acerca do tópico; dê 1 ponto se a gramática e as palavras estão corretas.				Linguagem [Score 0-2]
Linguagem				
Peça ao sujeito para repetir: "Lagarta"; "Excentricidade"; "Ininteligível"; "Estatístico" palavras estão corretas; pontue 1 se 3 estão corretas; pontue 0 se 2 ou menos estão corretas				Linguagem [Score 0-2]

Peixoto B, Baeta E & Pimentel P. (2013).

CESPU-IUCS, Centro Hospitalar do Alto Minho, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

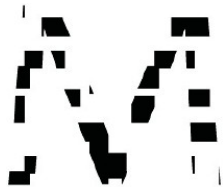
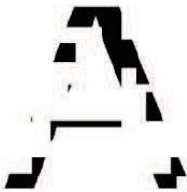
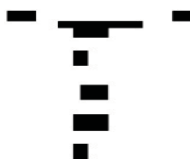
Linguagem	
▶ Peça ao sujeito para repetir: "Nem tudo o que brilha é ouro "	Linguagem [Score 0-1]
▶ Peça ao sujeito para repetir: "Homem prevenido vale por dois "	Linguagem [Score 0-1]
Linguagem	
        	Linguagem [Score 0-12]
Linguagem	
▶ Usando as figuras apresentadas, peça ao sujeito: • Apontar para figura associada á monarquia..... • Apontar para figura que serve para guardar vinho..... • Apontar para figura que é o rei da selva..... • Apontar para figura ligada ao mar.....	Linguagem [Score 0-4]

Linguagem	
► Peça ao sujeito para ler as seguintes palavras: (Pontue 1 apenas se todas estiverem corretas) Ler Pia Frio Presa Altura	Linguagem [Score 0-1]
Habilidades visuoespaciais	
► Diagrama infinito: Peça ao sujeito para copiar o diagrama	Visuoespacial [Score 0-1]
	
► Cubo ligado: Peça ao sujeito para copiar o desenho (para pontuar veja as instruções	Visuoespacial [Score 0-2]
	
► Relógio: Peça ao sujeito para desenhar um relógio com números e os ponteiros a marcar as onze e dez. (Para pontuar veja as instruções: círculo=1, números=2, ponteiros= 2)	Visuoespacial [Score 0-5]
Espaço para o desenho do relógio	

Habilidades visuoespaciais	
► Peça ao sujeito para contar os pontos sem apontar	Visuoespacial [Score 0-4]
<!-- 8 dots --> <!-- 10 dots --> <!-- 7 dots --> <!-- 9 dots -->	

Peixoto B, Baeta E & Pimentel P (2013)

CESPU-IUCS, Centro Hospitalar do Alto Minho, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

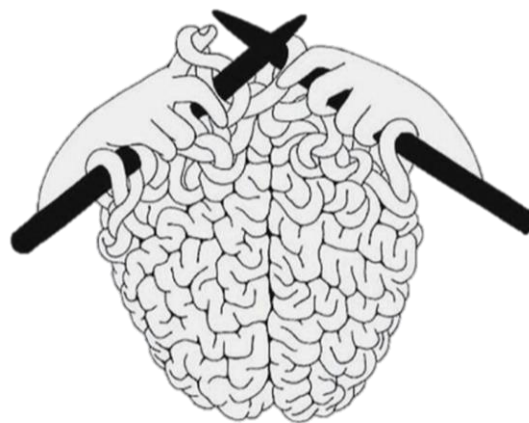
Habilidades visuoespaciais								
▶ Peça ao sujeito para identificar as letras						Visuoespacial [Score 0-4]		
 						 		
 						 		
Memória								
▶ Pergunte: "Agora diga-me o que se recorda do nome e da morada que repetimos no início"								
João Silva Rua dos Ferreiros,73 Amares				 				Memória [Score 0-7]
Memória								
Este teste só deve ser realizado se o sujeito não evoca um ou mais itens. Se todos os itens forem evocados, não se aplica a prova e atribuem-se 5 pontos. Se apenas alguma parte for evocada, cancele esses itens na coluna sombreada à direita; teste os itens não evocados dizendo ao sujeito "Vou lhe dar algumas pistas; o nome era X, Y ou Z?" e assim sucessivamente. A cada reconhecimento atribua 1 ponto, que será somado aos pontos obtidos na evocação.						Memória [Score 0-5] 		
José Silva		João Silva		João Pereira		Evocado		
37		73		76		Evocado		
Avenida dos Ferreiros		Rua dos Cesteiros		Rua dos Ferreiros		Evocado		
Cacém		Amares		Gandra		Evocado		
Braga		Paredes		Sintra		Evocado		
Pontuações								
						Total ACE III	/100	
						Atenção	/18	
						Memória	/26	
						Fluência	/14	
						Linguagem	/26	
						Visuoespacial	/16	

Peixoto B, Baeta E & Pimentel P (2013)

CESPU-IUCS, Centro Hospitalar do Alto Minho, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

ANEXO 7 | ATIVIDADES DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA “MENTE ATIVA”

ATIVIDADES DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA



Mente Ativa

Soraia Lopes

2021

INTRODUÇÃO

Este documento foi realizado no âmbito do Projeto de Investigação que resultará na dissertação final do mestrado em Gerontologia Social, da Escola Superior de Educação de Coimbra.

Mente Ativa é um conjunto de atividades de estimulação cognitiva que será aplicado em indivíduos com 60 ou mais anos, conscientes e orientados no tempo e no espaço, sem perturbações neurológicas graves ou demência. Estes participantes encontram-se integrados em contexto de unidade de cuidados continuados, inseridos nas tipologias de média duração e reabilitação e longa duração e manutenção.

Este, trabalha 5 domínios cognitivos: orientação e atenção, memória, fluência verbal, linguagem e aptidão visuoespacial. Depois de uma avaliação inicial, através do teste Addenbrooke's Cognitive Examination-ACE-III (Versão Experimental Portuguesa, Machado, Baeta, Pimentel, & Peixoto, 2015), serão realizadas 10 sessões individuais em que serão realizadas atividades de estimulação cognitiva e que deverão acontecer 2 vezes por semana, com a duração máxima de 60 minutos. No início de cada sessão será explicado o tema e objetivo da mesma, bem como as atividades a realizar.

No final da aplicação serão avaliados os efeitos das sessões de estimulação na conservação, recuperação e melhoria das capacidades cognitivas das pessoas mais velhas. Este manual é um guia de todas as atividades realizadas nas sessões. Algumas das atividades são acompanhadas por suporte digital e materiais de apoio, assinalados por atividade, com o símbolo indicado na legenda.

Legenda:



A atividade assinalada necessita de materiais de apoio

Sessão 1 | Categoria: Orientação

1.1. Dado temporal

O dado tem 6 categorias temporais: dias da semana, estações do ano, meses, dia do mês, dia da semana e do mês e partes do dia. A cada uma destas categorias corresponde uma cor. O participante lança o dado e à cor que sair é colocada uma questão.

(exemplos: Hoje é segunda, dia 2. Amanhã vai ser...; Hoje é dia 16. Depois de amanhã vai ser dia...; É fevereiro. Estamos no início ou no fim do ano?; Começou o mês de julho. O mês anterior foi....; Estamos no Outono. A próxima estação do ano é...; Se hoje é quinta anteontem foi terça?; A luz da rua está ligada. Está de dia ou de noite?; São 14H está de dia ou de noite?)

1.2. Relógio

Desenhe um relógio analógico com a hora atualizada (o investigador diz a hora oralmente ou mostra a hora num relógio digital).

1.3. Calendarização de datas festivas

Una com setas o dia, o mês e a festividade correspondente.

5	Novembro	Ano Novo
8	Dezembro	Dia do Trabalhador
13	Junho	Implantação da República
1	Outubro	Dia da Imaculada Conceição
1	Junho	São João
25	Dezembro	Santo António
24	Janeiro	Natal
1	Maio	Todos os Santos

1.4. Lado esquerdo e lado direito



Coloque os objetos nos locais indicados, seguindo as orientações

- a) A pera do seu lado direito
- b) O croissant do meu lado direito
- c) O brócolo do seu lado esquerdo
- d) A baguete à esquerda da lata de atum

1.5. Perto e Longe

Responda Sim ou Não.

- a) Figueira da Foz é perto de Coimbra?
- b) Coimbra é perto de Faro?
- c) Faro é longe de Viana do Castelo?
- d) Viana do Castelo é longe de Braga?
- e) Braga é perto de Castelo Branco?
- f) Castelo Branco é perto de Santarém?
- g) Santarém é perto de Lisboa?

1.6. Colocar um objeto no espaço seguindo orientações



Coloque os objetos nos locais indicados, seguindo as orientações

- a) O frango no canto superior direito
- b) A maçã ao centro em baixo
- c) O óleo no canto superior esquerdo
- d) O pão no canto superior direito
- e) A alface no centro em cima
- f) O pastel de nata no sítio que falta preencher

1.7. Colocar atividades de vida diária por ordem de realização desde o levantar até ao deitar

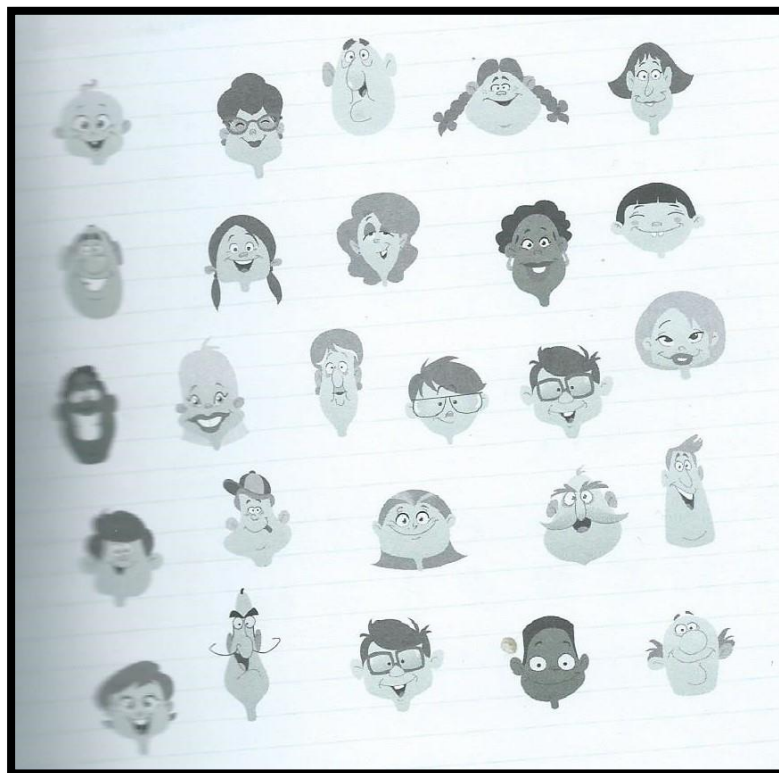
Escreva numa folha, ao centro a palavra almoço. De seguida deverá escrever todas as atividades que faz por ordem desde que se levanta até que se deita.

Sessão 2 | Categoria: Atenção

2.1. Através das características dadas, identificar a imagem

Identifique na imagem a cara, segundo as pistas atribuídas.

- uma jovem
- pele branca
- lábios grossos
- cabelo claro e não usa óculos



2.2. Identificar um nome numa lista através de pistas

Leia os nomes e através das pistas atribuídas, encontre os que correspondam às características seleccionadas, excluindo todos os outros.

Características a ter em conta:

- Nome de Mulher
- Nome começado pela letra M
- Nome que contenha a letra R

Laura	André	Mariana	Madalena	
Martinho				
	Marta	Marcos	Carmo	Alberto
Pedro	Maia	Rosa	Vicente	
Ricardo				
	Carlos	Jaime	Teresa	Ester
Julião	Mariano	Óscar	Sílvia	
Berta				
	Helena	Jesus	Marina	Jacinto
Leopoldo	Maria	Francisco	Rodrigo	
	Margarida			
		Paulo	Mercedes	
Susana				
Sara				

2.3. Através de datas de nascimento, definir o mais velho e colocar por ordem cronológica até ao mais novo.

Segundo os dados apresentados, defina o mais velho e coloque por ordem cronológica até ao mais novo.

8 de janeiro de 1954 RAUL	10 de setembro de 1956 ANTÔNIO	8 de setembro de 1959 ALEXANDRE	8 de junho de 1958 ISABEL
9 de outubro de 1956 JUDITE	9 de dezembro de 1954 SANDRA	17 de agosto de 1954 JAIME	7 de abril de 1960 SUSANA
10 de setembro de 1959 JACINTO	15 de janeiro de 1957 ESTEVÃO	20 de julho de 1957 RICARDO	7 de abril de 1960 SUSANA

2.4. Sequência das atividades de vida diária

Coloque os passos da realização destas atividades pela ordem correta.

- a) Abrir o livro-adormecer-fechar o livro-desligar a luz- pegar no livro-ler
- b) pedir um café- esperar-chegar à padaria- sentar-se- procurar um lugar- beber o café-pagar
- c) pedir o pão-entrar na padaria-pagar o pão- esperar a vez
- d) atender o telefone- ouvir o telefone tocar- desligar o telefone- falar ao telefone

2.5. O intruso de imagens

Assinale o intruso linha a linha.

Exercício 1



Exercício 2



Exercício 3



Exercício 4



2.6. Formar palavras através das sílabas dadas

Através das sílabas abaixo, forme o maior número de palavras que conseguir.

BA	BE	BI	BO	BU	BÃO
CA	CE	CI	CO	CU	CÃO
DA	DE	DI	DO	DU	DÃO
FA	FE	FI	FO	FU	FÃO
GA	GE	GI	GO	GU	GÃO
HÁ	HE	HI	HO	HU	HÃO
JÁ	JE	JI	JO	JU	JÃO
LA	LE	LI	LO	LU	LÃO
MA	ME	MI	MO	UM	MÃO
NA	NE	NI	NO	NU	NÃO
PA	PE	PI	PO	PU	PÃO
QUA	QUE	QUI	QUO		QUÃO
RA	RE	RI	RO	RU	RÃO
SA	SE	SI	SO	SU	SÃO
TA	TE	TI	TO	TU	TÃO
VA	VE	VI	VO	VU	VÃO
XA	XE	XI	XO	XU	XÃO
ZA	ZE	ZI	ZO	ZU	ZÃO

Sessão 3 | Categoria: Memória I

3.1. Memorizar palavras, imagens e números

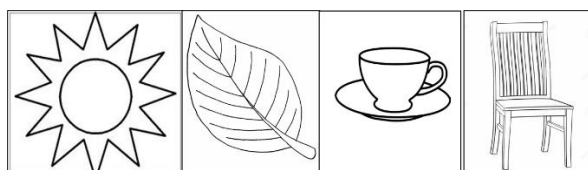
3.1.1. Decore as palavras que lhe vou dizer a seguir. Tem 60 segundos assim que eu acabar. No final, feche os olhos e repita-as.

Exercício 1. FLOR RIO CÃO CADEIRA

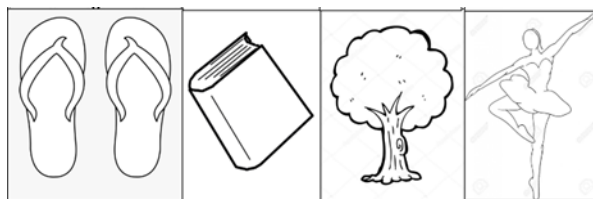
Exercício 2. SAPATO VASO COLHER LÁPIS

3.1.2 Decore as imagens. Feche os olhos e diga todas as imagens em voz alta.

Exercício 1



Exercício 2



3.1.3. Decore os números que lhe vou mostrar. Tem 60 segundos para decorar.
Feche os olhos e diga-os em voz alta.

Exercício 1: 3 8 1 6

Exercício 2: 11 0 4 12

3.2. Nomear e memorizar objetos, observar o que falta e o que mudou

(Colocar 5 objetos em cima da mesa de trabalho. O participante nomeia todos os objetos, troque o lugar e peça ao participante que diga o que mudou a localização. Retire alguns da mesa e peça ao participante para verificar quais faltam)

Nomeie e decore os objetos que vê em cima da mesa. Feche os olhos. Diga em voz alta os objetos que viu (o investigador troca dois objetos do lugar). Abra os olhos

Exercício 1. O que trocou de sítio?

Volte a fechar os olhos (o investigador tira um objeto), pode voltar a abrir.

Exercício 2. O que falta?

3.3. Repetir a frase para memorizar e verbalizar mais tarde

Repita a frase para memorizar e verbalizar mais tarde

“O bolo de chocolate que a Maria fez tinha três morangos”

(passe ao exercício seguinte)

3.4. Fixar as cores e objetos presentes na sala e verbalizar de olhos fechados

Exercício 1: Fixe o maior possível de cores presentes na sala e feche os olhos.

Agora, ainda de olhos fechados, diga as cores que memorizou.

Exercício 2: Agora faça o mesmo para os objetos. Fixe o maior possível de objetos presentes na sala e feche os olhos.

Agora, ainda de olhos fechados, diga os objetos que memorizou.

(volte à pergunta 3.3. perguntar qual a frase memorizada pelo participante)

3.5. Memorizar palavras e completar frases

Decore as palavras: ROLHA, TELEFONE, CADEIRA, BARCO

Coloque-as nos espaços corretos:

- a) A _____ onde me sentei ontem era de madeira.
- b) Não falei com o João ontem, porque tenho o _____ avariado.
- c) Se soubesse que ia estar calor tinha ido de _____ em vez de comboio.
- d) Levei com a _____ na cabeça quando abriram o champanhe na festa.

3.6. Identificar ingredientes de pratos

Diga os ingredientes principais dos seguintes pratos:

- a) Cozido à Portuguesa
- b) Bitoque
- c) Bacalhau à Lagareiro
- d) Caldo Verde

3.7. Completar provérbios e expressões populares



Através dos cartões disponíveis, leia e complete os provérbios e expressões populares apresentadas.

Sessão 4 | Categoria: Memória II

4.1. Que palavra não foi dita em voz alta

Vou lhe ler uma lista de palavras que deverá ouvir com atenção (o investigador não lê as alíneas a e j).

- | | |
|-------------|------------|
| a) Cão | g) Lanch |
| b) Casa | e |
| c) Crianças | h) Música |
| d) Cozinha | a |
| e) Bolo | i) Festa |
| f) Chá | j) Alegria |

Agora vou lhe mostrar todas as palavras, deve perceber se existe alguma alteração ao que li anteriormente.

4.2. Jogo dos pares iguais



Com as cartas viradas para baixo, retire duas a duas até encontrar todos os pares de pássaros.

4.3. Realizar uma ementa

O Joaquim e a Ana começaram a viver juntos. Ajude-os a conceber uma ementa indicando possíveis pratos.

- a) 5 lanches
- b) 5 pratos principais
- c) 5 sobremesas

4.4. Completar a música tradicional “Malhão, malhão”

Complete os espaços em branco com a letra da música

Ó malhão, malhão,

Que_____ é a tua?

Comer e beber,

Ó tirim-tim-tim,

passear na_____.

Ó malhão, _____,

Quem te deu as meias?

Foi o caixeirinho, foi o_____

Das pernas feias.

Ó malhão, malhão,

Quem te deu as _____?

Foi o caixeirinho, foi o caixeirinho

Das pernas tortas.

4.5. Memorizar a história e responder a questões

Memorize a seguinte história:

A Lurdes disse ao António para não se esquecer de comprar, antes do supermercado fechar às 15h00, as salsichas, os refrigerantes e o bolo para a festa do 15º aniversário do seu filho João, que seria às 20h30.

Responda às questões

- a) Quem fez anos? (Alberto, João ou António)
- b) Quantos anos faz? (15, 5, 35)
- c) A que horas fecha o supermercado? (16h, 15h, 20.30h)
- d) A que horas é a festa? (20.30h, 15h00, 21.00)
- e) Quem foi ao supermercado? (Lurdes, António, João)

Sessão 5 | Categoria: Fluência Verbal I

5.1. Dizer palavras começadas por "D", "P", "T" e "S"

Durante um minuto diga palavras começadas por D, P, T e S

5.2. Dizer palavras que terminem em “E”, “A”, “O” e “R”

Durante um minuto diga palavras terminadas em E, A, O e R.

5.3. Palavras que sejam compostas pelas sílabas “La”, “Ca”, “Te” e “Me”

Dizer durante um minuto palavras que tenham as sílabas: la, ca, te, me

5.4. Desafiar as palavras: Evocação semântica, sinónimos



Com os cartões virados para baixo, tire um a um e diga todas as palavras que se lembrar das categorias que lhe saírem nos cartões.

Sessão 6 | Categoria: Fluência Verbal II

6.1. A presença Árabe em Portugal trouxe-nos algumas palavras que começámos a usar no nosso quotidiano. Diga palavras começadas por AL durante 60 segundos.

6.2. Diga nomes de instrumentos musicais durante 60 segundos.

6.3. Diga nomes começados por M durante 60 segundos.

6.4. Gosta de Gelados? Diga o máximo de sabores que conseguir em 60 segundos.

6.5. Diga nomes de cores que tenham a letra “A” durante 60 segundos.

6.6. Diga o maior número de marcas que conhecer em 60 segundos.

6.7. Diga o maior número de flores que se lembre em 60 segundos.

6.6. Jogo do stop

Preencha a tabela de A a Z nas diferentes categorias apresentadas.

Nomes	Animais	Objetos	Locais	Vestuário	Profissões	Plantas	Frutos	Desportos	Legumes
A									
B									
C									
D									
E									
F									
G									
H									
...									

Sessão 7 | Categoria: Linguagem I

7.1. Associar palavras relacionadas

Relacione as palavras da coluna da esquerda com as palavras da coluna da direita de acordo com a relação.

CAMIÃO

PEDAL

BICICLETA

LÂMPADA

POVOAÇÃO

HUMORISTA

ESQUIS

GASÓLEO

CANDEEIRO

CASAS

BARCO

OCEANO

ANEDOTA

NEVE

7.2. Cada palavra no seu lugar



Esta atividade é constituída por três tabelas para preencher. Na linha horizontal contém categorias diferentes (animais, transportes e fruta/doces, objetos e vestuário/flores, legumes e cidades). Na coluna vertical estão as descrições dos elementos a colocar na tabela. Terá de encontrar as palavras e colocá-las no devido lugar, tendo em conta as linhas vertical e horizontal da respetiva tabela.

7.3. Palavra mistério



Tire aleatoriamente um cartão que se encontra virado para baixo. Este contém uma palavra mistério e duas palavras proibidas que não deve referir na descrição do objeto que terá de fazer.

7.4. Intruso das palavras

Faça um círculo à volta das palavras que não pertencem à mesma categoria:

Exercício 1. PORTUGAL ESPANHA FRANÇA MAÇÃ ALEMANHA SUIÇA

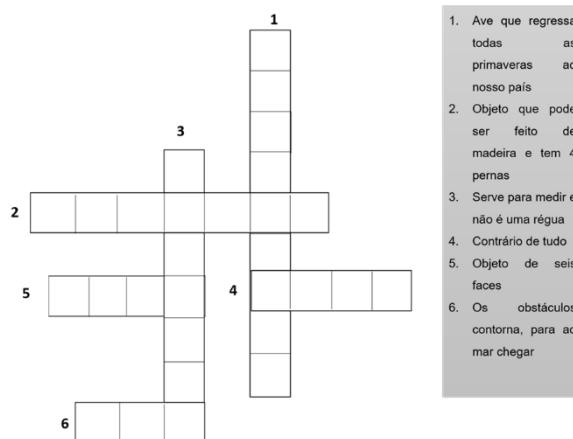
Exercício 2. ROSA QUEIJO COUVES TOSTA FRANGO TOMATE

Exercício 3. FEIJÃO GRÃO ERVILHAS BATATAS AZEITE ARROZ

Exercício 4. ANEL COLAR GAIOLA PULSEIRA RELÓGIO BRINCOS

7.5. Palavras cruzadas

Preencha todas as palavras na horizontal e vertical, através das pistas dadas.



7.6. Sopa de Letras

Encontre o máximo de palavras na sopa de letras.



Lima
Tejo
Minho
Sorraia
Mira
Mondego
Tua
Nabão
Vouga
Tâmega
Cávado
Zêzere
Sado
Coa
Douro
Guadiana

7.7. A partir de uma imagem, escrever uma frase

Na sopa de imagens seguinte, encontre as imagens referentes às palavras apresentadas e construa uma frase.

PENTE/RELÓGIO/RÁDIO/CADEIRA



7.8. Explicar provérbios e expressões

Diga o que significam os seguintes provérbios

- a) “os cães ladram e a caravana passa”
- b) “quem tudo quer tudo perde”
- c) “não guardes para amanhã, o que podes fazer hoje”

7.9. Palavras rimadas

Diga até 15 palavras que rimem com “gostar”, “beber” e “sorrir”.

7.10. Sílabas trocadas

JARANLA ZEIATE VASLU SOVA LABO NELAJA ROSFÓSFO RESFLO



7.11. Notícia do Jornal

Oiça a notícia selecionada e lida pela técnica e responda às questões:

- a) Quem?
- b) O quê?
- c) Quando?
- d) Onde?
- e) Porquê?

Sessão 8 | Categoria: Linguagem II

8.1. Plural e Singular

Para cada uma das palavras abaixo descritas, indique o singular/plural para cada uma delas.

NABO	LEÃO
FEIJÕES	PIÕES
MESA	PINHEIRO
GARRAFÃO	AGRIÃO
PINHA	ANEL
RELÓGIOS	PAPEIS
NABO	LEÃO
FEIJÕES	PIÕES
MESA	PINHEIRO
GARRAFÃO	AGRIÃO
PINHA	ANEL
RELÓGIOS	PAPEIS

8.2. Descrever a função dos objetos apresentados

Descreva a função de cada um dos objetos abaixo representados.



8.3. Através de palavras dadas, completar frases

Através das palavras abaixo indicadas, complete as frases

a) O _____ é uma estação quente.

VERÃO MÃO COBERTOR LIVRO

b) Em _____, águas mil

CÃO LÁPIS ABRIL MAIO

d) Que belos _____ apanhei hoje.

TELHADO PEIXES CABRITOS JARDIM

e) Se hoje estiver _____ vou dar um passeio.

CARRO BANCO AZUL SOL

8.4. Apontar para as imagens pela ordem que aparecem na frase.

À medida que o investigador lê a frase, aponte para as imagens que vão surgindo.

Amanhã a Maria vem visitar-me. Vou aproveitar que a laranjeira está carregada de laranjas para fazer um bolo.



8.5. Construir frases a partir das seguintes imagens.

Construa uma frase através de cada uma das seguintes imagens.



8.6. Continuar a história (deve responder às questões: Quem? O quê? Quando? Onde?)

Comece por ler a frase abaixo e continue a história. Deve responder às perguntas: quem? O quê, quando e onde

“Eu estava sentado/a à lareira quando de repente...”

8.7. Contar uma história real ou inventada

Conte uma pequena história, seja real ou inventada, mas deve fazer sentido.

Sessão 9 | Categoria: Aptidão Visuospacial I

9.1. Copiar as figuras com paus de madeira



Através das representações nos cartões, copie a imagem com os paus de madeira, de forma a ficar igual.

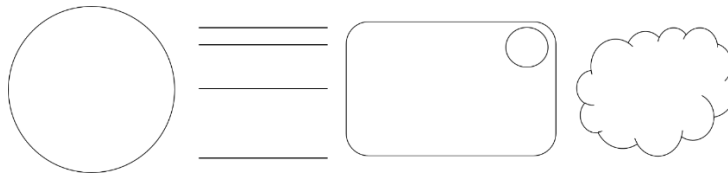
9.2. Associar a imagem à sombra



Associe as imagens coloridas, às respectivas sombras.

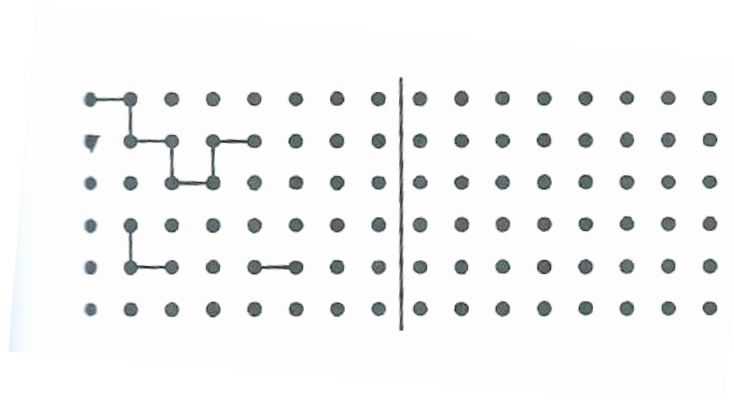
9.3. Copiar imagens

Copie as seguintes imagens



9.4. Copiar esquemas

Reproduza igual do lado direito



9.5. Completar desenhos em espelho

Complete a imagem em espelho



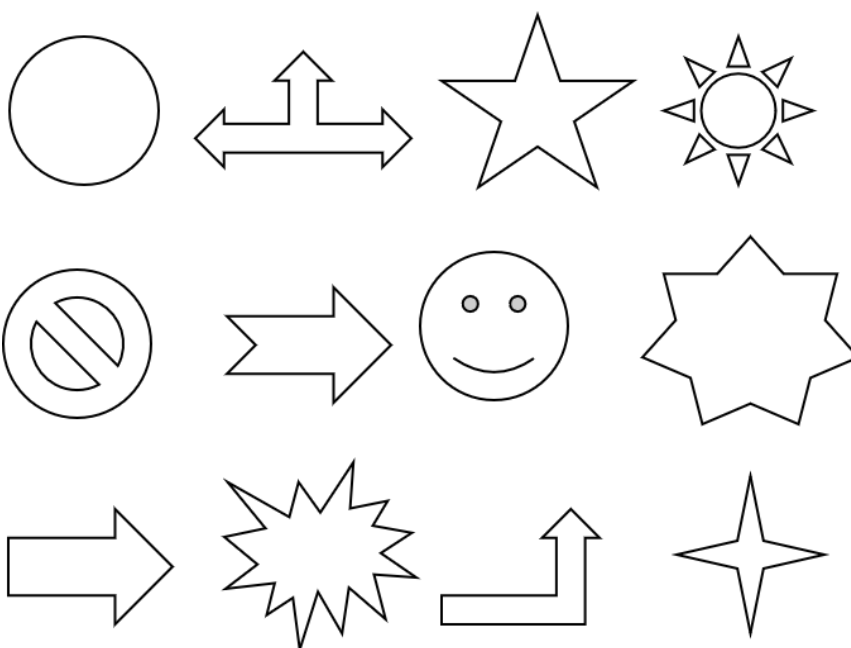
9.6. Encaixe de peças da maior para a mais pequena



Através dos círculos apresentados, sobreponha-os do maior para o menor.

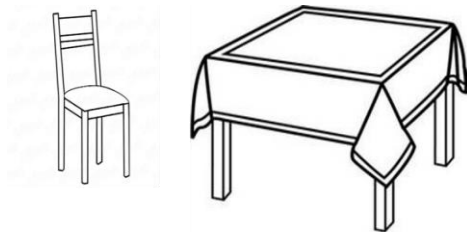
9.7. Agrupar imagens semelhantes

Das várias imagens apresentadas, agrupe-as pela sua forma.



9.8. Quantas cadeiras leva esta mesa?

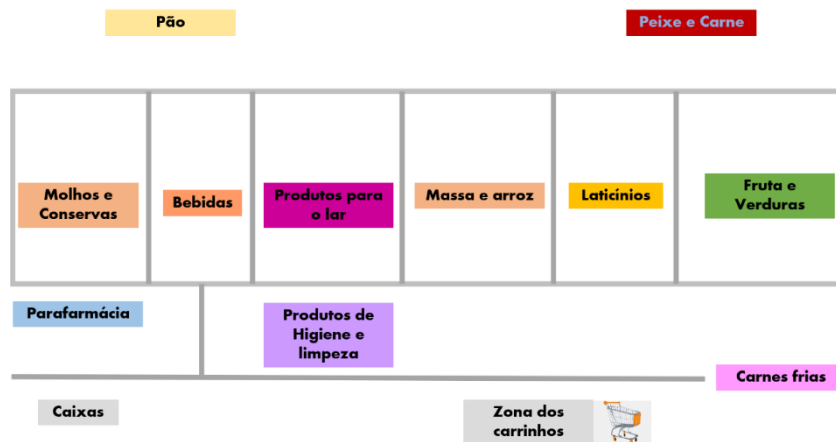
Considerando o tamanho da mesa e da cadeira, quantas pessoas podem sentar-se à volta da mesa?



9.9. Labirinto



Tendo em conta a lista de compras apresentada, assinale na planta do supermercado o caminho mais rápido para comprar tudo o que está na lista. A entrada começa na zona dos carrinhos.



- Leite
- Salmão
- Tomates
- Bananas
- Alface
- Iogurtes
- Água
- Papel higiénico
- Frango
- Fiambre
- Pão
- Sumo de laranja
- Bolacha Maria

9.10. Figuras sobrepostas

Quantos triângulos vê na imagem?

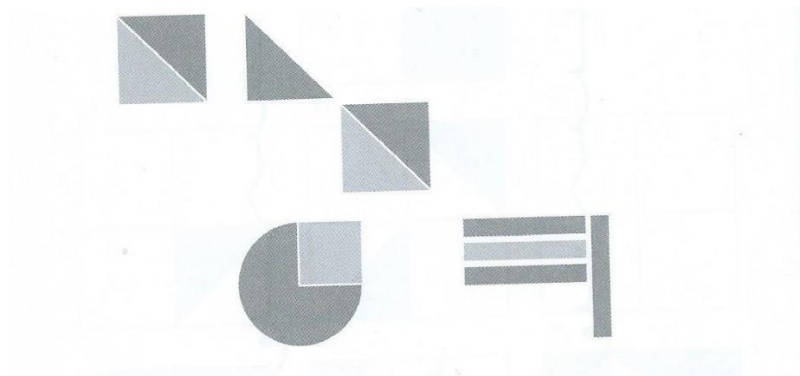


Sessão 10 | Categoria: Aptidão Visuospacial II

10.1. Construir imagens com figuras geométricas



Forme as seguintes imagens, utilizando as peças em cartolina que estão sobre a mesa.



10.2. Ordenar sombras, conforme a imagem



Através dos materiais de apoio referentes a esta atividade organize as sombras pela ordem que aparece na seguinte imagem.



10.3. Desenhar conforme indicações

Desenhe segundo as seguintes indicações:

a) Desenhe no centro de uma folha um traço na vertical, de modo a que no fim tenha uma seta a apontar para a porta da sala.

10.4. Reproduzir um objeto que esteja na sala

Desenhe um objeto que esteja presente nesta sala.

10.5. Dar indicações de onde desenhar

Desta vez é o investigador a desenhar e o participante a dar a instrução. Diga onde o investigador deve desenhar um círculo, um triângulo e um quadrado.

10.6. Desenhar o que está escrito

Desenhe os objetos indicados

- a) Mesa redonda
- b) Panela
- c) Televisor
- d) Garrafa
- e) Pera
- f) Ananás
- g) Vela
- h) Lâmpada

Soluções das Atividades de Estimulação Cognitiva



1. Orientação

1.1. Resposta Livre

1.2. Resposta Livre

1.3. 5 de outubro: implantação da república; 8 de dezembro: dia da imaculada conceição; 13 de junho: santo antónio; 1 de janeiro: ano novo; 1 maio: dia do trabalhador; 25 de dezembro: natal; 24 de junho: são joão e 1 de novembro: todos os santos.

1.4. Resposta livre

1.5. Sim, não, sim, não, não, não e sim

1.6. Resposta livre

1.7. Resposta livre

2. Atenção

2.1. Segunda coluna, terceira linha

2.2. Marta, Mariana, Maria, Marina, Margarida e Mercedes

2.3. Raúl, Jaime, Sandra, António, Judite, Estevão, Ricardo, Isabel, Alexandre, Jacinto e Susana.

2.4.

- a) pegar no livro, abrir o livro, ler, fechar, desligar a luz e adormecer.
- b) Chegar à pastelaria, procurar um lugar, sentar-se, pedir um café, esperar, beber o café, pagar.
- c) Entrar na padaria, esperar a vez, pedir, pagar.
- d) Ouvir, atender, falar, desligar

2.5. Folhas, pão, morangos e relógio.

2.6. Figo, vagão, pavão, querido, menina, fogão, babete, comilão, balão, pepino, panelão, panela, puxão, papa, rico, buraco, bitoque, rato, pulo, riso, mala, cola, laca, raso, rabo, cuco, pena, penacova, varina, marina, seta, moda, luas, voas, papo,...

3. Memória I

3.1. Resposta livre

3.2. Resposta livre

3.3. Resposta livre

3.4. Resposta livre

3.5. Cadeira, telefone, barcom rolha.

3.6. Cozido à portuguesa: batata, couve, nabo, cenoura, enchidos, carnes|Bitoque: batata frita, ovo estrelado, bife e salada|Bacalhau à lagareiro: Bacalhau grelhado, azeite, batata a murro, cebola, alho|Caldo verde: batata, couve galega, chouriço, cebola, alho, azeite sal e água.

3.7. Resposta livre

4. Memória II

4.1. Resposta livre

4.2. Resposta livre

4.3. Resta livre

4.4. Vida, rua, malhão, caixeirinho, botas.

4.5. João, 15, 15horas, 20.30horas, António.

5 e 6 Fluência Verbal: Respostas livres

7. Linguagem I

7.1. Camião-gasóleo, bicicleta-pedal, povoação-casas, esquis-neve, candeeiro-lâmpada, barco-oceano e anedora-humorista.

7.2. Resposta livre

7.3. Resposta livre

7.4. Maçã, Rosa, Azeite e Gaiola

7.5.

1. Andorinha 2. Cadeira 3. Relógio 4. Nada 5. Cubo 6. Rio

7.6.



7.7. Resposta Livre

7.8. Resposta Livre

7.9. Resposta Livre

7.10. Laranja, azeite, luvas, vaso, bola, janela, fósforos, flores.

7.11.

- a) A avó Joaquina
- b) Completa 100 anos de vida
- c) Hoje (24 de Fevereiro)
- d) Coimbra
- e) A neta Rita quer dar a conhecer a sua bonita história de vida e o exemplo

8. Linguagem II

8.1. nabos, feijão, mesas, garrações, mesas, garrações, pinhas, relógio, leões, pião, pinheiros, agriões, aneis, papel.

8.2. lavar os dentes, pentear o cabelo, transporte, regar.

8.3. verão, abril, peixes, sil.

8.4. laranjeira, bolo

8.5. Resposta livre

8.6. Resposta livre

8.7. Resposta livre

9. Aptidão Visuospacial I

9.1. a 9.6. Respostas Livres

9.7. circulo, sol, sinal, cara|setas|estrelas

9.8. 4

9.9. Resposta livre

9.10. 9

10. Aptidão Visuospacial II

10.1. a 10.6 Resposta livre

Nota: As respostas assinaladas como “resposta livre” não têm resposta padrão ou são para responder através da memória ou da cópia.

ANEXO 8|RECOLHA FOTOGRÁFICA DOS MATERIAIS USADOS NAS SESSÕES DE ATIVIDADES DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA “MENTE ATIVA”

