Escola Superior
de Educação
Politécnico de Coimbra

Promoção das capacidades cognitivas em idosos: Aplicação de um programa de estimulação cognitiva.

Departamento de Educação, Desporto e Intervenção Social
Mestrado em Gerontologia Social

Célia da Silva Margarido

Fevereiro, 2023

Escola Superior de Educação
Politécnico de Coimbra

Célia da Silva Margarido

Promoção das Capacidades Cognitivas em idosos: Aplicação de um programa de estimulação cognitiva

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

Trabalho realizado sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Maria Rodrigues da Cruz Parreiral

Fevereiro, 2023

Agradecimentos

Agradeço antes de mais às pessoas mais importantes e cruciais em todo este processo, os idosos intervenientes na investigação, sem eles este projeto não seria possível. Por todo o carinho, paciência, empatia e disponibilidade que sempre manifestaram.

À Professora Doutora Sílvia Parreiral, pelas horas dedicadas, pelos saberes e conhecimentos partilhados, pela paciência, pela motivação e principalmente por ter aceite o desafio de ser minha orientadora após situações delicadas no início do estudo.

À Assistente Social onde foi realizado o estudo, e a todos os restantes funcionários por se terem tornado pessoas essenciais no decorrer do processo, pela disponibilidade, capacidade de escuta, dedicação, proteção, conhecimentos e por todo o apoio e incentivos dados dia após dia.

À minha família, e aos meus amigos, pelo carinho, compreensão e conforto em todo o meu percurso, pessoal, profissional e académico. Obrigada por estarem presentes e me apoiarem em todos os momentos e decisões da minha vida.

Termino uma nova etapa e espero que, de alguma forma, possa retribuir e compensar todo o carinho, apoio e dedicação que me prestaram.

Promoção das capacidades cognitivas em idosos: Aplicação de um programa de estimulação cognitiva

Resumo

Ao longo dos anos, o envelhecimento populacional tem vindo a aumentar consecutivamente, quer devido ao aumento da esperança média de vida, quer devido às boas práticas que promovem o bem-estar das pessoas idosas.

No decorrer da vivência de cada pessoa, determinadas funcionalidades físicas, sociais e psicológicas tendem a desenvolver comprometimentos, influenciando a forma como se desempenham certas atividades da vida diária de forma autónoma. Contudo, a sociedade está cada vez mais acautelada sobre as necessidades que o idoso apresenta, e quais as formas de atuação que podem ser aplicadas e desenvolvidas para promoção do seu bem-estar e meio envolvente.

É um facto que parte da percentagem de idosos a residir em Portugal necessita de apoio institucional, refletindo-se na necessidade de programas desenvolvidos por profissionais que promovam atividades de lazer, estimulação cognitiva, partilha de valores, entre outros, de modo a prevenir, a todos os níveis, declínios associados ao envelhecimento.

Com este estudo pretendeu-se analisar as aptidões cognitivas de cada idoso intervencionado, de modo a ser implementado um conjunto de exercícios e dinâmicas, com o propósito de lhes proporcionar melhorias cognitivas ao nível das competências, orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva, assim como melhorias na qualidade de vida.

Nesse âmbito, a um grupo de idosos integrados numa valência de Centro de Dia do concelho de Coimbra, aplicaram-se os questionários MEEM e o *Whoqol-Bref* em regime de pré e pós teste, seguindo um plano quasi-experimental, com a implementação de um programa de estimulação cognitiva, com vista a avaliarem-se quantitativamente os resultados apresentados.

Palavras-chave: idoso, envelhecimento, estimulação cognitiva, qualidade de vida

Promoting cognitive abilities in the elderly: Application of a cognitive stimulation program

Abstract

Over the years, the aging population has been increasing consecutively, both due to the increase in the average life expectancy and to the good practices that promote the well-being of the elderly.

During each person's life, certain physical, social, and psychological functions tend to develop impairments, influencing how one performs certain activities of daily living autonomously. However, society is becoming more and more aware of the needs of the elderly, and what forms of action can be applied and developed to promote their well-being and environment.

It is a fact that part of the percentage of elderly people living in Portugal needs institutional support, which is reflected in the need for programs developed by professionals that promote leisure activities, cognitive stimulation, sharing of values, among others, to prevent, at all levels, declines associated with aging.

The aim of this study was to analyze the cognitive skills of each elderly participant, so that a set of exercises and dynamics could be implemented, with the purpose of providing cognitive improvements in terms of skills, orientation, retention, attention and calculation, evocation, language, and constructive ability, as well as improvements in quality of life.

In this study, the MMSE and the Whoqol-Bref questionnaires were applied to a group of elderly people in a Day Care Center in the municipality of Coimbra in a pre- and post-test regime, following a quasi-experimental plan, which consisted of the application of a cognitive stimulation program to quantitatively assess the results presented.

Keywords: elderly, aging, cognitive stimulation, quality of life

Sumário

Agradecimentos I
Resumo II
Abstract III
Abreviaturas VI
Lista de Tabelas VII
Lista de Gráficos VIII
INTRODUÇÃO 1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO 3
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO GERAL SOBRE O ENVELHECIMENTO 4
1.1. O Conceito de Envelhecimento 5
1.2. O Conceito de Idoso 8
1.3. O Idoso Institucionalizado 11
CAPÍTULO II - QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO 15
2.1. O Conceito de Qualidade de Vida 16
2.2. A Qualidade de Vida na pessoa idosa 18
2.3. O exercício físico e a promoção da qualidade de vida na pessoa idosa 20
CAPÍTULO III – ESTIMULAÇÃO COGNITIVA NO ENVELHECIMENTO 24
3.1. O Conceito de Estimulação Cognitiva 25
3.2. Estimulação Cognitiva: Alguns Modelos Teóricos 28
3.3. Fatores que Influenciam o Funcionamento Cognitivo 30
3.3.1. Raciocínio 32
3.3.2. Atenção/Concentração 33
3.3.3 Criatividade 34
3.3.4 Memória 34
3.3.4.1. Memória a Curto Prazo 36
3.3.4.2. Memória a Longo Prazo 37
3.3.5. Capacidade de Aprendizagem 39
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO 41
CAPÍTULO IV – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 42
4.1. Objetivos e Hipóteses de Estudo 43

4.2. Design de Estudo e Instrumentos 44
4.3. Procedimentos 46
4.4. Caracterização da Instituição 48
4.5. Caracterização da amostra 48
4.6. Programa de estimulação cognitiva aplicado 50
4.6.1. Orientação 53
4.6.2. Retenção (Memória a curto prazo) 54
4.6.3. Atenção e Cálculo 55
4.6.4 Evocação 55
4.6.5. Linguagem 56
4.6.6. Habilidade construtiva 56
CAPÍTULO V - TRATAMENTO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS 59
5.1. Resultados obtidos na aplicação do *Mini Mental State Examination* 60
5.1.1. Resultados obtidos ao nível da variável orientação 62
5.1.2. Resultados obtidos ao nível da variável retenção 63
5.1.3. Resultados obtidos ao nível da variável atenção e cálculo 64
5.1.4. Resultados obtidos ao nível da variável evocação 65
5.1.5. Resultados obtidos ao nível da variável linguagem 65
5.1.6. Resultados obtidos ao nível da variável habilidade construtiva 66
5.2. Resultados obtidos na avaliação da qualidade de vida com a aplicação do teste *WHOQOL-Bref* 67
CONCLUSÃO 74
BIBLIOGRAFIA 77
ANEXOS 86
ANEXO 1 – RESUMO DAS ATIVIDADES 87
ANEXO 2 - *WHOQOL-BREF – WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE – BREF* 96
ANEXO 3 - *MINI MENTAL STATE EXAMINATION* 101

Abreviaturas

EDT-24 – *Echelle Ditrovie – 24*

ERPI´s – Estruturas residenciais para idosos

HIV-QL – Human Immunodeficiency Virus - Qualidade de Vida

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS´S – Instituições Particulares de Solidariedade Social

Kiddy-C – *Kiddy-kindl Children*

Kiddy-P – *Kiddy-Kindl Parents*

MOCA – *Montreal Cognitive Assessment*

MEEM – *Mini Mental State Examination*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PDQ-39 – *The 39 item Parkinson's Disease Questionnaire*

QALY – *Quality-Adjusted Life Year*

SW – Teste - Shapiro Wilk

Whoqol-Bref – *World Health Organization Quality of Life – Bref*

Lista de Tabelas

Tabela 1. Constituição da amostra quanto a idade e sexo 48
Tabela 2. Estado civil segundo o sexo dos sujeitos 49
Tabela 3. Nível de escolaridade segundo o sexo dos sujeitos 49
Tabela 4. Profissão dos sujeitos segundo o sexo 50
Tabela 5. Atividades e Objetivos da categoria Orientação 54
Tabela 6. Atividades e Objetivos da categoria Retenção 54
Tabela 7. Atividades e Objetivos da categoria Atenção e Cálculo 55
Tabela 8. Atividades e Objetivos da categoria Evocação 55
Tabela 9. Atividades e Objetivos da categoria Linguagem 56
Tabela 10. Atividades e Objetivos da categoria Habilidade Construtiva 57
Tabela 11. Calendarização das sessões 57
Tabela 12. Resultados do MEEM (Pré e Pós teste) (Pontos) 61
Tabela 13. Distribuição dos valores descritivos obtidos no pré e pós teste da categoria orientação 63
Tabela 14. Distribuição dos valores descritivos obtidos no pré e pós teste da categoria retenção 63
Tabela 15. Distribuição dos valores descritivos obtidos no pré e pós teste da categoria atenção e cálculo 64
Tabela 16. Distribuição dos valores descritivos obtidos no pré e pós teste da categoria evocação 65
Tabela 17. Distribuição dos valores descritivos obtidos no pré e pós teste da categoria linguagem 66
Tabela 18. Distribuição dos valores descritivos obtidos no pré e pós teste da categoria habilidade construtiva 67
Tabela 19. Relação entre o sexo e a avaliação da qualidade de vida (Antes e após intervenção) 68
Tabela 20. Atividades realizadas e objetivos 89

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Avaliação média da qualidade de vida antes e após a intervenção segundo o sexo 69

INTRODUÇÃO

A população idosa aumentou progressivamente nas últimas décadas em toda a Europa, e Portugal não é exceção, tornando-se num dos países europeus com uma maior proporção da população acima dos 65 anos, ou seja, com cerca de 37% da população total do país. Apresentando um índice de envelhecimento de 184.9, em 2021 (INE, 2022).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), nos países em desenvolvimento, a população é considerada idosa a partir dos 60 anos, enquanto nos países desenvolvidos a idade é de 65 anos, sendo este critério demográfico o responsável por determinar com que idade uma pessoa pode ser chamada de idosa.

Desde o início do século XX, que o processo de envelhecimento tem sido estudado, impulsionado pelo aumento do número de idosos a nível mundial. Nas investigações iniciais sobre o envelhecimento, o enfoque principal recaía sobre a dimensão biológica e nos problemas físicos e cognitivos dos idosos. Contudo, ao longo dos anos, a abordagem tem vindo a passar pela valorização do bem-estar do idoso e da sua qualidade de vida, através da manutenção das suas capacidades (Santos, 2020).

Apesar da definição de pessoa idosa ser prescritiva e relacionada com a idade, deve-se ter em conta as características de dependência associadas à idade. Do mesmo modo, a sociedade tem a responsabilidade de atender às expectativas sobre os papéis dos idosos na sociedade e de se impor para que esses papéis sejam cumpridos, independentemente das características únicas dos indivíduos envolvidos (Camarano, 2013).

O presente projeto de investigação está dividido em duas partes: enquadramento teórico e estudo empírico. O enquadramento teórico é constituído por três capítulos. O primeiro capítulo, referente ao enquadramento geral sobre o envelhecimento, versa sobre o conceito de envelhecimento, especificamente o conceito de idoso e do idoso institucionalizado. O segundo capítulo abarca o conceito de qualidade de vida na terceira idade, especificando o que é definido por qualidade de vida, as características associadas e atividades que promovem uma melhor qualidade de vida. O terceiro capítulo, designado por estimulação cognitiva no envelhecimento caracteriza o fenómeno baseado em alguns modelos teóricos, assim como os fatores que influenciam o funcionamento cognitivo, que

incluem o raciocínio, atenção, concentração, criatividade, memória, aprendizagem, e o exercício físico.

A segunda parte, correspondente ao estudo empírico, está repartida em dois capítulos, o primeiro que se refere aos procedimentos metodológicos utilizados no estudo, nomeadamente os objetivos, design, caracterização da instituição e da amostra, e instrumentos da recolha de dados, e o segundo onde se faz o tratamento, a análise e discussão dos resultados.

Terminamos este trabalho com a apresentação das conclusões bem como das limitações e recomendações para estudos futuros nesta temática.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO GERAL SOBRE O ENVELHECIMENTO

1.1. O Conceito de Envelhecimento

O envelhecimento humano é considerado um fenómeno natural, que as sociedades têm vindo a enfrentar continuamente, numa perspetiva compreensível e pacífica. O aumento significativo da população idosa, que observamos no decorrer do século XXI, tem transformado este acontecimento num dos problemas preocupantes das sociedades desenvolvidas da atualidade (Antunes, 2015).

A OMS define o envelhecimento como o "*prolongamento e término de um processo representado por um conjunto de modificações fisiomórficas e psicológicas ininterruptas à ação do tempo sobre as pessoas*" (as cited in Neto & Corte-Real, 2013, p. 27).

Quer devido ao seu notável desenvolvimento, quer devido ao aumento da esperança média de vida, o envelhecimento humano é um fenómeno que tem vindo a gerar uma crescente preocupação a nível social, no sentido de oferecer à população idosa maior bem-estar, satisfação e qualidade de vida, e um consequente desenvolvimento da prestação de serviços e de cuidados de apoio à pessoa idosa (Pereira et al., 2015).

Ao nível do envelhecimento mundial, os países em desenvolvimento têm apresentando um progressivo declínio nas taxas de mortalidade e fecundidade, o que produz um envelhecimento considerável das populações. Por um lado, a diminuição da fertilidade, origina uma redução do número de crianças, e consequentemente da proporção de jovens nessa população. Por outro lado, o declínio da taxa de mortalidade, promove um aumento da esperança média de vida da população, contribuindo para um envelhecimento mais acentuado da população (Kalache, 1987, as cited in Paula, 2010).

No que se refere ao envelhecimento demográfico, este é um fenómeno mundial que se verifica de forma acentuada no contexto português. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2020), Portugal apresenta uma população cada vez mais envelhecida, prevendo-se que, em 2080, sejam perto de 3,0 milhões as pessoas com 65 ou mais anos, constituindo-se, assim, num dos países da União Europeia com maior percentagem de idosos.

No decorrer do tempo, o envelhecimento de uma pessoa está associado a diversos fenómenos. Na verdade, trata-se de um complexo processo de mudanças, que se inicia no momento do nascimento e se prolonga ao longo da vida, definido pelos efeitos que a

idade causa no organismo de uma pessoa (Neto & Corte-Real, 2013). Nesse processo é importante considerar que acontecem alterações graduais ao nível biológico, fisiológico, social, psicológico e cultural, as quais acarretam diversas consequências (Ferreira et al., 2010).

Ao nível biológico, o envelhecimento está associado a uma diminuição da capacidade de regeneração celular e da taxa metabólica. Com o tempo, esse processo inevitável leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade dos sistemas orgânicos do indivíduo (OMS, 2015). O processo de envelhecimento conduz, gradualmente, ao enfraquecimento muscular e implicações de numerosas funções corporais e intelectuais. Porém, nem todas as funções biológicas declinam ao mesmo tempo. Um indivíduo pode ter a audição bem conservada e a visão com perda de acuidade (Firmino, 2006). Tal processo constitui-se enquanto processo natural e inevitável da redução das capacidades funcionais dos órgãos e de uma diminuição das capacidades a partir dos 25 aos 30 anos (Choque & Choque, 2004). Contudo, essas mudanças não são lineares ou consistentes, sendo apenas vagamente associadas à idade que uma pessoa mais velha pode apresentar (OMS, 2015).

A nível fisiológico, o envelhecimento está relacionado com as capacidades mnésicas, do funcionamento cognitivo e social dos indivíduos, das facilidades de aprendizagem das tarefas e da plasticidade intelectual, que têm de ser reajustadas para não diminuírem (Choque & Choque, 2004).

O envelhecimento social distingue-se do que é contínuo, vivenciado e representado pelos próprios indivíduos e pela sociedade em geral, de modo a não originar impacto nas alterações físicas e cognitivas das suas relações interpessoais (Choque & Choque, 2004).

É importante não esquecer a componente psicológica e cultural, que também faz parte da orgânica do envelhecimento. O envelhecimento psicológico é determinado, por um lado, pelas mudanças concretas do envelhecimento biológico, e por outro lado, pelas normas e estereótipos sociais que correspondem ao envelhecimento social (Paiva, 1986). Esta alteração psicológica no envelhecimento está relacionada com as capacidades que o indivíduo possui e que podem comprometer o seu funcionamento, tais como, perceção, aprendizagem e memória (Neri, 2005, as cited in Schneider & Irigaray, 2008). Os modelos

de comportamento desenvolvidos podem ser adquiridos e mantidos ao longo da vida, trazendo consequências, inadaptações, readaptações e reajustamentos, que causam influência na forma como se envelhece (Paiva, 1986). No entanto, os idosos podem apresentar capacidades de adaptação a novas situações e utilizar estratégias que sirvam como fatores protetores, como resultado da construção da sua vida (Schneider & Irigaray, 2008).

Quanto ao envelhecimento cultural, salienta-se como sendo um elemento potencializador de valores culturais, de tradições e de convicções, particulares do tempo histórico e cultural das sociedades, que podem influenciar processos, salientar preconceitos e justificar comportamentos (Veloso, 2015).

Nesta perspetiva, a cultura tem um elevado impacto na construção social da velhice e do envelhecimento, na medida em que influencia o modo como a sociedade vê as pessoas mais velhas e o próprio processo de envelhecimento (OMS, 2002, as cited in Veloso, 2015). Pessoas a viver em meios rurais ou urbanos, ou em países diferentes, envelhecem igualmente, no entanto, o envelhecimento é encarado de modo diferente, consoante os valores culturais, a intergeracionalidade e os comportamentos face à saúde e à doença (Veloso, 2015).

Considera-se que o fenómeno de envelhecer culturalmente está associado à forma como a sociedade integra os mais velhos e evidencia os seus significados e narrativas culturais que são construídas ao longo da velhice, influenciando a forma como envelhecem e como são conhecidos por si e pelos outros elementos da sociedade. Com isto, a experiência de envelhecer não é homogénea, não apenas pela diferença entre géneros, condições socioeconómicas ou diferentes faixas etárias dentro do processo do envelhecimento, mas pela escolha de caminhos não normativos desde cedo nas suas vidas, como por exemplo o facto de não casarem ou de não terem filhos (Chaves, 2015).

Para Firmino (2006), no uso quotidiano, o conceito envelhecer significa simplesmente ficar com mais idade. Este facto só é verificado durante a fase de desenvolvimento ou de crescimento do ser humano, em que não decorre qualquer declínio no desempenho das funções do indivíduo, sendo que este só começa a manifestar-se quando o ser humano atinge a maturidade, na vida adulta, e as suas funções biológicas, cognitivas, sociais e

outras começam a deteriorar-se, consistindo numa alteração contínua das capacidades cognitivas e funcionais, como o caso da memória, orientação, linguagem e função executiva.

Neste sentido, o processo de envelhecer é individual e multifatorial, não se relacionando apenas com a idade cronológica do individuo, mas pela forma como este estabelece as relações afetivas, as adaptações no quotidiano, os valores pessoais, o estilo de vida de cada um e a forma como constrói a sua história (Freitas et al., 2012).

Envelhecer é considerado um privilégio para aqueles que atingem essa etapa da vida. Por isso, a valorização das experiências vivenciadas pelo idoso transforma-os em autoridades históricas para a transmissão de conhecimentos e aprendizagens, que podem contribuir para a formação de uma consciência crítica sobre o presente, para os membros da sociedade (Ferreira et al., 2010). Desde modo, o envelhecimento é uma realidade do processo de vida, assim como a infância, a adolescência e a maturidade, e é marcado por mudanças biopsicossociais específicas, associadas à passagem do tempo. Contudo, estas modificações variam de indivíduo para indivíduo, podendo ser determinadas geneticamente ou influenciadas pelo estilo de vida, pelas características do meio ambiente e pela situação nutricional de cada um (Ávila et al., 2007).

O envelhecimento da população deve ser visto como uma história de sucesso para as políticas de saúde pública e para o desenvolvimento social (Firmino et al., 2016). Diversas iniciativas internacionais valorizam a possibilidade de se considerar o envelhecimento como um processo positivo, pensado como um momento da vida, de bem-estar e prazer, de forma a melhorar a qualidade de vida dos mais idosos (Dawalibi et al., 2013).

1.2. O Conceito de Idoso

A OMS (2015) define o idoso com base na idade cronológica, sendo que, nos países em desenvolvimento, idosa é a pessoa com 60 anos ou mais e, nos países desenvolvidos, com 65 anos ou mais. É importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento. Existem transformações significativas no decorrer do envelhecimento relacionadas com o estado de saúde, a

participação na sociedade e os níveis de independência entre indivíduos que possuem a mesma idade (OMS, 2015).

Os idosos da atualidade são considerados os primeiros da história a viver com muita idade e em número tão elevado (Gineste & Pellissier, 2008). Outrora, morria-se antes de chegar a idoso, pelo que não se sentia necessidade de conhecer de forma aprofundada essa fase da vida. Os indicadores do envelhecimento, ou seja, os índices que levavam a considerar que uma pessoa tinha entrado na velhice dependiam, para os homens, da aparência e do trabalho, ou seja, idoso era aquele que apresentava ao nível físico sinais da idade e que já não tinha capacidade para trabalhar como antes. Por sua vez, nas mulheres, eram consideradas outras circunstâncias e critérios mais complexos, geralmente como a menopausa, a frequência dos hábitos e dos deveres conjugais e matrimoniais. Em numerosas regiões, ter terminado a educação dos filhos e ser viúva eram sinónimos da entrada no grupo simultaneamente respeitado e receado, útil e desprezado, das mulheres idosas (Gineste & Pellissier, 2008).

Estas ligações entre a aparência, a capacidade de trabalhar e a idade da velhice estabeleciam uma certa relação entre a velhice psicológica e a velhice social. Os atributos negativos que estão associados à velhice, como a idade das doenças, do declínio, da pobreza, correspondiam apenas à realidade que era observada. Porém, também era característico e natural a personalidade excecional desses idosos que, apesar da sua aparência senil, mantinham-se bem de saúde e transmitiam às gerações seguintes a sua experiência e o seu saber (Gineste & Pellissier, 2008).

Atualmente, ser idoso já não é algo diferente ou desconhecido. Uma pessoa aos 60 anos já não é vista como uma idosa, pois a esperança média de vida aumentou exponencialmente ao longo de várias épocas da História. Assim, se anteriormente a perspetiva de um homem viver era até aos 55 anos, atualmente, ultrapassa em muito essa idade. Esta evolução deve-se a um conjunto de mudanças ocorridas, nomeadamente no que diz respeito às atividades e aprendizagens, aos papéis sociais, à perceção do próprio, ao estado de saúde, à condição da situação económica e ao seu bem-estar, que fazem com que estes idosos se sintam felizes e satisfeitos com a sua própria vida (Gineste & Pellissier, 2008).

O idoso possuirá sempre a sua personalidade e identidade, sendo adaptada em função do meio que está inserido e ao longo dos anos. É a forma como é vivido o envelhecimento e como é abordada a velhice que leva o idoso a aceitar as próprias exigências e as exigências do meio ambiente (Gineste & Pellissier, 2008).

De facto, pode-se considerar que os idosos são assim denominados, num determinado contexto sociocultural, devido às diferentes características que apresentam, relativas à aparência, força, funcionalidade, produtividade e desempenho de papéis sociais, em comparação com adultos não idosos (Neri, 2013). Na realidade estes idosos transmitem as suas representações e as suas necessidades psicossociais. Porém, alguns membros da sociedade consideram que o conceito de idoso está geralmente associado a aspetos negativos, como figura infeliz, necessitada e dependente, mas, este paradigma pode ser quebrado pelas especificidades de cada idoso (Ferreira et al., 2010).

Segundo a teoria da modernização, tal preconceito acerca dos idosos pode ser justificado pela perspetiva de que a representação social do idoso declina com a modernização da sociedade (Cowgill & Holmes, 1972, as cited in Neri, 2013), sendo que os mais jovens não dão o devido valor à representação que os idosos têm de si próprios, à sua influência, ao seu autoconceito e ao seu envolvimento social.

Na perspetiva daquela teoria, tal declínio deve-se a quatro processos: primeiro, os idosos são considerados pessoas com menos capacidades e oportunidades de utilizarem as novas tecnologias, e de não acederem, tal como os mais jovens, aos conhecimentos necessários para, no quotidiano, usarem as novas tecnologias; segundo, o processo de urbanização e a separação geográfica podem ser um problema para a preservação dos laços familiares, aumentando a distância entre as gerações que normalmente diminui a representação dos idosos na família e na comunidade; terceiro, o investimento seletivo que as sociedades fazem na educação e na atualização tecnológica e profissional dirigido aos mais jovens, em desvalorização das oportunidades oferecidas aos mais velhos; quarto, as sociedades não conseguem investir de igual forma nos seus indivíduos jovens e idosos, pelo que, à medida que aumenta a proporção de idosos na população, aumenta a preocupação com os recursos existentes, o que é prejudicial à imagem social e ao bem-estar dos idosos. Nestas circunstâncias, os idosos apresentam ter necessidades específicas, decorrentes da idade e das condições educacionais, do género e da classe

social, em procura de continuidade pela sua representação, influência e poder, ou então acomodados à ideia de afastamento mútuo e inevitável dos papéis e recursos sociais (Neri, 2013).

O envelhecimento continuará a ser representado sob uma forma de perda, fazendo com que muitas capacidades que as pessoas idosas possuem permaneçam desconhecidas e muitos ganhos não sejam valorizados. Nesse sentido, é essencial implementarem-se novas políticas públicas direcionadas aos idosos, que intervenham não apenas na saúde, mas que permitam o combate ao preconceito de que geralmente são vítimas, incentivem a sua valorização e a sua inserção na sociedade. Deve-se ir ao encontro da quebra do paradigma do envelhecimento objetivado na figura de velho e idoso, vinculado à doença, inutilidade e limitação; o novo paradigma deve estar estabelecido na figura de idoso ativo, associado a representações positivas de saúde, independência e alegria. Intrinsecamente relacionada com esta questão, torna-se evidente a necessidade, tanto de qualificação dos profissionais voltados especificamente para o atendimento ao idoso, como de fiscalização por parte dos órgãos representativos dos profissionais de todas as áreas (Caldas, 2003).

A institucionalização é uma realidade cada vez mais presente na vida da pessoa idosa, devido às mudanças visíveis neste domínio, quer desde as suas necessidades, como os fatores a ela associados. Esta inevitabilidade destaca a importância de se promover um atendimento e cuidado de qualidade ao idoso, com base no desenvolvimento de instituições adaptadas e de profissionais competentes e qualificados.

1.3. O Idoso Institucionalizado

Antigamente as instituições tinham como principais funções a terapêutica, reservada aos hospitais, e dirigida às pessoas que a medicina podia curar, e a função de confinamento era reservada aos asilos, essencialmente destinados a isolar da sociedade as pessoas consideradas perigosas (Gineste & Pellissier, 2008). Atualmente, é visível que as instituições, como IPSS´s (Instituições particulares de solidariedade social) e outras estruturas residenciais para idosos, voltadas para o cuidado da pessoa idosa, têm uma função social indispensável, por vezes vital, na organização e no funcionamento da sociedade (Neto & Corte-Real, 2013).

A OMS refere, por exemplo, alguns problemas específicos do envelhecimento, como a diminuição da acuidade visual e auditiva, incontinências, incidências de quedas, demência, depressão e isolamento, incentivando para que haja uma maior procura de formas de institucionalização (Freitas & Scheicher, 2010). Estas instituições têm um elevado impacto na vida das pessoas idosas, existindo a necessidade de implementar o conhecimento através de práticas que promovam o bem-estar destas pessoas (Neto & Corte-Real, 2013).

Em 2010, os dados oficiais apontavam para 18,5% de pessoas idosas a residirem em Portugal, tendo as respostas sociais existentes (6 369) capacidade para 225 571 idosos. Posteriormente, em 2015, o número de população idosa portuguesa aumentou para 20,5%, o número de respostas sociais aumentou para 7 211 com capacidade de integrar 267 640 idosos. Em 2020, a população idosa a residir em Portugal era de 22,7%, o número de respostas sociais aumentou para 7 347, com a capacidade de agregar 278 529 idosos (Carta Social, 2022; Pordata, 2022). Atualmente, a população portuguesa é de 10 352 042 habitantes, sendo que 37,2% corresponde à população idosa, existindo um índice de envelhecimento de 184.9 em 2021 (INE, 2022). De acordo com os dados apresentados é de realçar que o número de idosos e respostas sociais têm vindo a aumentar em Portugal, demonstrando a necessidade de se abordar a importância das instituições e os aspetos que podem contribuir para o bem-estar da pessoa idosa.

Em Portugal, segundo o Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de fevereiro, a institucionalização é feita maioritariamente através de entidades privadas lucrativas e não lucrativas. Das entidades não lucrativas, ressalvam-se as IPSS's que surgiram em 1976 e, até hoje, são as instituições que disponibilizam um maior número de serviços para a população idosa. Os serviços prestados incluem centros de convívio, focados na prevenção do isolamento e manutenção das relações sociais; centros de dia, caracterizados por serviços associados à alimentação, higiene, atividades recreativas e outros cuidados, durante o dia, permitindo à pessoa idosa manter-se em sua casa ou com a sua família, mesmo que esta não lhe possa prestar cuidados durante o dia; serviços de apoio domiciliário, sendo que este tipo de cuidados incluem, desde a satisfação das necessidades básicas a cuidados de saúde, permitindo à pessoa idosa continuar a viver em sua casa; e os lares de terceira idade, com um carácter mais permanente, onde se

prestam uma variedade de serviços, como alojamento temporário ou permanente, alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, atividades de convívio e animação sociocultural, assim como ocupação dos tempos livres (DRE, 1998).

A maioria das instituições possui um perfil assistencialista, nas quais se prestam cuidados aos idosos e oferecem acolhimento e alimentação. Mas, para que se possam prestar cuidados de qualidade, em consonância com as diversas necessidades dos idosos, é fundamental que os profissionais sejam habilitados legalmente e que instituição tenha uma estrutura física adequada, refletindo-se estes condicionantes consideravelmente no desenvolvimento das atividades técnicas de saúde e do próprio idoso institucionalizado (Freitas & Scheicher, 2010).

Deste modo, as instituições são os agentes das sociedades, que lhes atribuem a missão de cuidar dos idosos que aí habitam. Elas são, igualmente, o espelho dos nossos valores e das nossas convicções tendo como missão, as ações educativas, médico-educativas, terapêuticas, pedagógicas e de formação adaptadas às necessidades da pessoa, bem como as ações que contribuem para o seu desenvolvimento social e cultural (Gineste & Pellissier, 2008). Podem promover o exercício da autonomia e assegurar à pessoa um tratamento e um acompanhamento individualizado de qualidade, que favoreçam o seu desenvolvimento, a sua independência e a sua inserção, adaptados à sua idade e às suas necessidades (Gineste & Pellissier, 2008).

Contudo, também existem pontos negativos na institucionalização, nomeadamente maiores níveis de stress e depressão. O isolamento social que pode ocorrer leva à perda de identidade, liberdade, autoestima, ao estado de solidão e muitas vezes de recusa da própria vida, o que justifica o número elevado de doenças mentais nas instituições (Freitas & Scheicher, 2010). Assim, acredita-se que toda essa problemática vivenciada pelo idoso, sobretudo quando institucionalizado, possa comprometer de diferentes maneiras a sua qualidade de vida (Freitas & Scheicher, 2010).

Embora a institucionalização seja geralmente rejeitada e temida pela maioria das pessoas idosas, existem famílias que por motivos financeiros ou emocionais não têm capacidade de cuidar dos seus familiares. Assim, embora possa ser considerada negativa, a verdade é que a institucionalização pode promover uma maior sensação de segurança,

principalmente se resultar de perdas na autonomia causadas por patologias físicas, perda de cônjuge, carências de apoio social, isolamento, ou vivências habitacionais negativas (Pimentel, 2001).

Assim, a qualidade de vida (ou a falta de) dos idosos institucionalizados depende de fatores como: possuir autonomia para executar as atividades do dia a dia; manter uma relação familiar e/ou com o exterior regular; ter recursos económicos suficientes e realizar atividades lúdicas e recreativas constantemente. Para que estes se concretizem é essencial um acompanhamento adequado, cuidado e eficiente por parte dos trabalhadores da instituição que os acolhem. Para tal, a instituição deve responder às necessidades mais proeminentes do idoso (Jacob, 2007).

Quer devido à sua significativa expansão, quer devido ao aumento da esperança média de vida, o envelhecimento humano é um fenómeno que impulsiona a emergência de transformações no sentido de proporcionar à população idosa bem-estar, sentimentos de satisfação e qualidade de vida, interligados aos serviços, necessidades, exigências e cuidados de apoio à pessoa idosa. Na sequência destas alterações, as instituições e serviços de apoio à população idosa, para além de responderem às necessidades básicas de alimentação, higiene e cuidados de saúde, têm vindo a sentir, de algum modo, a necessidade de ir mais além e oferecer dinâmicas e iniciativas promotoras de saúde, participação social e bem-estar das pessoas que nela permanecem. A finalidade destas instituições passou a ser a promoção de um envelhecimento bem-sucedido, ou seja, proporcionar qualidade de vida e bem-estar na última fase da vida (Jacob, 2007).

CAPÍTULO II - QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO

2.1. O Conceito de Qualidade de Vida

O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998) definiu qualidade de vida como a perceção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Para Vecchia et al. (2005), o conceito de qualidade de vida está relacionado com a autoestima e com o bem-estar pessoal e abrange uma grande variedade de aspetos, tais como: a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o estado de saúde, os valores culturais, éticos e de religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com as atividades da vida diária e com o ambiente em que se vive.

Segundo Minayo et al. (2000, as cited in Paula, 2010), o conceito de qualidade de vida, apesar de não ser específico e claro, tem sido aproximado ao estado de satisfação do indivíduo em relação à sua família, situação amorosa e vida social e ambiental. Para os autores, a noção de qualidade de vida possui três referências: 1) histórica, em que o seu padrão pode mudar na sociedade em tempos diferentes; 2) cultural, podendo-se diferenciar de população para população, dependendo dos valores, das necessidades e tradições; e 3) relativa às estratificações ou classes sociais. Os autores referem que valores como o amor, a liberdade, a solidariedade e a inserção social compõem a conceção de qualidade de vida, e ressaltam que a noção de qualidade de vida, por um lado, está relacionada com as condições e estilos de vida, e por outro, inclui as ideias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana, e ainda está relacionada ao campo de democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais (Paula, 2010).

Além disso, o mesmo conceito deve ser considerado numa perspetiva individual, desenvolvendo-se de maneira inseparável das condições de vida, e de aspetos como a saúde, a habitação, a educação, o lazer, o transporte, a autoestima, baseando-se na capacidade funcional, no nível socioeconómico, e no nível de satisfação com a vida do indivíduo (Quintão et al., 2013).

Considerando a complexidade do conceito de qualidade de vida é possível distinguir duas áreas: a subjetiva e a objetiva. A área objetiva corresponde às condições perante a vida, que demonstra a influência do contexto sociocultural e a adaptação do indivíduo aos

respetivos valores e normas. A área subjetiva refere-se à avaliação que cada pessoa faz da sua vida, incluindo a satisfação com a vida, a atribuição de significado à mesma e ao bem-estar (Ventegodt et al., 2003).

Deste modo, a qualidade de vida é um conceito que abrange os aspetos da existência individual, em relação ao meio envolvente (Hoe et al., 2011). O estilo de vida de cada indivíduo afeta a sua saúde e reflete-se na sua qualidade de vida, que pode ser influenciada por diversos fatores, como a prática de atividade física, boa autoestima, alimentação saudável, cuidados com o uso do álcool e tabaco, saúde, habitação, uso de medicação, sexualidade, convívio social, autonomia, suporte familiar, satisfação com atividades diárias ou emprego, religiosidade, entre outros fatores (Filho et al., 2016).

Existem vários questionários e medidas de qualidade de vida com objetivos diversos, a título de exemplo temos o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100), desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (Fleck et al., 1999); o Quality-Adjusted Life Year (QALY) (Ferreira, 2003); o Kiddy-Kindl Children (KIDDY-C) (Ferreira, 2006), o kiddy-Kindl Parents (KIDDY-P) (Ferreira, 2006), entre outros.

Os instrumentos de avaliação de qualidade de vida podem ser classificados como genéricos e específicos. Os genéricos podem ser aplicados em qualquer população, podem ser utilizados para avaliar simultaneamente várias áreas ou domínios e permitem comparações entre pacientes com diferentes patologias, mas, por outro lado, podem não discriminar aspetos específicos (Campolina & Ciconelli, 2006; Minayo et al., 2010, as cited in Paula, 2010). Os instrumentos específicos são assim denominados porque são utilizados para avaliar: 1) indivíduos com alguma doença ou patologia específica; 2) uma determinada população, como crianças, adultos e idosos; e 3) determinadas funções, como capacidade funcional e função sexual. Estes instrumentos possuem a vantagem de ser clinicamente mais sensíveis, mas, por outro lado, permitem comparações entre patologias distintas (Campolina & Ciconelli, 2006, as cited in Paula, 2010). Como por exemplo, segundo Marques (2020), o questionário Human Immunodeficiency Virus na Qualidade de Vida (*HIV-QL)*, mede o impacto da sida na qualidade de vida dos doentes infetados; o Echelle Ditrovie-24 (*EDT-24)*, que mede o impacto psicológico e funcional da incontinência urinária no estado de saúde e qualidade de vida das mulheres (Marquis et

al., 1997); o The 39 item Parkinson´s Disease Questionnaire (*PDQ-39*), que avalia a qualidade de vida em doentes com Parkinson (Jenkinson et al.,1997).

De modo a adequar os procedimentos às necessidades dos idosos, é pertinente compreender a perceção que estes têm da sua qualidade de vida, de forma que seja possível identificar as principais dificuldades e recursos utilizados e, indo ao encontro das suas capacidades, promover a vivência adaptativa do seu processo de envelhecimento (Lourenço, 2017).

2.2. A Qualidade de Vida na pessoa idosa

Desde a década de 1980 que inúmeras iniciativas internacionais valorizam a possibilidade de se considerar o envelhecimento como um processo positivo, pensado como um momento da vida de bem-estar e prazer (Dawalibi et al., 2013). Para os idosos, qualidade de vida significa ter saúde, paz, harmonia, ser feliz, estar satisfeito com a vida, manter-se ocupado, seja com atividades de lazer, voluntariado ou trabalho, mas significando também manter relações interpessoais e receber apoio da família, dos amigos e vizinhos (Marques et al., 2013). Os idosos reconhecem que a religião e algumas práticas espirituais afetam positivamente a sua qualidade de vida. Pelo contrário, fatores como a dependência de medicamentos ou tratamentos, a persistência de dor, o desconforto físico e sentimentos negativos afetam negativamente a sua qualidade de vida (Murakami & Scattolin, 2010).

O processo de envelhecimento multidimensional, engloba aspetos físicos, psicológicos, espirituais, sociais e contextuais (e.g. saúde física, nível de independência, autoestima, crenças sobre religião e espiritualidade, relações interpessoais, recursos do contexto em que a pessoa se insere) (Dawalibi et al., 2013). A qualidade de vida dos idosos depende da preservação, da sua independência e da manutenção de objetivos ao longo da vida, e envolve valores pessoais, experiências anteriores, capacidade de adaptação às mudanças, independência, autonomia, atividades lúdicas e recreativas, saúde, relações sociais e familiares, e viver em casa (Borglin et al., 2005).

Os problemas psicológicos e emocionais, a redução da atividade física, a fragilidade e a diminuição das reservas funcionais, levam a que haja um declínio progressivo no ser

humano em todos os sistemas fisiológicos, sendo marcado por prejuízos estruturais e funcionais, acelerados ou desacelerados por fatores ambientais e comportamentais que é expressa pela perda da funcionalidade e capacidade de adaptação (Neta et al., 2016).

O desempenho motor e a aptidão física relacionam-se com a qualidade de vida, levando, independentemente da idade, a melhorias significativas no domínio específico do bem-estar físico (Camões, et al., 2016). Aplica-se diretamente no caso dos idosos, uma vez que a sua qualidade de vida determina o bem-estar e a capacidade de se manterem autónomos na realização das suas atividades diárias.

De acordo com Lawton (1991) devem ser considerados alguns fatores na compreensão da qualidade de vida em idosos. Em primeiro lugar, destaca-se a dimensão avaliativa, em que são abordados os aspetos negativos e positivos (e.g. em detrimento da focalização exclusiva nos défices, incluem-se os recursos e aspetos favoráveis). Em segundo lugar, a questão temporal tem um impacto relevante nos idosos. As memórias do passado e as expectativas sobre o futuro condicionam a perceção da qualidade de vida no momento presente. Por um lado, pode existir a valorização de qualidades que existiam no passado; por outro lado, a antecipação do futuro (e.g. em contexto de doença) poderá contribuir para a perceção de diminuição da qualidade de vida no momento presente. Por último, o autor acima mencionado refere quatro dimensões fundamentais da qualidade de vida a ter em conta na avaliação deste constructo em idosos: competência comportamental (e.g. avaliação do funcionamento do indivíduo a nível físico, cognitivo e social, de acordo com as normas socioculturais); perceção sobre a própria qualidade de vida (e.g. avaliação subjetiva que o indivíduo faz sobre o seu desempenho nas várias dimensões); contexto externo (e.g. influência dos fatores contextuais na avaliação que o idoso faz da sua qualidade de vida); e a avaliação subjetiva que o idoso pode fazer acerca dos fatores contextuais, tais como o apoio social e bem-estar psicológico (e.g. resulta da avaliação sobre as dificuldades e competências nos vários domínios, sendo essencial compreender como é que os idosos se sentem, no meio em que estão inseridos).

Assim, quando se avalia a qualidade de vida dos idosos, é essencial ter em consideração os aspetos objetivos (e.g. estado de saúde) e a subjetividade inerente à sua satisfação com a vida. De acordo com as especificidades da condição do idoso, será necessário adaptar a avaliação da qualidade de vida (e.g. ter em conta as limitações cognitivas em

idosos com demência, sem negligenciar a sua perceção subjetiva relativamente à sua qualidade de vida) (Hoe et al., 2011).

A gerontologia é a área de desenvolvimento contínuo voltado para a longevidade com qualidade, ressaltando a independência e autonomia e indicando a avaliação funcional. A capacidade funcional sofre influência de fatores socioeconómicos, culturais e psicossociais, os quais são importantes considerar, procurar e estimular junto dos idosos, garantindo-lhes o direito de viver em ambientes favoráveis à sua independência funcional e de buscar conhecimentos, prazer e qualidade de vida. Assim, os idosos serão capazes de preservar o desempenho das suas atividades de vida diária, retardando o surgimento de incapacidades relativas, por exemplo, à utilização de transportes, ao atendimento do telemóvel, a realização de compras e à inserção na participação social (Quintão et al., 2013).

É importante que o profissional que presta apoio ao idoso intervenha ao nível da estimulação social, seja por meio de jogos, idas a palestras, dramatizações, caminhadas, danças, ginástica, organização de festas, entre outras, com o objetivo de preservar e melhorar a sua qualidade de vida em todos os domínios representativos (Quintão et al., 2013). A atuação dos profissionais não se deve concentrar apenas na doença, mas também nas principais condições que causam incapacidade e, consequentemente, declínio no grau de independência funcional e, ainda, degradação na qualidade de vida (Vitorino & Silva, 2010). Reforça-se ainda a importância de se avaliar individualmente a condição física e cognitiva de cada idoso e trabalhar para o seu desenvolvimento.

2.3. Exercício físico e a promoção da qualidade de vida na pessoa idosa

Segundo Carvalho e Mota (2012), o envelhecimento populacional levou a que se tomassem cada vez mais medidas, iniciativas e intervenções, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos idosos e a sua integração progressiva e equilibrada na sociedade. Como resultado, os idosos passaram a viver mais tempo, no entanto é importante que vivam com qualidade e integrados na sociedade e na família, com a garantia de meios e apoios necessários.

A prática de atividade física surge como um elemento potenciador de qualidade de vida relacionada com um envelhecimento saudável, sendo que a inatividade está na origem de muitas patologias (Araújo, 2013). Uma atividade física adaptada e compensatória pode ajudar a prevenir algumas alterações patológicas, quer anatómicas quer funcionais (Araújo, 2013), e contribuir para o aperfeiçoamento das capacidades utilitárias com benefícios a nível comportamental (Carvalho & Mota, 2012).

Os idosos na sua adolescência não tinham muito tempo livre, nem muitas oportunidades para realizarem a prática de exercício físico e, como tal, possuem poucos hábitos desportivos. O exercício é visto como inadaptado a este escalão etário, tal como os fatores sociais e culturais. Deste modo, é importante adaptar o exercício físico às características e possibilidades de cada um, ao seu grau de patologia, mobilidade e autonomia, criando atividades que lhes proporcionem bem-estar, sentido de integração na sociedade, e estímulos motivacionais (Carvalho & Mota, 2012).

A valorização positiva da atividade física deve conduzir a sentimentos de felicidade e de satisfação para com a vida, já que os idosos são mais motivados a realizar atividades que consideram agradáveis. Atividades estas, que permitem minimizar os riscos de futuras doenças; promover um sentido de bem-estar e sentido de existência pessoal, constituindo-se para os idosos como um contributo essencial na sua valorização e integração social (Carvalho & Mota, 2012).

No geral, a atividade física visa não apenas ajudar a prevenir e a retardar as possíveis alterações e patologias comuns do grupo etário mais envelhecido, mas também a manter uma boa qualidade de vida, desde que feita de forma adaptada e contínua. Deste modo, o exercício físico atua em diversos níveis, ao nível, físico, fisiológico, social e psicológico que se resumem num objetivo principal que é a melhoria do bem-estar e da qualidade de via da pessoa idosa (Carvalho & Mota, 2012).

Especificamente, a caminhada é bastante recomendada, pois permite ótimos resultados na prevenção de doenças crónicas degenerativas e na manutenção da capacidade funcional. Os objetivos da caminhada passam por estimular a coordenação dos braços e pernas; fortalecer a musculatura dos membros; auxiliar uma melhor sustentação da postura corporal, aumentar a eficiência dos pulmões, coração e vasos sanguíneos,

proporcionar o contacto social, aumentar o gasto de calorias e gorduras, favorecer o contacto com a natureza (Araújo, 2013).

É importante reforçar a manutenção da força muscular, visto que a sua perda está fortemente associada com a instabilidade corporal, quedas e incapacidade funcional generalizada, daí que um treino de reforço muscular adequado pode trazer grandes benefícios ao idoso (Carvalho & Mota, 2012).

O lazer e a recreação devem fazer parte da vida das pessoas. As atividades recreativas podem proporcionar momentos de descontração, diversão e alegria, que contribuem para uma melhor ocupação do tempo livre e para a aquisição de novas experiências. As atividades proporcionam a interação entre pessoas e pode-se beneficiar ao nível físico e cognitivo, pois oferecem oportunidades para sair de casa e consequentemente a melhoria de autoestima. Os objetivos das atividades recreativas são, principalmente, a socialização, o aproveitamento do tempo livre, a descontração, a integração e participação social, e o estímulo da criatividade (Araújo, 2013).

O jogo é uma das atividades recreativas que podem ser utilizadas como lazer (permite o descanso e a recreação), como gasto de energia (consumir energia acumulada), ou como aprendizagem (melhoria na qualidade de vida). O seu desenvolvimento deve permitir sempre a melhoria dos aspetos físicos, psicomotores e sociais (Araújo, 2013).

Para a realização de práticas de melhorias de qualidade de vida podem ser implementadas dinâmicas de grupo, que podem ser realizadas através de um grupo, de 8 a 25 membros, num contexto psicossocial rico em estímulos e potencialidades. No que diz respeito à composição do grupo, surge como critério para que se obtenha um equilíbrio entre a homogeneidade e a heterogeneidade. Tendo de haver uma seleção equilibrada dos membros do grupo. O técnico deverá ter em consideração os fatores como o sexo, a idade, o quociente intelectual, as características da personalidade de cada participante e, nos grupos de terapia o tipo de patologia apresentada. É necessário, portanto, que o grupo seja equilibrado e representativo (Manes, 2018).

A duração das atividades pode variar entre uma hora e meia a duas horas. O local de encontro deve ser tranquilo e reservado, numa sala adequada para o trabalho de grupo, deve ser suficientemente grande, mas não dispersivo, acolhedor, e se possível deve ser

utilizada uma sala diferente daquela em que os participantes se encontram habitualmente para desempenharem outro tipo de trabalho (Manes, 2018).

Em grupo, é possível trabalhar e estimular a dimensão do funcionamento psicológico humano, a dimensão emotivo-efetivo, a dimensão cognitiva e a dimensão experiencial, através das temáticas importantes relativas à vida do grupo e de cada um dos membros (Manes, 2018). As pessoas que participam na dinâmica de grupo encontram um ambiente favorável onde podem reduzir as próprias defesas, explorar e tomar consciência de aspetos que lhes dizem respeito, assim como fazer experiências de relacionamento interpessoal (Manes, 2018).

Os grupos experienciais e os jogos cognitivos baseiam-se sobretudo no potencial humano, mas também na liberdade, vontade, criatividade e sociabilidade (Manes, 2018). O objetivo fundamental dos jogos cognitivos num determinado grupo é proporcionar aos participantes uma experiência particular de aprendizagem. Tal como, fornecer um nível base de estimulação capaz de ativar processos que permitam a tomada de consciência, facilitando a aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros (Manes, 2018).

O profissional ao trabalhar com esta população, deve ter em consideração a heterogeneidade de pessoas, elaborando um programa, quer seja para um grupo ou individualizado, focado nas necessidades e objetivos específicos, tendo por base a avaliação individual das capacidades físicas, bem como as limitações funcionais que a pessoa possa sentir e que não sejam aparentemente visíveis (Araújo, 2013).

CAPÍTULO III – ESTIMULAÇÃO COGNITIVA NO ENVELHECIMENTO

3.1. O Conceito de Estimulação Cognitiva

A literatura sugere a existência de fatores relacionados com a saúde, eventos biológicos e o modo de vida do indivíduo como possíveis determinantes da taxa de envelhecimento cognitivo (Souza & Chaves, 2005). O declínio cognitivo geralmente associado à idade, pode ser prevenido, ou até mesmo retardado, através da manutenção de atividades estimulantes ao nível mental e físico, sendo fundamental que haja uma intervenção especializada ao nível da memória, do cálculo, da memória visual, da leitura, de atividades de concentração, de sequência de pensamento, de atenção e da capacidade de autonomia (Cristina et al., 2017). São mais frequentes os declínios no funcionamento cognitivo provocados pelo desuso das atividades cerebrais, pelas doenças, pela medicação e álcool, e por fatores psicológicos, do que pelo envelhecimento em si (Jacob, 2007).

Deste modo, é essencial dar uso às capacidades cognitivas, estimulando-as em sessões formais e informais de treino e intervenção cognitiva com efeitos mais prolongados no tempo e mais facilmente generalizados às atividades quotidianas (Azevedo & Teles, 2013). A estimulação cognitiva é uma intervenção que deve ocorrer num ambiente saudável, oferecendo uma sequência de atividades agradáveis que abarcam domínios cognitivos como a atenção, a linguagem, o raciocínio, a aprendizagem, a memória, o processo viso-espacial e as funções executivas (Bastos et al., 2012). Por sua vez, a idade, embora importante, é uma variável não específica que deve permanecer consciente de variáveis sociocognitivas, como a linguagem, a capacidade de raciocínio e as habilidades de regulação verbal (Friedberg et al., 2004).

A intervenção com estimulação motora e social, permite aos idosos preservar a sua autonomia na realização de atividades de vida diária, promovendo uma maior saúde mental, melhor bem-estar e maior autoestima, potencializando a conservação da função cognitiva, com implicações a nível do estado mental do idoso. Esta capacidade cognitiva trará, através da estimulação cognitiva, uma condução para a melhoria da mesma, pois se aquela for inexistente poderá surgir a indução de declínios cognitivos (Cristina et al., 2017).

Apesar de existirem perdas de capacidade cognitiva com o envelhecimento, esses efeitos podem ser bastante atenuados se o idoso mantiver uma boa atividade cognitiva e contactos sociais regulares. O exercício mental regular pode aumentar a atividade cerebral, retardar os efeitos da perda de memória e da acuidade e velocidade percetiva e prevenir o surgimento de doenças degenerativas (Jacob, 2007). Esta prática tem o potencial de melhorar ou, pelo menos, preservar o funcionamento de determinado domínio cognitivo, havendo uma tendência para as intervenções coletivas voltadas para a estimulação da memória (Santos & Mendoza, 2017).

No que se refere à memória, surge a possibilidade de realizar intervenções a este nível, promovendo a plasticidade cerebral, trabalhando com oficinas de memória, exercícios físicos e cognitivos. As atividades que estimulam a memória são determinantes em aspetos fisiológicos, tendo a capacidade de estimular o cérebro e favorecer a plasticidade cerebral; motivacionais, relacionado com a atividade física que mobiliza os sentidos; de otimização de tempo e fatores psicológicos, tendo um maior aproveitamento benéfico físico e cognitivo, surgindo a capacidade de socialização e integração em grupo (Dias & Lima, 2012).

É importante preservar e valorizar a função cognitiva para que não haja diminuição do desempenho cognitivo e da motivação no processo de aprendizagem e memória. Assim, é necessário estimular o cérebro para que exija do idoso uma maior atenção, concentração, e pensamento lógico, o que contribui para o aumento da densidade sináptica cerebral, cuja rede de transmissão é responsável pela dinâmica e plasticidade do cérebro. Além disso, capacitando os idosos para a prática da leitura; exercícios de raciocínio e lógica; e a aquisição de novas informações, leva-os à recuperação e manutenção da capacidade cognitiva e função neuronal (Souza & Chaves, 2005). Assim, entre os idosos com declínio cognitivo, a estimulação cognitiva apresenta-se como uma potencialidade de intervenção para a redução dos sintomas, apresentando benefícios ao nível da interação dos participantes e nas suas relações comunicacionais.

A plasticidade e a reserva neural são essenciais para compensar declínios associados ao envelhecimento cognitivo. Estas têm sido observadas empiricamente em estudos que procuram encontrar condições experimentais que produzem níveis máximos de

desempenho integrando tradicionalmente com a sequência teste-treino-reteste (Bastos et al., 2012).

Scheibe e Corstensen (2010; as cited in Bastos et al., 2012), referem que as mudanças no processamento cognitivo dos estímulos emocionais e o aumento da motivação e competência emocional, contribuem para uma melhor regulação emocional nas pessoas idosas e que a neuroimagem pode abrir boas perspetivas de explicação de envelhecimento emocional, sendo que, estes conhecimentos, também podem servir de base a intervenções que melhorem a qualidade de vida dos mais velhos.

Baltes e colaboradores (2006; as cited in Bastos et al., 2012) sintetizam a evidencia relativa aos estudos de intervenção cognitiva referindo que: os ganhos nas tarefas acontecem sobretudo em pessoas saudáveis; a transferência de desempenho de uma tarefa treinada para uma não treinada é limitada; existe uma discrepância na manutenção dos ganhos da tarefa; em pessoas que sofrem de demência e outras formas de patologia cerebral, os efeitos da estimulação cognitiva são condicionados a um elevado reforço externo ou são inexistentes.

Verifica-se que o desenvolvimento e o envelhecimento cognitivo dizem respeito a um processo extremamente complexo e heterogéneo em termos intra e interpessoais. Numa perspetiva de desenvolvimento ocorrem transformações ao longo do ciclo de vida que se traduzem por uma maior capacidade adaptativa. Neste sentido, emerge a necessidade de estimar o potencial máximo da própria variabilidade intra individual e a plasticidade à estimulação cognitiva, ela própria limitada pelas condições biológicas em associação ao potencial desenvolvimento da cultura (Bastos et al., 2012).

Deste modo, é fundamental conhecer os modelos teóricos de intervenção existentes que permitam compreender de que forma a estimulação cognitiva contribuiu para promover uma maior saúde mental, melhor bem-estar e maior autoestima no idoso, e potencializar a conservação da função cognitiva.

3.2. Estimulação Cognitiva: Alguns Modelos Teóricos

Investigadores ligados ao estudo do desenvolvimento adulto e envelhecimento construíram modelos teóricos e designs de investigação extremamente complexos, que permitem testar novas hipóteses de trabalho, como é o caso dos trabalhos desenvolvidos pelas equipas de Schaie e Baltes, em 1974. No caso específico do desenvolvimento cognitivo adulto e envelhecimento, é possível identificar duas grandes teorias, contruídas na época de Piaget, uma pelas teorias cognitivas e outra que se constrói nas teorias gerais dos sistemas, as teorias desenvolvimentais (Bastos et al., 2012).

Considerando a teoria e investigação produzida no âmbito do desenvolvimento e envelhecimento cognitivo, na teoria desenvolvimental de Piaget, é possível identificar uma série de modelos que partilham um conjunto de pressupostos teóricos, a chamada teoria neo piagetiana (linha cognitivo-desenvolvimental, também designada por cognitivo-estrutural) (Bastos et al., 2012).

O desenvolvimento intelectual pode ser abordado a partir do modelo das duas componentes da cognição ao longo da vida, mecânica versus pragmática. Na década de 80, Baltes (1984; Baltes, et al. 2006, as cited in Bastos et al., 2012), propõe uma estrutura teórica, na qual distingue a mecânica e a pragmática da cognição, associada à aquisição de funções cognitivas mais complexas e baseadas também no conhecimento.

Como princípio geral, a mecânica cognitiva reflete propriedades organizacionais do sistema nervoso central. Do ponto de vista das operações psicológicas, inclui a velocidade, precisão e coordenação de operações de processamento mental elementares, memória sensorial e motora, discriminação, categorização e atenção seletiva, assim como a capacidade de raciocínio (Bastos et al., 2012).

Por sua vez, a pragmática cognitiva, depende da cultura baseada na experiência, releva o poder da ação humana e da cultura. Constitui o centro dos acontecimentos de socialização. Independentemente dos acontecimentos universais, específicos da cultura ou idiossincráticos, este conhecimento é parte integrante tanto do individuo como da cultura. Exemplos típicos desta componente incluem a capacidade de leitura e escrita, qualificações educativas, capacidades profissionais, estratégias de resolução do dia-a-dia,

assim como o conhecimento sobre o *self* e o significado e condução da própria vida (Bastos et al., 2012).

Tanto o estudo longitudinal de Seattle (Shaie, 1996, as cited in Bastos et al., 2012), como o estudo longitudinal de Berlim (Mayer et al., 1999, as cited in Bastos et al., 2012), vieram apoiar a dissociação entre as duas componentes principais da inteligência. Os mesmos autores consideram também que, partindo deste modelo, a evidência empírica demonstra que as capacidades que ativamente envolvem a mecânica, normalmente mostram um padrão de declínio monótono e linear durante a vida adulta, com alguma acentuação no declínio durante a velhice tardia.

O estudo longitudinal de Seattle permitiu ainda distinguir os ingredientes transversais para as capacidades intelectuais na vida adulta. O funcionamento cognitivo na velhice está relacionado com fatores de ação proximal e distal como: herança genética inerente às capacidades cognitivas, o ambiente familiar no início da vida e a meia-idade, o funcionamento cognitivo na meia-idade, o estatuto socioeconómico, o estilo de vida e a presença de doenças crónicas (Bastos et al., 2012). Acrescentando que, a capacidade verbal e o raciocínio numérico atingem o seu pico de crescimento na meia-idade e apresenta poucos declínios até aos 70 anos, enquanto a velocidade de processamento, o raciocínio indutivo, a orientação espacial e a memória verbal apresentam um declínio quase linear desde a meia idade (Bastos et al., 2012).

O conhecimento adquirido dota os indivíduos em envelhecimento de uma forma de capacidade natural e local para resistir, ou pelo menos atenuar, as consequências das perdas induzidas pela idade, a nível da mecânica cognitiva (Bastos et al., 2012).

Considerando a pragmática cognitiva, é necessário distinguir-se entre o conhecimento normativo (cultura) e o conhecimento específico da pessoa (que resulta de combinações de contextos experienciais, características pessoais, constelações motivacionais e capacidades cognitivas ou talento), encontrando-se evidências de que a participação social atenua o declínio nas mecânicas cognitivas entre as idades mais avançadas (Bastos et al., 2012).

Dentro do conhecimento específico da pessoa, na pragmática cognitiva, está ainda o conhecimento relacionado com a sabedoria, que envolve níveis elevados de desempenho

do domínio da prática social, relacionados com a pessoa (características cognitivas, motivacionais e emocionais) (Baltes et al., 2006, as cited in Bastos et al., 2012).

3.3. Fatores que Influenciam o Funcionamento Cognitivo

A ideia de que existe um declínio generalizado e irreversível das capacidades cognitivas com a idade, surge mais como um estereótipo. À medida que envelhecemos, podemos notar alterações que apontam para algum declínio, tais como o esquecimento de tarefas quotidianas ou a necessidade de demorar mais tempo a aprender conteúdos novos, situações que fazem parte do envelhecimento normal (Azevedo & Teles, 2013).

As mudanças que ocorrem durante o processo de envelhecimento não são expostas exclusivamente à passagem do tempo, mas também são fruto da herança biológica e cultural, existindo inúmeros fatores que influenciam o envelhecimento.

Os fatores biológicos salientam a deterioração da visão e audição com a idade, levando a dificuldades na distinção das cores, na focagem e na capacidade de ouvir, nomeadamente em lugares com mais ruído de fundo. Algumas destas dificuldades cognitivas podem, muitas vezes, ser consequência destes défices sensoriais, os quais podem ser compensados com próteses, como por exemplo aparelhos de audição ou visão (Azevedo & Teles, 2013).

Os fatores pessoais estão associados a dificuldades em manter a atenção, sendo necessário fazer mais esforços para o conseguir. Este esforço pode resultar em dificuldades de manutenção nas tarefas e consequentemente falta de interesse e desmotivação, resultando em piores desempenhos intelectuais. O funcionamento cognitivo pode ser também influenciado negativamente pela presença de determinadas doenças ou medicação (Azevedo & Teles, 2013).

A escolaridade é outro fator que influencia o funcionamento cognitivo e a estrutura cerebral, uma vez que implica empenho e uso intelectual, funcionando como um fator protetor da detioração cognitiva. Além disso, um estilo de vida estimulante do ponto de vista cognitivo poderá ter impacto positivo na cognição durante o envelhecimento, como a envolvência em atividades socio-recreativas, que permitem ter a mente ativa e

estimulada, associando-se a um melhor funcionamento cognitivo e bem-estar físico e psicológico (Azevedo & Teles, 2013).

Com a entrada na reforma assiste-se à finalização de uma atividade profissional e, consequentemente, à redução da rede social e relacionamento interpessoal, enquanto fonte de estimulação. Deste modo, os fatores sociais, como o nível socioeconómico pode ter um papel protetor no declínio cognitivo a longo prazo, ou seja, melhorar as condições sociais e económicas podem influenciar o acesso a uma escolaridade mais prolongada, a recursos intelectualmente estimulantes como livros, internet, e atividades culturais, contribuindo para melhores cuidados de saúde (Azevedo & Teles, 2013).

As participações em atividades sociais promovidas pela comunidade contribuem para a melhoria do humor, assim como da memória, permitindo a socialização com o grupo de pares. Implementa-se flexibilidade do pensamento, ao mesmo tempo que se abre espaço para a realização de atividades de rácio e de lazer (Azevedo & Teles, 2013). Ler é um bom hábito que deve ser cultivado, além de estimular o vocabulário, a imaginação e a memória, é um ótimo entretenimento. É preferível ler em voz alta, pois oferece mais estimulação cognitiva do que ler para si mesmo (Azevedo & Teles, 2013).

Outras formas de manter a mente ativa, passam por realizar atividades que não se realiza há muito tempo ou exercitar capacidades que sentimos que estejam a piorar, de modo a diminuir o declínio cognitivo associado à idade, e a prevenir ou retardar o aparecimento do mesmo (Azevedo & Teles, 2013). Atividades culturais, tais como ir ao cinema, ao teatro e a concertos, de preferência acompanhados com quem possa no final discutir e opinar, estimula a atenção, o raciocínio, os sentidos e as emoções (Azevedo & Teles, 2013).

A prática de exercício físico traz vantagens para qualquer idade, não sendo exceção para as pessoas mais velhas. Na verdade, tem vindo a ser observado que os idosos que praticam exercício físico obtêm melhores resultados em dimensões de raciocínio, memória, tempo de reação, função executiva, controlo cognitivo e processamento da informação visuoespacial (Azevedo & Teles, 2013). Assim como, a prática de uma alimentação saudável e equilibrada, com um plano alimentar estruturado, que inclua todos os alimentos da roda dos alimentos, pode contribuir para preservar a memória por mais tempo (Azevedo & Teles, 2013). Os hidratos de carbono, são os macronutrientes de

eleição para um bom funcionamento cognitivo, permitindo que a glicose chegue aos neurónios, que trazem benefícios para a boa saúde cerebral (Azevedo & Teles, 2013).

Bons hábitos de sono são um aspeto fundamental para uma vida saudável, especialmente para o bom funcionamento da mente. As dificuldades de sono podem interferir nos processos mentais, nomeadamente ao nível emocional e do humor (Azevedo & Teles, 2013). Assim como ter uma atitude positiva relativamente ao envelhecimento e à vida pode contribuir para um melhor desempenho de memória, e é uma forma de se manter concentrado, favorecendo uma melhor resolução dos problemas do dia-a-dia (Azevedo & Teles, 2013).

A estimulação cognitiva pode ser realizada não só através do estilo de vida e de outras modificações no quotidiano, mas também através da resolução de exercícios previamente preparados, como por exemplo exercícios formais para as áreas da inteligência (a atenção e a concentração), raciocínio, visualização espacial, capacidade verbal e numérica, e memória, as quais podem ser integradas numa sessão de estimulação (Azevedo & Teles, 2013).

3.3.1. Raciocínio

O raciocínio é um processo mental fundamental, que permite perceber a lógica das situações e resolver problemas de forma mais eficaz através da mente, da perceção e da aprendizagem. O raciocínio consiste em estabelecer regras e relações que nos permitam compreender algo ou solucionar alguma situação (Azevedo & Teles, 2013).

Existem quatro tipos de raciocínio. O raciocínio dedutivo, que se baseia numa premissa para chegar a uma conclusão específica. Do geral ao particular, as conclusões podem ser tiradas do que pensamos ser uma dedução correta. O pensamento dedutivo pode ser categórico (tirar uma conclusão a partir de duas premissas consideradas válidas), proporcional (um operando a partir de duas premissas, uma das quais é necessária para dar a outra) ou disjuntivo (duas premissas opostas de modo a chegar e ficar apenas com uma) (Higueras & Muñoz, 2012).

O raciocínio indutivo é o processo de pensamento no qual partimos de algumas informações e tiramos conclusões gerais. Analisamos um caso particular um após o outro para que empiricamente possamos determinar uma conclusão mais geral. Comparado com o primeiro, este não é um raciocínio lógico, mas um raciocínio probabilístico (Higueras & Muñoz, 2012).

O raciocínio hipotético-dedutivo parte da observação da realidade de um conjunto de situações específicas para gerar uma hipótese, a partir da qual se infere as consequências do que se observou. Devem ser falsificáveis e comparados empiricamente para verificar a sua autenticidade (Higueras & Muñoz, 2012).

O raciocínio transdutivo é baseado na combinação de diferentes informações individuais que permitem construir um argumento, crença, teoria ou conclusão. É a capacidade de vincular informações específicas sem gerar qualquer princípio ou validação (Higueras & Muñoz, 2012).

3.3.2. Atenção/Concentração

A atenção é a capacidade de estar alerta às informações que se recebe, seja do exterior ou do interior, e está intimamente relacionada com a concentração, já que permite manter a atenção focalizada nas informações que selecionamos. A atenção é deste modo um ato intencional que mobiliza as capacidades intelectuais e físicas para os estímulos que estamos a receber, facilitando a memorização (Azevedo & Teles, 2013).

Para que haja um bom desempenho da atenção é necessário trabalhar a mente focalizando-se num objetivo ou algo único. A atenção e a concentração são trabalhadas quando se respira, come e bebe, quando se move com uma boa postura, se dorme e descansa, se mantém limpo e arranjado, quando se evitam os perigos, se comunica e atua segundo as próprias crenças e valores (Choque & Choque, 2004).

É requerida mais atenção quando se realiza uma tarefa mais demorada ou se realizam duas tarefas em simultâneo, uma vez que se está presente de num conjunto de estímulos, o que implica concentrar-se primeiro uma tarefa e logo de seguida a outra. Os mesmos

autores ainda salientam que, a idade não é responsável pela mudança no processo da atenção nem diminui a velocidade da precisão (Vega & Bueno, 2000).

3.3.3 Criatividade

A capacidade de aprendizagem mantém-se ao longo de toda a vida, assim como a criatividade. A criatividade é a capacidade de produzir algo novo. Seja ao nível da escrita, pintura, decoração ou música, utilizando os recursos intelectuais e físicos e principalmente a imaginação. É uma capacidade tão importante que envolve muitos processos cognitivos (Azevedo & Teles, 2013).

O trabalho de um profissional de saúde/social na área do envelhecimento deve basear-se, sempre que possível, numa atividade preventiva, promovendo a estimulação e a atividade mental, reduzindo os efeitos da passagem do tempo, proporcionando oportunidades de envelhecimento ativo, satisfazendo as necessidades e os desejos da pessoa idosa (Azevedo & Teles, 2013).

Manter a mente sã é essencial em todas as idades, principalmente durante o processo de envelhecimento, em que se verificam algumas mudanças cognitivas que podem afetar o desempenho da pessoa (Azevedo & Teles, 2013).

3.3.4 Memória

Ao longo dos tempos, a compreensão pelo envelhecimento da mente tem aumentado, sendo demonstrado pela literatura que cada domínio está associado a alterações relacionadas com a idade, não sendo possível explicar o envelhecimento apenas por um único mecanismo cognitivo (Bastos et al., 2012).

O pensamento em que o declínio é generalizado e irreversível surge mais como um estereótipo relacionado com o envelhecimento. Pois, existem alterações que apontam para algum declínio, como o esquecimento de atividades quotidianas ou a necessidade para se demorar mais tempo a aprender conteúdos novos. As alterações cognitivas, tais como problemas de memória e dificuldades em realizar mais do que uma tarefa ao

mesmo tempo podem, ou não, afetar significativamente o desempenho nas atividades de vida diária (Azevedo & Teles, 2013).

Um dos principais receios relacionado com o envelhecimento está associado à diminuição da memória e ao disfuncionamento cognitivo. Para que tal não aconteça drasticamente é necessário exercitar o corpo e o cérebro, pondo em prática exercícios que promovam o desempenho cognitivo e a melhoria das capacidades de memória. Alguns minutos de treino cognitivo podem ser suficientes para manter a mente ativa e melhorar algumas capacidades cognitivas (Azevedo & Teles, 2013).

A memória é um aspeto fundamental da cognição. A perda de memória não é apenas um importante estereótipo associado ao envelhecimento, mas também uma área de estudo cada vez mais valorizada para que se compreenda cada vez melhor o processo de envelhecimento. Quando se pensa em memória e na capacidade de memorizar informação, sabe-se que tais capacidades tendem a diminuir com a idade (Belsky, 2001).

Segundo Pinho (2015), as recordações encontram-se organizadas no cérebro de forma inalterável, ou permanecem guardadas na memória. De facto, a memória é um processo de generalização ou classificação que integra a experiência passada e possibilita que situações atuais estejam relacionadas com o passado. A memória é sempre uma reconstituição que visa proporcionar uma perspetiva do passado, adequada ao momento presente, de modo a favorecer a execução de um comportamento útil e racional.

É na memória de funcionamento que se situa a ação cognitiva que nos permite manter uma quantidade limitada de informação que podemos guardar na consciência durante um determinado momento, e que também nos permite decidir se a vamos armazenar e manter permanentemente, ou não. Esta memória também controla a nossa atenção a fim de manipularmos o material preparando-o para o armazenarmos (Belsky, 2001).

Hasher e Zacks (1988, as cited in Belsky, 2001) afirmam que devido às mudanças fisiológicas produzidas pelo cérebro, os pensamentos irrelevantes deixam menos espaço e energia para a memória de funcionamento, limitando, assim, o processamento do que deixamos de recordar e memorizar.

Sempre que um exercício de memória se torna exigente ou força a capacidade de atenção, os idosos tendem a reagir mal. Na verdade, é comum ficarem um pouco retraídos quando se deparam com tarefas que implicam uma atividade que não lhes é familiar e que lhes vai exigir recordarem uma informação que lhe é completamente nova, com a qual se deparam pela primeira vez (Belsky, 2001).

Na linha do que dissemos anteriormente, a memória de funcionamento diminui com o avançar da idade porque deixamos de conseguir separar os estímulos não utilizados e a informação irrelevante, e focarmos a atenção na informação necessária e que devemos processar (Belsky, 2001).

3.3.4.1. Memória a Curto Prazo

A memória a curto prazo refere-se como o mecanismo de memória que permite reter uma quantidade limitada de informação num curto período, entre 20 e 30 segundos. É o tipo de memória com menos capacidade de armazenamento e inclui a interpretação do episódio que acaba de ocorrer (Pinho, 2015).

A memória de trabalho é o sistema que compreende a memória de curto prazo, e também as estruturas e processos que ajudam no armazenamento e manipulação de informações temporariamente. Ao reter temporariamente as informações, ele permite-nos compreender um discurso, organizar um raciocínio, comparar várias soluções ou hipóteses (Gineste & Pellissier, 2008).

Esta memória relaciona-se com a capacidade de efetuar bem determinadas tarefas que requerem uma retenção mais aprofundada da informação. A sua capacidade é limitada, mas é fundamental, dada a quantidade de tarefas em que tem de intervir, implicando a retenção de certa informação e a capacidade de a executar, o que, por sua vez, requer atenção, seleção e manipulação de determinados estímulos (García, 2009).

O desempenho da memória a curto prazo parece não estar praticamente afetada nos idosos, conseguindo estes, marcar um número de telemóvel logo que o acabam de ouvir, pronunciar ou reter cinco palavras que retêm a informação por um breve espaço de tempo (García, 2009).

3.3.4.2. Memória a Longo Prazo

A memória a longo prazo ou permanente, diz respeito ao registo a longo prazo, e está relacionada com o modo de recordar a informação armazenada, dividindo-se em memória declarativa e não declarativa. A primeira envolve a recuperação consciente e refere-se a factos, acontecimentos ou episódios, podendo ser verbalizada. É das primeiras memórias a sofrer um decréscimo com o aumento de idade na vida adulta. Além disso, é composta pelas habilidades aprendidas, pelos acontecimentos vividos, pelo conhecimento da cultura, pelas emoções e afetos (Pinho, 2015).

Por sua vez, a memória não declarativa, enquanto tipo de memória que aparenta não estar sujeita a declínio associado à idade, relaciona-se com a ação e a prática, tais como as habilidades percetivas e motoras, que pouco ou nenhum decréscimo apresentam nos idosos (Pinho, 2015).

Existem muitos tipos diferentes de memória, como é o caso da memória prospetiva e memória retrospetiva. A memória prospetiva faz referência à recordação de um acontecimento passado e permite a lembrança de um evento planeado ou a intenção de fazer algo num momento futuro, como por exemplo, tirar a carne que está no forno (Belsky, 2001; Pinho, 2015). Existe vários fatores que podem influenciar a execução das tarefas neste tipo de memória, nomeadamente a motivação, traços de personalidade, níveis de ansiedade, e doença (Pinho, 2015).

A memória retrospetiva constitui a maior parte da memória a longo prazo, constituindo a reserva de memória em que se armazena todos os factos passados (Belsky, 2001). Este tipo de memória inclui a memória episódica, a memória semântica e a memória de procedimentos.

A memória episódica refere-se à capacidade de recordar acontecimentos específicos que continuam a produzir-se, e é mais vulnerável ao tempo. Para Salthouse (1991, as cited in Belsky, 2001), nesta memória as pessoas têm dificuldades em recordar acontecimentos familiares, por exemplo o nome dos amigos, palavras ou fotografias de lugares muito conhecidos. Esta memória inclui a memória autobiográfica, que diz respeito às recordações da experiência pessoal e que são ativamente recuperadas utilizando informações contextuais sobre como e quando ocorreram (García, 2009). As dificuldades

na memória episódica fazem parte do quadro de envelhecimento normal e constituem, simultaneamente, um dos indicadores principais de apresentação amnésica de demência da própria doença de alzheimer (Pinho, 2015). De acordo com os estudos transversais, a memória episódica apresenta um declínio quase linear que se inicia por volta dos 35 anos e que se prolonga até aos 85 anos, ao contrário dos estudos longitudinais que apontam para uma relativa estabilidade da memória episódica entre os 35 e os 65 anos, com decréscimo a partir desta idade (Pinho, 2015).

Os idosos, tendem a recordar acontecimentos que se produziram entre a juventude e a adolescência, melhor que os acontecimentos da adultez (Belsky, 2001). No entanto, as recordações autobiográficas permitem verificar que os adultos idosos se lembram de um número elevado de acontecimentos recentes e que não vivem apenas do passado (Pinho, 2015).

A memória semântica, refere-se ao conhecimento sobre o mundo, organizado e conservado, relacionado com a linguagem, com a informação de conceitos e vocabulário e com a cultura (García, 2009), com referência ao tempo e ao espaço em que ocorre (Belsky, 2001). Não existe declínio da memória semântica nos idosos. Assim o conhecimento do vocabulário não decresce nesta população como, por exemplo, saber quantos anos são um século ou quem escreveu os Lusíadas (Pinho, 2015). É expectável que indivíduos de gerações mais recentes tenham, em média, melhor desempenho cognitivo, comparativamente a indivíduos pertencentes a gerações mais velhas (Pinho, 2015). No entanto, no que diz respeito à memória semântica, os estudos indicam um aumento do desempenho entre os 35 e os 65 anos, uma estabilidade dos 65 aos 75 anos e declínio em idades superiores a 75 anos (Lovden et al., 2004).

Tudo o que armazenamos no cérebro, desde os primeiros momentos de vida, designa-se de memória, sendo que o melhor método para ser conservada é manter a mente sempre em atividade. Com isto, o cérebro procura reagir às informações novas e inéditas que chegam a cada segundo, sendo incentivado ao longo das atividades (Freitag, 2005).

3.3.5. Capacidade de Aprendizagem

A aprendizagem é uma associação de estímulo-resposta, que tudo o que é aprendido é por associação. Geralmente existe um esforço ou intenção por parte de quem aprende, numa situação específica, com estímulos motivantes e efetivos. Não sendo possível recordar informação que não se aprendeu previamente (Vega & Bueno, 2000).

Os princípios de aprendizagem e do funcionamento da memória transmitem diretamente numa aprendizagem e numa educação gerontológica (Withnall, 2000). Com a aquisição de novas habilidades os idosos melhoram substancialmente a execução do raciocínio, resolução de problemas e outras habilidades cognitivas. (Vega & Bueno, 2000).

A literatura tem evidenciado que a aprendizagem na velhice favorece um bem-estar e qualidade de vida aos idosos, com reflexos positivos ao nível físico, psicológico e social, atraindo-os e encorajando-os para novas experiências, proporcionando-lhes um estilo de vida mais ativo, um maior bem-estar e inclusão social, tornando-os mais saudáveis, autónomos e socialmente incluídos (Schmidt-Hertha et al., 2019). De facto, a participação dos idosos em atividades de aprendizagem permite que aprendam novas habilidades, que mantenham o corpo ativo, que aprendam sobre assuntos atuais, estimulando neles o processo de aprendizagem e participação em reminiscência de transformação (Schmidt-Hertha et al., 2019).

A aprendizagem é considerada como um fator para garantir uma vida útil prolongada, bem como um meio para promover o aumento do bem-estar na sociedade em geral, na qual pertencem ou estão integrados os idosos. Esta aprendizagem ocorre ao longo da vida e em diversas áreas diferentes, ocorrendo de forma incidental, imprevista ou imposta (Bjursell, 2019). Diversos fatores influenciam a forma como os idosos adquirem as diferentes formas de aprendizagem, relacionando-se com o nível educacional, formação no percurso de vida, aptidões profissionais, situação socioeconómica e cultural (Schmidt-Hertha et al., 2019)

No contexto de aprendizagem com idosos é de salientar que estes já trazem consigo experiências educacionais do passado, o que pode influenciar a abordagem para aprender mais tarde na vida. Porém, podem realizar as atividades que são importantes para si, que lhe causem uma aprendizagem efetiva, com mais tempo e motivadoras (Bjursell, 2019). A

relação entre o técnico e o idoso pode criar um sentimento de inclusão social, gerando motivações e proporcionando um sentido de bem-estar com a comunidade (Bjursell, 2019), sendo fundamental que se considere os interesses e motivações de cada idoso (Schmidt-Hertha et al., 2019).

Na linha do que referimos até então, entendemos que um programa interventivo no âmbito da Gerontologia Social deve ter como enfoque uma intervenção facilitadora que conduza à integração dos indivíduos na realidade onde estão inseridos, tendo por base as suas necessidades e interesses. Foi esse o nosso propósito ao implementarmos e percebermos o impacto que teve a nossa proposta de programa de estimulação cognitiva junto de um grupo de idosos institucionalizados.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO IV – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

De acordo com Serrano (2008), a metodologia pode ser compreendida como o conjunto de atividades a realizar de forma a alcançar as metas e os objetivos estabelecidos, o que requer a concretização de determinados procedimentos necessários à sua execução. Neste sentido, ao longo deste capítulo serão apresentados todos os aspetos metodológicos do estudo empírico, nomeadamente, o objetivo da intervenção, a metodologia e os instrumentos utilizados, a caracterização dos sujeitos participantes e o contexto onde estão inseridos, bem como os procedimentos de investigação.

4.1. Objetivos e Hipóteses de Estudo

Os programas de estimulação cognitiva têm como intuito manter as competências cognitivas, compensar as perdas e potenciar novas aprendizagens. Além disso, também visam estimular o envelhecimento ativo de modo a prevenir doenças e as incapacidades associadas ao envelhecimento, assim como potenciar o funcionamento psicológico e cognitivo com o propósito de aumentar o compromisso com a vida (Matimba, 2014, as cited in Carvalhais et al., 2019).

Este estudo tem como **objetivo principal** verificar se o programa de estimulação cognitiva implementado em idosos institucionalizados, ao longo de quatro meses, teve influência nas suas capacidades cognitivas e na melhoria da perceção da sua qualidade de vida.

Decorrente deste objetivo foram formulados os seguintes **objetivos específicos**:

- Num primeiro momento, avaliar o desempenho dos idosos ao nível das dimensões cognitivas e da perceção que os idosos têm sobre a sua qualidade de vida.
- Aplicar um programa de estimulação cognitiva com tarefas capazes de preservar/estimular o domínio cognitivo dos idosos.
- Compreender quais as dimensões cognitivas que foram mais desenvolvidas através da implementação do programa de estimulação cognitiva.
- Verificar em que medida a implementação do programa de estimulação cognitiva melhorou a perceção dos idosos sobre a sua qualidade de vida.

Atendendo que as hipóteses são supostas respostas para um problema em questão, formulámos as seguintes **hipóteses de investigação**:

H1 – O programa de estimulação cognitiva produziu efeitos positivos no desempenho das dimensões cognitivas nos idosos intervencionados, nomeadamente:

H1a – O programa de estimulação cognitiva aplicado influenciou positivamente as capacidades cognitivas dos idosos ao nível da categoria orientação.

H1b – O programa de estimulação cognitiva aplicado influenciou positivamente as capacidades cognitivas dos idosos ao nível da categoria retenção.

H1c – O programa de estimulação cognitiva aplicado influenciou positivamente as capacidades cognitivas dos idosos ao nível da categoria atenção e do cálculo.

H1d – O programa de estimulação cognitiva aplicado influenciou positivamente as capacidades cognitivas dos idosos ao nível da categoria evocação.

H1e – O programa de estimulação cognitiva aplicado influenciou positivamente as capacidades cognitivas dos idosos ao nível da categoria linguagem.

H1f – O programa de estimulação cognitiva aplicado influenciou positivamente as capacidades cognitivas dos idosos ao nível da categoria habilidade construtiva.

H2 – A implementação do programa de estimulação cognitiva produziu efeitos positivos na perceção que os idosos intervencionados têm sobre a sua qualidade de vida.

Atendendo a estas hipóteses é nosso propósito testá-las, confirmando, ou não, as premissas a elas subjacentes.

4.2. Design de Estudo e Instrumentos

Para a conceção deste estudo recorreu-se a uma abordagem quantitativa, tendo em conta a utilização de técnicas estatísticas para a recolha e análise de dados, junto de um grupo concreto de indivíduos. Tal abordagem está relacionada com a centralidade da objetividade, considerando que a investigação recolhe causas de um acontecimento,

compreende e interpreta determinados acontecimentos e opiniões e relaciona variáveis e hipóteses (Fonseca, 2002).

Além disso, como design de investigação seguiu-se um plano quasi-experimental, que decorreu da natureza do perfil dos sujeitos e que se revelou crucial na pesquisa e avaliação do estudo de curta duração que procurámos realizar. Sendo uma das suas características a não aleatoriedade na seleção de grupos, usufruímos de toda a liberdade na escolha do grupo-alvo da nossa investigação.

O plano seguido estrutura-se por, num primeiro momento, realizar uma primeira recolha de dados, antes da introdução do tratamento (pré-teste), e outra, após o tratamento a que a amostra foi sujeita, referente ao pós-teste (Moreira et al., 2021).

Numa primeira fase, antes da implementação das sessões de estimulação cognitiva foram aplicados o instrumento *World Health Organization Quality of Life – Bref* (WHOQOL-Bref), para a avaliação subjetiva da qualidade de vida e análise dos dados sociodemográficos (Anexo 2), e o exame do estado mental, *Mini Mental State Examination* (MEEM), para examinar mais especificamente as questões que dizem respeito às funções cognitivas (Anexo 3).

O instrumento *Whoqol-Bref*, originalmente definido pela OMS para avaliar a qualidade de vida, foi validado em Portugal por Canavarro et al. (2006), com uma amostra composta por dois grupos distintos: o grupo de controlo (n = 289) e o grupo clínico (n = 315). Na totalidade os grupos incluíam adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 44 anos. O questionário é constituído por 26 itens, organizados segundo os domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente, que permitem avaliar a perceção individual do idoso relativamente à sua qualidade de vida e quanto ao seu estado de saúde. Quanto mais elevado for o valor obtido pelo idoso neste instrumento, melhor é a sua qualidade de vida (Filho et al., 2016).

O *Whoqol-Bref* permite avaliar a autoestima e o bem-estar pessoal do idoso, que englobam aspetos como a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o estado de saúde, os valores culturais, éticos e religiosos, o estilo de vida, a satisfação com

o emprego, e com as atividades da vida diária e com o ambiente em que se vive (Filho et al., 2016).

Por sua vez, o MEEM, criado por Folstein et al. (1975), é uma medida dicotómica de 30 itens, com aplicação rápida e breve, que rastreia o comprometimento das funções cognitivas. Avalia a orientação temporal e espacial, a capacidade de atenção e cálculo, a memória de retenção, a de evocação, a capacidade de linguagem e a habilidade construtiva. Este exame diagnóstico permite identificar distúrbios cognitivos não conhecidos nos idosos, permitindo identificar se o paciente está orientado, se tem memória (a curto prazo), se pode ler, escrever, calcular e ver e reproduzir através de desenho a relação entre um objeto, uma figura, ou outro.

A avaliação completa gradua o desempenho cognitivo numa escala de 0 a 30. Uma pontuação igual ou menor a 24 é indicativa de algum grau de disfunção cognitiva, no entanto, alguns pacientes com demência podem ter pontuação acima de 24, e outros, com depressão ou delírio, podem ter pontuações significativamente abaixo de 24. Uma baixa pontuação neste exame pode significar uma provável demência no paciente, ou até indicar as áreas de deficiência cognitiva específica, podendo, ainda, estar relacionado com um baixo nível educacional (Umphred, 2010).

Estes instrumentos foram aplicados antes da realização das sessões de estimulação cognitiva (pré-teste) e no final da intervenção (pós-teste), de modo a verificar se existiram modificações significativas nas questões correspondeste à função cognitiva e qualidade de vida.

4.3. Procedimentos

Inicialmente foi efetuado um pedido de autorização à instituição que pretendíamos implementar o nosso projeto de intervenção. Após a apresentação da nossa proposta e explicação de todo o processo ao responsável pelo acolhimento, seguiu-se uma visita às instalações e uma reunião com a coordenadora e diretora técnica, ficando definido que as intervenções seriam elaboradas por meio de planificações semanais e diárias, de modo a ter em consideração a calendarização já existente da instituição.

Os participantes foram convidados a participar na investigação e todos os que participaram fizeram-no de forma totalmente voluntária, com consentimento pessoal e por parte da estrutura organizacional da instituição onde estavam inseridos, sendo explicado com clareza o objetivo da investigação e como iria ser concretizado o projeto em questão. A recolha de dados foi feita pela investigadora no período de março a junho de 2019.

Na primeira semana, após o consentimento dos participantes e da constituição do grupo (14 indivíduos), procedeu-se à aplicação dos dois instrumentos de avaliação (pré-teste), um do domínio cognitivo, o *MEEM,* e outro da avaliação da qualidade de vida dos participantes, o questionário *Whoqol-Bref*, que inclui a recolha dos dados sociodemográficos.

Ao longo dos quatro meses implementou-se o programa de estimulação cognitiva, tendo-se verificado entre os participantes uma crescente disponibilidade para a concretização das atividades com sucesso e entusiasmo. No término da intervenção foram novamente aplicados os mesmos instrumentos de avaliação da fase inicial para que se pudesse verificar os efeitos obtidos.

Reforçando a legitimidade para a implementação do programa de estimulação cognitiva, salienta-se que se pretendeu implementar, junto dos idosos, exercícios de caracter prático que visassem a promoção da atividade cognitiva, nomeadamente ao nível da orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação e linguagem e habilidade construtiva.

Numa fase inicial foi realizada uma revisão bibliográfica acerca de instrumentos e jogos de estimulação cognitiva, que partiram de orientação para planificação das sessões. Criou-se um conjunto de planos de sessão, compostos por atividades de orientação espacial e temporal, motricidade fina, jogos de palavras e raciocínio, jogos desportivos, jogos de estimulação de memória visual e auditiva, puzzles com diversos níveis de dificuldades, entre outros materiais. Dos planos de sessão desenvolvidos, todas as atividades foram produzidas por nós, com o objetivo de futura utilização pelos idosos da instituição. Todas as atividades foram explicadas e esclarecidas aos participantes, sendo que as mesmas se encontravam adaptadas e ajustadas, consoante o nível de escolaridade de cada um.

4.4. Caracterização da Instituição

O nosso estudo realizou-se numa IPSS da zona de Coimbra, incidindo, especificamente, num Centro de Dia, onde se encontram inscritos 20 utentes. Tal serviço visa colmatar dificuldades com que o idoso e o agregado familiar se deparam no quotidiano, permitindo que usufruam da resposta social com serviço de proximidade diversificada, possibilitando novos relacionamentos e elos de ligação com o exterior, minimizando situações de isolamento e solidão.

4.5. Caracterização da amostra

Do total dos sujeitos a frequentarem o Centro de Dia selecionámos uma amostra por conveniência, de 14 indivíduos, segundo o método não probabilístico. Nesse sentido, foram definidos os seguintes critérios de seleção: (1) serem clientes da IPSS; e, (2) não terem comprometimento físico e mental que pudesse ser um obstáculo à sua participação de forma adequada e válida no programa de intervenção.

Atendendo a tais critérios, foram excluídos quatro sujeitos, por apresentarem limitações físicas e psíquicas impeditivas de comunicarem e de interagirem com a investigadora e com o meio envolvente. Para além de que, dois desses clientes, encontravam-se internados no Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra.

Na tabela 1 podemos ver que a nossa amostra é constituída por 12 mulheres (87,5%) e dois homens (14,3%), com uma média de idades de 85 anos. As idades variam entre os 72 e 96 anos, a faixa etária com maior representação está entre os 86–90 anos (42,8%), sendo 5 mulheres (35,7%) e 1 homem (7,1%). De referir que a pessoa mais idosa a participar no estudo é uma mulher, com 96 anos.

Tabela 1. Constituição da amostra quanto a idade e sexo

Idade	***Sexo***				**Total**	
	Masculino		**Feminino**			
	N	%	N	%	N	%
72-75	1	7.14	1	7.14	2	14.28
76-80	0	0	2	14.28	2	14.28
81-85	0	0	2	14.28	2	14.28
86-90	1	7.14	**5**	**35.71**	6	42.85
91-95	0	0	1	7.14	1	7.14
96-100	0	0	1	7.14	1	7.14
TOTAL	2	14.3	12	85.7	14	100

Relativamente aos dados apresentados na tabela 2, verifica-se que o estado civil com mais representação em ambos os sexos é o de viúvo/a, com um total de 85.7% (*n* = 12). Além disso, apenas um idoso do sexo masculino ainda se encontra casado e a viver com a sua esposa (7.1%), e uma idosa é solteira (7.1%).

Tabela 2. Estado civil segundo o sexo dos sujeitos

Estado Civil	*Sexo*				Total	
	Masculino		Feminino			
	N	%	N	%	N	%
Solteira	0	0	1	7.14	1	7.14
Casado	1	7.14	0	0	1	7.14
Viúvo/a	1	7.14	**11**	**78.57**	12	85.71
TOTAL	2	14.3	**12**	**85.7**	14	100

De acordo com a tabela 3, pode observar-se que a maioria dos participantes (71.4%, n=10) apresenta um nível de escolaridade situado entre o 1º ao 4º ano. Sendo que as idosas que referem saber ler e/ou escrever não frequentaram a escola, no entanto, no seu contexto de vida, passaram por profissões onde exigiam aprendizagens de conceitos e conteúdos para favorecer a sua responsabilidade profissional e desempenharem o seu papel de forma mais assertiva, seja pelo facto de terem sido gerentes de restauração e bar ou vendedoras de produtos hortícolas. Efetivamente, pela experiência da vida, com muita persistência e autonomia e com a ajuda de familiares e amigos, aprenderam a ler e/ou escrever, e a fazer contas. Competências necessárias no cumprimento das tarefas profissionais que desempenharam.

Tabela 3. Nível de escolaridade segundo o sexo dos sujeitos

Escolaridade	*Sexo*				Total	
	Masculino		Feminino			
	N	%	N	%	N	%
Sabe Ler e/ou escrever	0	0	4	28.57	4	28.57
1º-4º Ano	2	14.28	**8**	**57.14**	10	71.42
TOTAL	2	14.3	12	85.7	14	100

Relativamente à profissão, a tabela 4 revela que os idosos que participaram no estudo desempenharam diversas profissões, sendo a profissão mais representada a de trabalhador agrícola, com 28.6% (*n* = 4), todas do sexo feminino e trabalhavam

maioritariamente em terrenos familiares. Quanto aos idosos do sexo masculino, a sua profissão restringiu-se essencialmente a funcionário público 7.1% (*n* = 1) e empresário em nome individual 7.1% (*n* = 1). Pode-se verificar que as profissões apresentadas poderão estar associadas a um nível de escolaridade baixo.

Tabela 4. Profissão dos sujeitos segundo o sexo

Profissão	*Sexo*				Total	
	Masculino		Feminino			
	N	%	N	%	N	%
Auxiliar de Saúde	0	0	1	7.14	1	7.14
Ama	0	0	1	7.14	1	7.14
Costureira	0	0	2	14.28	2	14.28
Empregada Doméstica	0	0	1	7.14	1	7.14
Empresário/a em nome individual	1	7.14	1	7.14	2	14.28
Funcionário público	1	7.14	0	0	1	7.14
Trabalhador Agrícola	0	0	4	28.57	4	28.57
Operador Fabril	0	0	2	14.28	2	14.28
TOTAL	2	14.3	12	85.7	14	100

Em suma, dos 14 sujeitos que compõe a amostra deste estudo são caracterizados maioritariamente pelo sexo feminino, com idades compreendidas entre os 72 e 96 anos, com a escolaridade de prevalência entre o 1º ao 4º ano, e com profissões com particularidades ao meio rural.

4.6. Programa de estimulação cognitiva aplicado

Os principais objetivos do programa de estimulação cognitiva passaram por:

- Exercitar a linguagem e o pensamento, contribuindo para o aumento dos níveis de ativação cerebral, facilitando alguma recuperação e/ou compensação de algumas perdas;
- Contribuir para a promoção de um estilo de vida mais ativo, mais autónomo e saudável;
- Proporcionar o desenvolvimento pessoal, fomentando a criatividade do individuo;
- Facilitar e melhorar as relações de comunicação entre sujeitos;
- Estimular os vários tipos de memória;
- Facilitar uma maior integração dos idosos na sociedade atual e mais inclusiva.

Este programa de investigação é constituído por 36 sessões planificadas, as quais decorreram ao longo de quatro meses, dizendo respeito à promoção da capacidade cognitiva (orientação, retenção, atenção, cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva). As sessões tiveram um caracter diário, com sessões grupais no período da manhã e sessões individuais no período da tarde. Os dois momentos tiveram duração entre 1h30 a 2h, tendo-se respeitado o tempo de cada participante. As sessões de trabalho foram planificadas através da bibliografia de exercícios, jogos dinâmicos e estudos referentes ao estímulo de cada habilidade.

No que diz respeito à seleção de atividades a implementar, esta foi baseada em estudos com objetivos semelhantes. De referir o estudo de Gonçalves (2012), com uma amostra constituída por 37 idosos, com o objetivo de se verificar o impacto do programa de estimulação cognitiva no desempenho de um grupo de idosos institucionalizados, destinado a estimular diferentes funções cognitivas, nomeadamente a memória, a atenção, a concentração, a perceção, o raciocínio, o pensamento, a imaginação, a linguagem, a capacidade visuo-espacial e a associação de ideias. Este programa foi composto por 16 sessões, constituídas por diversas atividades lúdicas, com uma hora de duração, duas vezes por semana, num total de dois meses. Os resultados deste estudo demonstraram valores estatisticamente significativos a nível do desempenho cognitivo e na diminuição da depressão dos idosos integrante o grupo experimental. No grupo de controlo verificou-se igualmente um aumento estatisticamente significativo, exceto para a depressão.

Por sua vez, num estudo experimental desenvolvido por Parola e colaboradores (2019), com uma amostra de 100 idosos, que participaram em 14 sessões de intervenção, e em que aplicaram em pré e pós teste a versão portuguesa da *Mini-Mental State Examination* e da *Geriatric Depression Scale-15*, em dois grupos (experimental e de controlo), avaliaram a eficácia de um programa de estimulação cognitiva na cognição e sintomatologia depressiva em idosos institucionalizados. Tendo-se verificado, através dos resultados obtidos, que a aplicação do programa de estimulação cognitiva melhorou a cognição ($p < 0,01$), não existindo diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia depressiva quando se comparam ambos os grupos ($p > 0,05$). Do ponto de vista clínico, no grupo experimental verificou-se uma redução da sintomatologia

depressiva ($p < 0,05$), sendo que o mesmo não sucede no grupo de controlo ($p > 0,05$). Estes resultados foram, portanto, encorajadores, demonstrando que este tipo de programas produz benefícios para idosos institucionalizados, contribuindo, assim, para a manutenção da sua saúde mental.

Ainda num outro estudo realizado por Carvalhais et al. (2019), com uma amostra de 9 idosos institucionalizados, foi implementado um programa de estimulação cognitiva, previamente desenvolvido e testado em Portugal por Apóstolo e Cardoso (2012) e adaptado do programa da autoria de Spector et al. (2003). Este programa foi aplicado ao longo de sete semanas, com sessões de cerca de 45 a 60 minutos cada, com o objetivo de avaliar os efeitos da implementação de um programa de estimulação cognitiva no funcionamento cognitivo de idosos institucionalizados. Neste programa, intitulado "Fazer a diferença", foram realizadas 14 sessões, com os temas principais: Jogos físicos; Sons; Infância; Alimentação; Questões atuais; Retratos/Cenários; Associação de palavras; Ser Criativo; Classificação de objetos; Orientação; usar o dinheiro; Jogos com números; Jogos com palavras; Jogos de equipa (Quiz). Os seus resultados obtidos apresentam um aumento da média global do funcionamento cognitivo e, após a análise individual das avaliações, constata-se que 77,78% dos participantes apresentam uma melhoria dos resultados do *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA). A implementação do programa demonstrou potencial de melhoria cognitiva sendo relevante para a aplicação em idosos institucionalizados, com vista à prevenção do declínio cognitivo.

Também, um estudo, cuja amostra era constituída por 13 idosos, teve por objetivo avaliar a eficácia de um programa de estimulação cognitiva no desempenho cognitivo dos idosos, que haviam tido um AVC, os quais foram avaliados através do MEEM. Este programa foi composto por 18 sessões, com periocidade semanal, e com atividades retiradas de autores com estudos, investigações e análise sobre a estimulação cognitiva, tais como, Fonseca (2010, as cited in Carneiro, 2016), Fontaine (2000, as cited in Carneiro, 2016) e, do programa de estimulação cognitiva de Castro (2011, as cited in Carneiro 2016). As sessões foram divididas por capacidade cognitiva, ou seja, relativamente à orientação foram realizadas 4 sessões, quanto à retenção 5 sessões, na atenção e cálculo 4 sessões, evocação 3 sessões, linguagem 3 sessões e habilidade construtiva 3 sessões. Os resultados obtidos mostraram que o programa de intervenção, foi eficaz, na medida em que, o défice

cognitivo diminuiu, de modo estatisticamente significativo, sendo também satisfatórios os resultados individuais analisados eficácia de um programa de estimulação cognitiva no desempenho cognitivo dos idosos.

Tendo como referência estes estudos anteriormente referidos, o nosso projeto de estimulação cognitiva baseou-se na construção de jogos lúdicos, de modo a estimular o idoso a nível físico, psíquico e social, além de estimular a mente, o raciocínio e a memória, e ainda, entreter e divertir os idosos.

Para tal, numa fase inicial foi realizada uma revisão bibliográfica acerca de instrumentos e jogos de estimulação cognitiva, em que nos orientámos para as planificações das sessões, exemplo dessas fontes consultadas referimos: Choque e Choque (2004), Jacob (2007), Castro (2011), Gonçalves et al. (2017) e Manes (2018).

Dos planos de sessão produzidos pela investigadora, todas as atividades neles contemplados estão estruturas, desenvolvidas e explicadas ao pormenor, com objetivo de futura utilização pelos idosos da instituição. Todas as atividades foram descritas e esclarecidas aos participantes, sendo que as mesmas se encontravam adaptadas e ajustadas consoante o nível de escolaridade de cada um.

Para melhor conceção e compreensão de cada sessão, este programa foi dividido pelas seis categorias do MEEM, de forma a avaliar as capacidades cognitivas: Orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva.

Desta forma, foi feita uma pesquisa sobre as habilidades cognitivas para salientar a importância de trabalhar e estimular as mesmas e, para melhor descrição e análise, foram trabalhadas individualmente. Assim sendo, as atividades serão apresentadas individualmente, com a sua descrição, objetivos, e algumas evidências, podendo ser analisadas na sua totalidade no anexo 1.

4.6.1. Orientação

Para esta capacidade cognitiva, foram planificadas 7 sessões. Cada atividade foi executada mais do que uma vez, repartindo-se ao longo dos quatro meses. Segundo NeuroUp (s.d.), a orientação refere-se à capacidade de se ter consciência da existência de

cada individuo e do contexto onde nos encontramos em determinado momento. Com a realização destas atividades pretendemos estimular a orientação pessoal, espacial e temporal, captar a atenção ao meio ambiente e desenvolver agilidade mental.

Na tabela 5, podemos verificar que cada atividade possui um título alusivo ao que pretende ser realizado.

Tabela 5. Atividades e objetivos da categoria orientação

Categoria Orientação (Atividades)	Objetivo(s)
Tema Primavera	Orientação Temporal Partilha de vivências pessoais
Tema Páscoa	Orientação temporal Partilha de conhecimentos culturais
Jogo Bowling	Orientação espacial Promoção a capacidade de concentração
Recordar é Viver	Orientação Pessoal Promoção da partilha de momentos pessoais
Profissões tradicionais vs modernas	Orientação Temporal Distinguir crenças sobre profissões
Sala Sensorial – Tema agricultura	Orientação pessoal, temporal e espacial Identificação de várias funções cognitivas
Livro-Histórias de vida	Orientação pessoal, temporal e espacial Promoção das competências pessoais

4.6.2. Retenção (Memória a curto prazo)

Para esta capacidade cognitiva, foram planificadas 8 sessões. Cada atividade foi executada mais do que uma vez, repartindo-se ao longo dos quatro meses. Segundo Taussik & Wagner (2006, as cited in Paiva, 2013), a retenção, também considerada como memória a curto prazo, é capaz de operar com determinada informação percecionada durante um espaço limitador de tempo, e pode posteriormente ser esquecido ou transferido para a memória a longo prazo. Os objetivos das atividades desenvolvidas passam por uma melhoria da memória e do desenvolvimento da agilidade mental. Na tabela 6 podemos verificar as atividades e respetivos objetivos, relativos ao domínio da retenção.

Tabela 6. Atividades e objetivos da categoria retenção

Categoria Retenção (Atividades)	Objetivo(s)
Jogo Boccia	Realizar o jogo através de regras previamente estabelecidas
Vamos às compras	Promover a capacidade de raciocínio imediato
Identificação sequencial	Reconhecer a sequência lógica
Igualizar as cores	Identificar as diferentes cores e igualar as cores correspondentes
Igualizar formas e cores	Capacidade de tomar decisões no imediato

Ateliê digital	Estimular os diversos tipos de memória
Jogo da memória	Estimular a memória e a resolução de sequências
Identificação de imagens	Estimular a memória

4.6.3. Atenção e Cálculo

Para esta capacidade cognitiva, foram planificadas 4 sessões. Cada atividade foi executada mais do que uma vez, repartindo-se ao longo dos quatro meses. Segundo NeuroUp (s.d.), a atenção diz respeito ao processo para onde direcionamos os nossos recursos mentais sobre os aspetos mais relevantes do meio em que vivemos e também sobre a execução de determinadas ações, as quais consideramos mais adaptadas. Os objetivos para a concessão de atividades neste domínio passam por fortalecer o raciocínio abstrato, treinar as capacidades mentais e melhorar o funcionamento cognitivo (Ver tabela 7).

Tabela 7. Atividades e objetivos da categoria atenção e cálculo

Categoria Atenção e cálculo (Atividades)	Objetivo(s)
Jogo de cálculo sequencial	Realizar o cálculo pretendido
Jogo soma e procura	Desenvolver a capacidade de cálculo
Sudoku	Estimular a capacidade de cálculo mental
Exercícios de cálculo	Executar cálculos para atingir um resultado/objetivo

4.6.4 Evocação

Para esta capacidade cognitiva, foram planificadas 4 sessões. Cada atividade foi executada mais do que uma vez, repartindo-se ao longo dos quatro meses. Segundo Paiva (2013) a evocação refere-se ao acesso e produção de informação anteriormente armazenada, capaz de se compreender e nomear. Tendo como objetivo estimular a perceção, atenção e fluência verbal, colaborar para a conservação do desempenho cognitivo e fortalecer a flexibilidade mental (Ver tabela 8).

Tabela 8. Atividades e objetivos da categoria evocação

Categoria Evocação (Atividades)	Objetivo(s)
As cores nos arcos	Estimular o desenvolvimento cognitivo e mental.
ABC do conhecimento	Promover formas de compreensão e de nomeação oral
Formação de palavras	Capacidade de compreensão e formulação
Reorganizar palavras	Capacidade de resolução de problemas através de estratégias

4.6.5. Linguagem

Para esta capacidade cognitiva, foram planificadas 7 sessões. Cada atividade foi executada mais do que uma vez, repartindo-se ao longo dos quatro meses. Segundo Paiva (2013, citando Charchat & Moreira, 2008), o domínio linguagem é um sistema complexo e dinâmico que permite ao ser humano a comunicação e interação com outros indivíduos através da partilha de informações, pensamentos, conceitos, desejos, sentimentos, necessidades e dúvidas, por meio de sons, gestos e sinais, sendo por isso, responsável pela formação, transformação e transmissão do conhecimento. Depende da capacidade de compreender a expressão da linguagem oral e escrita. Os objetivos da concretização das atividades são, estimular a perceção, atenção, fluência verbal, colaborar com a conservação do desempenho cognitivo e fortalecer a flexibilidade mental (Ver tabela 9).

Tabela 9. Atividades e objetivos da categoria linguagem

Categoria Linguagem (Atividades)	Objetivo(s)
Jogo do Stop	Desenvolver o vocabulário e linguagem
Confusão Musical	Promover o estimulo à perceção auditiva
Jogo do Lenço	Trabalhar a execução de tarefas grupais
Direitos vs Deveres	Desenvolver momentos de partilha de ideias e opiniões diferentes
Verdade vs Mentira	Compreender a expressão escrita e fortalecer o desempenho cognitivo
Prevenção de quedas no idoso (Formação)	Promover a escuta ativa, a partilha de informação e pensamentos
Alimentação saudável (Workshop)	Aquisição de novos conhecimentos através da oralidade e compreensão. Promover estilos de vida com qualidade

4.6.6. Habilidade construtiva

Para esta capacidade cognitiva, foram planificadas 6 sessões. Cada atividade foi executada mais do que uma vez, repartindo-se ao longo dos quatro meses. Segundo Paiva (2013, citando Charchat & Moreira, 2008), este domínio refere-se a um processo cognitivo de controlo e integração, destinado à execução de um comportamento dirigido a aspetos complexos, como, a atenção, programação, sequenciamento temporal, inibição de processos, e informações concorrentes monotorização e seleção de estratégias. Com a concretização das atividades teve-se como objetivos estimular a capacidade construtiva, a orientação pessoal e coordenação das capacidades motoras (Ver tabela 10).

Tabela 10. Atividades e objetivos da categoria habilidade construtiva

Categoria Habilidade Construtiva (Atividades)	Objetivo(s)
Construir através da reciclagem	Proporcionar momentos de criatividade e tomada de decisões
Puzzle	Estimular a capacidade construtiva através do método tentativa-erro
Lógica das Cores	Capacidade de raciocínio através da sequencia lógica
Jogo Tangram	Promover métodos de solucionar obstáculos
Jogo Sequencial	Completar figuras através do pensamento lógico
Tetris	Utilizar estratégias para a resolução da atividade pedagógica

As sessões que foram realizadas em grupo promoveram uma coesão e espírito de interajuda entre os idosos, por sua vez, as sessões individuais foram desenvolvidas atendendo, precisamente, a especificidade de cada idoso participante; assim as atividades foram desenvolvidas e estruturadas de acordo com as necessidades, potencialidades e interesses de cada idoso, sendo um fator predominante na obtenção de melhorias.

Como referido na literatura, o envelhecimento é um processo bastante heterogéneo, que depende da história de vida, das circunstâncias socioculturais e da incidência de determinadas patologias. O envelhecimento acontece de diferentes formas motivo pelo qual, na dinamização das sessões, se recorreu a uma dupla abordagem: uma individual e outra no conjunto da amostra.

Tabela 11. Calendarização das sessões

Sessões	**Atividades Semanais Durante quatro meses**				
	2ªFeira	3ªFeira	4ªFeira	5ªFeira	6ªFeira
Sessões de Manhã Em grupo/s	Sessões com **todos** os participantes Ou Em pequenos grupos				
Sessões de tarde Individuais	**3 participantes** Trabalho com a investigadora + trabalho autónomo	**3 participantes** Trabalho com a investigadora + trabalho autónomo	**3 participantes** Trabalho com a investigadora + trabalho autónomo	**3 participantes** Trabalho com a investigadora + trabalho autónomo	**2 participantes** Trabalho com a investigadora + trabalho autónomo

Atendendo o número de sessões e de atividades que desenvolvemos e que constituíram o programa de intervenção que implementámos, apresentamos aqui um exemplo de uma atividade desenvolvida, a “Sala Sensorial-Tema Agricultura” que revelou ter um impacto bastante significativo no bem-estar dos idosos participantes.

Por meio da "Sala Sensorial" procurámos promover o conforto e a capacidade de utilizar diversos estímulos sensoriais, individualmente ou combinados com a estimulação auditiva, a estimulação visual, a estimulação tátil e olfativa. Esta sala incentiva o idoso a confiar e a relaxar, adaptando-se assim aos seus interesses e vivências pessoais, visto ser uma atividade que estimula a mente e proporciona diversos resultados positivos. As intervenções terapêuticas com os idosos através da sala sensorial trazem inúmeros benefícios, tais como, manter o nível de saúde, conservar o nível de independência, e assegurar a dignidade da pessoa e aumento da perceção sobre a qualidade de vida (Ferreira, 2019). Através desta atividade procurou-se desenvolver os aspetos cognitivos definidos para a intervenção, nomeadamente a orientação através da identificação espacial, a retenção através da definição de palavras, a atenção para identificação de estímulos sensoriais, a evocação de palavras e instrumentos apresentados e a habilidade construtiva, com recurso a instrumentos utilizados na agricultura, atividade anteriormente desenvolvida por alguns dos participantes, e familiar a todos eles.

Todas as sessões foram alvo de uma planificação diária e esquematizada, com tema, objetivo geral, objetivos específicos, introdução sobre o tema e a sua importância, descrição das atividades, quem participou e quem não participou e o seu motivo, e descrição dos resultados obtidos, com recursos a evidencias. Devido à sua extensão as restantes atividades são remetidas para anexo de forma resumida, para melhor compreensão da intervenção realizada, para e com os idosos (Anexo 1).

CAPÍTULO V - TRATAMENTO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Os dados recolhidos, por meio dos diferentes instrumentos utilizados: questionário de recolha de dados integrado no instrumento *WHOQOL-Bref***,** e a pontuação do *MEEM*, foram alvo do tratamento necessário permitindo-nos identificar variáveis como: idade, sexo, estado civil, escolaridade e profissão dos participantes no estudo, mas também as pontuações obtidas por meio do *MEEM* e do *WHOQOL-Bref,* aplicados antes e após a intervenção (pré- e pós-teste), e o registo das atividades desenvolvidas.

Todos estes dados foram tratados e analisadas recorrendo ao programa de análise de dados *IBM-SPSS* (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 25 para o Windows, permitindo-nos realizar cálculos estatísticos e analisar os seus resultados, descrevendo, relacionando e verificando as hipóteses de investigação (Coutinho, 2015)**.**

A análise dos dados recolhidos foi efetuada recorrendo a testes paramétricos e não-paramétricos, de modo a avaliar os prossupostos para a sua avaliação. Os testes adequados vão ao encontro da comparação das variáveis pré e pós intervenção dentro do mesmo grupo, sendo adotado como nível de significância dos resultados o valor de $p \leq 0,05$.

Para melhor analisar e tratar os dados obtidos, estes foram organizados e apresentados em quadros e tabelas, nos quais destacaremos os resultados mais relevantes em função dos objetivos de investigação previamente colocados.

5.1. Resultados obtidos na aplicação do *Mini Mental State Examination*

A tabela 12 apresenta os dados individuais referentes ao MEEM em pré e pós teste, onde é possível verificar que de modo geral existe uma evolução positiva nos resultados da dimensão orientação, linguagem e habilidade construtiva, pois numa parte dos participantes os resultados numa segunda fase são iguais ou mais elevados, face à primeira observação, logo podemos afirmar que existe um aumento dos níveis cognitivos, há exceção da retenção, atenção e cálculo e evocação, uma vez que os resultados são iguais e com pouca evolução quando comparada a primeira e a segunda fase.

Tabela 12. Resultados do MEEM (Pré e Pós teste) (Pontos)

SUJEITO	ORIENTAÇÃO		RETENÇÃO		ATENÇÃO E CÁLCULO		EVOCAÇÃO		LINGUAGEM		HABILIDADE CONSTRUTIVA	
	Antes (T1)	Após (T2)	Antes (T1)	Após (T2	Antes (T1)	Após (T2	Antes (T1)	Após (T2)	Antes (T1)	Após (T2)	Antes (T1)	Após (T2)
1	3	**8**	3	3	5	5	0	0	9	9	1	1
2	3	5	0	**3**	0	1	0	0	3	4	0	0
3	6	10	3	3	5	5	0	1	6	8	0	0
4	7	10	3	3	5	5	2	2	5	7	0	1
5	7	9	3	3	0	1	2	1	5	5	0	0
6	7	7	3	3	3	4	1	3	4	4	0	0
7	10	10	3	3	5	5	3	2	8	8	1	1
8	10	10	3	3	5	5	3	3	7	8	0	1
9	10	10	3	3	5	5	0	2	8	7	1	1
10	10	9	3	3	5	5	3	1	8	9	1	1
11	10	10	3	3	4	5	1	0	6	6	0	0
12	10	8	3	3	5	2	1	2	5	6	0	0
13	10	10	3	3	5	3	2	3	7	8	1	1
14	10	10	3	3	5	3	2	3	8	9	1	1

Ao nível da variável orientação, o participante 1 é o que apresenta uma maior evolução, sendo que este apresenta um nível de 3 pontos na primeira fase, e numa segunda fase apresenta um nível de 8 pontos.

Ao nível da variável retenção, o participante 2 é o que apresenta uma maior evolução sendo que este apresenta um nível de 0 pontos na primeira fase, e numa segunda fase apresenta um nível de 3 pontos.

Nos dados identificados também é representativo que nem todos os participantes mantiveram ou melhoraram nas diferentes variáveis, apresentando pontuação inferior na segunda fase em relação à primeira, influenciando desta forma os resultados obtidos estatisticamente. Estes resultados podem ter diferentes representações, pois, a aplicação do exame poderá ter ocorrido no dia em que o idoso se apresentasse mais nervoso, com outras distrações ou dificuldade de perceção e compreensão. Comparando a representação de cada idoso no pré-teste e no pós-teste, é de realçar que 11 idosos mantiveram ou melhoraram as suas habilidades, e 3 dos idosos tiveram piores resultados no segundo momento em relação ao primeiro, influenciando a média de respostas corretas por cada idoso e habilidade.

5.1.1. Resultados obtidos ao nível da variável orientação

Atendendo à categoria da orientação, quisemos avaliar o ponto em que se encontravam os participantes antes da intervenção para melhor perceber que impacto teve neles a intervenção por meio do programa de intervenção. Através dos dados recolhidos, os resultados permitem-nos analisar que, antes da intervenção, os participantes do sexo feminino (n=12) foram avaliados, na categoria orientação, com oito respostas corretas (*M* = 8; *DP* = 2.8), e os participantes do sexo masculino foram avaliados com nove respostas corretas (M = 8.5; DP = 2.1). Após a intervenção, as mulheres revelam ter nove respostas corretas (*M* = 8.8; *DP* = 1.6) e os homens, por sua vez, revelam ter acertado em dez respostas (*M* = 10, *DP* = 0).

Se atendermos a totalidade da amostra, verificou-se uma média de oito respostas corretas no domínio da orientação, antes da intervenção (*M* = 8.1; *DP* = 2.6) e nove respostas corretas (*M* = 9; *DP* = 1.5) após a intervenção, verificado na tabela 13.

Com vista a verificar se o programa de estimulação cognitiva aplicado influenciou positivamente as capacidades cognitivas dos idosos ao nível do domínio da orientação, também considerámos necessário aplicar o teste t-Student para duas amostras emparelhadas. O qual nos revela que a orientação melhorou significativamente após a intervenção ($t(13) = -1,76$), ou seja, os participantes apresentaram melhor desempenho cognitivo ao nível da orientação após a intervenção. Aceitamos assim a hipótese H1, pois, o programa de estimulação cognitiva aplicado influenciou positivamente as capacidades cognitivas dos idosos ao nível da categoria orientação.

Tais resultados podem ter surgido por influência de vários fatores desde a implementação de atividades direcionadas para o treino destas competências, ao nível no caracter da categoria orientação temporal e espacial, a facilidade da implementação das questões por serem perguntas breves, as competências adquiridas previamente, entre outros. Autores como Ferro et al. (2010 as cited in Pires, 2012) apontam que os seus resultados também tiveram uma melhoria significativa, em relação às médias apresentadas e aos dados estatísticos da categoria orientação antes e após teste. Reflete-se, então, ser uma área de importância, com necessidade de trabalhar e intervir continuadamente no âmbito da estimulação cognitiva.

Tabela 13. Distribuição dos valores descritivos obtidos no pré e pós teste da categoria orientação

	Pré Teste					Pós Teste				
	n	Min.	Máx.	Média	DP	n	Min.	Máx.	Média	DP
Variáveis MEEM (Orientação)	14	3	10	8,1	2,6	14	5	10	9,0	1,5
	Teste de Shapiro Wilk									
	Estatística				df			sig.		
	,88				14			,052		
	Test T para amostras emparelhadas									
	n				*t*			*p*		
	14				-1,76			**,01**		

5.1.2. Resultados obtidos ao nível da variável retenção

Com vista a avaliar se o programa de estimulação cognitiva aplicado influenciou positivamente as capacidades cognitivas dos idosos ao nível categoria retenção, com recurso a uma escala de 0 (Nenhuma resposta correta) a 3 (Todas as respostas corretas), aplicada nos dois momentos (antes e após a intervenção), também quisemos verificar se as suas médias são diferentes, pelo que aplicámos o teste *t-Student* para duas amostras emparelhadas. Contudo, não verificando os pressupostos do test *t-Student* para duas amostras emparelhadas, sendo que a variável diferença não é normalmente distribuída ($SW(14) = 0,3$; *p-value* = 0,001 ≤ α = 0,05) (ver tabela 14), aplicámos o teste de *Wilcoxon.* Segundo a tabela 14 a avaliação da retenção é praticamente a mesma, antes e após a intervenção (*Wilcoxon Z* = -1; *p-value* = 0,3), ou seja, os participantes que, antes da intervenção, apresentam uma média de respostas certas de 2,8 (DP=0,8), apresentam uma média de respostas corretas de 3 (DP=0), após a intervenção. Pelo que temos de rejeitar a hipótese, anteriormente apresentada, de que o programa de estimulação cognitiva aplicado influenciou positivamente as capacidades cognitivas dos idosos ao nível da categoria retenção.

Tabela 14. Distribuição dos valores descritivos obtidos no pré e pós teste da categoria retenção

	Pré Teste					Pós Teste				
	n	Min.	Máx.	Média	DP	N	Min.	Máx.	Média	DP
Variáveis MEEM (Retenção)	14	0	3	2,8	0,8	14	3	3	3,0	0,0
	Teste de Shapiro Wilk									
	Estatística				Df			Sig.		
	0,3				14			,00		

	Teste Wilcoxon para amostras emparelhadas		
	n	*Z*	*P*
	14	-1,0	,317

5.1.3. Resultados obtidos ao nível da variável atenção e cálculo

Com vista a avaliar se o programa de estimulação cognitiva aplicado influenciou positivamente as capacidades cognitivas dos idosos ao nível da categoria atenção e do cálculo, a análise dos resultados obtidos com a aplicação de uma escala de avaliação de 0 (Nenhuma resposta correta) a 5 (Todas as respostas corretas), nos dois momentos (antes e após a intervenção), e após a não verificação dos pressupostos do teste t-Student para duas amostras emparelhadas, partimos para o teste de Wilcoxon.

A tabela 15 revela que a avaliação da atenção e cálculo é praticamente a mesma após a intervenção, ou seja, os participantes tiveram praticamente a mesma avaliação nos dois momentos, com uma média de 4,1 (DP =1,8) antes da intervenção e, após a intervenção a média foi de 4,2 (DP = 1,5). Além disso, e porque o pressuposto da normalidade não se verificou (*SW*(14) = 0,71; *p-value* = 0,001 ≤ α = 0,05), recorreu-se ao teste de Wilcoxon para duas amostras emparelhadas com o resultado *Wilcoxon Z* = -0,707; *p-value* = 0,48. Mediante tal resultado verificamos que não se reuniram as condições necessárias para aceitarmos a hipótese de que o programa de estimulação cognitiva aplicado influenciou positivamente as capacidades cognitivas dos idosos ao nível do domínio da atenção e do cálculo. Pelo que rejeitamos a hipótese inicialmente colocada.

Tabela 15. Distribuição dos valores descritivos obtidos no pré e pós teste da categoria atenção e cálculo

	Pré Teste					**Pós Teste**				
	N	Min.	Máx.	Média	DP	n	Min.	Máx.	Média	DP
Variáveis MEEM (Atenção e Cálculo)	14	0	5	4,1	1,8	14	1	5	4,2	1,5
	Teste de Shapiro Wilk									
	Estatística				Df			Sig.		
	0,71				14			,00		
	Teste Wilcoxon para amostras emparelhadas									
	n				*Z*			*p*		
	14				-7,07			0,48		

5.1.4. Resultados obtidos ao nível da variável evocação

Com vista a avaliar se o programa cognitivo aplicado influenciou, ou não, as capacidades cognitivas dos idosos no domínio da evocação, aplicou-se uma escala de avaliação que varia de 0 (Nenhuma resposta correta) a 3 (Todas as respostas corretas), nos dois momentos (antes e após a intervenção). Constatou-se que, segundo podemos ver na tabela 16, os participantes tiveram praticamente a mesma avaliação nos dois momentos, sendo a sua média de 1,4 (DP =1,2) antes da intervenção, e de 1,6 (DP=1,2) após a intervenção.

Uma vez que a variável evocação antes da intervenção e evocação após a intervenção são duas variáveis quantitativas, pretende-se verificar se as suas médias são diferentes, aplicando-se para o efeito o teste *t-Student* para duas amostras emparelhadas. Contudo não se tendo verificando os pressupostos do test *t-Student* para duas amostras emparelhadas aplicou-se o teste de *Wilcoxon,* cujos resultados (*Wilcoxon Z* = -0,690; *p-value* = 0,49), nos levam a concluir que o programa de estimulação cognitiva aplicado não influenciou positivamente as capacidades cognitivas dos idosos ao nível da categoria evocação.

Tabela 16. Distribuição dos valores descritivos obtidos no pré e pós teste da categoria evocação

	Pré Teste					**Pós Teste**				
	n	Min.	Máx.	Média	DP	N	Min.	Máx.	Média	DP
Variáveis MEEM (Evocação)	14	0	3	1,4	1,2	14	0	3	1,6	1,2
	Teste de Shapiro Wilk									
	Estatística				df			Sig.		
	0,936				14			0,368		
	Teste T para amostras emparelhadas									
	n				*t*			*p*		
	14				-0,690			0,49		

5.1.5. Resultados obtidos ao nível da variável linguagem

A avaliação da linguagem foi medida por meio de escala de 0 (Nenhuma resposta correta) a 9 (Todas as respostas corretas), nos dois momentos (antes e após a intervenção).

Aplicando o teste t-Student, para as duas amostras emparelhadas, verifica-se (tabela 17) que a avaliação da linguagem dos participantes envolvidos no estudo melhorou significativamente após a intervenção ($t(13) = -2,86$; *p-value* = 0,01), ou seja, os participantes foram avaliados com valores mais elevados após a intervenção, sendo a sua média de 7 (DP =1,8), enquanto antes da intervenção, a sua média era de 6,4 (DP = 1,8).

Além disso, os resultados do teste de aderência confirmam que a variável diferença é normalmente distribuída ($SW(14) = 0,89$; *p-value* = 0,078 > α = 0,05), verificando-se o pressuposto da normalidade. (tabela 17).

Em conclusão, pelo que podemos confirmar com a tabela 17, aceita-se a hipótese de que o programa de estimulação cognitiva aplicado influenciou positivamente as capacidades cognitivas dos idosos ao nível da categoria linguagem.

Existe, portanto, evidência estatística para afirmar que a média da avaliação da linguagem antes da intervenção é inferior à média da avaliação da linguagem depois da intervenção ($t(13) = -2,86$; *p-value* = 0,01).

Tabela 17. Distribuição dos valores descritivos obtidos no pré e pós teste da categoria linguagem

	Pré Teste					**Pós Teste**				
	n	Min.	Máx.	Média	DP	n	Min.	Máx.	Média	DP
Variáveis MEEM (Linguagem)	14	3	9	6,4	1,8	14	4	9	7,0	1,8
	Teste de Shapiro Wilk									
	Estatística				df			Sig.		
	0,89				14			0,078		
	Teste T para amostras emparelhadas									
	n				*t*			*p*		
	14				-2,86			**,01**		

5.1.6. Resultados obtidos ao nível da variável habilidade construtiva

Relativamente à última categoria do MEEM, a habilidade construtiva, em que é solicitado ao idoso que copie um desenho, o qual deve apresentar dois pentágonos, parcialmente sobrepostos em que cada um deve ficar em 5 lados, 2 dos quais intersectados. Nesta categoria é atribuído 1 ponto, caso o desenho obedeça aos requisitos acima referidos não

sendo valorizado tremor ou rotação e 0 pontos caso não obedeça. Relativamente à média desta categoria, notou-se um aumento da mesma, sendo de 0,43 (DP =0,514) antes da intervenção, e de 0,57 (DP=0,514) após a intervenção (ver tabela 18).

No que diz respeito à pontuação máxima e mínima do total da categoria habilidade construtiva, o mínimo foi de 0 pontos e o máximo de 1 ponto, quer no pré-teste, quer no pós-teste, o que significa que houve indivíduos que conseguiram realizar a tarefa solicitada e indivíduos que não conseguiram.

De modo a perceber-se se houve resultados significativos na variável habilidade construtiva, utilizou-se o teste *Wilcoxon*. Concluindo-se assim que *Z* =-1,414 e *p* = 0,157, perante o valor da probabilidade (*p*=0,157, estatisticamente não significativo pelo facto de ser superior ao ponto de corte de 0,05), concluímos que não há diferenças significativas na variável habilidade construtiva entre o pré-teste e o pós-teste. Rejeitamos assim a Hipótese alternativa e aceitamos a hipótese nula.

Tabela 18. Distribuição dos valores descritivos obtidos no pré e pós teste da categoria habilidade construtiva

	Pré Teste					**Pós Teste**				
	n	Min.	Máx.	Média	DP	n	Min.	Máx.	Média	DP
Variáveis MEEM (Habilidade Construtiva)	14	0	1	0,43	0,514	14	0	1	0,57	0,514
	Teste de Shapiro Wilk									
	Estatística				df			Sig.		
	0,566				14			0,00		
	Teste Wilcoxon para amostras emparelhadas									
	n				*Z*			*p*		
	14				-1,414			0,157		

5.2. Resultados obtidos na avaliação da qualidade de vida com a aplicação do teste *WHOQOL-Bref*

Relativamente à perceção que os participantes no estudo têm da sua qualidade de vida, verifica-se, na tabela 19, que os participantes do sexo feminino (n = 12) avaliam-na, no teste 1, como sendo nem boa, nem má (*M* = 3,3; *DP* = 1), e, no teste 2, como sendo boa (*M* = 3,6; *DP* = 0,5). Por outro lado, observa-se que os participantes do sexo masculino (*n*

= 2) avaliam, no teste 1, a sua qualidade de vida como sendo nem boa, nem má (*M* = 3; *DP* = 1), e por sua vez, no teste 2, continuam a avaliar a sua qualidade de vida como sendo nem boa, nem má (*M* = 3; *DP* = 0).

Além disso, verifica-se que os resultados do teste de aderência confirmam qua a variável diferença é normalmente distribuída (*p-value* = ,086 ≤ *α* = 0,05), verificando-se o prossuposto da normalidade. Aceita-se a hipótese de que a implementação do programa de estimulação cognitiva produziu efeitos positivos na perceção que os idosos intervencionados têm sobre a sua qualidade de vida, pois existe evidências estatísticas que a média da avaliação da qualidade de vida pré teste é inferior à média da avaliação da qualidade de vida após intervenção, pois, o *p-value* = ,000.

Tabela 19. Relação entre o sexo e a avaliação da qualidade de vida (Antes e após intervenção)

Sexo		Como avalia a sua qualidade de vida? Pré teste	Como avalia a sua qualidade de vida? Pós teste
Feminino	N	12	12
	Média	3,3	3,6
	Desvio-padrão	1,0	,5
Masculino	N	2	2
	Média	3,0	3,0
	Desvio-padrão	1,4	,0
Total	N	14	14
	Média	**3,2**	**3,5**
	Desvio-padrão	1,0	,5

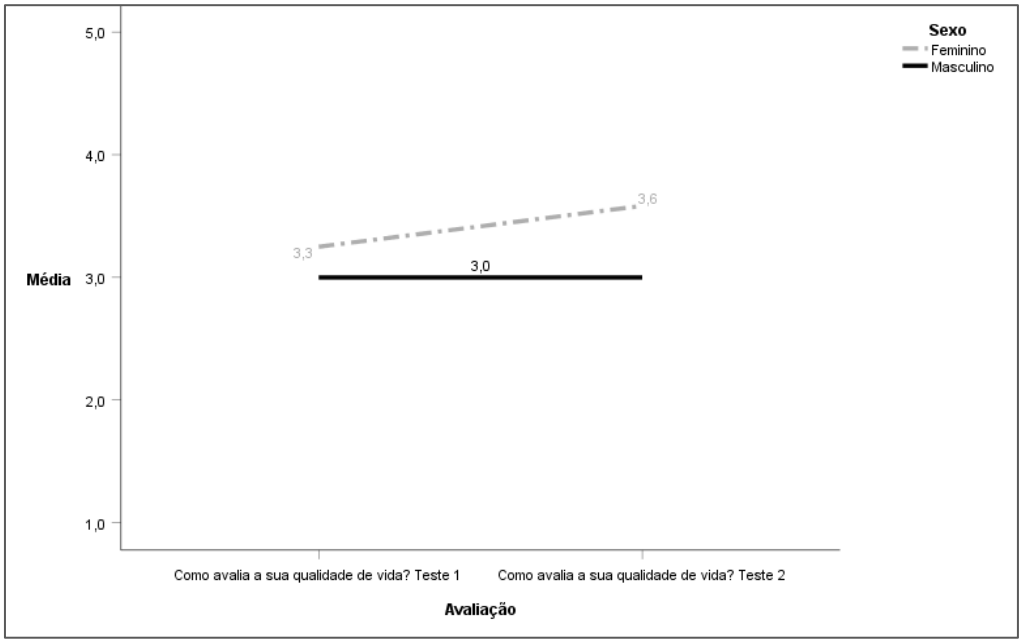
Teste de Shapiro Wilk		
Estatística	df	Sig
,833	7	,086

Teste T para amostras emparelhadas	
N	*p*
14	**,000**

Considerando o total da amostra (*n* = 14), no teste 1, em média (3,2; *DP* = 1) avaliam a sua qualidade de vida como sendo nem boa nem má. No teste 2, uma média de 3,5 (DP = 0,5) avaliam a sua qualidade de vida como sendo boa.

Deste modo, através do gráfico 1, confirma-se um aumento da média, de 3,3 para 3.6, na avaliação da qualidade de vida pelos participantes do sexo feminino entre o teste 1 e o teste 2, enquanto, entre os elementos do sexo masculino o valor médio da avaliação da qualidade de vida, de um momento para outro (do teste 1 para o teste 2), mantém-se igual (3), entre os dois momentos (teste 1 e teste 2).

Gráfico 1. Avaliação média da qualidade de vida antes e após a intervenção segundo o sexo



Como é referido na literatura, a qualidade de vida está relacionada com a perceção que cada indivíduo tem sobre a sua posição na vida, seja influenciado por contextos, padrões, preocupações, alterações demográficas e políticas viradas para o bem-estar social, físico e psicológico do idoso. Nos dias de hoje, os idosos procuram formas de manter as suas funcionalidades cognitivas ativas para melhor desenvolvimento das atividades da vida diária, e de forma autónoma, de modo a conquistarem e manterem a dignidade pessoal presente (Whoqol Group, 1994, as cited in Fleck et al., 1999).

O facto de se conseguir intervir com o idoso de forma mais direta, criando relações de confiança, partilha de interesses, e de assegurar as dinâmicas culturais e sociais de forma individualizada, facilita na promoção de atividades que correspondem aos valores de cada idoso e que consistem em contribuir para uma melhor perceção sobre a sua vida, no âmbito da qualidade de vida. No estudo realizado por Ermel et al. (2017), também foi aplicado o questionário *Whoqol-Old* a 508 idosos portugueses e a 349 idosos brasileiros,

para avaliação da qualidade da sua vida, e concluíram que os idosos que participaram no estudo percecionam positivamente a sua qualidade de vida.

Neste sentido, e segundo o gráfico 1, podemos referir que a intervenção que realizámos ao longo do estudo teve influência na perceção que os participantes revelaram ter sobre a sua qualidade de vida, nomeadamente entre os elementos do sexo feminino.

Com base na discussão dos resultados obtidos e discutidos, podemos concluir que o objetivo principal deste estudo, que consistia em verificar se o programa de estimulação cognitiva implementado a idosos institucionalizados, ao longo de quatro meses, teve influência nas suas capacidades cognitivas e na melhoria da perceção da sua qualidade de vida, conseguiu uma melhoria do score final do MEEM e da sua significância.

Com este estudo provámos, mais uma vez, a importância de realizar atividades de estimulação cognitiva na população idosa, de incluir uma população que, por vezes apresentam declínio cognitivos e alguma dependência relativamente a terceiros. Por vezes, a institucionalização pode ter consequências em diferentes domínios como: o declínio cognitivo, alterações de humor, diminuição do apetite, isolamento social, diminuição da qualidade vida, aumento dos recursos de tratamento e incapacidade e morte (Renedo, 2015). Porém, o objetivo das intervenções é transmitir ao idoso formas de potencializar as suas funcionalidades e desenvolver meios de suporte para trabalhar o seu bem-estar pessoal, social, físico e psicológico.

Uma forma de travar estas consequências da institucionalização e do processo de envelhecimento, sobretudo ao nível da prevenção do declínio cognitivo, que é o foco deste estudo, é a intervenção cognitiva que, segundo nos relata a literatura, proporciona benefícios a vários níveis (Sequeira, 2007, as cited in Sousa & Sequeira 2012), nomeadamente: na orientação, nas funções executivas, na linguagem, na memória, no desempenho das atividades da vida diária, da diminuição da sobrecarga dos familiares e na melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Na análise das diferentes competências, por meio da aplicação do MEEM, verificámos que existiu uma melhoria do desempenho dos participantes ao nível da categoria orientação e da categoria linguagem, estando as outras categorias muito próximas de resultados significativos.

O resultado menos significativo foi a nível da atenção e cálculo o que pode estar relacionado com o facto de a amostra apresentar baixa escolaridade, ou mesmo, nenhuma escolaridade.

No respeitante à retenção, sabemos que uma das principais manifestações do envelhecimento cognitivo são as perdas de memória, sobretudo da memória a curto prazo. A este propósito Sequeira (2010), explica que as principais alterações cognitivas se referem a deterioração da memória, que pode ser subsequente de um processo demencial. Inicialmente é a memória a curto prazo, imediata ou de trabalho, diretamente relacionada com a retenção e a manipulação da informação, a mais afetada, mantendo-se a memória a longo prazo preservada.

No domínio da evocação é reforçada a memória que o idoso apresenta, no entanto, apesar das atividades desenvolvidas, notou-se que não foi significativo para se obterem dados estatisticamente percetíveis. Contudo, percebe-se que se trata de uma área em que se deve intervir com mais regularidade.

No nosso entender, a adesão e colaboração nas atividades dinamizadas deveu-se ao facto de as atividades estarem diretamente relacionadas com episódios e atividades em que os idosos participaram ao longo da sua vida e por serem atividades da vida diária. Como comprova Ramos (2010), ao afirmar que os estudos realizados, em ambiente laboratorial, mostram que os indivíduos não conseguem apreender as competências cognitivas como em atividades realizadas em espaço presencial, mas também afirma que muitas condutas do dia-a-dia podem ser adaptadas ao contexto real. Um outro fator que pode ter contribuído para a adesão, diz respeito às adaptações realizadas no programa de estimulação cognitiva de modo que as atividades fossem adequadas a todos os participantes, inclusivamente os mais dependentes, com o objetivo de evitar neles alguma frustração e permitindo que todos fossem capazes de realizar as atividades propostas.

Reforçando a pertinência do nosso estudo podemos referir o estudo elaborado por Gaspar (2017), que analisou diferentes competências do MEEM, e verificou que a existência de uma melhoria no desempenho dos participantes em todas elas, com resultados significativos, exceto na competência atenção, cálculo e retenção. O seu

objetivo foi alcançado, mas, no respeitante às competências, verificou que a hipótese levantada não foi totalmente confirmada, uma vez que na categoria linguagem obteve resultados significativos, em que este aspeto pode estar relacionado com o facto da avaliação no MEEM não estar direcionado com a linguagem escrita, mas também com a compreensão e execução de questões. No que toca à categoria retenção, os resultados foram inferiores ao esperado, talvez, segundo Sequeira (2010), pelo facto da memória a curto prazo ser uma das principais competências a ser afetadas pelo envelhecimento. O autor observou também que os indivíduos com escolaridade mais elevada apresentaram maiores ganhos em relação aos dois momentos de avaliação, sobretudo na avaliação final do MEEM, e na competência da atenção e cálculo, antes e após teste.

Tais resultados mostram consonância com o estudo realizado por Santos (2010, as cited in Pires, 2012), o qual também constatou um acréscimo em todas as categorias, à exceção da categoria linguagem. Já no estudo levado a cabo por Ferro et al. (2010, as cited in Pires, 2012), os resultados apontam apenas para um acréscimo nas categorias: orientação, evocação e linguagem.

Num outro estudo desenvolvido por Fernandes (2014), observou-se que os resultados da implementação deste projeto referente ao MEEM, mostram que, de um modo geral, existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da orientação, atenção e, cálculo e evocação. A categoria “linguagem” apresenta resultados positivos apenas num indivíduo. A categoria “retenção” não obteve mudanças, porém, comprovou ser uma capacidade cognitiva ativa devido à sua pontuação elevada. No que diz respeito ao parâmetro “habilidade construtiva”, este não teve qualquer alteração aos resultados iniciais do pré-teste, não tendo assim alterações positivas no pós-teste. Desta forma pode-se afirmar que os participantes apresentam com o tempo e com estimulação cognitiva, melhorias significativas. Com o intuito de verificar se as diferenças dos resultados do pré e pós teste MEEM são estatisticamente significativos, foi realizado o Teste *t-Student*, sendo que os resultados apresentam diferenças estatisticamente significativas ao nível da orientação, retenção e cálculo, e evocação. Desta forma podemos afirmar que os participantes apresentam com o tempo, e com a estimulação cognitiva um maior índice destes fatores.

O autor Pires (2012), utilizou a análise descritiva (Média, desvio padrão, mínimo e máximo) e estatística inferencial (teste t de student para amostras emparelhadas), onde evidenciou uma melhoria do desempenho cognitivo (*p-value* = 0,013), avaliado através dos resultados do MEEM obtidos no pré-teste e os obtidos no pós-teste. No que diz respeito aos resultados obtidos por categorias do MEEM (orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva) no estudo em questão, houve uma melhoria, comparando as médias dos resultados obtidos no pré-teste e pós-teste, em todas as categorias à exceção da categoria linguagem na qual os resultados obtidos no pré-teste foram 6.89±2,59 e no pós-teste 6,84±1,34.

Em consonância com os resultados do estudo em questão, está o estudo realizado por Souza e Chaves (2005) o qual tinha como objetivo investigar, numa amostra constituída por 46 idosos, o efeito da estimulação de memória sobre o MEEM, com base em atividades, implementadas em 8 sessões de 2 horas cada uma, as quais consistiam na apresentação de palestras, aplicação de jogos, atividades de treino de raciocínio, compostas por resolução de problemas, cálculos, leitura e memorização visual. Os autores supracitados concluíram que, comparando os resultados do MEEM, antes das atividades estimuladoras do sistema cognitivo, com os resultados depois das atividades, houve acréscimo estatisticamente significativo (*p-value*= 0,042) (Pires, 2012).

Também Banhato et al. (2009), ao avaliar a atividade física e a cognição no envelhecimento, verificou num grupo de 394 indivíduos, que os 173 idosos ativos, comparando com os 221 sedentários, estes últimos, embora sem significado estatístico (*p*= 0,055), obtiveram pior resultado no que diz respeito à aplicação do MEEM.

Deste modo, é importante referir que para além do idoso, a sociedade, como promotora de iniciativas deverá cooperar através de programas e ações, a fim de criar condições favoráveis que promovam um envelhecimento saudável, ativo e com dignidade, capaz de manter e melhorar as capacidades cognitivas do idoso, proporcionando uma melhor perceção da sua qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Com a elaboração deste trabalho de investigação, verificámos que a estimulação cognitiva e a qualidade de vida do idoso são áreas de intervenção importantes e prementes em Portugal e a nível mundial, pelo aumento do índice de envelhecimento e das consequências que este fenómeno acarreta, sob a frequência das demências e da dependência.

Segundo Ferreira et al. (2010), o envelhecimento é marcado por diversas experiências, que são definidas por valores, metas, crenças e formas próprias que o idoso utiliza para compreender o mundo, influenciando a forma como este é inserido na sociedade e no seu contexto social e cultural.

Deste modo, e com o objetivo de verificar alterações demográficas e as novas necessidades da população, é necessário procurar novas estratégias de intervenção, para além das que estão amplamente estudadas como, os benefícios do exercício físico e as estratégias de integração social do idoso. A manutenção/melhoria das capacidades cognitivas dos idosos é uma área em que não tem implicado muito investimento, mas que permite ao idoso manter a sua autonomia nas atividades da vida diária e a sua participação social.

Todavia, vários autores, como por exemplo Rebelo (2019) afirma que, quando os idosos são estimulados, melhoram as suas habilidades e qualidade de vida. A importância da aplicação do programa de estimulação cognitiva gera que a sua aplicação seja feita de forma a melhorar a performance cognitiva do idoso e retardando a sua integração em ERPI´s (Estruturas residenciais para idosos).

Com a elaboração deste estudo verificámos a influência da estimulação cognitiva em idosos inseridos na valência de centro de dia, que produziu ganhos nas competências cognitivas orientação e linguagem, avaliadas pelo MEEM. Sendo uma população que, muitas vezes, fica à margem pela necessidade de adaptação e de tempo de intervenção, é quem mais deve ser tida em conta em iniciativas deste género, nomeadamente para retardar possíveis avanços na perda de competências de vária ordem.

Nas restantes funcionalidades apresentadas, nomeadamente a retenção, cálculo/atenção e evocação, não se verificaram diferenças significativas, o que pode estar relacionado com as variáveis sociodemográficas, o tipo de patologia apresentado pelos participantes, o estado civil, a escolaridade, a idade e o género, que podem ter influenciado na aquisição e manutenção daquelas capacidades.

O programa de estimulação cognitiva, no nosso entender, está bem conseguido pelo facto de ser constituído por atividades que envolvem habilidades, costumes, interesses, valores, memórias antigas (como as músicas e os ditados populares) e atividades da vida diária que, por sua vez, facilitaram a adesão dos idosos ao programa. Além disso, evitámos recorrer a atividades inadequadas à sua faixa etária, impedindo qualquer infantilização. Procurámos proporcionar, ao longo dos quatro meses de intervenção, momentos de bem-estar e partilha de experiências.

Ao longo do desenvolvimento das sessões, as atividades foram cuidadosamente planeadas, com o recurso a instrumentos que contivessem aspetos valorizados pelos idosos como, por exemplo, o trabalho na agricultura, atendendo que a maior parte deles era oriunda de aldeias onde a atividade agrícola era uma constante. Também foi uma preocupação promover a oportunidade de o idoso desenvolver atividades diárias autonomamente, como uma ida ao supermercado, a realização de contas, a leitura de documentação, entre outras.

No entanto, ao longo da elaboração deste trabalho, deparámo-nos com algumas limitações, pelo facto da amostra conseguida ser constituída por um número reduzido de elementos e não nos ser possível retirar conclusões objetivas e generalizar os resultados. Contudo, tendo em conta as especificidades da população em estudo, seria difícil a implementação de uma amostra mais abrangente, sem a necessidade de mais recursos.

Outro fator que entendemos ser limitativo foi o fato de não termos, numa perspetiva qualitativa, ouvir os participantes e perceber, para cada indivíduo, a importância da implementação do nosso estudo.

Também nos deparámos com a dificuldade em encontrar outros estudos relativos à aplicação de um programa de estimulação cognitiva em idosos, inseridos na valência de

centro de dia. Por isso tivemos dificuldade em fundamentar, à luz da literatura, não apenas a pertinência da nossa intervenção como a dos resultados encontrados.

Tendo em conta esta lacuna de informação científica, julgamos que seria pertinente a realização de outros estudos que envolvessem estas três grandes problemáticas: o envelhecimento, a cognição e o bem-estar no idoso e que considerassem uma amostra maior, sendo considerada também uma perspetiva qualitativa, que poderá proporcionar um maior aprofundamento de alguns tópicos.

Pelo exposto, consideramos que a realização deste trabalho foi relevante, podendo ser visto como um contributo para o maior conhecimento no que respeita à área da cognição e da intervenção social.

Resta-nos salientar que existe a necessidade de dar continuidade à implementação deste programa de estimulação cognitiva, no sentido de promover a manutenção das funcionalidades cognitivas de cada idoso. Para isso, concedemos à instituição, em formato digital, todas as atividades e material para futuras implementações.

BIBLIOGRAFIA

Antunes, M. P. (2015). Educação e evelhecimento bem sucedido: A realidade portuguesa. Em J. D. Pereira, M. S. Lopes, & T. M. Rodrigues, *Animação sociocultural, gerontologia educação Intergeracional: Estratégias e métodos de intervenção para um envelhecimento ativo.* Intervenção.

Araújo, L. (2013). Exercite o seu corpo. Em O. Ribeiro, & C. Paúl, *Manual do envelhecimento ativo* (pp. 13–38). Lidel .

Ávila, A. H., Guerra M. & Meneses M. P. R. (2007). Se o velho é o outro, quem sou eu? A construção da autoimagem na velhice. *Pensamento Psicológico*, *3*(8), 7-18.

Azevedo , M. J., & Teles , R. (2013). Revitalize a sua mente. In O. Ribeiro, & C. Paúl (Eds.), *Manual do envelhecimento ativo* (pp. 77-87). Lidel.

Banhato, E., Scoralick, N., Guedes, D., Atalaia-Silva, K., Mota, M. (2009). Atividade física, cognição e envelhecimento: estudo de uma comunidade urbana. Psicologia: Teoria e Prática, 11(1), 76–84.

Bastos , A., Faria, C., & Moreira , E. (2012). Desenvolvimento e envelhecimento cognitivo; dos ganhos e perdas com a idade à sabedoria. In C. Paúl , & O. Ribeiro (Eds.), *Manual da gerontologia* (pp. 107-127). Lidel.

Belsky, J. (2001). La memoria e la demencia. In J. Belsky (Ed.), *Psicología del envejecimiento* (pp. 197-227). Paraninfo.

Bjursell, C. (2019). A inclusão na educação mais tarde na vida: Por que os adultos mais velhos se envolvem em atividades de educação. *Jornal Europeu de Investigação sobre a Educação e Aprendizagem de Adultos*, *10*(3), 215-230.

Borglin, G., Jakobsson, U., Edberg, A.-K., & Hallberg, I. (2005). Self-reported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people. *International Journal of Nursing Studies*, *42*, 147–158.

Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública, 19*(3), 773-781.

Camarano, A. (2013). *Estatuto do Idoso: Avanços com contradições*. Ipea.

Camões, M., Fernandes, F., Silva, B., Rodrigues, T., Costa, N., & Bezerra, P. (2016). Exercício físico e qualidade de vida em idodos: Diferentes contextos

sociocomportamentais. *Motrocidade, 12(1),* 96–105. https://doi.org/10.6063/motricidade.6301

Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica, 27*(1), 15-23.

Carneiro, S. S. (2016). Estimulação cognitiva em idosos institucionalizados após acidente vascular cerebral. Universidade Fernando Pessoa.

Carta Social (2022). *Rede de serviços e equipamentos sociais – Principais indicadores 2010-2020*. Consultado a 10 de julho de 2022, em https://www.cartasocial.pt/sintese

Carvalhais , M., Almeida , T., Azevedo , J., Sá , T., Soares, I., Alves Filipa, . . . Paiva , F. (2019). Efeitos de um programa de estimulação cognitiva no funcionamento cognitivo de idosos institucionalizados . *Revista de investigação e inovação em saúde , 2*, 19-28.

Carvalho, J., & Mota, J. (2012). O exercício e o envelhecimento. In C. Paúl , & O. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia* (pp. 71-91). Lidel .

Chaves, S. S. (2015). *Envelhecer não é igual para todos: Significados de envelhecer bem para mulheres idosas que tiveram e que não tiveram filhos.* Universidade Federal da Bahia.

Choque , S., & Choque , J. (2004). *Atividades de animación para la tercera edad.* Editorial Paidotribo.

Coutinho, C. P. (2015). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. Edições Almedina.

Cristina, I., Machado, P., Rocha, M., Antunes, C., & Martins, T. (2017). Atividades de vida diária como preditores do estado cognitivo em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, *18*, 37–42. https://doi.org/10.19131/rpesm.0190

Dawalibi, N. W., Anacleto, G. M., Witter, C., Goulart, R. M., & Aquino, R. C. (2013). Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. *Estudos de Psicología, 30*(3), 393-403. https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000300009

Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de fevereiro, do Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Diário da República n.º 47/1998, Série I-B de 1998-02-25. Consultado a 18 de setembro de 2022, em www.dre.pt.

Dias, M., & Lima, R. (2012). Estimulação cognitiva por meio de atividades físicas em idosas:examinando uma proposta de intervenção. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *15*(2), 325–334. https://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000200015

Ermel, R., Caramelo, A., Fracolli, L., Ortiz, F., Zutin, T., Gianini, S., Silva, L., Cardin, M., Guimarães, E., Zutin, P., Dorvalino, J., & Vieira, M. (2017). Percepção sobre qualidade de vida dos idosos de Portugal e do Brasil. *REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde*, *9*(2), 1315–1320.

Fernandes, S. I. (2014). Estimulação cognitiva em idosos institucionalizados [Doctoral dissertation, Escola Superior de Educação de Bragança].

Ferreira, L. (2003). Utilidades, qalys e medição da qualidade de vida. *Mediação da Utilidade*, (3), 51-64.

Ferreira, O. G., Maciel, S. C., Silva, A. O., Sá, R. C., & Moreira , M. A. (2010). Significados atribuidos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. *Psico-USF, 15*(3), 357–364. https://doi.org/10.1590/S1413-82712010000300009

Ferreira PL, Almeida M, Pisco M, Cavalheiro L. Qualidade de vida de crianças e adolescentes. Adaptação cultural e validação da versão portuguesa do KINDL. Acta Pediátrica Portuguesa 2006; 37 (4): 125-44. (n.d.).

Ferreira PL et al. Qualidade de vida de crianças e adolescentes. Adaptação cultural e validação da versão portuguesa do KINDL®. Acta Pediatr Port. 2006; 37(4):125-44.

Ferreira, S. (2019). *Os benefícios do snoezelen no idoso*. Afid Sénior. https://afidsenior.pt/.

Filho, W. L., Júnior, F. J., Matias, J. L., Machado, A. A., Loureiro, A. C., & Oliveira, B. N. (2016). Comportamento de risco à saúde e à qualidade de vida em idosos vinculados ao programa de esporte e lazer da cidade (Pelc). *Educação Física em Revista*, *10*(1), 56–67.

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

Firmino, H. (2006). *Psicogeriatria*. Edições Almedina.

Fleck, M., Leal, O., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100) Development of the Portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *21*(1), 19-28.

Fleck MPA et al. 1999b. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública* 33(2):198-205.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, *12*(3), 189-198. https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6

Fonseca, J. J. (2002). Unidade 2: A natureza da pesquisa científica. In *Metodologia da pesquisa científica* (pp. 19–27). ns.

Freitag, L. (2005). *Como transformar a terceira idade na melhor idade*. Alaúde.

Freitas, M. A., & Scheicher, M. E. (2010). Qualidade de vida em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriateia e Gerontologia*, *13*(3), 395–401. https://doi.org/10.1590/S1809-98232010000300006

Freitas, M. C., Queiroz, T. A., & Sousa, J. A. (2012). O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *44*(2), 407–412. https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200024

Friedberg, Friedberg, R., & McClure, J. (2004). *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Artmed.

García, M. (2009). Psicología de la vejez: el funcionamento cognitivo. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Gerontología social* (pp. 201–223). Psicologia Pirámide.

Gaspar, A. M. (2017). Influência de um Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos Dependentes [Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Leiria Escola Superior de Educação e Ciências Sociais Escola Superior de Saúde].

Gineste, Y., & Pellissier, J. (2008). *Humanitude*. Instituto Piaget.

Gonçalves , A., Gomes, M., Martins, S., & Silva, V. (2017). *Jogos de intervenção tareupica para adultos e idosos* (2ª ed.). Papa-Letras.

Gonçalves, C. (2012). Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. *Psicologia.pt: O portal dos psicologos*, pp. 1-18.

Gonçalves, C. (s.d.). Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos.

Hoe, J., Orrell, M., & Livingston, G. (2011). Quality of life measures in old age. In M.T. AbouSaleh, C. Katona, & A. Kumar (Eds.), *Principles and practice of geriatric psychiatry* (3ªed, pp. 183-192). Wiley.

Higueras, B., & Muñoz, J. (2012). Psicologia básica. Manual de preparação CEDE PIR, 08. CEDE.

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2020). *Projeções de população residente 2018-2080*. INE.

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2022). *Estimativas de população residente em Portugal 2021*. INE. Consultado em 19 de setembro de 2022, em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE.

Jacob, L. (2007). *Animação de idosos*. Ambar.

Jenkinson C, Fitzpatrick Ray, Peto V, Greenhall R, Hyman N. The Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39): development and validation of a Parkinson's disease summary index score. *Age and Ageing,* 1997; 26(5):353-7.

Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. In J. E. Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe, & D. E. Deutchman (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 3–27). Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-101275-5.50005-3

Lourenço, S. M. (2017). *Vivência e qualidade de vida de idosos institucionalizados: um estudo qualitativo exploratório*. Faculdade de Psicologia de Lisboa.

Lövdén, M., Rönnlund, M., Wahlin, Å., Bäckman, L., Nyberg, L., & Nilsson, L.-G. (2004). The Extent of Stability and Change in Episodic and Semantic Memory in Old Age: Demographic Predictors of Level and Change. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *59*(3), 130–134. https://doi.org/10.1093/geronb/59.3.P130

Manes, S. (2018). *83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupos*. Paulus.

Marques, E., Sánchez, C., & Vicario, B. (2013). Perceção da qualidade de vida de um grupo de idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, Ser*IV*(1), 84, 75–84. http://dx.doi.org/10.12707/RIII1314

Marques, S., Oliveira, D., Cecílio, H., Silva, C., Sampaio, L., & Silvia, V. (2020). Avaliação da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS: revisão integrativa. Revenferm UERJ, (28), 1-8

Marquis P, Amarenco G, Sapède C, Josserand F, McCarthy C, Zerbib M, *et al*. Élaboration et validation d'un questionnaire qualité de vie spécifique de l'impériosité mictionnelle chez la femme. Prog Urol 1997;7:56-63.

Moreira, A., Sá , P., & Costa, A. P. (2021). *Reflexões em torno de metodologias de investigação métodos*. UA Editora.

Murakami, L., & Scattolin, F. (2010). Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Médica Herediana*, *21*(1), 18–26. http://dx.doi.org/10.20453/rmh.v21i1.1141

Neri, A. L. (2013). Conceitos e teorias sobre o envelhecimento. Em L. Malloy-Diniz, D. Fuentes , & R. Cosenza, *Neuropsicologia do Envelhecimento: Uma abordagem multidimensional* (pp. 17–42). Artmed.

Neta, M., Neto, A., Dantas, E., Almeida, M., Wichi, R., & Grigoletto, M. (2016). Efeitos do treinamento funcional na força, potência muscular e qualidade de vida de idosas pré-frágeis. *Motricidade*, *12*(S2), 61–68.

Neto, M. J., & Corte-Real, J. (2013). A pessoa idosa institucionalizada: Depressão e suporte social. *Journal of Aging and Innovation, 2*, 26–41.

NeuroUp. (s.d.). *NeuroUp*. Obtido de NeuroUp: https://neuronup.com.br/

OMS [Organização Mundial da Saúde]. (1995). Quality of life assessment: position paper from the World Health Organization. Social Science Medicine, 41(10), 1403-1409.

Organização Mundial de saúde [OMS] (2015). *Relatório mundal de envelhecimento e saúde.* OMS. Disponível em https://www.who.int/

Paiva, D. d. (2013). *Cognição e envelhecimento: Estudo de adaptação transcultural e validação do six item cognitive impairment teste (6CIT).* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Paiva, V. M. (1986). A velhice como fase do desenvolvimento humano. *Revista de psicologia, 4*(1), 15–23.

Parola, V., Coelho, A., Neves, H., Almeida, M., Gil, I., Mouro, A., & Apóstolo, J. (2019). Efeitos de um programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados.

Revista de enfermagem referência, série IV(20), 47–56. https://doi.org/10.12707/RIV18043

Paula , F. L. (2010). Saúde e qualidade de vida. Em F. L. Paula, *Envelhecimento e quedas de idosos*. Apicuri.

Pereira, J. D., Lopes, M. S., & Rodrigues, T. M. (2015). *Animação Sociocultural, Gerontologia Educação Intergeracional.* Intervenção.

Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajectória.* Quarteto Editora.

Pinho, M. (2015). Memória e envelhecimento. In C. Paúl, & Ó. Ribeiro (Eds.), *Manual de gerontologia* (pp. 141-162). Lidel.

Pires, M. (2012). *Performance cognitiva em idosos institucionalizados* [Trabalho de Projeto]. Escola Superior de Saúde de Bragança.

PORDATA (2022). População residente: total e por grandes grupos etários (%). Consultado a 10 de julho de 2022. https://www.pordata.pt/db/portugal/ambiente+de+consulta/tabela

Quintão, S., Lima, G., Pedrosa, R., Jr, J., Reis, D., & Amaral, J. (2013). Avaliação da qualidade de vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados de Ubá e microrregião. *Revista Portal da Motivação*, 32, 18–31.

Ramos, S. (2010). *Envelhecimento, trabalho e cognição*. Textos Universitários de ciências sociais e humanas. Fundação Calouste Gulbenkian.

Rebelo, M. (2019). *Promover o envelhecimento ativo: o desafio da institucionalização sob o olhar do enfermeiro*. Instituto Politécnico de Portalegre.

Renedo, J., Contín, K., Asteasu, M., Echeverria, L., & Izquierdo, M. (2015). Functional and cognitive impairment prevention through early physical activity for geriatric hospitalized patients: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, *15*, 112.

Santos, M., & Mendoza, C. (2017). Treino cognitivo para idosos: Uma revisão sistemática dos estudos nacionais. *Psico-USF, 22*(2), 337–349. https://doi.org/10.1590/1413-82712017220212

Santos, P., Pestana, S., Santana, M. R., & Ferreira, A. I. (2020). Reabilitação no envelhecimento. Em M. C. Faria, J. P. Ramalho, A. C. Nunes, & A. I. Fernandes, Visões sobre o envelhecimento (pp. 31-47). IPBeja Editorial.

Schmidt-Hertha, B., Formosa, M., & Fragoso, A. (2019). Editorial: O envelhecimento activo, a inclusão social e bem-estar: Benefícios da aprendizagem na vida adulta. *Jornal Europeu de Investigação sobre a Educação e Aprendizagem de Adultos, 10*(3), 207–213. https://doi.org/10.3384/rela.2000-7426.relae19

Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos,biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia, 25*(4), 585–593. https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013

Sequeira, C. (2010). Cuidar de Idosos com dependência física e mental. Lidel Edições técnicas, Lda.

Sousa, l. & sequeira, c. (2012). conceção de um programa de intervenção a memória para idosos com défice cognitivo ligeiro. revista portuguesa de enfermagem de saúde mental, 8, 7-14.

Serrano, G. P. (2008). *Elaboração de Projetos Sociais - Casos Práticos.* Porto Editora.

Souza, J., & Chaves, E. (2005). O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 39*(1), 13–19. https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000100002

Umphred, D. A. (2010). *Rabilitação Neurológica.* Elsevier Editora.

Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S.C., & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *8*(3), 256-252. https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000300006

Vega, J. L., & Bueno , B. (2000). *Desarrollo Adulto y envejecimiento.* Sintesis Psicología.

Veloso, A. S. (2015). *Envelhecimento, saúde e satisfação: Efeitos do envelhecimento ativo na qualidade de Vida.* [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Ventegodt, S., Merrick, J., & Andersen, N.J. (2003). Quality of life theory I. The IQOL theory: an integrative theory of the global quality of life concept. *The Scientific World Journal*, *3*(1), 1030-1040. https://doi.org/10.1100/tsw.2003.82

Vitorino, A., & Silva, F. (2010). Nível de qualidade de vida em idosos da unati-ucb. *Educação Física em Revista, 4*(3), 1–12.

WHO (2002) Active Ageing – A Police Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid, Spain, April, 2002.

WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

Withnall, A. (2000). The debate continues: integrating educational gerontology with lifelong learning. In F. Glendenning (Ed.), *Teaching and Learning in Later Life. Theoretical Implications* (pp. 87-97). Ashgate.

ANEXOS

ANEXO 1 – RESUMO DAS ATIVIDADES

Programa de intervenção de estimulação cognitiva

No presente programa de estimulação cognitiva, pretendeu-se implementar junto dos idosos exercícios de caracter prático que visam a promoção da atividade cognitiva, nomeadamente ao nível da orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva.

Numa fase inicial foi realizada uma revisão bibliográfica acerca de instrumentos e jogos de estimulação cognitiva, que partiram de orientação para planificação das sessões. Criou-se um conjunto de planos de sessão, compostos por atividades de orientação espacial e temporal, motricidade fina, jogos de palavras e raciocínio, jogos desportivos, jogos de estimulação de memória visual e auditiva, puzzles com diversos níveis de dificuldades, entre outros materiais. Dos planos de sessão desenvolvidos, todas as atividades foram produzidas pela investigadora, com objetivo de futura utilização pelos idosos da instituição. Todas as atividades foram explicadas e esclarecidas aos participantes, sendo que as mesmas se encontravam adaptadas e ajustadas consoante o nível de escolaridade de cada um.

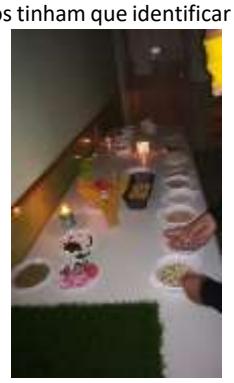
Os principais objetivos do programa são:

-Exercitar a linguagem e o pensamento, contribuindo para os níveis de ativação cerebral, recuperação e/ou compensação de outras perdas;
-Promover um estilo de vida ativo;
-Proporcional desenvolvimento pessoal, fomentando a criatividade do individuo;
-Facilitar e melhorar as relações de comunicação entre indivíduos;
-Estimular os vários tipos de memória;
-Integrar os idosos na sociedade atual e mais inclusiva;
-Desenvolver autonomia e estilos de vida saudáveis.

De forma que fique claro o conteúdo utilizado durante as sessões, segue uma tabela com uma breve descrição das atividades desenvolvidas e objetivos específicos.

Tabela 20. Atividades realizadas e objetivos

Atividades (Breve Descrição)	Objetivo(s) Específico(s)
Orientação	
"Orientação Temporal-Primavera" De forma a ser trabalhado com os idosos a orientação temporal e espacial da estação do ano, foi desenvolvida várias atividades que coincidissem com o tema, nomeadamente, a construção de um jardim com flores e a partilha de vivências.	-Sensibilizar para a partilha de experiências; -Promover conteúdos coincidentes à época do ano.
"Orientação Temporal-Páscoa" Através da concretização de atividades práticas entre gerações conseguiu-se partilhar várias vivências adquiras da época do ano de celebração que é a Páscoa.	-Estimular a orientação temporal; -Promover a partilha de conhecimentos culturais.
"Jogo Bowling" Este jogo aumenta a capacidade motora e estimula todas as capacidades cognitivas, com o intuito de derrubar os pinos identificados de uma só vez com uma bola, tal como ditam as regras. Foi feita uma contabilização final por cada idoso.	-Desenvolver a socialização dos utentes em ambiente lúdico; -Favorecer a integração intergrupal; -Estimular a atenção e concentração.
"Recordar é Viver" Nesta atividade trabalhou-se a reminiscência, como funcionalidade de receber, reter, reconhecer e recordar determinado momento. Foi apresentado várias imagens de locais, pessoas e acontecimentos, e posteriormente os idosos tinham que identificar o que representava na vida deles.	-Estimular os vários tipos de memórias; -Desencadear o desenvolvimento de diversas emoções afetas às imagens apresentadas; -Promover a orientação espacial e temporal; -Promover a partilha de experiências de vida entre idosos.
"Profissões das épocas" Recordar e homenagear as profissões que os idosos realizavam é trazer à memória diversos sentimentos e lembranças. Com uma sociedade bastante evoluída é importante demonstrar como foram alteradas as diversas profissões. Foi desenvolvida uma peça de teatro com as profissões que os idosos exerceram na sua adultez, em relação às profissões da atualidade. Por meio da escrita do guião da peça de teatro, conseguiu-se refletir sobre o mundo e sobre os desafios existentes. Angariou-se e desenvolveu-se os instrumentos necessários para representação das profissões.	-Estimular os diversos tipos de memória através de reflexões sobre as profissões, marco assinalado na vida dos idosos; -Melhorar as capacidades cognitivas; -Enriquecer o conhecimento social e cultural; -Partilhar experiências pessoais; -Estimular a comunicação entre pares; -Promover novas aprendizagens.
"Sala Sensorial- Tema Agricultura" Uma sala sensorial promove a capacidade de utilizar diversos estímulos sensoriais, desde a audição, visão, olfato e estimulação tátil. Nesta sala o idoso confia, relaxa e recorda momentos que contribuem para a sua qualidade de vida.	-Desenvolver a capacidade de utilizar os diversos estímulos multissensoriais; -Estimular e potencializar várias áreas do funcionamento cognitivo;

Atividades (Breve Descrição)	Objetivo(s) Específico(s)
A atividade foi realizada por diversas fases, adaptando-se sempre aos interesses e vivencias dos idosos. Para estimular a capacidade visual e a memória foram criadas várias imagens relacionadas com a agricultura onde o idoso tinha que identificar o que representava ex: imagens de animais), de seguida através do toque tinham que identificar os ramos de determinadas árvores, ex: videira, eucalipto, oliveira… Utilizando o sentido tátil os idosos de olhos vendados tinham que identificar legumes ou frutas representantes da agricultura, como por exemplo batata, milho, feijões, etc. Degustaram vários produtos, como por exemplo ameixa, pêssego, maçã. O último passo era identificar os vários instrumentos agrícolas, como o foicinho e foice e plantar uma semente de uma planta, para que cuidasse dela aos longo dos dias. 	-Estimular a capacidade de concentração, atenção, agilidade, inteligência e habilidade; -Fomentar a criatividade e liberdade de expressão; -Reagir a estímulos multissensoriais; -Reagir a estímulos visuais, auditivos, táteis, olfativos e paladares.
"Livro-Histórias de Vida" Os idosos ao relatarem as suas histórias de vida estão a recordar várias experiências do seu passado, desde momentos da infância, familiares, profissionais e acontecimentos marcantes. Desencadeando várias emoções, sentimentos, e descoberta da identidade pessoal. A constituição do livro foi realizada através da junção das histórias de vida de cada idoso, contou inicialmente com a transcrição das respostas dos idosos e finalizando com a ilustração de cada profissão identificada. Posteriormente todas as histórias de vida foram transcritas pelos idosos para o computador e publicadas na sala de convívio da instituição.	-Estimular a memória autobiográfica; -Estimular vários tipos de memória; -Estimular a articulação das capacidades de raciocínio; -Identificar as várias emoções desenvolvidas; -Promover a orientação espacial.
Retenção (Memória)	
"Jogo do BOCCIA" Formando-se grupos neste jogo consiste no elemento de cada equipa lançar uma bola vermelha ou azul com o objetivo de acertar na bola branca, colocada inicialmente a meio do campo. Ganhava quem chegasse mais perto da bola, com a distância mínima.	-Trabalhar a orientação espacial -Desenvolver a capacidade de concentração e raciocínio; -Proporcionar momentos de convívio e partilha. -Proceder conforme as regras previamente definidas.

Atividades (Breve Descrição)	Objetivo(s) Específico(s)
"Vamos às Compras" A realização de compras no dia-a-dia, é uma competência benéfica para a saúde de toda a população, não deixando de parte os idosos, pois, é uma atividade que estes conseguem realizar sozinhos ou com algum meio de ajuda. A prática desta tarefa teve sempre presente na vida dos idosos e por isso é benéfico conseguirem conservá-la. Nesta atividade através de imagens e de dinheiro "falso" os idosos teriam que preparar uma refeição e saber manusear o dinheiro para pagamento da conta. 	-Proporcionar a capacitação para o desenvolvimento das atividades de vida diária (AVD´S); -Proporcionar momentos de socialização entre pares; -Estimular a memória, capacidade de concentração e raciocínio; -Proporcionar momentos lúdicos como forma de novas aprendizagens para a realidade atual.
"Identificação Sequencial" A atividade consiste em colocar as respetivas cores nos lugares corretos de acordo com a sua sequência lógica. Pela mesmo seguimento também é possível formar-se várias imagens ex.: casa, flores, etc..	-Reconhecer a capacidade visual e tátil; -Seguir a sequência lógica de modo a finalizar o desenho pretendido.
"Igualar as cores" Os jogos de perceção visual são jogos de coordenação, atenção e de lógica. Com a concretização da atividade, teve-se como objetivo igualizar e organizar de forma sequencial os instrumentos apresentados com diversas cores.	-Potencializar o conhecimento das cores; -Conseguir identificar as diferentes cores; -Igualar as cores correspondentes; -Promover a capacidade de atenção e concentração.
"Igualar formas e cores" Nesta atividade colocou-se como base imagens numa determinada posição e através de um conjunto de formas os idosos tinham que igualar a figura como na figura inicial, tanto pelo seu formado como pela cor apresentada.	-Trabalhar a capacidade de colocar diferentes soluções ao problema apresentado; -Desenvolver a capacidade de persistência; -Potencializar a tomada de decisão; -Desenvolver a atenção.
"Ateliê Digital" Desafiar o cérebro com capacidades digitais previne a perda de memória e do raciocínio e permite que o cérebro esteja ativo. Nesta atividade os idosos escreveram uma carta no computador, a um dos seus familiares para que posteriormente pudesse ser enviada. Com a ajuda do Google maps também visualizaram as suas áreas de residência e locais onde trabalharam. 	-Estimular os idosos para as novas tecnologias que criam proximidade entre o mundo.; -Estimular os diversos tipos de memórias, através de acontecimentos passados e presentes; -Promover novas aprendizagens; -Desenvolver os vários tipos de memória; -Desenvolver a memória autobiográfica.
"Jogo da Memória" Este jogo desenvolve as capacidades do cérebro e facilita no processo de novas aprendizagens. A estagiária concretizou o jogo	-Desenvolver a socialização entre pares;

Atividades (Breve Descrição)	Objetivo(s) Específico(s)
através de imagens plastificadas em cartão com figuras de personagens ou sítios conhecidos e identificados pelos idosos previamente, com o objetivo de formarem pares após virarem duas cartas.	-Estimular os diversos tipos de memória; -Promover o espírito de competitividade e de desempenho.
"Identificação de imagens" A estagiária colocou várias imagens espalhadas numa secretária de forma a que os idosos de forma individual fossem retirar um cartão e identificassem qual o significado da imagem apresentada.	-Estimular os diversos tipos de memórias; -Proporcionar momentos de descontração e de partilha entre grupo.
Atenção e Cálculo	
"Exercícios de Cálculo" Os exercícios de de cálculo favorecem o desenvolvimento de habilidades do pensamento. Com esta atividade os idosos desenvolveram distintas formas matemáticas, tal como adição e subtração para chegarem a um resultado final.	-Conseguir chegar a um resultado final utilizando formas matemáticas; -Conseguir utilizar a interpretação; -Conseguir desenvolver o sentido de tomada de decisão; -Conseguir completar o exercício individualmente ou com ajuda da estagiária.
"Jogo de Cálculo Sequencial" Exercícios de cálculo, incluindo somas, subtrações e multiplicações têm como objetivo que os participantes resolvam as operações no menos tempo possível e de forma acertada. A partir de um único número trabalhou-se a soma sequencial.	-Efetuar o cálculo em todos os espaços em branco que indicasse o local da soma; -Apresentar corretamente o resultado pretendido.
"Jogo soma e procura" O cálculo mental é uma atividade que potencializa a reserva cognitiva. Com esta atividade os idosos tinham que colocar uma mola com o resultado final na soma da conta identificada numa roda de cartão feita pela estagiária.	-Estimular a capacidade de raciocínio; -Desenvolver a capacidade de cálculo; -Proporcionar a concentração através da lógica.
"Sudoku" Este jogo requer bastante atenção por ser um jogo de quebra-cabeças e por potencializar a realização de cálculos simples.	-Completar o exercício; -Estimular a capacidade de cálculo mental; -Promover novas formas de pensamento mental.
Evocação	
"As Cores nos Arcos" As atividades desportivas proporcionam bem-estar e desenvolvimento das funcionalidades cognitivas. Nesta atividade os idosos estariam em círculo sentados nas cadeiras e com a separação de diversas bolas pelos idosos, quando a estagiária identificada uma cor, teriam que lançar para o arco correspondente a essa cor.	-Trabalhar a expressão corporal e as funções psicomotoras; -Fomentar o desenvolvimento cognitivo e emocional; -Promover as relações sociais através do diálogo e convívio.
"ABC do Conhecimento" Através da construção de documentos em formato digital foi realizado com os idosos exercícios de conhecimento diversificado, desde a resposta a perguntas, como a identificação	-Promover a orientação temporal e espacial; -Aquisição de novos conhecimentos; -Proporcionar momentos de socialização e partilha grupal;

Atividades (Breve Descrição)	Objetivo(s) Específico(s)
das horas no relógio ou até a identificação do resultado matemático.	-Promover a ajuda mútua.
"Formação de Palavras" A língua portuguesa é utilizada por toda a população e para tal é necessário saber aplica-la, tanto verbalmente como através da escrita. Nesta atividade através da visualização de imagens os idosos teriam que procurar as letras e construir a palavra correta que correspondesse a essa mesma imagem.	-Reconhecer as letras do alfabeto; -Promover a capacidade de formar, ler e escrever palavras corretamente; -Promover novas formas de aprendizagem; -Proporcionar momentos enriquecedor e de motivação pessoal.
"Reorganizar Palavras" Existem várias formas de formar palavras, sendo uma delas originada pela desorganização de letras. Nesta atividade através de diversos temas foram reformuladas pelos idosos diversas palavras desorganizadas.	-Estimular a concentração; -Desenvolver a capacidade de resolução de problemas; -Desenvolver novas formas de aprendizagem através da língua portuguesa.
Linguagem	
"Jogo do Stop" Para esta atividade foi entregue aos participantes uma folha e uma caneta, de seguida foi explicado em que consistia o jogo bem como as regras do mesmo. Iniciando-se a atividade os participantes tinham que descobrir as palavras de diferentes categorias e preencher as respetivas colunas da folha.	-Melhorar ou manter as habilidades cognitivas em níveis saudáveis; -Atenuar o declínio da velocidade de processamento de informação; -Desenvolver o vocabulário e linguagem; -Proporcionar proximidade entre participantes.
"Confusão Musical" A música mobiliza todos os sentidos do ser humano. Nesta atividade entregou-se a cada participante uma folha de jogo com imagens correspondente às músicas que iriam ser tocadas. Cada idoso tinha que associar a música á imagem.	-Ordenar as músicas pela ordem que elas são reproduzidas; -Identificar as músicas e associar à imagem; -Promover o estímulo á perceção auditiva; -Identificar uma sequência lógica.
"Jogo do Lençol" Através da socialização e da interação grupal os idosos desenvolvem várias competências. Com este jogo os idosos teriam que colocar uma bola num dos três buracos existentes no lençol, de forma a somar um número por cada buraco. No buraco mais pequeno a pontuação seria de 100, no buraco médio seria de 50 pontos e no pequeno de 10 pontos, o objetivo inicial era chegar aos 1000 pontos.	-Movimentar o lençol de forma a que as bolas caíssem na abertura formada; -Trabalhar a execução de tarefas grupais; -Estimular a capacidade de entreajuda; -Promover o bem-estar e a satisfação individual e grupal.
"Direitos e Deveres" Todos os idosos têm direitos e deveres, é importante que estes tenham a perceção de quais são perante a sociedade.	-Identificar os direitos e os deveres; -Capacitar para a integração na sociedade;

Atividades (Breve Descrição)	Objetivo(s) Específico(s)
Através de afirmações escolhidas aleatoriamente os idosos teriam que identificar que era um direito ou um dever.	-Desenvolver momentos de socialização e partilha de ideias e opiniões diferentes; -Desenvolver a cultura geral de cada indivíduo.
"Verdade ou Mentira" Esta atividade consiste em apresentar várias afirmações, frases de cultura geral e contas com o intuito do idoso conseguir identificar se é verdade ou mentira, promovendo sempre a reflexão. 	-Promover a capacidade de reflexão; -Desenvolver a cultura geral de cada idoso; -Capacitar para novas aprendizagens; -Promover a capacidade de tomadas de decisões rápidas e eficazes.
"Prevenção de Quedas no Idoso" As consequências de uma queda são bastante graves, podendo causar grande impacto na vida dos idosos e dos seus familiares. Os idosos com demência podem apresentar maior desorientação, e para tal é importante abordar este tema para uma maior prevenção e consciencialização. A abordagem deste tema foi utilizada em formado power point com a demonstração dos diapositivos através de esquemas e imagens para fácil compreensão. 	-Consciencializar os idosos sobre situações de risco e cuidados a ter para evitam quedas; -Alertar para as consequências que comprometem a saúde do idoso; -Prevenir futuras quedas; -Consciencializar para a importância de estimular funcionalidades cognitivas; -Adquirir novas aprendizagens sobre o tema; -Saber utilizar estratégias de proteção espacial.
"Alimentação Saudável" Na sociedade a adoção de estilos de vida saudáveis ocupam lugar, influenciando favoravelmente o envelhecimento, pela prática de uma alimentação saudável e equilibrada. A roda dos alimentos ajuda a escolher e a combinar os alimentos que deverão fazer parte da alimentação diária, de modo equilibrado, completo e variado. Nesta atividade desenvolveu-se uma apresentação sobre o tema e posteriormente pesquisou-se na internet os produtos saudáveis. Foi afixado no refeitório alimentos saudáveis e frases motivadoras. Através de um jogo interativo os idosos conseguiram perceber melhor sobre o tema apresentado.	-Reconhecer novas aprendizagens sobre o tema "alimentação saudável"; -Saber distinguir alimentos saudáveis e não saudáveis; -Promover a integração grupal; -Promover o sentido de entreajuda; -Integrar os idosos na sociedade moderna; -Descobrir novas práticas tecnológicas; -Promover a melhoria de qualidade de vida e atividades da vida diária; -Promover uma vida ativa e saudável; -Estimular o raciocínio, concentração e atenção.
Habilidade Construtiva	
"Construir através da Reciclagem" Construção de Puffs	-Proporcionar momentos de criatividade

Atividades (Breve Descrição)	Objetivo(s) Específico(s)
Através da construção de puffs foi-se promovendo a sensibilização para a reciclagem e para a transformação do mundo.	-Proporcionar tomadas de decisões conscientes; -Desenvolver o sentido de entreajuda.
"Puzzle" A construção de puzzle favorece o desenvolvimento de competências e aprendizagens. Com a possibilidade realizar a construção intacta do puzzle os idosos tiveram que encontrar estratégias de solução. 	-Proporcionar momentos de orientação espacial e temporal pela identificação de imagens no puzzle desenvolvido pela estagiária; -Estimular a capacidade construtiva; -Estimular as capacidades de persistência; -Identificar situação de possível resolução utilizando estratégias diferentes com o mesmo fim.
"Lógica das Cores" Este jogo foi executado através de uma sequência lógica, baseado em tentativa-erro, com o objetivo de formar um quadrado através da ligação de várias cores. Esta atividade foi feita individualmente e em grupo.	-Promover a inteligência -Desenvolver a capacidade construtiva; -Promover a satisfação individual e grupal; -Desenvolver o sentido de perseverança.
"Jogo Tangram" Este jogo é constituído por várias peças que promove a formação de várias figuras através da união de peças, sem se sobreporem. (ex: figuras como quadrado, triangulo, coração, etc..)	-Promover a união de formas geométricas; -Promover novas aprendizagens; -Desenvolver a capacidade de raciocínio através de uma sequência lógica.
"Jogo Sequencial" -Neste jogo construído com madeira os idosos tiveram que construir a figura identificada, completando os espaços em branco e colocando todas as peças de forma lógica.	-Conseguir completar a figura como inicialmente proposto; -Estimular a perseverança com o sentido de tentativa-erro; -Estimular o pensamento lógico; -Desenvolver a capacidade mental e de raciocínio.
"Tetris" Este jogo geométrico consiste em unir as diferentes peças de forma a completar todas as linhas horizontais e verticais. É um jogo de quebra-cabeças que requer muito raciocínio. O objetivo é completar o maior número possível de linhas e trocar peças cajo seja necessário.	-Conseguir completar o jogo com o maior número possível de peças; -Utilizar estratégias de resolução; -Desenvolver as funcionalidades cognitivas como o raciocínio e concentração; -Desenvolver técnicas educacionais de tentativa-erro; -Desenvolver a capacidade de solucionar problemas.

ANEXO 2 - *WHOQOL-BREF – WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE – BREF*

WHOQOL-BREF

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18 ☐ + ☐ + ☐ + ☐ + ☐ + ☐ + ☐			
Domínio 2	Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26) ☐ + ☐ + ☐ + ☐ + ☐ + ☐			
Domínio 3	Q20 + Q21 + Q22 ☐ + ☐ + ☐			
Domínio 4	Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25 ☐ + ☐ + ☐ + ☐ + ☐ + ☐ + ☐ + ☐			

DADOS PESSOAIS

A1	Idade		anos
A2	Data de Nascimento	____ / ____ / ____	

A3	Sexo		Masculino
			Feminino

A4	Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	
		Sabe ler e/ou escrever	
		1º-4º anos	
		5º-6º anos	
		7º-9º anos	
		10º-12º anos	
		Estudos Universitários	
		Formação pós-graduada	

A5	Profissão	
A6.1	Freguesia	
A6.2	Concelho	
A6.3	Distrito	

A7	Estado Civil	Solteiro(a)	
		Casado(a)	
		União de facto	
		Separado(a)	
		Divorciado(a)	
		Viúvo(a)	

B1a Está actualmente doente? Sim ☐ Não ☐

B1b Que doença é que tem? _____

B2 Há quanto tempo? _____

B3 Regime de tratamento? Internamento ☐ Consulta Externa ☐ Sem tratamento ☐

C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado ☐
2. Assistido pelo entrevistador ☐
3. Administrado pelo entrevistador ☐

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

_____

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

WHOQOL-BREF 2

Instruções

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

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

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

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

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

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

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

WHOQOL-BREF **3**

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

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

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

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

WHOQOL-BREF 4

ANEXO 3 - *MINI MENTAL STATE EXAMINATION*

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota:____

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

Nota:____

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

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

Nota:____

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

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".
27_ 24_ 21 _ 18_ 15_

Nota:____

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

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".
Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota:____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Nota:____

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

Nota:____

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

Nota:____

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

Nota:____

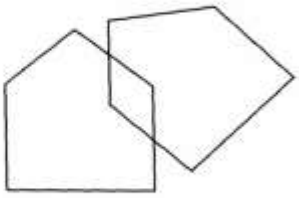
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota:____

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

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



Cópia:

Nota:____

TOTAL(Máximo 30 pontos):____

Considera-se com defeito cognitivo: • analfabetos ≤ 15 pontos
• 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
• com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27