

Mestrado em Educação Para a Saúde

# Deficit Cognitivo Ligeiro e Sintomatologia Depressiva em Pessoas Idosas Institucionalizadas: Design e Avaliação dos Efeitos de um Programa de Intervenção Psicoeducativa

Joana Raquel Fernandes Alves

Coimbra, 2018



Joana Raquel Fernandes Alves

# Deficit Cognitivo Ligeiro e Sintomatologia Depressiva em Pessoas Idosas Institucionalizadas: Design e Avaliação dos Efeitos de um Programa de Intervenção Psicoeducativa

Trabalho de projeto em Mestrado em Educação para a Saúde, apresentada à Escola Superior de Educação de Coimbra e à Escola Superior de Tecnologia da Saúde para obtenção do grau de Mestre

Constituição do júri

Presidente: Prof. Doutora Filomena Teixeira

Arguente: Prof. Doutora Sara Mónico Lopes

Orientador: Prof. Doutora Sofia Silva

Junho, 2018



## **Agradecimentos**

Agradeço à Professora Doutora Sofia Silva, pelo constante incentivo à minha autonomia de trabalho, sem nunca deixar de me orientar nas minhas dúvidas e explicar as minhas falhas no sentido de melhorar o meu trabalho e o meu desempenho.

Agradeço às Instituições por terem autorizado a participação dos seus residentes neste projeto de intervenção, com um agradecimento especial às técnicas que lá trabalham que me auxiliaram em todo o meu projeto e aos idosos e idosas que sempre se mostraram disponíveis para colaborar comigo. Sem eles, este trabalho não se teria realizado nestes moldes.

A todos os familiares, amigos e conhecidos, que mostraram interesse no meu trabalho e me acompanharam ao longo do deste projeto.

Agradeço ao meu irmão e à Médica Marta Gonçalves que, continuamente, me disponibilizaram literatura para assim aumentar o meu conhecimento e acrescentar valor à minha pesquisa.

Obrigada ao Octávio, ao Fernando e à Matilde por tudo o que as palavras não conseguem definir. Sem dúvida sou eternamente grata pelo apoio, carinho, compreensão e a imensa paciência.

E, por último, a ti avó Nazaré. Pela memória do exemplo que sempre foste e vais continuar a ser.



## **Deficit Cognitivo Ligeiro e Sintomatologia Depressiva em Pessoas Idosas Institucionalizadas: *Design* e Avaliação dos Efeitos de um Programa de Intervenção Psicoeducativa**

Resumo: O presente projeto de intervenção, realizado no âmbito da educação para a saúde, teve como objetivo construir e avaliar os efeitos de um programa de intervenção psicoeducativa na redução do Deficit Cognitivo Ligeiro (DCL) e da sintomatologia depressiva em pessoas idosas com DCL e com sintomatologia depressiva.

Nesse sentido, conduziu-se um estudo de natureza quasi-experimental, com grupo de controlo não equivalente, com pré-teste, pós-teste e *follow-up*. A amostra constituída por 26 idosos com DCL e sintomatologia depressiva, sem diagnóstico de demência e de depressão. Os participantes foram divididos em três grupos: o grupo de controlo não equivalente (n=11), o grupo experimental da instituição 2 (n=9) e o grupo experimental da instituição 3 (n=6). A intervenção decorreu durante um mês e meio, com 10 sessões de 60 minutos cada, duas vezes por semana. Nos 3 momentos de avaliação foram aplicados teste standardizados: o Exame do Estado Mental, o Teste do Relógio, a Escala de Depressão Geriátrica e a Escala de Satisfação com a Vida.

Os resultados obtidos nos grupos que foram alvo das sessões de estimulação cognitiva evidenciaram melhorias nas pontuações nos domínios cognitivos, do humor e da satisfação com a vida da fase de pré-teste para a fase de pós-teste. Porém, as diferenças observadas não se revelaram estatisticamente significativas. Um mês após o fim do programa constatou-se que os valores de desempenho cognitivo diminuíram, a sintomatologia depressiva aumentou em ambos os grupos e o grau de satisfação com a vida também diminuiu. Quanto ao grupo de controlo, verificaram-se descidas significativas nas pontuações médias em todas as medidas, indicando que com o passar do tempo, diminuiu o desempenho cognitivo, aumentou a sintomatologia depressiva neste grupo e diminuiu o nível de satisfação com a vida.

Após esta análise, concluiu-se que o programa construído poderá apresentar alguns efeitos positivos ao nível do DCL e da sintomatologia depressiva na pessoa idosa. Contudo, dadas as fragilidades metodológicas do *design* escolhido, outros estudos devem ser conduzidos com recurso a *design* mais robusto, com grupos constituídos de forma aleatória e com um programa de intervenção mais prolongado no tempo.

**Palavras-chave:** Défice Cognitivo Ligeiro, Estimulação cognitiva, estimulação sensorial, Programa de intervenção psicoeducativo, Sintomatologia Depressiva

## **Mild cognitive impairment and depressive symptomatology in Institutionalized elderly people: Design and evaluation of the effects of a psychoeducational intervention program**

**Abstract:** The main objective of this intervention project was to construct and evaluate the effects of a psychoeducational intervention program in the reduction of mild cognitive impairment and depressive symptomatology in elderly people with MCI and with depressive symptomatology.

In this sense, a quasi-experimental study was conducted, with a non-equivalent control group, with pre-test, post-test and follow-up. The sample consisted of 26 elderly people with mild cognitive deficit and depressive symptomatology, without diagnosis of dementia and depression. Participants were divided into three groups: the non-equivalent control group (n = 11), the experimental group of institution 2 (n = 9) and the experimental group of institution 3 (n = 6). The intervention lasted for a month and a half, counting on 10 sessions, held twice a week, lasting 60 minutes per session. The pre-test, post-test and follow-up evaluation was performed through the application of four measures: the Mental State Exam, the Clock Drawing Test, the Geriatric Depression Scale and the Life Satisfaction Scale.

The results obtained in the groups targeted for cognitive stimulation showed a best scoring in the cognitive, humour and Life Satisfaction Scale domains. Instead, the differences observed didn't show any statistically significant difference. One month after the end of the program, the cognitive performance values showed a decrease, the depressive symptomatology increased in both groups, and the Life Satisfaction also decreased. Regarding the control group, it was possible to verify a significant decrease in the average scoring, indicating that, with the time passing, the cognitive performance tends to decrease, as the Life Satisfaction. In accordance, the depressive symptomatology increased in this group.

After this analysis, it was concluded that the built program may have some positive effect on the level of MCI and depressive symptomatology in the elderly. However, given the methodological weaknesses of the design chosen, other studies should be conducted using a more robust design, with randomized groups and with a longer intervention program in time.

**Keywords:** Mild cognitive impairment, Cognitive stimulation, sensory stimulation, Psychoeducational intervention program, Depressive symptomatology

**Sumário**

|   |    |
|---|----|
| Capítulo I - Introdução .....   | 1  |
| Capítulo II - Enquadramento Teórico .....                                 | 7  |
| 1. Envelhecimento, Alterações Cognitivas e Défice Cognitivo Ligeiro ..... | 9  |
| 2. A depressão e a Sintomatologia depressiva .....                        | 11 |
| 3. A institucionalização, as alterações cognitivas e de humor .....       | 14 |
| 4. Recomendações no âmbito da depressão e das alterações cognitivas.....  | 16 |
| Capítulo III - Metodologia .....  | 17 |
| 5. Breve enquadramento da problemática .....                              | 19 |
| 6. Objetivos .....  | 21 |
| 7. Amostra .....  | 21 |
| 8. Instrumentos .....   | 23 |
| 8.1. Questionário Sociodemográfico e de interesses .....                  | 23 |
| 8.2. Exame Estado Mental - MMSE .....                                     | 23 |
| 8.3. Teste do desenho do Relógio .....                                    | 23 |
| 8.4. Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15 itens) .....                  | 24 |
| 8.5. Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) .....                         | 25 |
| 9. Procedimentos .....  | 26 |
| 10. Programa de Intervenção.....  | 27 |
| Capítulo IV - Resultados.....   | 29 |
| Capítulo V - Discussão .....  | 37 |
| Capítulo VI – Conclusão.....  | 41 |
| Capítulo VII – Referências Bibliográficas .....                           | 45 |
| Capítulo VIII – Anexos.....   | 55 |

|   |    |
|---|----|
| Anexo I: Materiais dos Programas de Intervenção.....        | 57 |
| Anexo II: Consentimento das instituições .....              | 63 |
| Anexo III: Planificação.....                                | 65 |
| Anexo IV: Questionário sociodemográfico e interesses.....   | 67 |
| Anexo V: Exame do Estado Mental (MMSE).....                 | 69 |
| Anexo VI: Teste do Desenho do Relógio (TDR) .....           | 71 |
| Anexo VII: Escala de Depressão Geriátrica (15 itens).....   | 73 |
| Anexo VIII: Escala de Satisfação com a Vida (SWLQ) .....    | 75 |
| Anexo IX: Estrutura, sessões e atividades do programa ..... | 77 |

## **Abreviaturas**

APA - Associação de Psicologia da América

AVD - Atividades de Vida Diária

CID - Classificação Internacional de Doenças

DA - Doença de Alzheimer

DCL - Défice Cognitivo Ligeiro

DGS - Direção Geral de Saúde

DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

GDS - Escala de Depressão Geriátrica

INE - Instituto Nacional de Estatística

MMSE – Mini Mental Status Examination

MoCM – Montreal Cognitiva Assessment

OMS - Organização Mundial de Saúde

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

SWLS - Escala de Satisfação com a Vida

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TDR - Teste do desenho do Relógio

WHO - World Health Organization

## Índice de Tabelas

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1 – Médias, Desvios-padrão e Anova de Medidas Repetidas para a Variável MMSE, nos três momentos de avaliação, por instituição .....            | 32 |
| Tabela 2 – Médias e teste Bonferroni para a Variável MMSE, nos três momentos de avaliação, por instituição.....                                       | 33 |
| Tabela 3 – Médias, Desvios-padrão e Anova de Medidas Repetidas para a Variável Teste do Relógio, nos três momentos de avaliação, por instituição..... | 34 |
| Tabela 4 - Médias, Desvios-padrão e Anova de Medidas Repetidas para a GDS, nos três momentos de avaliação, por instituição.....                       | 35 |
| Tabela 5 - Médias e teste Bonferroni para a GDS, nos três momentos de avaliação, por instituição .....  | 35 |
| Tabela 6 - Médias, Desvios-padrão e Anova de Medidas Repetidas para a Satisfação com a Vida, nos três momentos de avaliação, por instituição.....     | 36 |
| Tabela 7 - Médias e teste Bonferroni para a SWLS, nos três momentos de avaliação, por instituição.....  | 36 |

## **CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO**



Nos últimos anos muito se tem falado de Envelhecimento Demográfico. A nível mundial, a proporção de pessoas com 60 e mais anos de idade aumentou de 9,2%, em 1990, para 11,7%, em 2013. Perspetiva-se ainda que em 2050 a população com 60 ou mais anos venha a representar 21,1% do total de pessoas no Mundo (INE, 2015).

Em Portugal, em 2008, o Instituto Nacional de Estatística (INE) avançou com uma previsão da evolução da população residente em Portugal para 2060 e concluiu, em qualquer dos cenários considerados, pelo aumento notável da população com 65 ou mais anos de idade, passando de 17,4%, em 2008, para 32,3%, em 2060 (INE, 2009). A apoiar esta previsão, e segundo os últimos dados divulgados pelo INE, a população idosa residente em Portugal, em 2014, representava cerca de 20,3% da população (INE, 2015).

Estes dados tornam evidente que o Envelhecimento Demográfico é uma realidade mundial e nacional cada vez mais presente, sendo necessário perceber o que é o Envelhecimento e quais as suas consequências, para além da questão puramente demográfica.

Uma análise da literatura no domínio do envelhecimento permite constatar a complexidade e a variabilidade do fenómeno. O envelhecimento é visto como um fenómeno normal, universal, e como um processo gradual (e.g. Berger & Mailloux-Poirier, 1995), diferencial e temporal (e.g. Fontaine, 2000). De acordo com a Direção Geral de Saúde (2004, p. 3) “o envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida”. Na mesma linha de pensamento, a Organização Mundial de Saúde [OMS] (OMS, 2014) define o envelhecimento como o acumular de mudanças e alterações do Ser Humano.

Sabe-se que o envelhecimento se dá em diferentes níveis. Autores como Fontaine (2000), Berger e Mailloux-Poirier (1995) distinguem três níveis do envelhecimento, nomeadamente o biológico (alterações estruturais e de funcionamento do organismo humano), o social (mudanças de papel e estatuto social precipitado) e o psicológico (modificações que ocorrem nas atividades intelectuais).

Tendo em conta os diferentes níveis de envelhecimento articulados entre si, e a heterogeneidade do processo, a comunidade científica verificou que há pessoas que envelhecem de forma natural e bem-sucedida enquanto outras são mais afetadas por patologias e de modo negativo por fatores ambientais. Esta constatação tem levado diversos autores a distinguir entre Envelhecimento Primário ou Normal e Envelhecimento Secundário ou Patológico, muito embora nem sempre seja fácil distinguir o normal do patológico nas pessoas mais velhas (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

A literatura evidencia que, o envelhecimento primário dá-se de forma natural e tem em conta que há alterações típicas decorrentes da idade, nomeadamente: cognição relativamente estável até aos 85 anos; diminuição da velocidade psicomotora (Marques-Teixeira, 2012) e lentificação da atividade cerebral (Marques-Teixeira, 2012; Paiva, 2012; Petersen et al., 2014; Roca-Stappung et al., 2012). Por sua vez, o envelhecimento secundário ou patológico dá-se quando o indivíduo apresenta lesões e sintomas clínicos de patologias variadas, como por exemplo: doenças cardiovasculares, cerebrais, alguns tipos de cancro, entre outras (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Birren & Schroots, 1996 cit. in Fehine & Trompieri, 2012; Fontaine, 2000). Por outro lado, o aparecimento de patologias e o stresse ambiental podem conduzir ao aceleração do envelhecimento e conseqüente aumento da vulnerabilidade da pessoa idosa em termos funcionais e cognitivos (Carlomanho & Soares, 2013).

Para contribuir para a prevenção e manutenção do envelhecimento patológico, este projeto pretende mostrar que as pessoas idosas com défices cognitivos ligeiros, com sintomatologia depressiva e institucionalizadas podem beneficiar das atividades inseridas em programas de intervenção psicoeducativos, em grupo, adaptados às suas vivências e níveis de habilitações das pessoas idosas. Perceber as motivações e gostos dos indivíduos é essencial, contudo, usar atividades pré-concebidas sem ter em conta as habilitações e as capacidades de todos os elementos do grupo é um risco, principalmente quando se trata de idosos que viveram sobretudo num ambiente rural em que, ir à escola era um privilégio de poucos.

Assim, o desafio neste projeto é perceber qual o impacto que, um programa de intervenção com as atividades adaptadas a todo o contexto do grupo sem discriminações, pode ter a nível cognitivo, do estado de humor e de satisfação com a vida.

O projeto encontra-se dividido em seis capítulos. No primeiro e no segundo capítulo são apresentadas a introdução do projeto e o enquadramento teórico, respetivamente. Neste último são expostos todos os conceitos e relações entre si que são essenciais para uma boa compreensão do fenómeno de envelhecimento, do deficit cognitivo ligeiro e da sintomatologia depressiva.

No terceiro capítulo é apresentada a metodologia do estudo efetuado neste projeto. Inicialmente, é feita uma breve fundamentação do projeto, tendo por base estudos, em seguida são apresentados os objetivos, a amostra, os instrumentos de avaliação, os procedimentos e o programa de intervenção implementado.

No capítulo quatro, é apresentada a análise estatística dos resultados obtidos em cada grupo e, no capítulo cinco é feita a discussão dos resultados, procurando um confronto com a literatura. Por último, no capítulo seis, são tecidas algumas conclusões, apontadas as limitações metodológicas do presente estudo e apresentadas algumas recomendações para estudos futuros.



## **CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



### **1. Envelhecimento, Alterações Cognitivas e Défice Cognitivo Ligeiro**

Atualmente, a procura por compreender mais o envelhecimento nos diferentes organismos e estruturas, com vista à prevenção de patologias prevalentes na fase da velhice, levou à percepção de que, no domínio cognitivo, há pessoas que, durante o envelhecimento, apresentam mais alterações ao nível da memória do que o expectável para a idade, mas que ainda não preenchem os critérios de um quadro demencial (Marques-Teixeira, 2012). Quando aprofundado o estudo dos indivíduos com essas características “intermédias”, Peterson (1999, 2001, 2014) percebeu que efetivamente há uma fase que se caracteriza como um período de transição entre o envelhecimento cognitivo normal e o patológico, designada/ denominada pela comunidade científica de Transtorno ou Défice Cognitivo Ligeiro (DCL, *Mild Cognitive Impairment*).

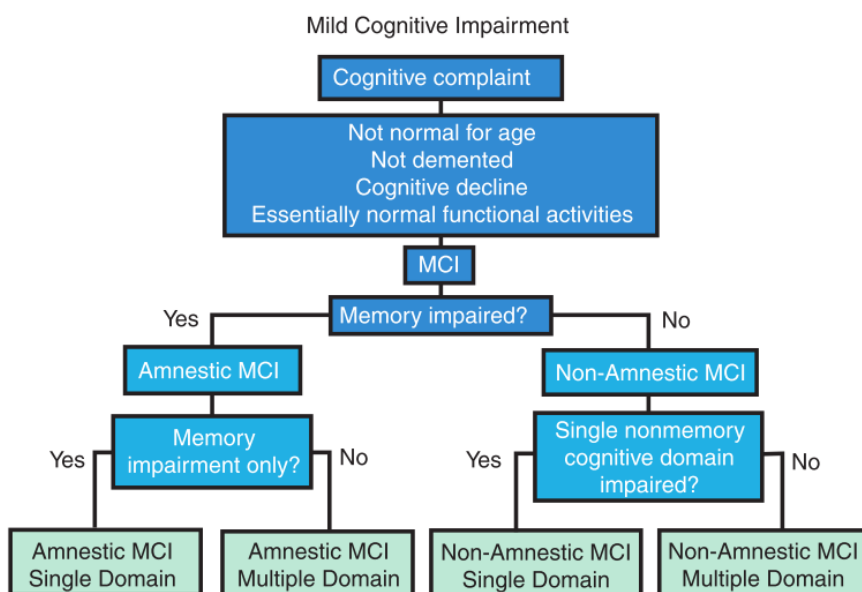
Numa primeira definição, o conceito foi direcionado para as queixas de memória conjugadas com a ausência de outras alterações cognitivas e com a preservação da capacidade de realização de Atividades de Vida Diária (AVD). Tendo em conta estas características, a comunidade científica inferiu que: o prognóstico e evolução do DCL seria a Doença de Alzheimer (DA) (Petersen, 2004a; Petersen et al., 2014). Com o passar dos anos, o DCL passou a ser visto como um estado de risco para a Demência (Gauthier et al., 2006). Na atualidade, sabe-se que nem sempre o DCL tem como sintoma as queixas de memória e que apenas metade dos indivíduos com DCL desenvolve uma demência, que não tem de ser Alzheimer (Petersen et al., 2014).

Tendo um espectro alargado de apresentações, o DCL foi classificado tendo em conta a presença ou ausência de alterações na memória (amnésica e não amnésica) e o número de domínios cognitivos alterados (domínio único ou múltiplos domínios) (Petersen, 2004a, 2004b; Petersen et al., 2001). Também Ghetu, Bordelon e Langan (2010), citados por Sousa & Sequeira, (2012) indicam que o DCL amnésico e o DCL não amnésico podem ser de domínio único ou de múltiplos domínios. O diagnóstico de DCL em múltiplos domínios aplica-se a indivíduos com défices em vários domínios cognitivos e funcionais com défice de memória (DCL multidomínios amnésico) ou sem défice de memória (DCL multidomínios não amnésico) (Sousa & Sequeira, 2012).

Sendo o DCL uma patologia de diagnóstico difícil, Petersen (2004b) desenvolveu um fluxograma com os critérios de diagnóstico gerais, bem como com os específicos, que permitem identificar o tipo de DCL que está presente no indivíduo (cf. Figura 1, p.10).

É a partir do tipo de DCL que se pode inferir a evolução da patologia. No tipo Amnésico pode haver progressão para a DA. No tipo múltiplos domínios a progressão pode ser para DA Demência Vascular ou envelhecimento normal. Já no tipo domínio único, que não o da memória, a progressão pode ser para Demência Frontotemporal, Demência dos Corpos de *Lewy*, Afasia Progressiva Primária ou Demência Vascular (Petersen et al., 2001).

**Figura 1: Fluxograma do processo de decisão para fazer o diagnóstico de subtipos de DCL (Petersen, 2004b, p. 190)**



A demência afeta mais de 47 milhões de pessoas em todo o mundo e estima-se que em 2030 passem a existir mais de 75 milhões de pessoas com demência. Esse número deverá triplicar até 2050. É um dos maiores desafios ligados à saúde que é, em muitos casos, negligenciado. Contudo, a demência afeta os indivíduos, famílias e comunidades e é uma crescente causa de incapacidade (WHO, 2015).

Em Portugal não existem estudos epidemiológicos suficientes no sentido de identificar a real prevalência do DCL e de demência na pessoa idosa. Contudo, há alguns estudos

nacionais que indicam que o DCL atinge cerca de 12,3% dos Portugueses e a demência está presente em 2,7% dos indivíduos entre os 55 e os 79 anos de idade. Estima-se que será superior nos mais idosos (DGS, 2011).

Ao nível do tratamento do DCL ainda se sabe pouco. No tratamento farmacológico não há conclusões sobre que substâncias e fármacos são mais adequados. Porém, ao nível do tratamento não-farmacológico tem surgido alguma evidência de um benefício muito provável das intervenções com treino cognitivo e com exercício físico nos indivíduos com DCL. Rabelo (2009) afirma que as pessoas idosas com comprometimento cognitivo podem beneficiar de forma positiva de programas de estimulação psicossocial e cognitiva, mesmo apresentando características de demência inicial e que, quando as pessoas idosas apresentam DCL podem beneficiar mais, caso haja uma intervenção cognitiva precoce. Por sua vez, outros autores identificaram nos seus estudos uma correlação positiva entre programas de intervenção (com foco na atividade física) no desempenho cognitivo de pessoas idosas (Antunes et al., 2006; Banhato, Scoralick, Guedes, Atalaia-Silva, & Mota, 2009; Soares, Diniz, & Cattuzzo, 2013). De acordo com Petersen e colaboradores (2014), o exercício físico e a estimulação cognitiva parecem ser neuroprotetores ou compensatórios da perda de capacidade em pessoas idosas.

## **2. A depressão e a Sintomatologia depressiva**

Nos finais do século XIX surge o termo “depressão” em substituição do termo “melancolia”, usado até à época de múltiplas formas para descrever os períodos mais tristes que oscilavam com episódios de alegria excessiva (Correia, Guerreiro, & Barbosa, 2013). Desde meados dos anos 90 até ao presente, o conceito de depressão não tem sido definido de forma unânime pelo que, para o definir/operacionalizar da melhor forma, os profissionais e investigadores recorrem a consensos da psiquiatria e assim, as categorizações internacionais como a Classificação Internacional de Doenças<sup>1</sup> (CID-10) e a da Associação Americana de Psiquiatria (APA), incluída no

---

<sup>1</sup> A CID-10 é a décima edição da Classificação Internacional de Doenças, publicada em 1993 e com a última atualização a acontecer em 2016.

Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais<sup>2</sup> (DSM-IV) são as mais usadas e conhecidas (Sousa et al., 2010).

Para se compreender o conceito depressão é necessário definir os três sentidos distintos que o termo pode assumir: sintoma, síndrome e patologia (Correia et al., 2013, p. 65). Enquanto sintoma, temos o humor depressivo que é a base das perturbações depressivas, contudo, quando presente não significa necessariamente que há um quadro patológico de depressão. Por sua vez, um síndrome depressivo é um conjunto de sintomas e sinais da depressão como o humor depressivo, a perda de fruição das atividades, a desmotivação, entre outros (Correia et al., 2013). Por último, a depressão enquanto patologia é um transtorno caracterizável pelo tempo de duração e que se classifica como episódio de alteração do humor (APA, 2002) que, consoante a intensidade dos sintomas, pode ser leve, moderado ou grave (National Collaborating Centre for Mental Health - UK, 2010).

De acordo com a OMS a depressão constitui uma das principais causas de incapacidade (WHO, 2017), considerada responsável por 5,7% dos casos de dependência das pessoas com mais de 60 anos (WHO, 2016), é consensualmente admitida como a patologia psiquiatra mais comum à pessoa idosa (Blazer et al, 1987 cit. in Carvalho & Firmino, 2006). Contudo, parece haver uma sobrevalorização desta patologia em ambiente de saúde primária (WHO, 2016). Nas pessoas idosas, é muito frequente a apresentação de sintomas e a manifestação de humor depressivo que se exterioriza, maioritariamente, pela verbalização negativa de sentimentos e ideias sobre si mesmo, a velhice e os outros em geral (Sequeira, 2010; M. Sousa et al., 2010).

Os sintomas da depressão são muito diversos, variando num espectro que vai desde as sensações de tristeza até às alterações da sensação corporal (Siqueira et al., 2009). Paul (1993 cit. in Afonso, 2011) descreve a sintomatologia depressiva em pessoas idosas. Para o autor apresenta-se através da apatia, da perda de apetite, da falta de energia, da desmotivação e das alterações no sono. Com esta multiplicidade de sintomas, a

---

<sup>2</sup> DSM-IV é a quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, publicado em 1994 e, em 2013, foi publicada a sua mais recente atualização (DSM-V).

depressão acaba, muitas vezes, por ser desvalorizada e negligenciada, pois coincide com os sinais e sintomas de outras patologias prevalentes na velhice (WHO 2016).

De acordo com o DSM-IV-TR (2002), um episódio de depressão *major* tem no mínimo cinco sintomas presentes num período de duas semanas e que representam uma alteração a partir do funcionamento anterior. Nos cinco sintomas estão obrigatoriamente incluídos o humor deprimido ou a perda de interesse, ou ambos. Os outros sintomas possíveis, e que devem surgir quase todos os dias e/ou na maior parte do dia, são a insónia ou a hipersónia, a fadiga ou a perda de energia, a agitação ou o retardo psicomotor, a diminuição ou o aumento de apetite, a perda ou o ganho significativo de peso sem estar em dieta, o sentimento de inutilidade ou a culpa excessiva ou inadequada, a capacidade diminuída de pensar ou em concentrar-se, ou indecisão, além de pensamentos de morte recorrentes. Estes critérios não se aplicam quando uma pessoa está a passar por um período de luto ou sob o efeito de substâncias psicóticas (APA, 2000).

Afonso (2011) alerta-nos para a necessidade de diminuir o número de pessoas idosas com sintomas depressivos não diagnosticados e não tratados. Para tal, e segundo o autor, deve ser feita uma reflexão sobre a sintomatologia depressiva e a sua especificidade, por várias razões. Por um lado, é necessário perceber o papel dos sintomas somáticos que expressam a depressão no idoso. Por outro lado, também se tem de investigar a possibilidade de poderem ser considerados sintomas atípicos ou específicos da depressão. Há que ter em atenção que a sintomatologia depressiva em pessoas idosas difere em parte da dos outros adultos (Afonso, 2011), apesar de no DSM-IV o diagnóstico de depressão na pessoa idosa implicar os mesmos critérios que para as restantes faixas etárias (APA, 2002).

Em Portugal, o terceiro censo psiquiátrico, realizado em 2001 em todas as instituições de saúde, revelou uma prevalência da depressão em 14,9% da população (Bento, Carreira, & Heitor, 2001). Relativamente à depressão nas pessoas idosas sabe-se que de 1991 para 2001 houve, em Portugal, um aumento de 25% da população idosa, o que leva a que haja atualmente cerca de 1,5 milhões de pessoas idosas, prevendo-se que

destas pelo menos 60 mil venham a ter algum tipo de demência e mais de 100 mil venham a apresentar depressão (DGS, 2012).

De acordo com a literatura, a nível mundial, a prevalência da depressão varia de 0,9% a 9,4% em idosos que vivem em comunidade e de 14% a 42% em idosos institucionalizados (Djernes, 2006).

### **3. A institucionalização, as alterações cognitivas e de humor**

Com o aumento da população com mais de 65 anos é expectável que o risco de institucionalização aumente (Ferreira, 2012). O compromisso funcional, os transtornos de humor e os quadros demenciais conduzem ao crescente grau de dependência das pessoas idosas e são normalmente os fatores que levam à institucionalização (E. Soares, Coelho, & Carvalho, 2013), i.e., à necessidade de manter a pessoa idosa sob os cuidados de uma instituição durante todo o dia ou grande parte dele (Jacob, 2012).

Em Portugal existem vários tipos de respostas institucionais destinados a pessoas idosas que incluem serviços parciais (centro de dia, de noite ou de convívio; apoio domiciliário-SAD, unidades de cuidados na comunidade) e serviços totais (Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas - ERPI, Residências Seniores, Acolhimento Familiar, Unidades de Cuidados Continuados, Centros de Acolhimento Temporário de Emergência) (Jacob, 2012), que prestam serviços em períodos temporários ou permanentes (Santos & Paúl, 2006).

Entre 2000 e 2015 houve um aumento de 57% do número das principais respostas que visam o apoio à população idosa, sendo que nas respostas SAD e ERPI o aumento foi de 71% e 66%, respetivamente. De salientar que, em 2015, o número de respostas ERPI atingiu as 2418 respostas. A distribuição pelo território de respostas sociais direcionadas às Pessoas Idosas é bastante elevada, acompanhando a tendência da procura. As idades dos clientes, assim como o nível de incapacidade, influenciam em grande parte o grau de dependência nas diferentes respostas dirigidas à população idosa. Neste sentido, em 2015, enquanto 52 % dos clientes em Centro de Dia dispunha de autonomia, 62 % dos clientes em SAD apresentava algum grau de dependência, valor que sobe para os 80% em ERPI (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2017).

A oferta de serviços disponibilizados nas respostas dirigidas a idosos tem vindo a aumentar, em particular nas tipologias ERPI e SAD, traduzindo a procura por outro tipo de serviços não considerados básicos à partida. No caso da resposta ERPI, para além do alojamento, a higiene pessoal, a alimentação, o tratamento de roupas, a animação e a enfermagem, outro tipo de serviços começa a ter alguma expressão, como a fisioterapia e a psicologia (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2017).

Face ao crescimento da procura destes serviços, os investigadores têm voltado a sua atenção para a compreensão dos efeitos da institucionalização, apontando alguns efeitos negativos. Estudos identificam que com a institucionalização, as pessoas idosas apresentam uma maior probabilidade de: diminuir a capacidade cognitiva (Nordon, Guimarães, Kozonoe, Mancilha, & Neto, 2009), diminuir a capacidade física e funcional, limitar o número de AVD realizadas e aumentar as doenças crónicas (Barroso, 2006; Vaz, 2009). Esta realidade conduz, segundo alguns autores (e.g. Jacob, 2012) a que haja um maior índice de depressão nos idosos institucionalizados. Nesta linha de pensamento, o facto de a pessoa idosa viver apenas com idosos, ter de reorganizar e adaptar toda a vida pessoal à instituição onde vive, que maioritariamente é administrada por terceiros, também são fatores que conduzem ao desenvolvimento de depressão (Jacob, 2012).

Em relação aos indivíduos permanentemente institucionalizados em ERPI ou em Residência Sénior, em regime 24 horas, o sedentarismo e a falta de estímulos e atividades conduzem ao aceleração do processo de envelhecimento, havendo maior probabilidade destas pessoas apresentarem declínios a nível cognitivo (Nordon et al., 2009). Além disso, há a considerar o stress associado à institucionalização que, de acordo com Carlomanhoto e Soares (2013), parece ser um dos fatores ambientais gerador de alterações de humor, nomeadamente, de depressão. Esta, por sua vez, é apontada como um fator de risco para o desenvolvimento de perdas cognitivas e, a médio prazo, de um processo demencial (Carlomanho & Soares, 2013).

Em suma, no contexto de ERPI e Residência Sénior verifica-se uma maior prevalência de perdas cognitivas e alterações de humor, consideradas precursoras de processos

demenciais futuros, com grandes implicações ao nível da dependência para a realização de atividades (Nunes, 2014).

#### **4. Recomendações no âmbito da depressão e das alterações cognitivas**

No ano de 2017, a OMS iniciou uma campanha de consciencialização para prevenir e tratar a depressão. A campanha intitulada de “Let’s Talk” pretende que se fale abertamente sobre a depressão e sobre a sintomatologia depressiva para que se reduza o estigma sobre a patologia, estimulando-se cada vez mais a procura de técnicos e de tratamento para esse transtorno de humor (WHO, 2017). Relativamente às alterações cognitivas e à demência, a OMS prioriza o aumento da investigação e da pesquisa (OMS, 2012).

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde das Pessoas Idosas, de 2004, consagra a depressão como um dos principais problemas a prevenir nas pessoas deste grupo. Para uma melhor prevenção, recomenda-se que a seja fornecida à população idosa e respetivas famílias informação sobre abordagens à demência e sobre a prevenção da depressão (DGS, 2004). Mais recentemente, com o Programa Nacional para a Saúde Mental, a Direção Geral de Saúde de Portugal (2012) indica que deve haver um investimento particular na saúde dos grupos populacionais mais vulneráveis, nomeadamente as pessoas idosas, grupo no qual as perturbações demenciais e as depressivas são das patologias mentais com maior incidência (DGS, 2012).

### **CAPÍTULO III - METODOLOGIA**



## 5. Breve enquadramento da problemática

Um dos objetivos do presente trabalho consistia em construir um programa de estimulação cognitiva apoiado nas características dos sujeitos escolhidos para participar na experiência (institucionalizados, com mais de 60 anos, baixos níveis de escolaridade, défice cognitivo ligeiro e sintomatologia depressiva) e testar os seus efeitos na redução da sintomatologia depressiva e do DCL. O *design* do programa implicou obrigatoriamente a pesquisa e a análise de evidência empírica dos eventuais efeitos de programas de estimulação cognitiva destinados a pessoas idosas institucionalizados com declínio cognitivo (sem diagnóstico de demência) e com sintomatologia de humor depressivo. A maioria dos estudos consultados nesta área resultam de trabalhos de investigação para obtenção do grau de mestre. Destes, seis referem-se a estudos realizados em Portugal (Costa & Sequeira, 2013; Ferreira, 2012; Ribeiro, 2015; Silva et al., 2015; Valente, 2016), dois no Brasil (Casemiro et al., 2016; Macedo et al., 2015) e um na Argentina (Filipin et al., 2015). Quanto ao tipo de *design* utilizado, alguns estudos são longitudinais (Ferreira, 2012; Filipin et al., 2015; Macedo et al., 2015) outros de natureza quasi-experimental (Costa & Sequeira, 2013; Silva et al., 2015; Valente, 2016) ou mesmo ensaio clínico (Casemiro et al., 2016)

Os programas de intervenção e as atividades aplicadas nos estudos analisados têm várias origens, nomeadamente, em outros autores e pesquisas científicas como é o caso de Ferreira (2012), Costa e Sequeira (2013), Macedo et al. (2015), Ribeiro (2015) e Silva et al. (2015); ou em dados fruto da pesquisa da temática, de cursos realizados na área e de experiência profissional na área como é o caso de Filipin et al. (2015), Casemiro et al. (2016) e Valente (2016). As atividades, dinâmicas e materiais dos referidos programas de intervenção encontram-se descritas no anexo I (p.57).

Para avaliar os efeitos dos programas de intervenção ao nível cognitivo foram utilizados vários testes. O mais utilizado foi o Mini-Exame do Estado Mental (MMES) (Ferreira, 2012; Macedo et al., 2015; Ribeiro, 2015; Silva et al., 2015; Valente, 2016), conjugado em quatro estudos com o teste de Avaliação Cognitiva de Montreal (MoCA) (Macedo et al., 2015; Ribeiro, 2015; Silva et al., 2015; Valente, 2016). Quatro destes estudos incluíam a avaliação de sintomatologia depressiva, tendo sido usada a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) de 30 itens em três dos estudos (Gonçalves, 2012;

Ribeiro, 2015; Silva et al., 2015) e o Inventário de Ansiedade e de Depressão de Beck em um estudo (Casemiro et al., 2016).

A maioria dos estudos demonstrou que os programas de estimulação cognitiva em pessoas idosas com declínio cognitivo leve conduzem a ganhos efetivos a nível cognitivo para os sujeitos que neles participaram (Costa & Sequeira, 2013; Ferreira, 2012; Gonçalves, 2012; Macedo et al., 2015; Ribeiro, 2015; Silva et al., 2015; Valente, 2016). Contudo, para Macedo et al. (2015) não se revelou claro que efeitos e por quanto tempo foram, as técnicas de intervenção, capazes de reduzir a taxa de progressão do declínio cognitivo. Estas considerações baseiam-se nos dados recolhidos ao longo de um ano após a intervenção. Passados 4 a 6 meses do término das sessões, verificou-se uma perda significativa nas pontuações dos testes aplicados. Para os autores do estudo, estes resultados revelam a necessidade de avaliar potenciais intervenções e a duração dos seus efeitos (Macedo et al., 2015).

Outros estudos não revelaram ganhos significativos nas funções cognitivas em nenhum dos grupos estudados, após o programa de estimulação cognitiva (Casemiro et al., 2016; Filipin et al., 2015). Filipin e seus colaboradores (2015) verificaram que não houve nenhuma melhoria cognitiva significativa nos participantes após o programa de estimulação. Casemiro e colaboradores (2016) também concluíram não ter havido uma melhoria estatisticamente significativa nos domínios da atenção, memória, fluência verbal, linguagem e funções executivas. Porém, este estudo realizou-se com um grupo de pessoas idosas não institucionalizados que frequentavam uma universidade sénior.

Em relação aos efeitos dos programas estudados, ao nível da sintomatologia depressiva, os resultados dos estudos demonstram uma significativa diminuição da ansiedade e da depressão (Casemiro et al., 2016; Gonçalves, 2012; Ribeiro, 2015). Outros estudos, como o de Silva et al. (2015), revelaram uma estagnação da sintomatologia depressiva no grupo experimental e um agravamento no grupo de controle. Estes resultados levaram estes investigadores a considerar a estimulação cognitiva uma estratégia para o controle da sintomatologia depressiva e

consequentemente do DCL, uma vez que, na pessoa idosa, a depressão é um fator de risco para outras patologias incapacitantes.

## **6. Objetivos**

Esta investigação tem como primeiro objetivo construir um programa de intervenção psicoeducativa inclusivo (com atividades de estimulação cognitiva adaptadas a pessoas idosas analfabetas ou com baixo nível de escolaridade) que contribua para a redução ou preservação das capacidades cognitivas e, também, permita reduzir a sintomatologia depressiva de pessoas idosas com DCL e com sintomatologia depressiva. Como segundo objetivo, este estudo pretende avaliar os efeitos do referido programa de intervenção psicoeducativa na redução ou preservação das capacidades cognitivas e ao nível da redução da sintomatologia depressiva junto de idosos institucionalizados com DCL e sintomatologia depressiva.

Para realizar a presente investigação empírica, utilizou-se um plano de natureza quasi-experimental, com grupo de controle não equivalente, com pré-teste, pós-teste e *follow-up*.

## **7. Amostra**

Para a constituição da amostra e dos grupos, consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: i) idade igual ou superior a 65 anos; ii) residência permanente em Estrutura Residência Para Idosos; iii) a presença de declínio cognitivo sem diagnóstico de demência; iv) a presença de DCL; v) a presença de sintomatologia depressiva; vi) ter participado em todas as sessões do programa de intervenção psicoeducativa. Foram excluídos os indivíduos que apresentavam um ou mais dos seguintes critérios: i) a ausência de capacidade de comunicação; ii) diagnóstico de demência ou depressão crónica; e iii) dependência.

Numa fase inicial foram contactadas 37 pessoas idosas, de idade igual ou superior a 65 anos, residentes em três ERPI da região centro. Considerando os critérios de inclusão da amostra, destes 37 foram excluídos 2 idosos que não terminaram a aplicação do programa psicoeducativo; 3 que obtiveram um *score* na GDS15; abaixo ou igual ao ponto de corte de 5 (em que há ausência de sintomatologia depressiva); 4 que obtiveram *scores* no MMSE acima dos seguintes pontos de corte: 22 pontos para

cinco anos de escolaridade, 23 pontos para escolaridade entre 6 e 11 anos, e 24 pontos para os indivíduos com 12 anos ou mais de escolaridade (Kochhann, Varela, Lisboa, & Chaves, 2010); e 2 por apresentarem *scores* iguais ou inferiores a 8 no MMSE.

Assim, a amostra final foi composta por 26 pessoas idosas, sendo que 15 participaram no programa psicoeducativo e 11 não foram alvo de qualquer intervenção. Os indivíduos foram divididos em três grupos, tendo em conta a instituição em que residiam: um grupo de controle não equivalente com 11 indivíduos (grupo 1) e 2 grupos experimentais (grupo 2 e 3) com 9 e 6 indivíduos, respetivamente.

Dos 11 indivíduos que constituem o grupo de controle, nove são do sexo feminino e dois do sexo masculino. A média etária do grupo 1 é de 83.82 anos e o desvio-padrão de 8.208 (mínimo = 68 e máximo = 93). Ao nível da escolaridade, 2 nunca frequentaram a escola e os restantes 9 frequentaram entre 1 e 11 anos de ensino. Profissionalmente, 8 exerceram funções no setor primário, 1 no setor secundário e 2 no terciário.

O grupo 2 é um dos grupos experimentais e é composto por 9 idosos residentes na instituição 2. De entre estes, sete são do sexo feminino e dois do sexo masculino. A média etária deste grupo é de 86.00 anos e o desvio-padrão de 4.69 (mínimo = 77 e máximo = 92). Ao nível da escolaridade dos indivíduos, 1 nunca frequentou a escola e os restantes 8 frequentaram entre 1 e 11 anos de ensino. Profissionalmente, 1 exerceu funções no setor primário, 2 no setor secundário e 6 no terciário.

O grupo 3 é um dos grupos experimentais e é composto por 6 pessoas idosas residentes na instituição 3. De entre estes, cinco são do sexo feminino e um do sexo masculino. A média etária do grupo 3 é de 82.17 anos e o desvio-padrão de 5.75 (mínimo = 72 e máximo = 88). Ao nível da escolaridade dos indivíduos, 1 nunca frequentou a escola e os restantes 5 frequentaram entre 1 e 11 anos de ensino. Profissionalmente, 5 exerceram funções no setor primário e 1 no setor terciário.

## **8. Instrumentos**

### 8.1. Questionário Sociodemográfico e de interesses

Foi aplicado um questionário sociodemográfico (anexo IV, p.67), construído pela investigadora com vista à recolha de informação demográfica relevante, tal como a data de nascimento/idade, estado civil, local onde nasceu e viveu e o nível de escolaridade. Neste questionário incluíram-se, ainda, questões com vista a obter informações sobre os gostos/interesses pessoais dos participantes (que atividades gostava de fazer; que atividades tem agora; se há alguma atividade que gostava de fazer e de que assuntos/temas gosta de conversar). Estas questões foram adaptadas do questionário proposto por Firmino e colaboradores (2006, p. 535).

### 8.2. Exame Estado Mental - MMSE

O MMSE (anexo V, p.69), é um instrumento de rastreio cognitivo, elaborado em 1975 por Folstein e McHugh. Atualmente, é muito utilizado (Simões, 2012) para avaliar a função cognitiva e verificar a presença ou ausência de deterioração cognitiva. Com 30 questões pontuadas com 1, sempre que corretas, este exame inclui várias tarefas de orientação, retenção, atenção, cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva (Sequeira, 2010, p. 121). Há a evidência científica de que, com o aumento da escolaridade, os resultados da MMSE são cada vez menos discriminantes tendo em conta a simplicidade e facilidade das tarefas propostas no instrumento (Simões, 2012).

A tradução deste instrumento para português e validação para a população Portuguesa foi realizada pelo Grupo de Estudos de Envelhecimento e Demências por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas e Garcia, em 1993 (In Caldas, Garcia, Pereira, & Fernandes, 2007). Este grupo elaborou, ainda, os pontos de corte utilizados na população portuguesa, tendo em conta a idade e escolaridade dos sujeitos: considera-se presença de defeito cognitivo, para idades superiores a 40 anos, pontuações  $\leq 15$  para a população analfabeta;  $\leq 22$  para população com 1 a 11 anos de escolaridade e  $\leq 27$  para a população com mais de 11 anos de escolaridade (Caldas et al., 2007).

### 8.3. Teste do desenho do Relógio

O Teste do Desenho do Relógio (TDR) (anexo VI, p.71), é amplamente usado para o despiste rápido de alterações cognitivas. Embora normalmente usado de forma isolada,

contudo, recentemente tem vindo a ser administrado em conjunto com outros instrumentos e testes de avaliação cognitiva mais complexos. O TDR avalia (ou é sensível) a várias funções cognitivas, nomeadamente, compreensão, memória, funções executivas, processos viso-percetivos, viso-construtivos e viso-motores, perceção visual, linguagem, atenção, concentração, tolerância à frustração, pensamento abstrato, representação simbólica e grafo-motora (Simões, 2012).

As pontuações do TDR obedecem ao critério original de Schulman (2000), sendo que os desenhos foram pontuados de zero a cinco, conforme as imperfeições identificadas, em que 5 pontos, relógio perfeito; 4 pontos, relógio com pequenos erros visuo-espaciais; 3 pontos, relógio com a representação incorreta das horas e minutos (11h10min.) e organização visuo-espacial bem representada; 2 pontos, relógio com uma desorganização visuo-espacial moderada dos números, de modo que uma denotação precisa das horas (11h10min.) é impossível; 1 ponto, para um nível severo de desorganização visuo-espacial; e 0 pontos, incapacidade de fazer qualquer representação (Shulman, 2000). Estes critérios originais de Shulman foram agrupados em duas categorias por Jouk e Tuokko (2012) para se poder perceber quando consideramos a presença ou ausência de perda cognitiva na pessoa idosa. Assim, segundo Jouk e Toukko (2012) é considerada a presença de perda cognitiva na pessoa idosa quando é obtida uma pontuação igual ou inferior a 3 pontos. E considera-se estado cognitivo sem perda quando a pessoa idosa obtém pontuação de Schulman igual a 4 ou 5 pontos.

#### 8.4. Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15 itens)

A GDS (*Geriatric Depression Scale*) (anexo VII, p.73), é uma escala de autorresposta que mede a presença de sintomas depressivos na população idosa e quem tem várias versões que variam na quantidade de itens (Simões, 2012). A versão GDS15 é composta por 15 itens de autorresposta dicotómica (“Sim” ou “Não”, de acordo com a forma como se tem sentido durante a última semana). Embora seja uma escala de autorresposta, as questões podem ser lidas à pessoa idosa que tenha dificuldades de leitura ou que não saiba ler. A cotação final corresponde ao somatório das respostas aos 15 itens. Sendo que se dá 1 ponto a cada resposta “sim” e 0 pontos a cada resposta

“não”, com exceção dos itens 1, 5, 7, 11 e 13 que têm cotação inversa (1 ponto para a resposta não e 0 pontos para a resposta sim).

A escala foi adaptada para o português europeu anos antes do primeiro estudo de validação à população portuguesa que foi realizado em 2011 por Apóstolo (citado por Apóstolo et al., 2014). Este instrumento apresenta um alfa de *Cronbach* total de .83, o que atesta a sua confiabilidade (Apóstolo et al., 2014). Os pontos de corte utilizados para a população portuguesa são os do trabalho original: ausência de depressão = GDS  $\leq 5$ ; sintomatologia depressiva = GDS  $> 6$  (Caldas et al., 2007).

A GDS apenas deve ser aplicada a pessoas com um grau de demência leve a moderada (Apóstolo et al., 2014). Contudo, de acordo com um estudo de Conradsson e colaboradores (2013) a evidência mostra que a GDS-15 parece ter uma utilidade global para avaliar os sintomas depressivos entre pessoas com um score MMSE de 10 ou mais pontos, dados que não são evidenciados na escala GDS de 30 itens. Por essa razão se fez a opção da escala de 15 itens ao invés da escala de 30 itens.

#### 8.5. Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

A SWLS Vida (*The Satisfaction with Life Scale*) (anexo VII, p.75), é uma das escalas mais utilizada para quantificar o bem-estar subjetivo, pois pretende pontuar um juízo subjetivo que os indivíduos fazem sobre a qualidade das suas próprias vida. Esta escala foi elaborada por Diener, Emmons, Larsen e Giffin, em 1985, e mede a satisfação com a vida tendo em conta o critério próprio de cada sujeito. A primeira validação desta escala para a população portuguesa foi realizada por Neto, Barros e Barros em 1990 (Caldas et al., 2007; Simões, 1992) junto de uma população de professores. Dois anos depois, a escala foi validada para toda a população com uma amostra heterogénea por Simões (1992). Simões (1992) aperfeiçoou a adaptação portuguesa, sendo esta a versão correspondente à versão usada no presente estudo. As alterações efetuadas por Simões (1992) centraram-se no conteúdo, tornando-o mais acessível, e na redução para cinco o número de opções de resposta. No que respeita à escala o coeficiente alfa apresentado foi satisfatório ( $\alpha = .77$ ) sendo que os dados do estudo de Simões (1992) parecem indicar que a escala tem boas qualidades métricas.

A SWLS é uma escala de tipo *Likert* que contabiliza o grau de satisfação com a vida de cada indivíduo através de 5 afirmações. Para cada uma o sujeito pontua-a de 1 a 5, em que “1” discordo totalmente e “5” concordo totalmente, tendo em conta seu grau de concordância ou discordância com a mesma. A pontuação pode variar entre 5 e 25 pontos e, quanto maior a pontuação final, maior é o grau de satisfação com a vida (Caldas et al., 2007; Pena, 2011; Simões, 1992).

## **9. Procedimentos**

O presente estudo foi apresentado a 3 instituições com ERPI, escolhidas tendo em conta a proximidade geográfica. As três instituições aprovaram a integração dos seus idosos no estudo. Nas instituições 2 e 3 as pessoas idosas participaram no programa psicoeducativo, ou seja, 2 grupos experimentais, e na instituição 1 as pessoas idosas selecionadas não participaram no programa, constituindo-se estas no grupo controle não equivalente.

Após o consentimento informado das instituições, foi pedido que a equipa técnica seleccionasse as pessoas institucionalizadas em ERPI tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão para integrar a amostra. Nos últimos dias úteis de fevereiro (23, 24, 27 e 28 de fevereiro) e primeiros de março foram avaliados todos os idosos, selecionados pela equipa técnica, com os seguintes instrumentos: MMSE, TDR e GDS15. A partir dos resultados dos instrumentos, e tendo em conta os critérios de inclusão e de exclusão da amostra, foram selecionados os potenciais participantes do estudo.

Na semana seguinte, houve uma apresentação do projeto de investigação e da investigadora aos potenciais participantes e solicitou-se a sua colaboração para o estudo. Cada indivíduo deu o seu consentimento e compromisso verbal, na presença da investigadora e de uma técnica da instituição. Nesse mesmo dia, realizaram-se os pré-testes com os indivíduos que aceitaram participar. Esta avaliação inicial decorreu no dia 3 de março na instituição 2, no dia 6 de março na instituição 3 e no dia 8 de março na instituição 1. Além de dados sociodemográficos e informações sobre os hábitos, gostos e interesses pessoais (anexo IV, p.67), foram reunidos dados para obter informações das variáveis dependentes em estudo (dimensão cognitiva, nível de humor

e satisfação com a vida) operacionalizadas através de instrumentos traduzidos, aferidos e validados para a população portuguesa, nomeadamente, MMSE, TDR, GDS15 e SWLQ.

Imediatamente após a avaliação inicial, nas instituições onde ia decorrer a intervenção, deu-se início às sessões previstas e realizadas todas as terças-feiras e quintas-feiras. As sessões decorreram nos mesmos dias, em ambas as instituições. Na instituição 2 decorriam durante o período da manhã e na instituição 3 decorriam no período da tarde. O programa de intervenção decorreu durante todo o mês de março e a primeira semana de abril, totalizando 10 sessões de 60 minutos cada sessão. O programa das sessões era composto por atividades de estimulação cognitiva e multissensorial concebidas e pensadas para ir ao encontro dos gostos e preferências dos idosos, de forma diferente dos exercícios pré-concebidos. O *design* do programa e respetivas atividades teve também por suporte a revisão da literatura científica efetuada previamente.

Nos dias úteis imediatamente a seguir ao término do programa de intervenção, decorreram as avaliações finais/pós-teste nas três instituições, nomeadamente, dia 11 de abril na instituição 1, 7 de abril da instituição 2 e 10 de abril na instituição 3. Já, no mês de maio, passado exatamente 1 mês das avaliações finais, realizou-se o *follow-up* nas instituições. No anexo IV (p.67) encontra-se a planificação.

A análise dos dados obtidos nas diferentes fases de avaliação foi efetuada com recurso ao software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Foram utilizadas técnicas de análise estatística descritivas e inferenciais.

### **10. Programa de Intervenção**

O programa de intervenção é composto por 10 sessões, com uma frequência de duas vezes por semana e, com a duração de sessenta minutos cada sessão. Na literatura não há consenso quanto à duração e número de sessões de um programa de intervenção em estimulação cognitiva, variando de duração consoante os contextos em que são criados e implementados. A opção de dez sessões (encontra-se detalhadamente descrita no anexo IX, p.77) tem em conta o número mínimo de sessões registadas na literatura com intervenções idênticas à do presente estudo.

Cada sessão foi organizada em três momentos distintos: 1) apresentação e orientação para a realidade (10 minutos), destina-se a relembrar os nomes de todos os elementos do grupo (participantes e orientadora do projeto) e é momento para falar da atualidade, da orientação temporal e espacial e de notícias; Em seguida dá-se a atividade principal (quarenta minutos) e é neste momento que se realizam as atividades que envolvem dinâmicas de grupo, atividades de estimulação cognitiva e atividades de atenção e memória, cuja resolução se baseia na sua explicação detalhada; No terceiro momento dá-se um período de reflexão (dez minutos) onde se promove o diálogo, se obtém o feedback sobre cada atividade realizada e se relembra o dia e hora da sessão seguinte.

A investigadora dinamizou e criou todas as sessões sendo que, para facilitar a construção das atividades foi atribuído um tema a cada sessão. No que respeita à construção das atividades, dinâmicas e materiais para a estimulação cognitiva ao longo das sessões, a investigadora teve por base conhecimentos adquiridos ao longo do seu percurso académico, cursos de formação na área e experiência laboral em gerontologia e uma revisão da literatura sobre a especialidade. Todas as atividades foram pensadas e adaptadas tendo em conta o contexto maioritariamente rural e de baixa escolaridade como é objetivo deste programa de intervenção psicoeducativa.

## **CAPÍTULO IV - RESULTADOS**



O software utilizado para a análise de dados foi o programa *Statistical Package for the Social Sciences*, IBM SPSS *Statistics* versão 23 (2015). Para a decisão estatística, testou-se a normalidade da distribuição de frequências das pontuações médias do pré-teste, pós-teste e *follow-up* através do teste de Shapiro-Wilk. Para os testes com  $\rho < 0.05$  procedeu-se à análise da simetria, tendo-se obtido valores situados entre -1.96 e 1.96.

Dado que os valores do teste Shapiro-Wilk (com amostra  $n < 30$ ) atestaram a normalidade da distribuição para as amostras, e uma vez que se pretendia a comparação da média de mais de duas populações emparelhadas considerou-se a Análise de Variância, genericamente designada por ANOVA<sup>3</sup> de medidas repetidas. A escolha deste método deve-se ao facto que se pretendia comparar a variância dentro dos grupos.

Tendo em conta que se através da ANOVA foi rejeitada a hipótese nula, usou-se o Teste *post-hoc* para a comparação múltipla de médias e a identificação de quais os pares de médias que diferem significativamente entre si. O teste *post-hoc* é um método que permite testar as diferenças entre todos os pares de médias depois de analisar os dados, tendo em conta que as amostras em comparação são pequenas (amostra  $n < 30$ ), foi utilizado o teste de Bonferroni que é o mais potente de acordo com Marôco (2011, p. 216).

Assim, foi realizada uma ANOVA de medidas repetidas de sentido único para comparar as pontuações no teste MMSE no Tempo 1 (pré-teste), Tempo 2 (pós-teste) e Tempo 3 (*follow-up*). A média e o desvio-padrão de cada avaliação e os resultados da ANOVA, para as instituições 1 e 3<sup>4</sup>, são apresentados na **Tabela 1**.

Como indicam os dados apresentados, da avaliação de pré-teste para a de pós-teste e de *follow-up* observa-se uma descida significativa nas pontuações médias no grupo 1

---

<sup>3</sup> Foram testados e respeitados os pressupostos da ANOVA, nomeadamente, distribuição normal, uma variância homogénea (teste da esfericidade) e dados independentes.

<sup>4</sup> Os dados da Anova para a instituição 2 não são reportados, uma vez não se ter verificado o pressuposto da esfericidade. São apresentados no corpo do texto os dados relativos à correção de Greenhouse-Geisser.

(grupo de controlo), sendo a magnitude do efeito elevada<sup>5</sup> (Marôco, 2011, p. 266) [Lambda de Wilks = .182, F (2,9)=20.266,  $\rho$ =.000,  $n^2$  = .818].

No grupo 2 (primeiro grupo experimental) constata-se uma situação diferente, com uma subida positiva na média das pontuações do pré-teste para o pós-teste e uma descida nas pontuações médias do pós-teste para a avaliação de *follow-up*. Porém, a correção de Greenhouse-Geisser<sup>6</sup> ( $\epsilon$  = .61) indica que as diferenças observadas nos *scores* médios obtidos no MMSE não se revelam significativas [F (36.56, 15.48) = 2.361, p = .155].

Já na instituição 3 (segundo grupo experimental) [Lambda de Wilks = .252, F (2,4) = 5.926,  $\rho$ =.064,  $n^2$  = .748], verifica-se que as alterações observadas nas pontuações médias não são estatisticamente significativas, uma vez que  $\rho$ >.05.

**Tabela 1 – Médias, Desvios-padrão e Anova de Medidas Repetidas para a Variável MMSE, nos três momentos de avaliação, por instituição**

| Vaiáveis | Fonte         | Pré-Teste<br>(T <sub>1</sub> ) | Pós-Teste<br>(T <sub>2</sub> ) | Follow-up<br>(T <sub>3</sub> ) | F     | $\rho$ | $n^2$ |
|----------|---------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------|--------|-------|
|          |               | M±SD                           | M±SD                           | M±SD                           |       |        |       |
| MMSE     | Instituição 1 | 15.00±3.43                     | 13.27±3.23                     | 12.09±3.36                     | 20.27 | .000   | .818  |
|          | Instituição 2 | 18.56±1.13                     | 20.89±2.93                     | 17.89±5.30                     | -     | -      | -     |
|          | Instituição 3 | 20.17±3.54                     | 23.67±4.54                     | 20.33±4.41                     | 5.93  | .064   | .748  |

Para as comparações *Post hoc*, foi usado o teste Bonferroni, que indicou que o score médio para o grupo 1 foi diminuindo, de avaliação para avaliação, sendo que esta descida se revela estatisticamente significativa ( $\rho$ <.05) em todas as comparações de médias deste grupo.

Para o grupo da instituição 2 verificamos que há uma flutuação nas médias sendo que a média mais alta é na fase de pós-teste (M=20.89, DP=2.93). As médias da fase de

<sup>5</sup> Classificação da dimensão/magnitude do efeito: muito elevado se  $n^2$ >0.5; elevado se  $n^2$ ].25;.5]; médio se  $n^2$  ].05; .25]; pequeno se  $n^2$  ≤.05 (Cohen, 1988, cit. in Marôco, 2011).

<sup>6</sup> Uma vez que o Teste de Mauchly indicou a violação do pressuposto da esfericidade [ $\chi^2$  (2) = 7.09, p = .029], apresenta-se a correção de Greenhouse-Geisser.

pré-teste e de *follow-up* são semelhantes, variando em décimas. Em todas as relações verificamos a inexistência de um valor estatisticamente significativo ( $\rho > .05$ ).

Para o grupo da terceira instituição verificamos que a média dos valores obtidos de T<sub>1</sub> para T<sub>2</sub> aumenta e, de T<sub>2</sub> para T<sub>3</sub> diminui, verificando-se que na fase de *follow-up* se obtém um valor médio praticamente igual ao obtido na fase de pré-teste. A relação entre as médias de pós-teste e de *follow up* apresenta um valor estatisticamente significativo, pois  $\rho < .05$ .

**Tabela 2 – Médias e teste Bonferroni para a Variável MMSE, nos três momentos de avaliação, por instituição**

| Variável | Fonte         | Momentos de Avaliação           | Comparação                      | $\rho$      |
|----------|---------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------|
| MMSE     | Instituição 1 | T <sub>1</sub> – T <sub>2</sub> | T <sub>1</sub> > T <sub>2</sub> | <b>.001</b> |
|          |               | T <sub>1</sub> – T <sub>3</sub> | T <sub>1</sub> > T <sub>3</sub> | <b>.000</b> |
|          |               | T <sub>2</sub> – T <sub>3</sub> | T <sub>2</sub> > T <sub>3</sub> | <b>.022</b> |
|          | Instituição 2 | T <sub>1</sub> – T <sub>2</sub> | T <sub>1</sub> < T <sub>2</sub> | .196        |
|          |               | T <sub>1</sub> – T <sub>3</sub> | T <sub>1</sub> = T <sub>3</sub> | 1.00        |
|          |               | T <sub>2</sub> – T <sub>3</sub> | T <sub>2</sub> > T <sub>3</sub> | .095        |
|          | Instituição 3 | T <sub>1</sub> – T <sub>2</sub> | T <sub>1</sub> < T <sub>2</sub> | .158        |
|          |               | T <sub>1</sub> – T <sub>3</sub> | T <sub>1</sub> = T <sub>3</sub> | 1.00        |
|          |               | T <sub>2</sub> – T <sub>3</sub> | T <sub>2</sub> > T <sub>3</sub> | <b>.045</b> |

Também foi realizada uma ANOVA de medidas repetidas de sentido único para comparar as pontuações no TDR no Tempo 1 (pré-teste), Tempo 2 (pós-teste) e Tempo 3 (*follow-up*). A média e o desvio-padrão de cada avaliação, por instituição, são apresentados na Tabela 3 e, como é possível verificar, apesar de, nas três instituições, se verificar alguma variação nas pontuações médias entre os diferentes momentos de avaliação, com valores de  $\rho > .05$  estas não se revelam diferenças significativas (instituição 1 [Lambda de Wilks = .727, F (2,9)=1.688,  $\rho = .239$ ,  $n^2 = .2738$ ]; na instituição 2 [Lambda de Wilks = .630, F (2,7)=2.059,  $\rho = .198$ ,  $n^2 = .370$ ] e na instituição 3 [Lambda de Wilks = .455, F (2,4)=2.400,  $\rho = .207$ ,  $n^2 = .545$ ]).

Apenas oferece analisar as ligeiras flutuações das médias totais no TDR. No grupo 1, há um aumento da média de aproximadamente duas décimas T<sub>1</sub> para T<sub>2</sub>. Este aumento da média também acontece no grupo 2 e no grupo 3 sendo que há um aumento de

aproximadamente três décimas num e noutra o aumento é de aproximadamente meio ponto percentual. Já quando verificadas as médias de T<sub>2</sub> para T<sub>3</sub> do grupo 1 há uma diminuição de em que a média total em T<sub>3</sub> é igual à média obtida em T<sub>1</sub>. No grupo 2 há uma redução das pontuações médias de T<sub>2</sub> para T<sub>3</sub>, atingindo valores inferiores aos valores médios no pré-teste. Por último, no grupo 3, observa-se uma baixa nas pontuações médias obtidas no TDR, tal como descrito no grupo 2.

**Tabela 3 – Médias, Desvios-padrão e Anova de Medidas Repetidas para a Variável Teste do Relógio, nos três momentos de avaliação, por instituição**

| Variável         | Fonte         | Pré Teste       | Pós Teste       | Follow-up       | F    | $\rho$ | $n^2$ |
|------------------|---------------|-----------------|-----------------|-----------------|------|--------|-------|
|                  |               | M $\pm$ SD      | M $\pm$ SD      | M $\pm$ SD      |      |        |       |
| Teste do Relógio | Instituição 1 | 0.55 $\pm$ 0.68 | 0.73 $\pm$ 1.00 | 0.55 $\pm$ 1.03 | 1.69 | .239   | .273  |
|                  | Instituição 2 | 1.00 $\pm$ 1.32 | 1.33 $\pm$ 1.65 | 0.89 $\pm$ 1.45 | 2.06 | .198   | .370  |
|                  | Instituição 3 | 2.83 $\pm$ 0.75 | 3.33 $\pm$ 0.81 | 2.50 $\pm$ 1.04 | 2.40 | .207   | .545  |

No que diz respeito ao impacto do programa psicoeducativo ao nível da sintomatologia depressiva, apresentam-se na Tabela 4, por instituição, a média e o desvio-padrão de cada avaliação e os resultados da ANOVA. Como é possível verificar, nas três instituições, observam-se variações/oscilações nas pontuações médias de sintomatologia depressiva, consideradas estatisticamente significativas ( $\rho > .05$ ), com magnitude do efeito elevada: na instituição 1 [Lambda de Wilks = .344, F (2,9)=8.565,  $\rho = .008$ ,  $n^2 = .656$ ]; na instituição 2 [Lambda de Wilks = .283, F (2,7)=8.874,  $\rho = .012$ ,  $n^2 = .717$ ] e na instituição 3 [Lambda de Wilks = .059, F (2,4)=32.025,  $\rho = .003$ ,  $n^2 = .941$ ].

Para as comparações *Post hoc* (cf. Tabela 5) foi usado o teste Bonferroni que indicou que o score médio na GDS15 para o grupo 1 foi aumentando de avaliação para avaliação, sendo as diferenças encontradas estatisticamente significativas, uma vez que  $\rho < .05$ . É de realçar que neste teste quanto maior o score obtido, maior o grau de sintomatologia depressiva no indivíduo.

**Tabela 4 - Médias, Desvios-padrão e Anova de Medidas Repetidas para a GDS, nos três momentos de avaliação, por instituição**

| Variável | Fonte         | Pré Teste        | Pós Teste        | Follow-up        | F     | $\rho$      | $n^2$ |
|----------|---------------|------------------|------------------|------------------|-------|-------------|-------|
|          |               | M $\pm$ SD       | M $\pm$ SD       | M $\pm$ SD       |       |             |       |
| GDS      | Instituição 1 | 10.00 $\pm$ 3.00 | 10.73 $\pm$ 2.49 | 11.45 $\pm$ 2.25 | 8.57  | <b>.008</b> | .656  |
|          | Instituição 2 | 8.56 $\pm$ 3.71  | 6.78 $\pm$ 3.15  | 9.78 $\pm$ 3.03  | 8.88  | <b>.012</b> | .717  |
|          | Instituição 3 | 8.67 $\pm$ 1.63  | 7.00 $\pm$ 3.57  | 10.17 $\pm$ 3.06 | 32.03 | <b>.003</b> | .941  |

Para o grupo da instituição 2, verificamos que há uma flutuação nas médias sendo que a média mais alta é em T<sub>3</sub> (M=9.78, DP=3.03) e a média mais baixa é em T<sub>2</sub> (M=6.78, DP=3.15), sendo a diferença entre estes dois momentos de avaliação (pós-teste e *follow-up*) estatisticamente significativa ( $\rho > .05$ ).

Para o grupo da terceira instituição verificamos que a média de T<sub>1</sub> para T<sub>2</sub> reduz e, de T<sub>2</sub> para T<sub>3</sub> aumenta, de mencionar que a da média mais alta se regista em T<sub>3</sub> (M=10.17, DP=3.06). A diferença entre as médias de T<sub>2</sub> e T<sub>3</sub> apresenta-se estatisticamente significativa ( $\rho < .05$ ).

**Tabela 5 - Médias e teste Bonferroni para a GDS, nos três momentos de avaliação, por instituição**

| Variável | Fonte         | Tempos                          | Comparação                      | $\rho$      |
|----------|---------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------|
| GDS      | Instituição 1 | T <sub>1</sub> – T <sub>2</sub> | T <sub>1</sub> < T <sub>2</sub> | <b>.012</b> |
|          |               | T <sub>1</sub> – T <sub>3</sub> | T <sub>1</sub> < T <sub>3</sub> | <b>.005</b> |
|          |               | T <sub>2</sub> – T <sub>3</sub> | T <sub>2</sub> < T <sub>3</sub> | <b>.036</b> |
|          | Instituição 2 | T <sub>1</sub> – T <sub>2</sub> | T <sub>1</sub> > T <sub>2</sub> | .062        |
|          |               | T <sub>1</sub> – T <sub>3</sub> | T <sub>1</sub> < T <sub>3</sub> | .195        |
|          |               | T <sub>2</sub> – T <sub>3</sub> | T <sub>2</sub> < T <sub>3</sub> | <b>.006</b> |
|          | Instituição 3 | T <sub>1</sub> – T <sub>2</sub> | T <sub>1</sub> > T <sub>2</sub> | .776        |
|          |               | T <sub>1</sub> – T <sub>3</sub> | T <sub>1</sub> < T <sub>3</sub> | .712        |
|          |               | T <sub>2</sub> – T <sub>3</sub> | T <sub>2</sub> < T <sub>3</sub> | <b>.002</b> |

Na Tabela 6, observem-se as pontuações médias, desvios-padrão e resultados da Anova, por instituição, nos três momentos de avaliação, ao nível da variável satisfação com a vida (SWLS). Na instituição 1, verifica-se uma descida nos níveis de satisfação com a vida, do 1.º para o 3.º momento de avaliação, sendo as diferenças encontradas nas médias, estatisticamente significativas ( $p < .05$ ), e magnitude do efeito elevada [Lambda de Wilks = .290, F (2,9)=11.029,  $\rho = .004$ ,  $n^2 = .710$ ]. Nas instituições 2 e 3,

verifica-se uma subida das médias da fase de pré-teste para a de pós-teste e uma descida da fase de pós-teste para a de *follow-up*. Contudo, apenas na instituição 2 as diferenças nos valores médios se revelaram estatisticamente significativas ( $p < .05$ ), com magnitude do efeito elevada [Lambda de Wilks = .251,  $F(2,7) = 10.472$ ,  $\rho = .008$ ,  $n^2 = .749$ ].

**Tabela 6 - Médias, Desvios-padrão e Anova de Medidas Repetidas para a Satisfação com a Vida, nos três momentos de avaliação, por instituição**

| Variável | Fonte         | Pré-Teste        | Pós-Teste        | Follow-up        | F     | $\rho$      | $n^2$ |
|----------|---------------|------------------|------------------|------------------|-------|-------------|-------|
|          |               | M $\pm$ SD       | M $\pm$ SD       | M $\pm$ SD       |       |             |       |
| SWLS     | Instituição 1 | 15.73 $\pm$ 4.34 | 14.36 $\pm$ 4.34 | 13.45 $\pm$ 4.01 | 11.03 | <b>.004</b> | .710  |
|          | Instituição 2 | 16.00 $\pm$ 2.45 | 17.56 $\pm$ 5.51 | 15.56 $\pm$ 3.09 | 10.47 | <b>.008</b> | .749  |
|          | Instituição 3 | 16.50 $\pm$ 3.94 | 17.00 $\pm$ 3.23 | 15.00 $\pm$ 4.73 | 3.10  | .154        | .608  |

Para as comparações *Post-hoc* (cf. Tabela 7) foi usado o teste Bonferroni, que indica que o score médio para o grupo 1 foi reduzindo com a passagem do tempo sendo que este dado é estatisticamente significativo uma vez que  $\rho < .05$ . Para o grupo da instituição 2 verificamos que há uma flutuação nas médias sendo que média mais alta é em T<sub>2</sub> (M=17.56, DP=5.51) e que a relação entre T<sub>2</sub> e T<sub>3</sub> é estatisticamente significativa uma vez que  $\rho = .020$ . Para o grupo da terceira instituição verificamos que a média de T<sub>1</sub> para T<sub>2</sub> aumentam e, de T<sub>2</sub> para T<sub>3</sub> voltam a reduzir, ficando abaixo da média em T<sub>1</sub>. Sendo que em nenhuma das relações se verifica um valor estatisticamente significativo,  $\rho > .05$ .

**Tabela 7 - Médias e teste Bonferroni para a SWLS, nos três momentos de avaliação, por instituição**

| Variável | Fonte         | Tempos                          | Comparação                      | $\rho$      |
|----------|---------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------|
| SWLS     | Instituição 1 | T <sub>1</sub> – T <sub>2</sub> | T <sub>1</sub> > T <sub>2</sub> | <b>.002</b> |
|          |               | T <sub>1</sub> – T <sub>3</sub> | T <sub>1</sub> > T <sub>3</sub> | <b>.003</b> |
|          |               | T <sub>2</sub> – T <sub>3</sub> | T <sub>2</sub> > T <sub>3</sub> | <b>.049</b> |
|          | Instituição 2 | T <sub>1</sub> – T <sub>2</sub> | T <sub>1</sub> < T <sub>2</sub> | .057        |
|          |               | T <sub>1</sub> – T <sub>3</sub> | T <sub>1</sub> > T <sub>3</sub> | 1.00        |
|          |               | T <sub>2</sub> – T <sub>3</sub> | T <sub>2</sub> > T <sub>3</sub> | <b>.020</b> |
|          | Instituição 3 | T <sub>1</sub> – T <sub>2</sub> | T <sub>1</sub> < T <sub>2</sub> | .609        |
|          |               | T <sub>1</sub> – T <sub>3</sub> | T <sub>1</sub> > T <sub>3</sub> | .134        |
|          |               | T <sub>2</sub> – T <sub>3</sub> | T <sub>2</sub> > T <sub>3</sub> | .123        |

## **CAPÍTULO V - DISCUSSÃO**



No presente estudo, o grupo controlo e os grupos experimentais foram predominantemente constituídos por mulheres, que trabalharam na agricultura e/ou no comércio, que apresentam um baixo nível de escolaridade, e com idades compreendidas entre os 68 e os 93 anos.

Foram avaliadas e analisadas as variações de pontuações dentro dos próprios grupos como forma de produzir conclusões sobre o efeito do Programa de Intervenção, dinamizado junto de pessoas idosas com défice cognitivo ligeiro, sem demência e com sintomatologia depressiva, incluídas nos grupos experimentais (instituição 2 e 3), sobre o desempenho cognitivo e a sintomatologia depressiva.

Para avaliar o desempenho cognitivo foram analisados os resultados obtidos com a MMSE. No grupo controle os scores médios obtidos são progressivamente menores com o passar do tempo, enquanto que em ambos os grupos experimentais verificamos que do pré-teste para o pós-teste os scores médios aumentam e, no *follow-up* regressam para valores próximos aos obtidos na fase de pré-teste. Estes dados conferem com os resultados obtidos por vários autores com estudos semelhantes em que são notórias melhorias no desempenho nos testes cognitivos (Costa & Sequeira, 2013; Ferreira, 2012; Gonçalves, 2012; Macedo et al., 2015; Silva et al., 2015; Valente, 2016) e, no *follow-up* verifica-se uma perda do desempenho cognitivo que havia sido “ganho” até ao término das sessões (Macedo et al., 2015). De referir, que apenas se pretende inferir se há ganhos ou manutenção do desempenho cognitivo, não é objetivo do presente estudo identificar e enumerar quais os efeitos.

Ainda no desempenho cognitivo, foi aplicado o Teste do Desenho do Relógio e verificámos que, nos scores médios do grupo controle e dos grupos experimentais, no TDR, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas que permitam indicar um melhor ou pior desempenho cognitivo. De acordo com Filipin et al. (2015) o equilíbrio observado nas pontuações das avaliações cognitivas pode ser indicativo de uma estabilidade no domínio cognitivo. Porém, o TDR apresenta uma limitação quanto à sua aplicação em populações de pessoas idosas com baixa escolaridade ou sem escolaridade, pois o indivíduo avaliado tem que pegar no instrumento de escrita

(lápiz ou caneta) e desenhar números e ponteiros (Shulman, 2000), o que se verifica na amostra do presente estudo.

Ao nível da sintomatologia depressiva, verificámos que o grupo controlo aumentou ligeiramente o seu score médio na GDS, e quanto maior a pontuação final nesta escala maior a probabilidade de presença de sintomatologia depressiva. Já nos grupos experimentais verificámos que os scores médios variavam, sendo que as pontuações mais baixas se encontram na fase de pós-teste, realizado no término da intervenção. Estas variações nas pontuações não são estatisticamente significativas, o que não nos permite afirmar que há uma melhora no humor depressivo devido ao programa de intervenção. Permite-nos apenas inferir que a intervenção pode exercer alguma influência no humor depressivo o que, de acordo com Silva e colaboradores (2015), é um dado promissor para estudos futuros tendo em conta que a sintomatologia depressiva é um fator de risco em múltiplas patologias. A baixa influência do programa de intervenção na sintomatologia depressiva nos idosos pode explicar-se pelo facto de a baixa escolaridade e idade serem identificadas como variáveis que contribuem para o desenvolvimento dessa sintomatologia (Borges, Benedetti, Xavier, & DéOrsi, 2013). De salientar que nos grupos experimentais, no pós-teste, se observa uma descida média da pontuação na escala de avaliação para próximo do ponto de corte que Caldas e colaboradores (2007) identificam como valor para considerar a presença sintomatologia depressiva na população idosa portuguesa (pontuação final na GDS-15 itens  $> 6$  = sintomatologia depressiva).

Na satisfação com a vida, avaliada por meio da SWLS, observámos uma baixa gradual nas pontuações do grupo de controle. Já nos grupos experimentais verificámos que as pontuações aumentam do pré-teste para o pós-teste e que voltam a baixar do pós-teste para o *follow-up*. Estas diferenças revelaram-se estatisticamente significativas e permitem-nos inferir que o programa de intervenção aplicado exerceu uma influência positiva na satisfação com a vida, à semelhança do que acontece no estudo de Valente (2016). A Avaliação da Satisfação com a Vida no presente estudo serve para perceber se os indivíduos percecionaram melhoras, mesmo que reduzidas e subjetivas, no seu bem-estar.

## **CAPÍTULO VI – CONCLUSÃO**



No presente estudo, os resultados produzidos não relatam diferenças estatisticamente significativas, no desempenho cognitivo, na sintomatologia cognitiva e satisfação com a vida. Contudo, pode observar-se que, após a implementação do programa de intervenção de curta duração implementado, há uma melhoria no desempenho nos testes de avaliação cognitiva, de avaliação da sintomatologia depressiva e, conseqüentemente, na satisfação com a vida. E que, no período de um mês, após o término da intervenção, os participantes regressam a níveis de desempenho idênticos aos iniciais. Estas constatações permitem-nos inferir que a implementação contínua de atividades de estimulação cognitiva e multissensorial junto destas populações, com défices cognitivo leve e sintomatologia depressiva, são bons pontos de partida para a manutenção das suas capacidades cognitivas e redução de sintomatologia depressiva.

De salientar que os resultados poderiam eventualmente ter sido diferentes, caso a amostra fosse maior e abrangesse um maior número instituições. Por outro lado, colocaram-se alguns desafios à realização do estudo uma vez que cada instituição tem a sua identidade e características intransmissíveis, nomeadamente, recursos humanos afetos às atividades com os idosos, diferentes atividades e formas de as desenvolver e diferentes espaços/condições para as realizar, pelo que as condições experimentais não foram iguais para os dois grupos que participaram no programa. Por exemplo, numa instituição havia sempre uma sala de grupo fechada e disponível para desenvolver a atividade sempre à mesma hora; em contraste, noutra instituição as sessões eram em locais diferentes, em espaços abertos (e.g., sala de convívio e de visitas), com estímulos exteriores constantes, o que fazia o grupo dispersar várias as vezes ao longo das sessões.

Estas limitações refletem as desvantagens do uso de um estudo com um *design* quasi-experimental, como é o caso. Outras limitações que os estudos com um *design* quasi-experimental têm prendem-se com o facto de: as amostras não serem totalmente aleatórias o que não permite a generalização dos resultados, não haver um controle de todas as variáveis como acontece nos estudos de *design* experimental. A habituação aos testes e escalas usadas nos vários momentos de avaliação e, por último, a propensão ao erro humano (Creswell, 2012).

No entanto, pese embora as limitações metodológicas do presente estudo, o presente projeto apresenta a mais valia de ter sido adaptado às diferentes necessidades das pessoas idosas que envolvidas na intervenção, uma vez que as atividades foram pensadas e adaptadas para a população idosa que participou no estudo, a partir das suas narrativas de vida: uma população com défice cognitivo ligeiro e sintomatologia depressiva, com baixa escolaridade (associada a um contexto de vida mais rural) e residente numa ERPI.

## **CAPÍTULO VII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



- Afonso, R. M. (2011). Depressão na Velhice. In *Reminiscência como técnica de Intervenção Psicológica em Pessoas Idosas* (pp. 23–52). Lisboa: Gulbenkian.
- Antunes, H., Santos, R., Cassilhas, R., Santos, R., Bueno, O., & Mello, M. (2006). Exercício físico e função cognitiva: Uma revisão. *Revista Brasileira de Medicina Do Esporte*, 12(2), 108–114. <https://doi.org/10.1590/S1517-86922006000200011>
- APA. (2002). *DSM-IV-TR. Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais* (4ª). Lisboa: Climepsi Editores.
- Apóstolo, J., Loureiro, L., Reis, I., Silva, I., Cardoso, D., & Sfectcu, R. (2014). Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale -15 para a língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência, SérieIV*(3), 65–73.
- Banhato, E. F. C., Scoralick, N. N., Guedes, D. V., Atalaia-Silva, K. C., & Mota, M. M. P. E. (2009). Atividade física , cognição e envelhecimento: estudo de uma comunidade urbana. *Psicologia: Teoria E Prática*, 11(1), 76–84. Retrieved from [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872009000100007&script=sci\\_abstract](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872009000100007&script=sci_abstract)
- Barroso, V. L. (2006). Orfãos Geriatras : Sentimentos De Solidão E Depressividade Face Ao Envelhecimento – Estudo Comparativo Entre Idosos Institucionalizados. *Psicologia.com.pt*, 1–13. Retrieved from <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>
- Bento, A., Carreira, M., & Heitor, M. J. (2001). Censo psiquiátrico de 2001. Síntese dos resultados preliminares. *Saúde Em Números*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/censo-psi-quiatrico-de-2001-.aspx>
- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas Uma Abordagem Global*. Lisboa: LusoDidacta.
- Borges, L. J., Benedetti, T. B., Xavier, A. J., & DéOrsi, E. (2013). Associated factors of depressive symptoms in the elderly: EpiFloripa study. *Revista de Saude Publica*, 47(4), 701–710. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003844>
- Caldas, A. C., Garcia, C., Pereira, G., & Fernandes, L. (2007). *Escala e Testes na Demência*. (Grupo de Estudos do Envelhecimento Cerebral e Demências, Ed.) (2ª). Lisboa: Novartis.
- Carlomanho, A. M. F., & Soares, E. (2013). Declínio Cognitivo E Depressão Em Idosos Institucionalizados E Não Institucionalizados: Possibilidades De Correlação. *Revista de Iniciação Científica Da FFC*, 13(3), 1–23. Retrieved from <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/ric/article/view/2791>

- Carvalho, A. J., & Firmino, H. (2006). Depressão geriátrica: bases vasculares e considerações clínicas. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría* (pp. 221–233). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Casemiro, F., Rodrigues, I., Dias, J., Alves, L., Inouye, K., & Gratão, A. (2016). Impacto da estimulação cognitiva sobre depressão, ansiedade, cognição e capacidade funcional em adultos e idosos de uma universidade aberta da terceira idade. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 19(4), 683–694. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.15021>
- Conradsson, M., Rosendahl, E., Littbrand, H., Gustafson, Y., Olofsson, B., & Lövheim, H. (2013). Usefulness of the Geriatric Depression Scale 15-item version among very old people with and without cognitive impairment. *Aging & Mental Health*, 17(5), 638–645. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.758231>
- Correia, D., Guerreiro, D., & Barbosa, A. (2013). Semiologia Psicopatológica. In D. Correia (Ed.), *Manual de Psicopatologia* (pp. 19–89). Lisboa: Lidel - edições técnicas, lda.
- Costa, A. R. D., & Sequeira, C. (2013). Efetividade De Um Programa De Estimulação Cognitiva Em Idosos Com Defice Cognitivo Ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saude Mental*, 9(9), 14–20.
- Creswell, J. (2012). Experimental Designs. In *Educational Research: Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research* (4th ed., pp. 319–355). Boston: Pearson Education.
- DGS. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Direção Geral de Saúde*. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2011). Abordagem terapêutica das alterações cognitivas: norma da Direção-Geral da Saúde nº 053/2011. Lisboa.
- Direção Geral Da Saúde (DGS). (2012). Programa Nacional para a Saúde Mental: Orientações Programáticas. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt). Retrieved from <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CC8QFjAA&url=http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/programas-nacionais-prioritarios-saude-mental-pdf.aspx&ei=fmh1U-66JISv7AalpIGwBw&usg=AFQjCNEhqwuHVSDatbVzJnsv>
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(5), 372–387. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00770.x>

- Fechine, B., & Trompieri, N. (2012). O Processo De Envelhecimento: As Principais Alterações Que Acontecem Com O Idoso Com O Passar Dos Anos. *Inter Science Place, 1*(7), 106–132. <https://doi.org/10.6020/1679-9844/2007>
- Ferreira, S. M. (2012). *Treino Cognitivo em Idosos institucionalizados*. Instituto Politécnico de Bragança.
- Filipin, F., Feldman, M., Taragano, F., Martelli, M., Sanchez, V., Garcia, V., ... Dillon, C. (2015). The Efficacy of Cognitive Stimulation on Depression and Cognition in Elderly Patients with Cognitive Impairment: A Retrospective Cohort Study. *AIMS Medical Science, 3*(1), 1–14. <https://doi.org/10.3934/medsci.2016.1.1>
- Firmino, H., Falcão, D., & Rodrigues, T. (2006). O registo de dados em instituições. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatrics* (pp. 551–540). Coimbra.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento* (1<sup>a</sup>). Lisboa: Climepsi Editores.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2017). *Carta Social – rede de serviços e equipamentos 2015*. Lisboa. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Gauthier, S., Reisberg, B., Zaudig, M., Petersen, R. C., Ritchie, K., Broich, K., ... Winblad, B. (2006). Mild cognitive impairment. *Lancet (London, England), 367*(9518), 1262–70. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68542-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68542-5)
- Gonçalves, C. (2012). Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. *Psicologia.Pt, 1*–18. Retrieved from <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0623.pdf>
- Grand Canyon University. (2017). Benefits & Limitations of Quasi-Experimental Research. Retrieved February 18, 2018, from [https://cirt.gcu.edu/research/developmentresources/research\\_ready/quasiexperimental/benefits\\_limits](https://cirt.gcu.edu/research/developmentresources/research_ready/quasiexperimental/benefits_limits)
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2009). Projecções de população residente em Portugal 2008-2060. *Destaque: Informação À Comunicação Social, 1*–5.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2015). Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. *Destaque: Informação À Comunicação Social, 1*–8. Retrieved from [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- Jacob, L. (2012). Respostas Sociais para Idosos. In F. Pereira (Ed.), *Teoria e Prática da Gerontologia - Um Guia Para Cuidadores de Idosos* (1<sup>a</sup>, pp. 129–147). Viseu: Psicossoma.
- Jouk, A., & Tuokko, H. (2012). A reduced scoring system for the Clock Drawing Test using a population-based sample. *Int Psychogeriatr, 24*(11), 1738–1748.

<https://doi.org/10.1017/S1041610212000804>

- Macedo, L., Oliveira, T., Soares, F., Bento-Torres, J., Bento-Torres, N., Anthony, D., ... Picanço-Diniz. (2015). Beneficial effects of multisensory and cognitive stimulation in institutionalized elderly: 12-months follow-up. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 1351–1360. <https://doi.org/10.2147/CIA.S80997>
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics (5ª)*. Pero Pinheiro: Rolo & Filhos II.
- Marques-Teixeira, J. (2012). *Manual da Disfunção Cognitiva na Prática Clínica*. Linda-a-Velha: VVKA, Lda.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2010). Appendix 11-The Classification of depression and Depression Rating scales/Questionnaires. In *Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition)*. Leicester. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63740/>
- Nordon, D. G., Guimarães, R. R., Kozonoe, D. Y., Mancilha, V. S., & Neto, V. S. D. (2009). Perda cognitiva em idosos. *Revista Da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. ISSN Eletrônico 1984-4840*, 11(3), 5–8.
- Nunes, B. (2014). *Alzheimer em 50 questões essenciais*. Lisboa: Lidel - edições técnicas, lda.
- OMS. (2012). *Dementia: a public health priority*. World Health Organization. Washington D.C. [https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(11\)70067-1](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(11)70067-1)
- OMS. (2014). Resumo Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. *World Health Organization*. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Paiva, L. R. M. (2012). *Caracterização da Atividade Eletroencefalográfica em Diferentes Faixas Etárias , por meio da Análise Discriminante Linear U BERLÂNDIA – M INAS G ERAIS Lilian Ribeiro Mendes Paiva Caracterização da Atividade Eletroencefalográfica em Diferentes Faixas Etári*. Universidade Federal De Uberlândia Faculdade.
- Pena, I. (2011). *Defeito cognitivo, sintomas de depressão e satisfação com a vida em idosos*. Instituto Superios Miguel Torga.
- Petersen, R. (2004a). *Défice Cognitivo Ligeiro. O envelhecimento e a doença de Alzheimer (1ª)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Petersen, R. (2004b). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, 256(3), 183–94. <https://doi.org/10.1111/j.1365->

2796.2004.01388.x

- Petersen, R., Caracciolo, B., Brayne, C., Gauthier, S., Jelic, V., & Fratiglioni, L. (2014). Mild cognitive impairment: A concept in evolution. *Journal of Internal Medicine*, 275(3), 214–228. <https://doi.org/10.1111/joim.12190>
- Petersen, R., Doody, R., Kurz, A., Mohs, R. C., Morris, J. C., Rabins, P. V., ... Winblad, B. (2001). Current concepts in mild cognitive impairment. *Archives of Neurology*, 58, 1985–1992. <https://doi.org/nsa10002> [pii]
- Petersen, R., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., & Kokmen, E. (1999). Mild Cognitive Impairment Clinical. *Archives of Neurology*, 56(3), 303–308. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp0910237>
- Rabelo, D. F. (2009). Comprometimento Cognitivo Leve em Idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. *Revista Kairós Gerontologia*, 12(2), 65–79.
- Ribeiro, V. (2015). *Programa De Apoio Psicológico No Idoso®(Papi) Um Estudo De Estimulação Cognitiva Em Idosos Institucionalizados*. Universidade de Aveiro.
- Roca-Stappung, M., Fernández, T., Becerra, J., Mendoza-Montoya, O., Espino, M., & Harmony, T. (2012). Healthy aging: Relationship between quantitative electroencephalogram and cognition. *Neuroscience Letters*, 510(2), 115–120. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2012.01.015>
- Santos, P., & Paúl, C. (2006). Desafios na saúde mental dos mais velhos: o outro lado da terapia. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatrics* (pp. 155–178). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. (C. Sequeira, Ed.) (1ª). Lisboa: Lidel - edições técnicas, lda.
- Shulman, K. (2000). Clock Drawing: Is It the Ideal Cognitive Screening Test? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(March), 548–561. [https://doi.org/10.1002/1099-1166\(200006\)15:6<548::AID-GPS242>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200006)15:6<548::AID-GPS242>3.0.CO;2-U)
- Silva, G., Espírito-Santo, H., Costa, M., Cardoso, D., Vicente, F., Martins, S., & Lemos, L. (2015). Reabilitação neuropsicológica grupal de idosos institucionalizados com défice cognitivo sem demência. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental E Social*, 1(2), 15–30. Retrieved from <http://repositorio.ismt.pt/xmlui/handle/123456789/461>
- Simões, A. (1992). Ulterior Validação de uma Escala de Satisfação com a Vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, (3), 503–515.

- Simões, M. (2012). Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: investigação e estudos de validação em Portugal. *Ridep*, 1(34), 9–33. Retrieved from [http://www.aidep.org/03\\_ridep/R34/ART 1.pdf](http://www.aidep.org/03_ridep/R34/ART 1.pdf)
- Siqueira, G., Vasconcelos, D., Duarte, G., Arruda, I., Costa, J., & Cardoso, R. (2009). Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 253–259. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100031>
- Soares, E., Coelho, M. de O., & Carvalho, S. M. R. de. (2013). Capacidade funcional, declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados: possibilidade de relações e correlações. *Kairós Gerontologia.*, 15(3), 117–139. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000600017>
- Soares, R., Diniz, A., & Cattuzzo, M. (2013). Associação entre atividade física, aptidão física e desempenho cognitivo em idosos. *Motricidade*, 9(2), 84–93. [https://doi.org/10.6063/motricidade.9\(2\).2670](https://doi.org/10.6063/motricidade.9(2).2670)
- Sousa, L., & Sequeira, C. (2012). Conceção de um programa de intervenção na memória para idosos com défice cognitivo ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 8, 7–15.
- Sousa, M., Nunes, A., Guimarães, A. I., Cabrita, J. M., Cavadas, L. F., & Alves, N. F. (2010). Depressão em idosos: Prevalência e factores associados. *Revista Portuguesa de Medicina Geral E Familiar*, 26(4), 384–91. Retrieved from [http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path\[\]=10764](http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path[]=10764)
- Valente, N. (2016). “ *Atelier do Saber* ”: *Efeitos na cognição , c qualidade d de vida e bem-estar ar de uma intervenção e em idosos institucio ionalizados*. Universidade Portucalense.
- Vaz, S. (2009). *A Depressão no Idoso Institucionalizado*. *Spectrum*. Universidade do Porto. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/23338/2/89436.pdf>
- WHO. (2015). First WHO Ministerial Conference on Global Action Against Dementia. Retrieved from [http://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/ministerial\\_conference\\_2015\\_report/en/#.WG09NRCXBIQ.mendeley](http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/ministerial_conference_2015_report/en/#.WG09NRCXBIQ.mendeley)
- WHO. (2017). World Health Day 2017. Retrieved January 22, 2018, from <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2017/04/world-health-day->

2017-depression-lets-talk/background

World Health Organization (WHO). (2016). Mental health and older adults. Retrieved January 4, 2017, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>

World Health Organization (WHO). (2017). Depression. Retrieved February 20, 2017, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/index.html>



## **CAPÍTULO VIII – ANEXOS**



**Anexo I: Materiais dos Programas de Intervenção**

| <b>Autor(es)</b>                   | <b>Descrição de Materiais</b>  | <b>Nº de Sessões (Frequência)</b>   |
|------------------------------------|--|---|
| <b>Ferreira, 2012</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Sessões de Avaliação com Testes de Contagem e Memorização de Palavras, Testes de Stroop</li> <li><b>Atividades:</b> exercícios de cálculo (Somadas, Subtrações, Multiplicações) baseados no livro “Train Your Brain” de 2005, do Neurologista Ryuta Kawashima</li> </ul>  | 72 sessões (5 vezes por semana)   |
| <b>Costa &amp; Sequeira, 2013</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de intervenção direcionado para o treino da memória em que os participantes são incentivados a dar continuidade ao treino da memória através de atividades programadas para serem desenvolvidas no domicílio.</li> <li><b>Atividade:</b> ensino e treino de estratégias internas e externas da memória e associação face-nome, terapia por reminiscência, fornecido material de suporte informativo e de apoio aos participantes e seus familiares.</li> </ul> | 8 sessões em grupo (1 vez por semana, com duração de 1,5 horas)<br>2 sessões para os familiares, (na segunda e sexta semana, com a duração de 1 hora) |
| <b>Ribeiro &amp; Pereira, 2015</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Consistiu num conjunto de atividades personalizadas e ajustadas às necessidades e dificuldades cognitivas apresentadas e que podiam estar a interferir com o funcionamento diário dos idosos.</li> <li>Foi criado um manual de Estimulação Cognitiva adequado aos idosos que era constituído por 10 sessões e cada sessão tinha diferentes exercícios e atividades</li> </ul>   | 10 sessões (2 vezes por semana, com a duração de 1 hora)  |

|                            |   |  |
|----------------------------|---|--|
|                            | <p>que pretendiam estimular e avaliar diferentes domínios cognitivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Atividades:</b> não descritas</li> </ul>  |  |
| <b>Filipin et al, 2015</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de Estimulação Cognitiva baseado no envolvimento do paciente em atividades grupais que visavam melhorar atividades cognitivas e funcionais sem padrões específicos.</li> <li>• <b>Atividades:</b> como associação de palavras, categorização de objetos, imagens visuais, discussão de assuntos atuais, orientação e técnicas de treinamento de controle executivo.</li> </ul>  | <p>Foram realizadas 16 ou 24 sessões, com a duração de uma hora e os pacientes foram agrupados (dois a quatro pacientes)</p> |
| <b>Macedo et al, 2015</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Atividades:</b> Recordar eventos de suas vidas pessoais. Estímulos através das técnicas de atenção em um grupo. Ativação de redes fonológicas e semânticas de linguagem através de loteria de bingo duplo para categoria semântica e fonema. Bingo lotto de letras onde a linguagem fonológica e sintática de rede são ativadas através dos cartuchos do bingo. Lista de palavras contendo substantivos e verbos: o grupo teve que identificar e transformar os nomes em verbos e verbos em nomes, explicando seu significado, fornecendo sinônimo e elaborando frases. Oficinas temáticas: política, saúde, educação, segurança pública, etc. Uso de som e música: competição de música, identificação de sons e suas</li> </ul> | <p>48 sessões tipo Workshop dinamizado por voluntários, 2 vezes por semana com a duração de 1 hora</p>                       |

representações, música e letras. Uso de estímulos sonoros e atividades motoras associadas aos movimentos do corpo. Vídeos de dança, identificando os movimentos e o ritmo. Dança livre. Estímulo tátil com os olhos vendidos na identificação de objetos e sua função, sensibilidade superficial. Estímulos olfativos e gustativos, identificação de odores e sabores e suas representações, troca de receitas e degustação. Uso de imagens, fotos e fotos como disparadores para fala, emparelhamento de informações visuais e verbais. Trabalhando com os intrusos de categorização e associação. Atividades com provérbios e provas populares. Tarefa trabalhando palavras e frases com significados duplos. Legendas populares e crenças populares, contas pessoais através de evocações do assunto. Identificação e categorização das expressões faciais, contexto das expressões faciais, criando um contexto para as emoções, execução e adivinhação das expressões faciais. Análise da voz nas emoções, relaciona-as a situações e categorize-as em emoções correspondentes, interpretação de diálogos com diferentes entonações. Análise de situações de fala (declaração, ponto de exclamação), interpretação e criação de diálogos. Narração e criação

|                                    |   |  |
|------------------------------------|---|--|
|                                    | <p>de histórias. Revelando uma história com o máximo de detalhes possível, intervindo na memória e compreensão de textos e histórias.</p>   |  |
| <p><b>Silva et al, 2015</b></p>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividades de dificuldade crescente relativas a domínios cognitivos (atenção, linguagem receptiva, gnosis, praxia, memória, funções executivas e linguagem expressiva) e emocionais.</li> <li>• Seguindo as abordagens da terapia de orientação para a realidade e terapia por reminiscências, cada sessão inicia-se com um exercício orientado para a realidade e/ou reminiscência (p.e., partilha de histórias relativas à profissão prévia), seguem-se três tarefas de estimulação cognitiva/executiva (p.e., identificar a imagem de um fruto entre 36 imagens de alimentos; dizer qual o correspondente feminino de cinco palavras diferentes para cada sujeito; e copiar uma figura algo complexa e recordá-la 3 min. depois) e conclui com um exercício de memória e de orientação para a realidade (resposta a perguntas após leitura de notícia atual num jornal).</li> </ul> | <p>10 sessões, com uma sessão semanal a demorar cerca de 90 minutos, com um intervalo de 15 minutos, em grupos de até cinco idosos</p> |
| <p><b>Casemiro et al, 2016</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante as primeiras semanas houve exposição da parte teórica sobre o que é cognição e, posteriormente, a aplicação dos jogos cognitivos. A organização foi estabelecida de forma a montar um circuito de duas ou três atividades por</li> </ul>   | <p>20 sessões, em encontros semanais, com duração de uma hora cada encontro, por seis meses</p>  |

|                                 |  |   |
|---------------------------------|--|---|
|                                 | <p>sessão para que os indivíduos exercitassem diferentes domínios cognitivos em todas as intervenções.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Atividades:</b> massa de modelar, dominó, acrescentar a história, jogos de tabuleiro, escrita da primeira letra das frases e formação de palavras com essas letras, habilidade do tato, palitos coloridos, sudoku (soma de 15), associação de figuras e palavras, contar histórias, habilidade do olfato, jogo de memória, leitura e interpretação, ligar pontos a letras, escrever palavras com números, escrever de trás para a frente, reprodução de receitas, lista de supermercado, treinar o troco, triangulo da soma, preencher letras de música.</li> </ul> |   |
| <p><b>Valente,<br/>2016</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em todas as semanas de intervenção foi trabalhada a memória, sendo os restantes domínios cognitivos (orientação, cálculo, gnosis, praxias, habilidade construtiva) trabalhos alternadamente.</li> <li>• <b>Atividades:</b> não descritas</li> </ul>   | <p>2 sessões, 2 vezes por semana, com duração entre 30 a 60 minutos</p> |



## **Anexo II: Consentimento das instituições**

### **Termo de Consentimento Livre e Informado**

Declaro que recebi da mestrandia Joana Raquel Fernandes Alves, aluna do mestrado em Educação para a Saúde, todas as informações e esclarecimentos sobre o projeto final "Deficit Cognitivo Ligeiro e sintomatologia Depressiva Em pessoas idosas institucionalizadas: design e avaliação dos efeitos de um programa de intervenção".

Recebi informações sobre as condições de realização do projeto, a possibilidade de identificar e divulgar o nome da instituição salvaguardado, no entanto, a confidencialidade de dados pessoais sobre as pessoas idosas participantes e inquiridas no âmbito do projeto.

Assim, permito a recolha de dados e desenvolvimento do estudo no âmbito do projeto apresentado, assim como a identificação da instituição.

---



**Anexo III: Planificação**

|   | <b>Instituição 1</b> | <b>Instituição 2</b>   | <b>Instituição 3</b>   |
|---|----------------------|--|--|
| <b>Seleção da Amostra</b>                 | 1 e 2 de março       | 23 e 24 de fevereiro   | 27 e 28 de fevereiro   |
| <b>Avaliação (T0)</b><br><b>Pré-teste</b> | 8 de março           | 3 de março   | 6 de março   |
| <b>Intervenção</b>                        | <b>Não aplicável</b> | 7, 10, 14, 16, 21,<br>23, 28, 30 de<br>março<br>4 e 6 de abril | 7, 10, 14, 16, 21,<br>23, 28, 30 de<br>março<br>4 e 6 de abril |
| <b>Avaliação (T1)</b><br><b>Pós-teste</b> | 11 de abril          | 7 de abril   | 10 de abril  |
| <b>Avaliação (T2)</b><br><i>Follow-up</i> | 11 de maio           | 9 de maio  | 10 e maio  |



**Anexo IV: Questionário sociodemográfico e interesses**

## Questionário Sociodemográfico

1 ID \_\_\_\_\_

2 Data de Nascimento/idade

\_\_\_\_\_ (Exemplo: 15 de dezembro 2012 – 5 anos)

3 Sexo

Feminino

Masculino

indefinido

4 Estado Civil

Solteiro(a)

Viúvo(a)

Casado(o)

Divorciado(a)

5 Onde nasceu?

\_\_\_\_\_

6 Onde viveu?

\_\_\_\_\_

7 Frequentou a escola?

Sim

Não

Se não, porquê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se sim, até que ano? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8 Que atividades gostava de fazer no passado?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9 Que atividades tem agora?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10 Há alguma atividade que gostava particularmente fazer?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11 Sobre que assuntos gosta de falar?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Anexo V: Exame do Estado Mental (MMSE)

### 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: \_\_\_\_\_

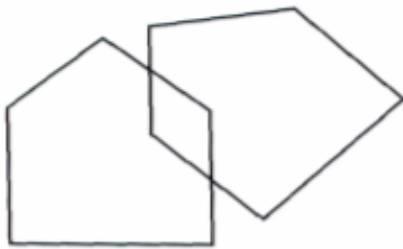
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

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:**

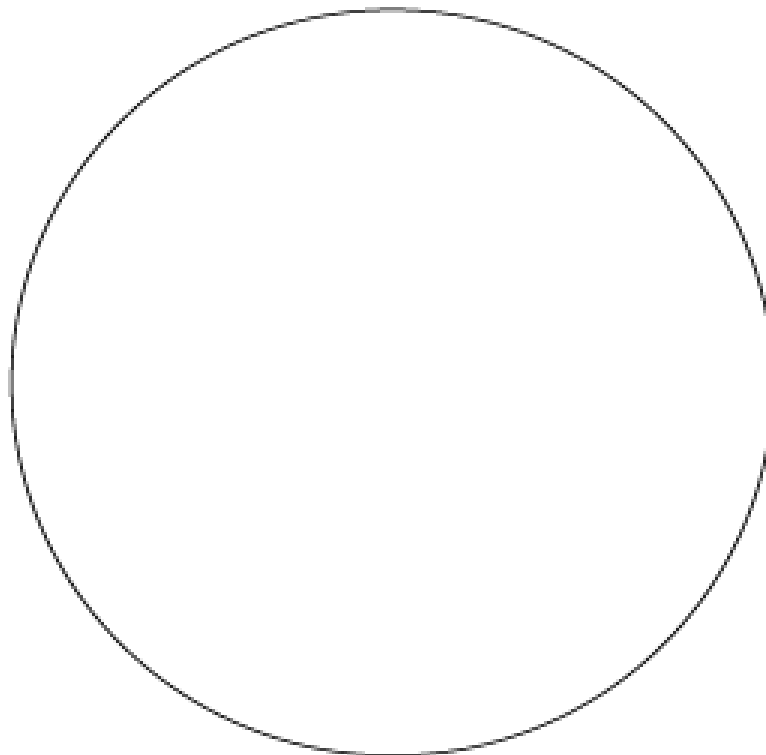
- analfabetos  $\leq$  15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq$  22
- com escolaridade superior a 11 anos  $\leq$  27

**Adaptado de:** Apóstolo, J. (2012). Instrumentos para Avaliação em Geriatria. Coimbra.  
Retrieved from <http://docplayer.com.br/1218447-Instrumentos-para-avaliacao-em-geriatria.htm>

**Anexo VI: Teste do Desenho do Relógio (TDR)**

## TESTE DO DESENHO DO RELÓGIO

“Por favor, desenhe um relógio com os números e, depois disso, desenhe os ponteiros marcando, por exemplo, 11 horas e 10 minutos”.



|   |   |
|---|---|
| 0 | Inabilidade para representar o relógio  |
| 1 | O desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuo-espacial grave  |
| 2 | Desorganização visuo-espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, números faltando, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiros em excesso |
| 3 | Distribuição visuo-espacial correta com marcação errada da hora   |
| 4 | Pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos  |
| 5 | Relógio perfeito  |

**Adaptado de:** Apóstolo, J. (2012). Instrumentos para Avaliação em Geriatria. Coimbra. Retrieved from <http://docplayer.com.br/1218447-Instrumentos-para-avaliacao-em-geriatria.html>



**Anexo VII: Escala de Depressão Geriátrica (15 itens)**

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE (GDS: 15 itens)

|  | Sim                   | Não                   |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Está satisfeito com a sua vida?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Abandonou muitos dos seus interesses e actividades?                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Sente que a sua vida está vazia?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Sente-se frequentemente aborrecido?                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Na maior parte do tempo está de bom humor?                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Sente-se feliz na maior parte do tempo?                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Actualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Sente-se inútil?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Sente-se cheio de energia?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Sente-se sem esperança?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Adaptado de:** Apóstolo, J., Loureiro, L., Reis, I., Silva, I., Cardoso, D., & Sfectcu, R. (2014). Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale -15 para a língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV(3)*, 65–73



**Anexo VIII: Escala de Satisfação com a Vida (SWLQ)****ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA**

(versão portuguesa de Simões, 1992)

Esta escala compreende cinco frases com as quais poderá concordar ou discordar.

Utilizando a escala de 1 a 5 e marque o quadrado que melhor indica a sua resposta.

|  | Discordo Muito (1)    | Discordo um pouco (2) | Não discordo, nem concordo (3) | Concordo um pouco (4) | Concordo Muito (5)    |
|--|-----------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse.     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| As minhas condições de vida são muito boas.                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Estou satisfeito(a) com a minha vida.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Se eu pudesse Recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Adaptado de:** Simões, A. (1992). Ulterior Validação de uma Escala de Satisfação com a Vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, (3), 503–515



**Anexo IX: Estrutura, sessões e atividades do programa**

## Sessão 1: Apresentação

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>Objetivo</b>  | <b>Apresentar e criar proximidade entre os participantes e a orientadora do projeto.</b>  |
| <b>Material</b>  | Novelo de Lã; Mapa de Portugal em placa de corticite; pioneses;   |
| <b>Descrição</b> | <p><b>Apresentação:</b> individualmente, cada pessoa idosa presente, apresentou-se dizendo o seu nome completo, quantos anos tinha e em que dia e mês fazia anos (através dos dados cedidos pela instituição a orientadora ia confirmando as datas). No final de todos a orientadora apresentava-se da mesma forma que os participantes.</p> <p><b>Atividades Principais:</b> dispostos em círculo, os participantes, repetiram o seu nome. Com um novelo de lá, cada participante, incluindo a orientadora, tinha que dizer o seu nome ao receber o novelo de lã e dizer o nome da pessoa para quem ia passar o novelo, atirando-o à pessoa de seguida. Este jogo criou uma teia no centro do círculo e terminou quando todos os participantes estavam “incluídos” na teia.</p> <p>Num mapa de Portugal, cada um, foi colocar um pionés marcando as zonas e terras de Portugal que fazem parte da sua Vida, e durante esse momento houve a partilha de histórias e momentos marcantes de cada (nesta atividade gerou-se uma interação e uma partilha entre os participantes que, descobriram pontos comuns entre si).</p> <p><b>Encerramento:</b> resumiu-se e obteve-se o <i>feedback</i> sobre esta primeira sessão. Relembrou-se a data, hora e local da sessão seguinte. Agradeceu-se a presença de todos e acompanhou-se cada participante à sala de estar comum. E informou-se que na próxima sessão iam falar sobre profissões.</p> |

## Sessão 2: As Profissões

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>Objetivo</b>  | <b>Associar objetos com profissões e construir sequencias de trabalhos;</b>  |
| <b>Material</b>  | Cartões com profissões, objetos vários e frases com palavras-chave que caracterizam atividades típicas da profissões;  |
| <b>Descrição</b> | <p><b>Apresentação:</b> deram-se as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Cada participante disse o nome e afirmou a profissão ou profissões que exerceu ao longo da vida.</p> <p><b>Atividade Principal:</b> aleatoriamente, foram distribuídos dois cartões com profissões a cada participante. Cada um enumerou as profissões que tinha na mão. Em seguida foram distribuídos, aleatoriamente, 4 cartões com objetos “característicos” de profissões, que cada um foi dizendo em voz alta e a pessoa que tivesse a profissão a ele associado tinha que pedir a imagem para si. A atividade terminou quando todos tinham os 4 objetos associados às profissões que havia identificado na primeira atividade. Num momento de partilha, em grupo, pediu-se a cada um há alguma profissão pela qual tenham admiração que gostassem de ter exercido e/ou de conhecer melhor.</p> <p><b>Encerramento:</b> resumiu-se e obteve-se o <i>feedback</i> sobre esta primeira sessão. Relembrou-se a data, hora e local da sessão seguinte. Agradeceu-se a presença de todos e acompanhou-se cada participante à sala de estar comum. E informou-se que na próxima sessão iam falar sobre alimentos, comida e agricultura.</p> |

## Sessão 3: Agricultura e alimentos

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>Objetivo</b>  | <b>Associar alimentos por categorias e esquematizar a confeção de receitas;</b>  |
| <b>Material</b>  | Cartões com alimentos e frutos ortículas vários  |
| <b>Descrição</b> | <p><b>Apresentação:</b> deram-se as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Cada participante lembrou um momento da de sessão anterior e, em grupo, pergunta-se o dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome do local onde estava a ser aplicado o projeto.</p> |

**Atividade Principal:** com os participantes em volta de uma mesa, foram dispostos 20 cartões com imagens de frutos e produtos hortícolas. E foi pedido para, cada um, ir pegando numa imagem por categorias que a orientadora ia dizendo (p.e.: vegetal, fruta, vegetais, tubérculos, coisas que pomos nas saladas, coisas que se cozinham, alimentos verdes, etc.). Quando todos tinham uma imagem consigo tinham de a identificar e em seguida dizer porque pertencia a categoria pedida. Em seguida, cada participante, foi convidado a pegar num alimento e dizer, pelo menos, duas receitas em que se use o alimento em que pegou. Em grupo eram ditas as formas de cozinhas e preparar os alimentos. Para encerrar, pedimos a cada um que partilha-se, com o grupo, a sua fruta e receitas preferidas.

**Encerramento:** resumiu-se e obteve-se o *feedback* sobre esta terceira sessão. Relembrou-se a data, hora e local da sessão seguinte e, agradeceu-se a presença de todos e acompanhou-se cada participante à sala de estar comum. E informou-se que na próxima sessão iam lembrar e falar sobre provérbios.

#### Sessão 4: Provérbios

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>Objetivo</b>  | <b>Recordar provérbios populares portugueses para os, associar imagens ou completar de forma correta;</b>  |
| <b>Material</b>  | Cartões provérbios “escritos” através de imagens; Baralho de cartas com provérbios incompletos; Listagem de provérbios;  |
| <b>Descrição</b> | <p><b>Apresentação:</b> deram-se as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Cada participante lembrou um momento da de sessão anterior e, em grupo, pergunta-se o dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo.</p> <p><b>Atividade Principal:</b> com o grupo em “U”, foi distribuído 1 cartão com provérbios populares “escritos” com uma sequencia de imagens. Pediu-se a cada um para descrever a sua sequencia de imagens. Em seguida a orientadora leu vários provérbios, certos e errados, e ao ouvir, cada um dos participantes tinha de identificar qual o seu, e argumentar a sua escolha (fez-se o exercício 2 vezes).</p> |

Distribuí-se 4 cartas do baralho de provérbios incompletos por cada participante. E começou-se um jogo do “peixinho” dos provérbios, em que cada um pedia a outro elemento para completar o provérbio que tinha na sua posse. Se a pessoa conseguisse terminar o provérbio fazia “peixinho” se não acertava-se o jogador que tinha a carta ia buscar mais uma carta ao baralho. Terminou o jogo quando terminaram as cartas.

**Encerramento:** resumiu-se e obteve-se o *feedback* sobre esta quarta sessão. Relembrou-se a data, hora e local da sessão seguinte e, agradeceu-se a presença de todos e acompanhou-se cada participante à sala de estar comum. E informou-se que o tema da próxima sessão era a televisão e pessoas famosas.

## Sessão 5: Reviver memórias visuais

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>Objetivo</b>  | <b>Recordar episódios da própria vida ligados à televisão e associar imagens e informações de personalidades nacionais e internacionais do século XX;</b>   |
| <b>Material</b>  | Entrevista semiestruturada sobre a televisão<br>Cartões com fotos de personalidades históricas do século XX   |
| <b>Descrição</b> | <p><b>Apresentação:</b> deram-se as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Cada participante relembrou um momento da sessão anterior e, em grupo, pergunta-se o dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo. Revelou-se que o tema é a Televisão.</p> <p><b>Atividade Principal:</b> com os participantes dispostos em U, iniciou-se um momento de partilha de memórias, partindo da questão “quando foi a primeira vez que virão uma televisão?”. A partir deste momento durante quinze minutos todos tiveram oportunidade de relembrar, partilhar e ouvir histórias sobre a televisão desde a primeira vez que viram uma televisão até ao momento atual.</p> <p>Em seguida, em pares, cada um recebeu dois cartões com imagem na frente e no verso, e teve que reconhecer em grupo as personalidades representadas nas imagens. Depois de todos identificarem as</p> |

personalidades, tiveram que identificar o porquê de serem reconhecidas e de descrever tudo o que se recordavam acerca delas. Para auxiliar, a orientadora, possuía consigo a biografia de todas as personalidades das imagens e foi dando pistas de informações sobre as personalidades.

Pedi-se a cada um que partilha-se o que foi a última coisa que viu na televisão e o que gosta de ver na televisão.

**Encerramento:** resumiu-se e obteve-se o *feedback* sobre esta quarta sessão. Relembrou-se a data, hora e local da sessão seguinte e, agradeceu-se a presença de todos e acompanhou-se cada participante à sala de estar comum. E informou-se que na próxima sessão imamos fazer um coração de papel, sem precisar de tesoura.

#### Sessão 6: Imitação e construção de imagem

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>Objetivo</b>  | <b>Estimular a percepção visual e a atenção com recurso a imagens que exigem uma percepção e leitura dinâmica imaginativa.</b>  |
| <b>Material</b>  | Cartões dos nós; corda; quadrados de papel de lustro; esquema de <i>origami</i>   |
| <b>Descrição</b> | <p><b>Apresentação:</b> deram-se as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Cada participante relembrou um momento da de sessão anterior e, em grupo, pergunta-se o dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo.</p> <p><b>Atividade Principal:</b> com os participantes em mesa redonda, foram distribuídos dois cartões por pessoa com a imagem de um cordel. Cada Participante tinha de identificar se “puxando” imaginariamente as pontas, o cordel dava ou não um nó. No final de todos os cartões identificados, foram dados dois cordéis e, cada participante, teve de o colocar exatamente como estava na imagem do cartão entregue no início das atividades. Quando, todos terminaram, cada um recebeu uma folha de lustro quadrada, e através de um esquema de dobras ilustrado e com a ajuda verbal da orientadora, todos os participantes fizeram um coração em <i>origami</i>.</p> |

---

**Encerramento:** resumiu-se e obteve-se o *feedback* sobre esta quarta sessão. Relembrou-se a data, hora e local da sessão seguinte e, agradeceu-se a presença de todos e acompanhou-se cada participante à sala de estar comum. Questionou-se os participantes se alguma vez tinham pegado num lápis ou caneta e informou-se que na próxima sessão íamos dar cor à alegria e à tristeza.

---

## Sessão 7: Despertar emoções

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>Objetivo</b>  | <b>Identificar e representar de forma pessoal as 6 emoções básicas.</b>   |
| <b>Material</b>  | Cubo das emoções; Marcadores grosso para colorir; Folhas brancas  |
| <b>Descrição</b> | <p><b>Apresentação:</b> deram-se as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Cada participante lembrou um momento da de sessão anterior e, em grupo, pergunta-se o dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo.</p> <p><b>Atividade Principal:</b> com os participantes em mesa redonda, foi colocado um dado com 6 caras de uma pessoa (cada cara é uma emoção). Um a um, cada pessoa agarrava no dado e escolhia a cara que mais tinha haver consigo, justificando. Depois dessa partilha, explicou-se o que cada cara significava (Raiva, nojo, alegria, tristeza, repulsa e medo). Em seguida, decalcou-se a mão de cada um numa folha branca, e pediu-se que em cada um dos 5 dedos, e na palma da mão, dessem cor e formas aquelas 6 emoções. Quando todos terminaram apresentaram as suas emoções, através a sua representação e a cada uma das suas emoções teve que recordar e partilhar um momento da sua Vida em que “sentiu” cada uma daquela emoções básicas. No encerramento dessa partilha todos foram convidados a explicar as dificuldades sentidas quando entraram para a instituição permanentemente.</p> <p><b>Encerramento:</b> resumiu-se e obteve-se o <i>feedback</i> sobre esta quarta sessão. Relembrou-se a data, hora e local da sessão seguinte e, agradeceu-se a presença de todos e acompanhou-se cada participante à sala de estar comum. Informou-se que na próxima sessão íamos falar mais sobre cada um de nós.</p> |

---

## Sessão 8: Autorrepresentação

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>Objetivo</b>  | <b>Partilhar e criar laços entre os participantes, através de experiências pessoais idênticas.</b>  |
| <b>Material</b>  | Cartões com as imagens das etapas da Vida; cartões com as representações de pessoas idosas.   |
| <b>Descrição</b> | <p><b>Apresentação:</b> deram-se as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Cada participante lembrou um momento da de sessão anterior e, em grupo, pergunta-se o dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo.</p> <p><b>Atividade Principal:</b> com os participantes dispostos em círculo, colocou-se em frente de cada participante quatro imagens a representar a diferentes etapas da Vida (bebé, criança, adolescente e adulto), ai pediu-se que cada um organiza-se as imagens consoante a evolução da vida. Todos foram convidados a partilhar uma memória marcante da sua infância, da sua adolescência e da sua adultez. No final, todos foram questionados se a vida deles estava ali representada, ou se faltava alguma etapa. Quando todos confirmaram que faltava a etapa em que estavam agora, foram distribuídas 6 representações da pessoa idosa (um idoso alegre e autónomo a fazer atividade física; outro idoso em cadeira de rodas; uma idosa acamada; uma idosa curvada e de bengala; um casal de idosos a passear; um idoso triste e solitário) e cada participante foi convidado a indicar qual ou quais as representações com as quais se identifica ou quais já teve na sua Vida.</p> <p><b>Encerramento:</b> resumiu-se e obteve-se o <i>feedback</i> sobre esta quarta sessão. Lembrou-se a data, hora e local da sessão seguinte e, agradeceu-se a presença de todos e acompanhou-se cada participante à sala de estar comum. E informou-se que na próxima sessão íamos ter música e quem quisesse podia dançar.</p> |

## Sessão 9: Sons e músicas da nossa vida

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>Objetivo</b>  | <b>Recordar e identificar representações sonoras diversas;</b>  |
| <b>Material</b>  | Cartões do bingo sonoro, rolhas de garrafa, coluna, lista de sons   |
| <b>Descrição</b> | <p><b>Apresentação:</b> deram-se as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Cada participante relembrou um momento da de sessão anterior e, em grupo, pergunta-se o dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo.</p> <p><b>Atividade Principal:</b> com os participantes em mesa redonda, foi distribuído um cartão do bingo sonoro por pessoa, juntamente com 6 rolhas de garrafa. Todos os participantes identificaram as imagens que tinham no seu cartão, em seguida, iniciou-se um Bingo sonoro. Foram reproduzidos vários sons e, cada vez que coincidesse com a imagem que tinha, o participante tapava a imagem com a rolha até todas as imagens estarem tapadas. Quando todos os participantes fizeram “Bingo” passou-se a uma nova atividade, foram passados alguns trechos de músicas do século XX e cada participante tinha de identificar a música e/ou o cantor. No final de cada resposta passou-se a música completa e todos eram convidados a cantar e/ou dançar. No final todos foram convidados a lembrar músicas marcantes da sua Vida e quem, quisesse cantava ou, se não conseguiu-se, a orientadora procurava imediatamente na internet e colocava para que todos ouvissem.</p> <p><b>Encerramento:</b> resumiu-se e obteve-se o <i>feedback</i> sobre esta quarta sessão. Relembrou-se a data, hora e local da sessão seguinte e, agradeceu-se a presença de todos e acompanhou-se cada participante à sala de estar comum. Informou-se que a próxima sessão era a última em que havia atividades e que iram construir um calendário para colocar no refeitório da instituição.</p> |

## Sessão 10: Encerramento

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>Objetivo</b>  | <b>Construção de um calendário de Orientação para a Realidade</b>  |
| <b>Material</b>  | Corda, tubo, cartões com números, meses, dias e estações do ano, argolas, tesouras, fita-cola e furador.   |
| <b>Descrição</b> | <p><b>Apresentação:</b> deram-se as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Cada participante lembrou que esta era a ultima sessão do grupo e, em conjunto recordou-se o dia da semana, dia do mês, ano, estação do ano e estado do tempo.</p> <p><b>Atividade Principal:</b> com os participantes em circulo, foram baralhados e distribuídos todos os cartões do calendário. Em grupo, os cartões foram agrupados por elementos do calendário (dia, mês, ano e estação do ano). Depois de agrupados, os cartões com os meses foram distribuídos participantes e, um a um, foram lidos e ordenados. A cada mês identificado, o grupo, foi convidado a lembrar provérbios associados ao mês do ano. Quando organizados, a dinamizadora furou os cartões e pediu a dois participantes para colocar os cartões nas argolas. Repetiu-se o processo de organização, furo e colocação nas argolas para todas os cartões, meses, estações do ano e ano. No final montou-se o calendário com cordel e tubo, onde foram dispostas as argolas.</p> <p><b>Encerramento:</b> resumiu-se e obteve-se o <i>feedback</i> sobre todas as sessões realizadas. Informou-se os participantes dos dias em que a orientadora voltava à instituição para fazer a entrevista individual.</p> |