



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Escola Superior de Educação e Comunicação

Escola Superior de Saúde

Intervenção na Demência

CÉSAR ROMEU MOREIRA MARTINHO

Faro, 2018



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Escola Superior de Educação e Comunicação

Escola Superior de Saúde

Intervenção na Demência

CÉSAR ROMEU MOREIRA MARTINHO

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social, realizada sob a orientação científica de:

Professora Doutora Maria Helena Martins

Faro, 2018

Intervenção na Demência

Declaração de autoria de trabalho

Declaro ser o autor deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluídas.

César Romeu Moreira Martinho

.....
(Assinatura)

Direitos de Cópia ou Copyright

© **Copyright:** César Romeu Moreira Martinho

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Helena Martins, pela dedicação com que orientou e colaborou na realização desta dissertação, pelas conversas construtivas e pelos momentos de aprendizagem proporcionados.

À Santa Casa da Misericórdia de Faro, na pessoa da diretora técnica, Dr.^a Helena Matias, pela forma recetiva com que acolheu este projeto bem como a todas as idosas e idosos que dele fizeram parte.

Aos meus avós, a minha mais nobre inspiração; aos meus pais, pelo apoio incondicional com que sempre me presentearam; à minha irmã, pelo carinho com que se dedicou a apoiar-me; a todas as amigas, amigos e pessoas especiais que fizeram parte desta importante etapa.

RESUMO

O aumento da esperança média de vida é um marco importante no desenvolvimento da espécie humana. Contudo, a extensão do tempo de vida acarreta, por vezes, dificuldades com as quais a sociedade tem de aprender a lidar. A demência surge como um obstáculo pelo que é necessário encontrar formas de o contornar de modo a garantir qualidade de vida para a pessoa idosa.

A presente investigação teve como objetivo analisar os efeitos de um programa de estimulação física e cognitiva nas capacidades funcionais e cognitivas do idoso com demência e na sua qualidade de vida. Para o efeito elaborou-se um estudo de caso exploratório, descritivo, transversal e comparativo, do qual fizeram parte 30 utentes da estrutura residencial para idosos da Santa Casa da Misericórdia de Faro, com idades compreendidas entre os 71 e os 94 anos, sinalizados com demência. Os participantes foram divididos em dois grupos: um experimental e um de controlo. O primeiro foi submetido a 14 sessões de estimulação física e cognitiva. Os instrumentos utilizados foram o *Mini Mental State Examination*, a Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer e o Índice de Katz. Os instrumentos foram aplicados em duas fases distintas: uma primeira, antes das sessões de estimulação cognitiva e uma segunda, após a realização destas.

Os resultados apontam para uma melhoria na maioria dos parâmetros avaliados no que concerne ao grupo experimental, verificando-se, assim, um efeito positivo da estimulação física e cognitiva no que diz respeito às capacidades funcionais e cognitivas do idoso com demência, bem como na sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Envelhecimento, Demência, Estimulação Física, Estimulação Cognitiva, Qualidade de Vida

ABSTRACT

The increase in average life expectancy is an important milestone in the development of the human species. However, the extension of the life span sometimes leads to difficulties with which society has to learn to cope. Dementia appears as an obstacle and it is necessary to find ways to circumvent it in order to guarantee quality of life for the elderly person.

The present study aimed to analyze the effects of a program of physical and cognitive stimulation on the functional and cognitive capacities of the elderly with dementia and their quality of life. A descriptive, cross-sectional, and comparative exploratory case study was carried out, comprising 30 users of the residential structure for the elderly in the Santa Casa da Misericórdia de Faro, aged between 71 and 94 years old, signalized with insanity. Participants were divided into two groups: one experimental and one of control. The first one was submitted to 14 sessions of physical and cognitive stimulation. The instruments used were the Mini Mental State Examination, the Quality of Life Assessment Scale on Alzheimer Disease and the Katz Index. The instruments were applied in two distinct phases: at first, before the sessions of cognitive stimulation and at second, after the realization of these.

The results point to an improvement in most of the parameters evaluated with respect to the experimental group, thus, a positive effect of physical and cognitive stimulation with respect to the functional and cognitive capacities of the elderly with dementia, as well as in their quality of life.

Key words: Aging, Dementia, Physical Stimulation, Cognitive Stimulation, Quality of Life

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	6
CAPÍTULO I – ENVELHECIMENTO ENQUANTO PROCESSO NORMATIVO .	7
1.1 Definição de conceitos	7
1.2 Teoria psicológica e sociológica do envelhecimento.....	9
1.3 Envelhecimento e qualidade de vida.....	11
CAPÍTULO II – A DEMÊNCIA	14
2.1 Definição de conceitos	14
2.2 Características do perfil cognitivo/funcional do idoso com demência .	16
2.3 Estimulação do idoso com demência	18
CAPÍTULO III – A INSTITUCIONALIZAÇÃO.....	22
3.1 Definição de conceitos	22
3.2 Instituições como fator de promoção de envelhecimento com qualidade de vida	24
3.3 Programas de prevenção/promoção de qualidade de vida	25
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO.....	32
CAPÍTULO IV - OBJETIVOS.....	33
4.1 Objetivo geral	33
4.2 Objetivos específicos	33
CAPÍTULO V - METODOLOGIA	34
5.1 População e amostra	34
5.2 Tipo de estudo / <i>Design</i> do estudo.....	36

5.3	Etapas de operacionalização do estudo – Procedimentos	37
5.4	Instrumentos de recolha de dados	38
5.4.1	Escala de Demência de Blessed	38
5.4.2	<i>Mini Mental State Examination</i> (MMSE)	39
5.4.3	Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer	40
5.4.4	Índice de Katz	41
5.5	Programa de intervenção	42
5.6	Procedimentos para o tratamento e análise dos dados	43
CAPÍTULO VI – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS		44
6.1	Caraterização das amostras	44
6. 1. 1	Análise descritiva da Escala de Demência de Blessed.....	44
6. 1. 2	Análise descritiva do <i>Mini Mental State Examination</i>	45
6. 1. 3	Análise descritiva da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer.....	47
6. 1. 4	Análise descritiva do Índice de Katz	50
6.2	Análise da comparação entre grupo experimental e grupo de controlo para os diversos instrumentos	53
6. 2. 1	Análise da comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo para o <i>Mini Mental State Examination</i>	53
6. 2. 2	Análise da comparação entre o grupo experimental e grupo de controlo para a Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer.....	53
CAPÍTULO VII – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS		60
CONCLUSÃO.....		69
BIBLIOGRAFIA		74
APÊNDICES.....		80
ANEXOS		113

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caraterização da amostra em relação à idade	35
Tabela 2. Caraterização da amostra em relação ao sexo	35
Tabela 3. Caraterização da amostra em relação à escolaridade	36
Tabela 4. Análise descritiva da Escala de Demência de Blessed	44
Tabela 5. Número de indivíduos por nível de corte no <i>Mini Mental State Examination</i> , segundo a escolaridade.....	46
Tabela 6. Caraterização da amostra em relação à distribuição por grupos e presença/ausência de défice cognitivo, segundo o <i>Mini Mental State Examination</i>	46
Tabela 7. Pontuação do grupo experimental na Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer.....	48
Tabela 8. Pontuação do grupo de controlo na Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer.....	50
Tabela 9. Pontuação do grupo experimental no Índice de Katz	51
Tabela 10. Pontuação do grupo de controlo no Índice de Katz	52
Tabela 11. Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo - MMSE - antes e depois da intervenção.....	53
Tabela 12. Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo - Saúde física - Escala de Avaliação da Qualidade de Vida no Doença de Alzheimer, antes e depois da intervenção.....	54
Tabela 13. Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo - Disposição - Escala de Avaliação da Qualidade de Vida no Doença de Alzheimer, antes e depois da intervenção.....	54

Tabela 14. Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo – Humor - Escala de Avaliação de Qualidade de Vida no Doença de Alzheimer, antes e depois da intervenção.....	55
Tabela 15. Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo - Memória - Escala de Avaliação da Qualidade de Vida no Doença de Alzheimer, antes e depois da intervenção.....	55
Tabela 16. Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo - Amigos - Escala de Avaliação da Qualidade de Vida no Doença de Alzheimer, antes e depois da intervenção.....	56
Tabela 17. Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo - Você em geral - Escala de Avaliação da Qualidade de Vida no Doença de Alzheimer, antes e depois da intervenção.....	56
Tabela 18. Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo - Capacidade para fazer tarefas - Escala de Avaliação de Qualidade de Vida no Doença de Alzheimer, antes e depois da intervenção	57
Tabela 19. Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo - Capacidade para atividades de lazer - Escala de Avaliação de Qualidade de Vida no Doença de Alzheimer, antes e depois da intervenção	57
Tabela 20. Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo - A vida em geral - Escala de Avaliação da Qualidade de Vida no Doença de Alzheimer, antes e depois da intervenção.....	58
Tabela 21. Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo - Escala de Avaliação da Qualidade de Vida no Doença de Alzheimer, antes e depois da intervenção	58
Tabela 22. Comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo - Índice de Katz, antes e depois da intervenção	59

LISTA DE SIGLAS

AIVD - Atividades instrumentais da vida diária

AVD - Atividades da vida diária

EAQVDA - Escala de Avaliação da Qualidade de Vida no Doença de Alzheimer

ERPI - Estrutura Residencial Para Idosos

GE - Grupo experimental

GC - Grupo de controlo

DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

MMSE - *Mini Mental State Examination*

OMS - Organização Mundial de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

INTRODUÇÃO

“Certa vez, Mark Twain observou que a vida seria infinitamente mais feliz se pudéssemos nascer com 80 anos de idade e, gradualmente, irmo-nos aproximando dos 18.” (Dannefer & Phillipson, 2010; p. 343).

Apesar de este conceito ter sido posteriormente trivializado num conto, através de F. Scott Fitzgerald, e mais tarde no cinema, com o filme “O estranho caso de Benjamin Button”, faz-nos pensar como, na realidade, a vida segue exatamente na direção oposta. Isto permite a grande parte dos indivíduos presenciar acontecimentos como o aparecimento de cabelos brancos ou a perda de memória (Dannefer & Phillipson, 2010).

Com efeito, o envelhecimento veio marcar o século XXI. A descida da natalidade, associada ao aumento da esperança média de vida bem como à emigração contribuíram para aumentar a prevalência de idosos na sociedade portuguesa, assim como na maioria do continente europeu (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo, & Marques, 2013). Esse envelhecimento, que facilmente se torna anónimo entre dados e estatísticas, é na realidade “fruto da história de cada pessoa” e “resultado da maneira como ela percorreu o longo caminho da vida” (Castro, 2004; p. 57).

Já na década de 70 do século passado, as previsões apontavam para uma evasão migratória com consequências graves a nível demográfico em Portugal. E, se nos anos seguintes, com a chegada de fluxos significativos de população o país acreditou ter solucionado o problema, o decorrer do tempo veio mostrar o contrário, prevalecendo a falta de um equilíbrio entre o número de jovens e de idosos (Marques & Ciobanu, 2012).

De facto, as sociedades mais desenvolvidas estão a transformar-se em sociedades envelhecidas. A corroborar esta constatação, os dados do

EUROSTAT afirmam que, em 2050 três em cada dez pessoas terão mais de 65 anos (Cabral et al., 2013).

A representação social do envelhecimento focada nos acontecimentos ocorridos a nível físico e mental em cada indivíduo vai ganhando complexidade quanto mais se avança no âmbito social (Vaz, 2008). Para o efeito, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define que idoso é qualquer indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos salientando que, em questões de políticas públicas, essa idade pode variar de país para país (OMS, 2005).

Referenciando a realidade portuguesa, os dados mais recentes mostram uma diminuição do índice de dependência dos jovens (dos 46.3% da década de 1961 passou-se a 21.6% em 2016) e um aumento do índice de dependência de idosos (dos 12.7% da década de 1961 o valor evoluiu para 46.3% em 2016). De igual modo, no mesmo período, o índice de envelhecimento evoluiu de 27.5% para 148.7% (PORDATA, 2017).

A nível pessoal, a longevidade acarreta mudanças profundas na vida do indivíduo, em particular no que diz respeito ao estado de saúde (Cabral et al., 2013). Se, por um lado, a melhoria dos cuidados de saúde contribuiu para uma evolução positiva das condições de vida, o aumento da longevidade potenciou a existência de mais casos de vulnerabilidade face a problemas de saúde variados. Entre eles encontra-se a doença crónica, responsável pelo crescente distanciamento entre esperança de vida e qualidade de vida, bem como diversos outros desafios de que são exemplo o aumento do défice cognitivo e de aprendizagem, a incapacidade, a disfuncionalidade, a morbilidade e o aumento da probabilidade de se vir a apresentar demência (Firmino, Simões, & Cerejeira, 2016).

A referência a estes problemas de saúde é recorrente em entrevistas a idosos. Entre estes, a demência ocupa o topo da lista das perturbações que mais comprometem a qualidade de vida da pessoa idosa (Ribeiro, 2010).

Assim, mostrou-se essencial estudar e procurar contribuir para dar resposta a este “fenómeno natural”, conceptualizando o envelhecimento como uma experiência universalizante, tendo em consideração todos os dilemas

vivenciados pelos atores sociais (Viegas & Gomes, 2007). Efetivamente a sociedade viu-se perante a necessidade de encontrar respostas científicas para questões do nível individual e coletivo cuja repercussão se sente no âmbito da organização económica e social das sociedades (Paúl & Ribeiro, 2012). Nos últimos anos um crescente número de investigações dedicadas ao envelhecimento cerebral impulsionaram a intervenção como ferramenta para diminuir os efeitos negativos do envelhecimento na esfera cognitiva. Novas evidências constataam a plasticidade no cérebro idoso evidenciando a aprendizagem como um processo contínuo ao longo da idade adulta. Tais afirmações defendem a existência de um potencial considerável para alterar o rumo do declínio cognitivo quando integradas num envelhecimento saudável (Firmino, Simões, & Cerejeira, 2016).

Um envelhecimento bem-sucedido pressupõe a vivência de dois processos por parte da pessoa idosa. Por um lado, o idoso deve ser capaz de se adaptar às perdas que ocorrem durante esta fase da vida através de uma procura própria de objetivos, mesmo perante um notório declínio. Por outro lado, é possível vivenciar-se um envelhecimento bem-sucedido adotando determinados estilos de vida que promovam a manutenção da integridade cognitiva e motora (Paúl & Fonseca, 2005). Em todo o caso, está subjacente a ideia de que a pessoa idosa tem um papel decisivo na tomada de decisões relativas à sua própria vida e dispõem de condições que permitam a prevenção de doenças e a manutenção de uma saúde física e mental nutrida de felicidade e satisfação (Simões, 2006).

É neste sentido que a presente investigação pretende estudar os efeitos da estimulação física e cognitiva na estabilização e regressão da demência em pessoas idosas como parte integrante de um envelhecimento com sucesso.

Consubstanciando este objetivo a investigação que se apresenta estrutura-se em duas partes distintas. A primeira enquadra o referencial teórico em três capítulos. O primeiro aborda o envelhecimento enquanto processo normativo; o segundo procura caracterizar a demência e o perfil cognitivo e funcional do idoso com demência e os processos de estimulação; o terceiro capítulo aborda a institucionalização e as questões inerentes à promoção de um envelhecimento com qualidade de vida.

A segunda parte apresenta o estudo empírico desenvolvido em quatro capítulos. São apresentados os objetivos, seguindo-se um capítulo em que se focaliza a metodologia que fundamenta a investigação e no qual se descrevem a população e amostra, o tipo de estudo, o design e procedimentos, bem como os instrumentos utilizados, os programas de intervenção e os procedimentos de análise dos dados recolhidos.

São apresentados os resultados e estes são discutidos no último capítulo, enquadrando por último as conclusões do presente estudo.

PARTE I

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

CAPÍTULO I

1. ENVELHECIMENTO ENQUANTO PROCESSO NORMATIVO

1.1 Definição de conceitos

Por envelhecimento entende-se o período e acontecimentos que decorrem após se atingir a vida adulta. O decorrer das últimas décadas veio trazer melhorias das condições sanitárias e condições de vida em geral. Como consequência, verificou-se um aumento da esperança média de vida (Paúl & Ribeiro, 2012).

De acordo com Schroots e Birren (1980, citados por Paúl & Fonseca, 2001) o processo de envelhecimento apresenta três componentes. O primeiro, de ordem biológica, assenta numa vulnerabilidade crescente e de onde advém uma maior probabilidade de morrer. O segundo, de ordem social, refere-se aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para esta faixa etária. O terceiro e último, de ordem psicológica, é definido pela capacidade de autorregulação do indivíduo face ao processo de senescência. Ou seja, a capacidade de tomar decisões e fazer opções (Paúl & Fonseca, 2001).

Ainda segundo Paúl e Fonseca (2001) a idade cronológica não é o melhor parâmetro para se abordar a questão do envelhecimento, seja qual for o ponto de vista considerado. O número de anos de um indivíduo não nos dá informações relevantes sobre a sua qualidade de vida, estado de saúde ou vivência psicossocial. Mesmo abordando a questão de uma perspetiva biológica, esta tem de ser encarada numa perspetiva fisiológica relativamente às mudanças que ocorrem no corpo. Na realidade, podem existir diferentes idades fisiológicas em indivíduos com a mesma idade cronológica (Fonseca, 2006).

O envelhecimento tem ainda sido referido como sendo um processo universal inerente a todos os seres vivos que se expressa pela gradual perda de capacidades de adaptação. Associados a este processo estão ainda a diminuição da funcionalidade e as inúmeras alterações com repercussões na mobilidade, autonomia e saúde do indivíduo (Paúl & Ribeiro, 2012).

Neste sentido é ainda pertinente referir alguns desafios com os quais a sociedade se depara ao abordar a questão do envelhecimento: aumento do número de pessoas idosas a viverem em instituições, a exigência de mais respostas a nível dos serviços de saúde e um desequilíbrio nas receitas do Estado com um aumento substancial do número de reformados e pensionistas (Oliveira, 2008).

A análise da literatura permite constatar que *envelhecimento* e *desenvolvimento* são dois termos muito utilizados pela nossa sociedade, em que a um (o primeiro) se atribui muito frequentemente uma conotação negativa, enquanto o outro é quase sempre acompanhado de um sentimento positivo e de aprovação. Esta dicotomia deve-se à habitual divisão entre os diferentes períodos evolutivos do indivíduo que vão desde a infância até à velhice. Deste modo, o termo *envelhecimento* é quase sempre associado a degradação (Tortosa, 2002). No entanto, é importante esclarecer que o conceito *envelhecimento* vem sendo utilizado como sinónimo de velhice, ao invés de se fazer sobressair enquanto etapa do ciclo de vida, em que o indivíduo apresenta uma maior sabedoria acumulada, beneficiando da experiência adquirida ao longo da vida (Tortosa, 2002).

Estas noções têm vindo a sofrer alterações no sentido de combater estereótipos sociais tão enraizados em relação aos termos em torno da questão do envelhecimento. Efetivamente temos vindo a assistir a um esforço por parte da comunidade científica e conseqüentemente da literatura na área em associar o conceito de envelhecimento a um período de crescimento e desenvolvimento dando-se especial importância à referida experiência do indivíduo. De um modo geral podemos afirmar que envelhecimento e desenvolvimento são conceitos interligados que seguem caminhos paralelos ao longo do processo de evolução de um indivíduo no decorrer do seu ciclo de vida (Tortosa, 2002).

Em suma, investigar as identidades inerentes ao processo de envelhecimento exige que se debruce sobre os processos sociais responsáveis pelas imagens que a sociedade tem sobre a velhice (Vaz, 2008).

1.2 Teoria psicológica e sociológica do envelhecimento

São diversas as teorias que nos descrevem o processo de envelhecimento. Algumas focam-se nos aspetos biológicos, outras nos sociais e algumas ainda nos aspetos psicológicos. No que diz respeito ao âmbito psicológico, Marchand (2005), na sua obra “Psicologia do adulto e do idoso” refere a teoria de Levinson (1978) que se desenrola ao longo de quatro eras ou estações: um momento que precede a vida adulta; o início da vida adulta; a vida adulta intermédia ou meia idade e, por último, a vida adulta tardia. Neste sentido, o elemento de destaque desta teoria é o de estrutura de vida desenvolvida, em grande parte, devido às sucessivas interações entre o *eu* e o *mundo externo* (Marchand, 2005).

Segundo Levinson (1978, citado por Marchand, 2005), é entre os 60-65 anos que se assiste a uma maior mudança no ciclo de vida. É o momento em que os indivíduos se devem preparar para o declínio físico e para os problemas psicológicos (Marchand, 2005).

Por sua vez, Erikson (1950, 1959, 1980, citado por Marchand, 2005), apresenta-nos a sua teoria que defende que o indivíduo se vai desenvolvendo e resolvendo as diversas crises com que é confrontado ao longo da vida. Para que se consiga desenvolver uma identidade total, é necessário que se resolvam, com sucesso, oito crises. Destas oito crises é importante salientar a última que se situa a partir dos 65 anos. É designada como “integridade do eu *versus* desespero”. Caso as crises anteriores tenham sido resolvidas com sucesso, o indivíduo experimenta o sentimento de integridade do *eu*. Por sua vez, se tal não tiver acontecido, o indivíduo pode desenvolver desespero. A resolução positiva desta última crise do ciclo de vida resulta na emergência da sabedoria (Marchand, 2005).

Será ainda importante referenciar uma terceira teoria, proposta por Jane Loevinger (1980) constituída por dez estádios (ou oito estádios e dois níveis) que acompanham o ciclo de vida desde o nascimento até à morte. Ao longo deste percurso, o *eu* e o sentimento de identidade vão-se desenvolvendo devido às complexas interações entre os impulsos, o carácter, as relações interpessoais e a cognição.

São, no entanto, diversas as críticas feitas às teorias anteriormente mencionadas. Algumas destas críticas são de natureza concetual, outras de natureza metodológica. No que diz respeito a estas últimas, são criticadas as amostras que fazem parte dos estudos; ou seja, os sujeitos entrevistados quer no caso do estudo de Levinson em que são entrevistados apenas 40 sujeitos, quer no caso do estudo de Erikson, constituem um número limitado. Ainda em relação à constituição da amostra, é salientado o facto de que fazem parte maioritariamente sujeitos caucasianos, do sexo masculino, pertencentes à classe média norte americana. Por último, é ainda criticada a excessiva dependência destas teorias, com especial destaque para o caso da teoria de Levinson, relativamente aos limites cronológicos que se revelam demasiados rígidos (Marchand, 2001).

Por outro lado, o envelhecimento pode ser estudado também enquanto problema sociológico. Neste sentido, Fernandes (1997) defende que este é um processo com início aquando do declínio da mortalidade. Este declínio deu origem a um aumento da esperança média de vida que, associado mais tarde à diminuição da taxa de natalidade, levou a um fenómeno de duplo envelhecimento (Fernandes,1997). Com efeito, a velhice começa a tornar-se mais do domínio público tendo em atenção que até então tratava-se de uma questão privada e permanecia no seio das famílias. Era essa estrutura familiar que permitia a natural resolução dos problemas dos idosos, para os quais o cuidado era individualizado e estritamente dependente da estrutura das relações familiares (Fernandes, 1997).

De um modo geral, podemos encarar o envelhecimento como um processo complexo e variável constituído por realidades sociodemográficas bem diferentes, que se traduz na atualidade como um problema social a ser encarado pelas sociedades (Fernandes,1997).

1.3 Envelhecimento e qualidade de vida

“O objetivo primordial do indivíduo em sua existência é ser feliz. O próprio movimento da vida é no sentido de encontrar felicidade, o que confere ao ser humano qualidade em seu viver e, sucessivamente, em seu envelhecer.” (Bettinelli, Portella, & Pasqualotti, 2008; p. 183).

Com o aumento da esperança média de vida a questão do envelhecimento bem-sucedido, em sintonia com a questão do envelhecimento ativo, tornam-se pontos centrais na abordagem do processo de envelhecimento. Correspondem a um envelhecimento com níveis de qualidade de vida satisfatórios (Paúl, 2005).

O conceito de *envelhecimento bem-sucedido* pressupõe a longevidade, a ausência de incapacidades, a satisfação com a vida, a segurança e a espiritualidade positiva, numa base de autopercepção e segundo uma perspetiva maturacional (Firmino, Simões, & Cerejeira, 2016).

Por sua vez, o termo *envelhecimento ativo* diz respeito à potenciação das oportunidades de saúde, participação e segurança do indivíduo com o intuito de melhorar a sua qualidade de vida. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as pessoas devem aperceber-se do potencial de se manterem ativas não só em termos físicos bem como em termos sociais e culturais. Com a exploração deste conceito tem-se como objetivo aumentar o número de anos saudáveis das pessoas (OMS, 2005).

É ainda de esperar a existência de qualidade de vida que está em grande parte dependente da saúde do indivíduo, da sua autonomia e independência. Por *autonomia* entendemos a capacidade de o indivíduo gerir a sua própria vida e tomar decisões que lhe digam respeito. Por sua vez, por *independência* entendemos a capacidade de desempenho de atividades da vida diária. Neste sentido, o declínio das funções cognitivas associado ao envelhecimento está igualmente associado a fatores externos ambientais, sociais e comportamentais (Campôa, 2009).

Quando nos referimos à qualidade de vida referimo-nos inevitavelmente a aspetos como saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, expectativas pessoais e aspetos ambientais (Campôa, 2009).

Tendo como objetivo analisar as representações do que se entende por qualidade de vida, Fernández-Ballesteros (2007) efetuou um estudo na população espanhola através da resposta a um questionário. Foram tidos em atenção aspetos como a idade e o sexo e todos os elementos tinham mais de dezoito anos de idade. A amostra contou com 1205 participantes. Neste questionário foi pedido aos participantes que indicassem quais as três principais condições para um indivíduo com mais de sessenta e cinco anos ter qualidade de vida. A liderar os resultados encontra-se a condição “ter boa saúde”. Em segundo lugar, “ser independente”, seguida por “ter uma boa pensão ou rendimento”. Como quarta condição é apresentado “ter boas relações com a família e amigos” seguindo-se a importância de “manter-se ativo” em quinto lugar. Em sexto lugar encontra-se a “disponibilidade de serviços sociais e de saúde”, em sétimo, “ter um apartamento ou casa confortável” e, em oitavo lugar, “sentir-se satisfeito com a vida”. Por último, com o mesmo número de respostas, aparecem as seguintes condições: “ter oportunidade de aprender coisas novas” e “viver numa boa localidade” (Fernández-Ballesteros, 2007).

De um modo geral é possível afirmar que o conceito com que a população (neste caso em concreto, a espanhola) se identifica no que se refere à qualidade de vida em pessoas com mais de sessenta e cinco anos vai ao encontro do conceito científico. Com efeito, este autor defende que saúde e independência, dinheiro e amor são os constituintes base do conceito de qualidade de vida, aos quais se adicionam outros aspetos como o nível de atividade, a qualidade dos serviços sociais e de saúde, o sentimento de satisfação com a vida, entre outros (Fernández-Ballesteros, 2007).

Neste sentido é possível afirmar que a qualidade de vida está intrinsecamente relacionada com o contexto em que se insere. Os estudos podem focalizar pessoas de idade avançada que vivem em lares de idosos ou na comunidade. No entanto, é importante ainda analisar o papel da qualidade de vida em pacientes com demência. A este propósito referira-se que a satisfação com a

vida bem como o bem-estar do indivíduo são fatores subjetivos, mas que se encontram sempre presentes na questão da qualidade de vida (Fernández-Ballesteros, 2007).

Resumindo, durante o processo de envelhecimento é expectável que o idoso experiencie um estado de qualidade de vida promovendo-se a adaptação do indivíduo às perdas, através de uma procura individual de objetivos que lhe sejam significativos. Para tal, pressupõe-se a existência de satisfação de vida, bem-estar psicológico, saúde física e mental bem como suporte social adequado (Paúl & Fonseca, 2005).

CAPÍTULO II

2. A DEMÊNCIA

2.1 Definição de conceitos

O termo *demência* refere-se ao declínio de funções cognitivas, capacidade de raciocínio e julgamento. Tem uma persistência por um período igual ou superior a seis meses (Castro-Caldas & Mendonça, 2005).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (2017), a síndrome demencial corresponde a um conjunto de sintomas associados à deterioração contínua das funções nervosas superiores. Entre estes sintomas encontra-se a perda de memória bem como a dificuldade de expressão. As formas mais comuns desta síndrome são a doença de Alzheimer e as demências de causa vascular.

Enquanto patologia do envelhecimento, reflete-se preferencialmente em grupos mais idosos. Área controversa e ainda por esclarecer encontra-se a questão de esta se dever ao envelhecimento ou, de estar relacionada com este, apesar da clara prevalência em grupos com idades mais avançadas (Castro-Caldas & Mendonça, 2005). Efetivamente, há autores que defendem que a idade por si só não nos fornece uma explicação para o desenvolvimento da demência, realçando a ideia de que a idade cronológica raramente nos esclarece no que se refere às alterações do funcionamento psicológico (Rutter, 1993).

Para além da idade, alguns estudos destacam como fatores de vulnerabilidade o sexo feminino e a baixa escolarização associados ao aparecimento de demência. De igual forma, a ocupação profissional parece estar também relacionada com o risco de demência. No caso dos homens, são destacadas as profissões manuais. Quando à população não escolarizada, o aumento de casos com demência dever-se-ia à prevalência de outros tipo de demência com destaque para a demência alcoólica (Castro-Caldas & Mendonça, 2005). Assinale-se, contudo, outros estudos que colocam em discussão o facto de se destacar o sexo feminino como fator associado à demência defendendo não

haver relação ou, por outro lado, atribuindo esta causa exclusivamente à esperança média de vida mais elevada para aquele sexo (Fernández-Ballesteros, 2007).

Neste sentido, é importante destacar quais os sintomas associados a esta síndrome. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-5, 2013), os critérios de demência são:

A. Evidências de declínio cognitivo pequeno a partir de nível anterior de desempenho em um ou mais domínios cognitivos (atenção complexa, função executiva, aprendizagem e memória, linguagem, perceto-motor ou cognição social) com base em:

1. Preocupação do indivíduo, de um informante com conhecimento ou do clínico de que ocorreu declínio na função cognitiva; e

2. Prejuízo pequeno no desempenho cognitivo, de preferência documentado por teste neuropsicológico padronizado ou, em sua falta, outra avaliação quantificada.

B. Os défices cognitivos não interferem na capacidade de ser independente nas atividades quotidianas (i.e., estão preservadas atividades instrumentais complexas da vida diária, como pagar contas ou controlar medicamentos, mas pode haver necessidade de mais esforço, estratégias compensatórias ou acomodação).

C. Os défices cognitivos não ocorrem exclusivamente no contexto de demência. Os défices cognitivos não são mais bem explicados por outra perturbação mental (por exemplo: perturbação depressiva maior, esquizofrenia) (DMS-5, 2013, p. 605).

De um modo geral a demência é acompanhada num plano, mais visível por uma progressiva perda de memória. No entanto, outras perturbações começam a revelar-se com a progressão da mesma, de que são exemplo a afasia, apraxia ou até mesmo agnosia. Porém, para que haja um diagnóstico de demência, estas perturbações têm de afetar de forma significativa a vida diária do indivíduo

chegando inclusive a identificar-se, muitas vezes, uma mudança na sua própria personalidade (Fernández-Ballesteros, 2007).

O diagnóstico da demência tende a ocorrer, por diversas vezes, numa fase já avançada da doença. Isto significa que, no período anterior a este diagnóstico, pode ter decorrido um intervalo mais ou menos longo sem um acompanhamento adequado da situação. Esta perda ou redução progressiva das capacidades cognitivas está geralmente associado à idade (Fernández-Ballesteros, 2007) e representa cerca de 1 a 2% aos 65 anos de idade, chegando até 30% aos 85 anos (DMS-5, 2013).

O facto de a esperança média de vida estar a aumentar na Europa faz da demência um importante problema de saúde, quer para os próprios indivíduos como para as suas famílias e sistemas de saúde nacionais. Com efeito, a pessoa idosa com demência está mais suscetível a ser hospitalizada e a necessitar de cuidados individualizados, recorrendo com frequência a serviços de apoio domiciliário (Fernández-Ballesteros, 2007).

O tipo de demência mais frequente é a doença de Alzheimer com uma prevalência que varia entre os 60% e os 90%, dependendo do contexto e dos critérios do diagnóstico. Os estudos salientam que cerca de 7% das pessoas diagnosticadas com doença de Alzheimer têm uma idade compreendida entre os 65 e 74 anos, 53% entre 75 e 84 anos, e 40% têm 85 anos ou mais (DMS-5, 2013).

2.2 Características do perfil cognitivo/funcional do idoso com demência

Durante muito tempo a deterioração cognitiva foi considerada um processo fisiológico inerente ao processo de envelhecimento. Com o avançar da ciência foi possível perceber que, apesar deste processo natural ser passível de ser acompanhado de um declínio gradual, não patológico, há casos em que esses défices cognitivos ultrapassam o esperado. Muito frequentemente são

indicadores de patologia, em especial, de doença de Alzheimer (Firmino, Simões, & Cerejeira, 2016).

O indivíduo com demência passa por uma deterioração crónica e progressiva das suas funções cognitivas. Este processo leva à incapacidade de realizar com independência e autonomia as suas tarefas diárias. Apesar do declínio gradual das funções cognitivas estar geralmente associado ao processo fisiológico do envelhecimento, a perda progressiva de memória, bem como episódios de desorientação e confusão podem indicar a presença de um caso de demência (Castro-Caldas & Mendonça, 2005).

Para uma melhor compreensão do perfil cognitivo e funcional da pessoa com demência é importante explorar o impacto dos fatores genéticos e ambientais neste processo.

Estudos com gémeos permitem avaliar de um modo mais amplo estas influências na doença de Alzheimer. Num projeto intitulado *Harmony*, baseado no *Swedish Twin Registry*, todos os gémeos com mais de sessenta e cinco anos foram submetidos a diversos instrumentos de avaliação de modo a identificarem-se disfunções cognitivas e eventuais casos de demência. Ao todo foram utilizados 11844 pares de gémeos, dos quais 392 pares contêm um ou ambos os elementos com doença de Alzheimer (Fernández-Ballesteros, 2007). Este estudo revela que a frequência da doença de Alzheimer é mais elevada em indivíduos com mais idade, apontando os 78 anos como idade média para o início da doença. Os resultados assinalam ainda que a diferença média de idade de início é de 3.7 anos no caso de gémeos monozigóticos, enquanto a diferença se situa nos 8.1 anos para os gémeos dizigóticos. Daqui se conclui que o tempo de início da doença de Alzheimer depende provavelmente de fatores genéticos. Da mesma forma, o facto de o índice de concordância ser superior em gémeos monozigóticos do que em gémeos dizigóticos aponta igualmente para a influência dos fatores genéticos (Fernández-Ballesteros, 2007).

Segundo Fernández-Ballesteros (2007), calcula-se que o fator hereditário da doença de Alzheimer se situe nos 79%, e que os restantes 21% estejam

relacionados com fatores ambientais. Importante ainda destacar a ausência de diferenças relevantes entre indivíduos do sexo masculino e feminino.

A pessoa idosa é geralmente associada a muitas outras doenças, em especial doenças crónicas do foro vascular, nutricional e do metabolismo. No entanto, estas doenças estão igualmente presentes entre pessoas adultas mais jovens. Neste sentido, um grande número de estudos tem identificado estes problemas de saúde como fator potenciador do risco de declínio cognitivo e, em certas situações, da própria demência (Fernández-Ballesteros, 2007).

Alguns investigadores têm vindo a referir que a demência não é necessariamente irreversível podendo fazer-se uma distinção entre demência reversível e demência irreversível. No primeiro caso é possível inverter a escalada de declínio através de tratamento adequado e está associado a episódios em que o indivíduo apresenta um conjunto de sintomas psicológicos e comportamentais sem uma motivação particular. O segundo caso resulta de disfunções cerebrais, provocando uma deterioração intelectual irreversível (Tortosa, 2002).

A síndrome demencial apresenta um conjunto de sintomas psicológicos e comportamentais que vão desde transtornos de memória, raciocínio, orientação a respostas emocionais inadequadas. De referir ainda que a pessoa idosa apresenta um maior risco de passar por estados de confusão devido a mudanças e patologias cerebrais que se produzem durante o processo de envelhecimento. Podem ainda apresentar maior vulnerabilidade a infeções e doenças crónicas. Para além dos fatores orgânicos, fatores do foro psicológico e social podem convergir e exercer uma influência negativa no funcionamento cerebral (Tortosa, 2002).

2.3 Estimulação do idoso com demência

De acordo com diversos estudos que se dedicam à evolução cognitiva, pode concluir-se haver progressos cognitivos até aos quarenta anos de idade, seguindo-se um intervalo de estabilidade até aos sessenta, altura em que se começa a registar um declínio, porém, ainda pouco significativo. Este declínio é

mais ou menos acentuado, dependendo das capacidades cognitivas do sujeito (inteligência), uma vez que a inteligência fluida tende a declinar mais facilmente do que a inteligência cristalizada (Oliveira, 2008).

No caso concreto do idoso com demência, estamos perante uma alteração grave e progressiva da memória e do pensamento em geral. Para o indivíduo com demência torna-se praticamente impossível realizar as suas tarefas diárias. De assinalar que os diversos tipos de demência têm em comum a presença de fortes perturbações cognitivas e de conduta, sendo que estas devem-se a lesões cerebrais irreversíveis (Tortosa, 2002).

O primeiro fator associado ao risco de demência identificado foi, desde cedo, o número de anos de escolaridade. Esta associação entre o baixo número de anos de escolaridade e o aumento do risco de demência tem sido alvo de estudos ao longo dos tempos embora os resultados sejam discrepantes. Outros fatores a que se começou a dar importância foi a atividade profissional dos indivíduos, a ocupação dos tempos livres, a literacia, a capacidade linguística sem esquecer aspetos da personalidade muitas vezes ignorados (Firmino, Simões, & Cerejeira, 2016).

Da análise da literatura constata-se no entanto que, apesar dos rápidos avanços da medicina e das ciências sociais, a sociedade não parece estar a conseguir lidar eficazmente com as questões do desenvolvimento humano. De facto, a demência, associada muitas vezes a problemas físicos, coloca o indivíduo numa situação de dependência para a qual a sociedade nem sempre consegue ter uma resposta adequada. Assim, no momento em que surge esta dependência, muitas vezes nem o idoso nem o ambiente que o rodeia estão preparados para enfrentar da melhor forma todos os problemas que daí advêm (Tortosa, 2002).

Diversos estudos mostram que a regular manutenção da atividade cognitiva (por exemplo, trinta minutos de atividade diária), que promova novas aprendizagens, reduz o risco de declínio cognitivo (Curlik & Shors, 2013). A estimulação cognitiva tem vindo a demonstrar efeitos positivos principalmente em indivíduos com casos de demência leve ou moderada (fase onde os problemas se tornam mais visíveis sem, no entanto, o sujeito estar gravemente incapacitado). Este tipo de

estimulação tem um enfoque especial na esfera mnésica. Tendo em atenção o nível de deterioração e défices existentes, deve potenciar-se as capacidades que ainda se encontram presentes (Sequeira, 2010).

A estimulação de idosos com demência pode ser vista como um processo de reeducação das capacidades que o indivíduo vai perdendo. Tem como objetivo melhorar a capacidade de o indivíduo processar e interpretar a informação, permitindo ter uma maior aptidão para lidar com a vida familiar e em comunidade (Fernández-Ballesteros, 2009).

Para os idosos com declínio cognitivo, a estimulação cognitiva representa ainda uma proeminente intervenção que atuará na diminuição dos sintomas depressivos e de vulnerabilidade (Apóstolo, Cardoso, Marta, & Amaral, 2011).

Relativamente à cognição, os benefícios são inclusive comparáveis aos obtidos através da toma de medicação, em concreto, no que diz respeito aos inibidores da colinesterase (Apóstolo et al., 2011).

Assim, a intervenção no âmbito das demências deve ter em atenção que, cada pessoa é um ser um psicossocial único, que exige uma atenção específica e adaptada, sendo que idealmente, deveria criar-se um plano personalizado para cada indivíduo (Sequeira, 2010).

No mesmo sentido, Castro-Caldas e Mendonça (2005) também assinalam que um programa de estimulação cognitiva deve obedecer a uma planificação pré-definida e bem estruturada e deve estar aberto à colaboração de outros profissionais. Deste modo, deve ser reformulado com regularidade de modo a acompanhar a evolução do indivíduo. É ainda importante ter em atenção que os sintomas cognitivo funcionais bem como o complexo de perdas funcionais variam para cada situação, atendendo a que a sintomatologia da demência não é homogénea. Devem incluir-se estratégias farmacológicas no tratamento das demências, associando esta estratégia à estimulação cognitiva bem com a outras técnicas de que são exemplo os cuidados de enfermagem, a psicoterapia e a musicoterapia (Sequeira, 2010).

De facto, na atualidade, cada vez mais se dá a devida importância à necessidade de se melhorar a qualidade de vida dos idosos em geral bem como em particular dos doentes com demência. Verifica-se, portanto, uma maior sensibilização para a importância dos programas de estimulação (Sequeira, 2010).

CAPÍTULO III

3. A INSTITUCIONALIZAÇÃO

3.1 Definição de conceitos

Diversos autores defendem que o ambiente vai adquirindo cada vez mais importância na vida de um indivíduo à medida que este vai envelhecendo. Com efeito, os idosos, principalmente os que têm mais de oitenta ou oitenta e cinco anos, passam grande parte do dia em casa ou nas proximidades desta. Além disso, estas pessoas passaram a maior parte da sua vida no mesmo sítio. Com isto criaram-se laços fortes e vínculos afetivos com esses determinados locais, sendo subjacente a ideia de que passariam o resto da vida naquele ambiente (Fernández-Ballesteros, 2007).

De um modo geral, o idoso vê com nostalgia a perda de uma vida ativa onde se sentia o único responsável pelas suas ações. A institucionalização marca a rutura com este estilo de vida bem como com a manutenção regular dos laços familiares e comunitários. Marca também a mudança de um ambiente privado, familiar, para um ambiente novo desconhecido, coletivo e organizado por um conjunto de regras que facilmente esquecem a individualidade, a história de vida e as preferências de cada indivíduo. O idoso depara-se assim com um sistema que funciona do mesmo modo para pessoas diferentes. A acrescentar, a falta de pessoal e a recorrente inexistência de formação adequada por parte das equipas de assistência, tornam este processo de adaptação em algo muitas vezes doloroso. O idoso pode começar a sentir a nostalgia da vida autónoma passada e o luto da perda do meio familiar pode arrastar-se durante a permanência na instituição. O próprio sistema, mecanizado e operacionalizado no sentido da eficiência e não da qualidade, contribuem para que o sujeito se torne cada vez mais dependente desse próprio sistema. Assim, a vida na instituição vai decorrendo muitas vezes de forma monótona, regulada pelas normas, hábitos e horários da mesma, impedindo o sujeito de evoluir ou projetar-se no futuro. O idoso muitas vezes sente ter perdido o controlo na forma como é organizado o

seu tempo e o seu espaço de vida não revelando, por isso, motivação para organizar e planear o seu dia a dia (Cardão, 2009).

Um dos aspetos também importantes da institucionalização é a perda de privacidade. O espaço privado é anulado e substituído por espaços mais ou menos partilhados. Esta partilha, porém, nem sempre resulta no estabelecimento de laços sociais íntimos e profundos. As perdas que vão sendo vividas pela pessoa idosa, acabam por não ser partilhadas e escutadas, perpetuando-se um conflito interno (Cardão, 2009).

Se, por um lado, estes argumentos poderiam opor-se à institucionalização, a necessidade de assistência pessoal em detrimento das perdas de funcionalidades, a solidão, a precariedade de muitas das habitações e o declínio da mobilidade, condicionam a relação entre a pessoa idosa e o ambiente em que se encontram. Esta perda de capacidades é um dos principais motivos para a deslocação do indivíduo para um local onde possa receber cuidados adequados. Naturalmente, este é um processo crítico na vida do idoso e representa um desafio para a sociedade e para as famílias. Este desafio prende-se com a necessidade de melhor compreender as relações entre os indivíduos e o ambiente tendo em consideração que, em casos de elevada deterioração das capacidades, como é o caso dos problemas associados à demência, a melhoria do ambiente em que o indivíduo viverá se apresenta como a única solução (Fernández-Ballesteros, 2007).

De modo a facilitar este processo, sempre que possível, o idoso deve participar ativamente na tomada de decisão e na escolha da instituição evitando-se situações em que o realojamento resulta da decisão de outros. Na impossibilidade de este tomar a decisão, as pessoas responsáveis devem ter sempre em atenção os desejos passados e presentes do idoso bem como os sentimentos que a pessoas teria caso pudesse participar no processo (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004).

3.2 Instituições como fator de promoção de envelhecimento com qualidade de vida

As instituições de idosos lidam diariamente com diversos desafios, muitos dos quais podem colocar em risco a qualidade dos serviços prestados, bem como o bem-estar e qualidade de vida dos seus utilizadores (Duarte, 2013).

A qualidade de vida tem um papel fundamental na promoção da saúde e bem-estar da pessoa idosa, quer a nível físico quer a nível mental. Essencial é também o suporte social como garante de um envelhecimento bem-sucedido. Com efeito, quanto maior é o apoio prestado ao idoso, menor será o mal-estar psicológico experimentado por este (Duarte, 2013).

Para a pessoa idosa, viver na própria casa representa independência. A residência habitual traz ao indivíduo um sentimento de segurança em primeiro lugar face à adversidade do meio ambiente e depois contra o medo. É sinónimo de privacidade, intimidade, vida familiar. Para além disso, a casa insere-se numa comunidade à qual está associada um conjunto de rotinas e estilos de vida. No entanto, a uma certa altura, a habitação pode tornar-se um espaço de vulnerabilidade para a pessoa idosa. Nesse caso, torna-se necessário ponderar a possibilidade de realojamento (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004).

Um ambiente institucional que ofereça uma base segura, sabe adaptar-se às necessidades emocionais do idoso e deixa margem para que este possa manifestar a sua própria personalidade. Neste sentido, torna-se fundamental para a continuidade e bem-estar do idoso zelar pela preservação e potencialização das suas capacidades individuais. Só assim é possível prevenir interações insatisfatórias ou mesmo experiências de frustração intolerável. O ambiente da instituição deve centrar-se na pessoa, onde paralelamente se desenvolvem cuidados gerontológicos adequados. Para tal, em primeiro lugar, deve existir um desenvolvimento de planos que visem a promoção e manutenção do bem-estar da pessoa idosa. A instituição deve ainda empenhar-se num aperfeiçoamento de cuidados em conjunto com outras equipas de cuidadores, tendo em consideração a pessoa e a sua história de vida. Por último, deve ser

responsável pela promoção de modelos de cuidados que sejam mais convenientes à readaptação e autonomia da pessoa idosa (Cardão, 2009).

A existência de estruturas residenciais para idosos é encarada como uma mais-valia quando se compara o modo de vida atual com aquilo que era a realidade das gerações anteriores. No entanto, os dados apontam para um número reduzidos de indivíduos que afirmam querer ir para uma instituição na velhice (Vaz, 2008).

A colaborar neste sentido destaca-se o facto de, em muitos casos, o ambiente vivido na instituição dar prevalência às tarefas de rotina e à impessoalidade dos cuidados, tendendo a privar o idoso de estimulação, atenção emocional e vínculos afetivos. Assim, a questão prende-se com a uniformização da vida dos idosos, fator que condiciona comportamentos de maior dependência. A falta de estimulação de comportamentos de autonomia é também um fator de relevo por dificultar o envolvimento ativo na vida quotidiana. Este aspeto poderá levar a um rápido declínio a nível sensorio-motor, sendo que a falta de estímulos vai ao encontro de uma representação inconsciente de que os residentes já não necessitam de prazeres. É assim imprescindível que um envelhecimento de qualidade passe pela criação e implementação de cuidados centrados na pessoa idosa (Cardão, 2009).

3.3 Programas de prevenção/promoção de qualidade de vida

A perda de memória é um dos temas de maior relevo no que se refere aos problemas subjacentes ao envelhecimento. Essa perda de memória progressiva representa um enfraquecimento intelectual e psíquico dentro de uma dimensão social afetada pela perda de autonomia, aumento da insegurança e introversão. Esta perda de memória afeta a qualidade de vida da pessoa idosa e requer que se tomem medidas a nível pessoal bem como no âmbito social de modo a atuar na esfera da prevenção (Geis & Rubí, 2007).

A sociedade contemporânea tem vindo a apresentar uma tendência para tentar resolver problemas como este recorrendo exclusivamente a tratamentos farmacológicos. No entanto, e apesar de importantes, não é suficiente que os esforços sejam apenas no sentido de encontrar um fármaco que ative ou mantenha um funcionamento adequado do cérebro (Geis & Rubí, 2007).

Enquanto alguns indivíduos preservam o seu funcionamento cognitivo perfeitamente operacional numa fase avançada da velhice, outros já apresentam dificuldades aos 60 anos. Se por um lado há algumas capacidades cognitivas que se apresentam funcionais ou até mesmo potenciadas com o envelhecimento, outras demonstram uma redução na sua atividade (Firmino, Simões, & Cerejeira, 2016).

As pesquisas sobre a Psicologia do Desenvolvimento defendem que, apesar de os idosos, bem como os adultos em geral, apresentarem uma grande plasticidade, esta não é ilimitada. Assim, de modo a promover-se um desenvolvimento pessoal e estimular-se a independência e o sentido de iniciativa dos indivíduos, é imprescindível apostar-se na educação e formação ao longo da vida (Vandenplas-Holper, 2000).

Neste sentido, são diversas as opções de intervenção junto de idosos. Helena Marchand (2005) destaca a importância de dois estudos longitudinais: o *ADEPT* (Baltes & Willis, 1982) e o *Seattle Longitudinal Stud* (Schaie & Willis, 1986). Tanto no primeiro caso como no segundo, diversos sujeitos foram estimulados, em pequenos grupos e individualmente, respetivamente. Todos os participantes tinham idades compreendidas entre os 64 e os 95 anos e não apresentavam patologias. A comparação efetuada posteriormente entre os resultados dos pré-testes e os resultados dos pós-testes foi estatisticamente significativa. Desta intervenção pode depreender-se que o declínio não é sempre irreversível e que, na generalidade, é o resultado e consequência da inatividade. Este pode ser controlado e potenciado o desenvolvimento através de treino educacional (Marchand, 2005).

Tendo em consideração os défices fisiológicos, psicológicos e sociais constatados nas pessoas idosas, a intervenção deve ser pensada de modo a

abranger todas as perspetivas, trabalhando quer a estrutura cognitiva quer a estrutura motriz. De facto, é constatável a mútua influência sentida entre os elementos biológicos, neurológicos e psicológicos ao longo do processo de envelhecimento. Ou seja, é possível verificar a ação de variáveis psicológicas em fenómenos que são considerados por alguns como estritamente biológicos (Geis & Rubí, 2007).

Olhando com atenção para o caso da doença de Alzheimer é possível constatar que esta é definida por alterações cognitivas. Por sua vez, as alterações cognitivas são uma componente fundamental do funcionamento humano no dia a dia, afetando a consciência bem como um enorme número de atividades e interações (Firmino, Simões, & Cerejeira, 2016).

A análise da literatura permite ainda constatar que de um modo geral um programa de intervenção com cariz motor acaba por ter uma especial incidência em aspetos cognitivos, podendo ajudar no retardamento dos efeitos resultantes do envelhecimento neuronal. Assim sendo, um programa de prevenção/promoção de qualidade de vida, em termos físicos, deve manter e/ou melhorar a condição física do indivíduo. Neste sentido deve ajudar a manter e melhorar as capacidades sensoriais, trabalhar a visão, a audição, o olfato e o tato, ajudar a manter e/ou melhorar o equilíbrio e melhorar a velocidade de reação. Em termos psíquicos deve melhorar as funções cognitivas (memória, atenção, concentração, abstração, etc.), ajudar a manter e/ou melhorar as capacidades de coordenação bem como as capacidades percetivas (espacial e temporal). Por último, em termo sociais, deve ajudar a manter e/ou melhorar as capacidades de comunicação do indivíduo consigo mesmo, com os outros, com os objetos e com o ambiente (Geis & Rubí, 2007).

Num estudo experimental, no qual participaram 23 idosos com uma média de idades de 77.66 anos, criaram-se dois grupos, um experimental e um de controlo com o objetivo de estudar o impacto da estimulação cognitiva a nível cognitivo, na sintomatologia depressiva e nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Ambos os grupos foram submetidos a testes antes e após a intervenção. Neste período o grupo experimental foi sujeito a 14 sessões de estimulação cognitiva. No final verificou-se que, apesar da evidência não permitir que se

conclua a eficácia da estimulação cognitiva na sintomatologia depressiva e nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD), 20% dos participantes no primeiro caso e 17% no segundo melhoraram a sua situação clínica após a intervenção comparativamente aos sujeitos não intervencionados. Neste sentido, a equipa de investigadores recomenda a implementação da estimulação cognitiva nos planos de cuidados a idosos (Apóstolo, Cardoso, Marta & Amaral, 2011).

No que se refere ao domínio motor, num estudo apresentado por Borges e Moreira (2009), no qual participaram dois grupos de idosos dos quais 24 praticavam atividades físicas e 24 tinham um estilo de vida sedentário, pretendia-se verificar qual o impacto da prática regular de atividades de carácter físico na autonomia da pessoa idosa bem como no desempenho das Atividades da Vida Diária (AVD). Os 48 indivíduos que fizeram parte desta investigação tinham idades compreendidas entre os 60 e os 88 anos. O estudo demonstrou que o grupo de idosos que praticavam atividades físicas apresentava bons níveis de autonomia enquanto o grupo de idosos com um estilo de vida sedentário apresentavam alguma dependência. Os dados indicavam ainda que um estilo de vida mais ativo pode ter efeitos positivos no processo de envelhecimento enquanto o sedentarismo pode acelerar o declínio da capacidade funcional.

Num outro estudo, realizado com utentes de uma instituição para idosos pretendia-se avaliar a interferência de atividades recreativas nos sintomas de depressão bem como a perceção que os profissionais têm em relação aos benefícios e desvantagens deste tipo de atividades. Neste estudo participaram 15 utentes com uma média de idades de 73.30 anos e 11 profissionais. Para o efeito, criaram-se espaços e oportunidades para o desenvolvimento de dez atividades recreativas e de estimulação. Para a recolha de dados foi utilizada uma Escala de Depressão Geriátrica antes e após a intervenção e entrevistas semiestruturadas no caso dos profissionais. Como resultado observou-se uma redução do valor médio da pontuação na escala de Depressão Geriátrica e foi destacada pelos profissionais uma melhoria do humor por parte dos utentes após esta experiência (Lucca & Rabelo, 2011).

Em relação à memória, num estudo realizado numa Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia e na Unidade de Cuidados Continuados Integrados –

UCCI da Santa Casa da Misericórdia de Cantanhede, com a participação de 21 utentes, 11 dos quais permaneceram até ao final do programa, Lousa (2006) propôs-se a aplicar um programa de estimulação cognitiva. O enfoque das atividades deste programa era a memória e o objetivo desta investigação consistiu em verificar a sua eficácia bem como os benefícios inerentes. Após uma intervenção de 14 sessões e apesar de não se registarem melhorias estatisticamente significativas verificou-se uma melhoria da memória episódica em 18.2% dos casos e uma melhoria da memória tardia em 45.5% dos casos.

Carvalho e Tahan (2010) elaboraram um estudo com a participação de 10 idosos que frequentavam grupos de promoção de saúde, foram aplicadas entrevistas semiestruturadas e mais tarde foi utilizada a análise temática para a análise dos dados. Os grupos de promoção de saúde visavam promover a saúde junto da população idosa, fortalecer laços entre os participantes, proporcionar momentos de trocas de experiências, bem como alterar a rotina dos sujeitos e permitir a criação de momentos de lazer, socialização e de uma rede de interajuda. Estes encontros funcionavam uma vez por semana e tinham a duração de duas horas. Existiam três grupos: o de artesanato, destinado a atividades manuais; o da descontração e saúde, com atividades lúdicas e de lazer e o da dança, destinado à música e ao movimento. Estes grupos eram frequentados por pessoas com idades compreendidas entre os 60 e os 88 e os 10 participantes da investigação eram provenientes dos três grupos. O objetivo desta investigação levada a cabo por Carvalho e Tahan (2010) consistiu em analisar a perceção que cada indivíduo tinha em relação à sua qualidade de vida desde o momento em que integrou estes grupos de promoção de saúde. Os idosos relataram as mudanças que esta experiência trouxera às suas vidas, entre as quais, o facto de terem passado a cuidar mais de si mesmos, sentirem-se mais felizes e terem a sensação de estarem mais saudáveis. Atribuíram estas conquistas às novas amizades que surgiram destes encontros, às novas experiências vivenciadas e à mudança de rotina.

Por sua vez, Santos, Santana e Broca (2016) desenvolveram um estudo com 35 idosos que frequentavam um grupo de convivência. O objetivo era analisar as intervenções de saúde e enfermagem e a recolha de dados foi feita através do modelo Observação-Participação-Reflexão. Os investigadores referem ao longo

do estudo um dado importante para a análise das duas variáveis anteriores. Do que puderam depreender dos depoimentos recolhidos, a participação dos sujeitos nas atividades do grupo (que incluíam atividades físicas, treino da memória cognitiva, aprendizagem de línguas, entre outras) permitiram a aquisição de aptidão física bem como recursos pessoais, sociais e psicossocioespirituais.

Num estudo elaborado por Evangelista (2013), com a participação de 22 idosos sinalizados com demência, foram criados dois grupos: um grupo foi o de intervenção, constituído por 12 elementos e o outro de comparação, constituído por 10 elementos. O primeiro grupo participou em 30 sessões, com a duração máxima de uma hora cada uma, com uma frequência de duas vezes por semana, durante um período de quatro meses. Das duas sessões semanais, uma era destinada à prática física e a outra à estimulação cognitiva. Foram utilizados pré-testes e pós-testes entre os quais se encontrava a Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer. A investigadora conclui haver uma melhoria na qualidade de vida dos integrantes do grupo de intervenção para o qual o valor médio aumentou e um ligeiro declínio no caso do grupo de comparação não sendo este último, no entanto, um valor com significado a nível estatístico.

Assim sendo, é de salientar que as intervenções que têm como missão a melhoria do funcionamento cognitivo da pessoa idosa demonstram ser de extrema relevância para o impacto dos cuidados na sua qualidade de vida bem como na redução de sintomas neuropsiquiátricos. Este aspeto é especialmente importante nas fases iniciais, momento esse em que é ainda possível recorrer às capacidades preservadas de modo a compensar as capacidades perdidas (Firmino, Simões, & Cerejeira, 2016).

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO IV

4. OBJETIVOS

De acordo com o que foi explorado a literatura aponta para que os programas de estimulação cognitiva e de cariz motor podem contribuir para ajudar a manter e melhorar as capacidades dos idosos. Neste sentido, parece relevante realizar uma investigação junto da população idosa para podermos estudar os efeitos de um programa de estimulação numa amostra de idosos com demência.

4.1 Objetivo geral

Como objetivo geral do presente estudo pretende-se aplicar e analisar os efeitos de um programa de estimulação física/cognitiva nas capacidades funcionais e cognitivas do idoso com demência e na sua qualidade de vida.

4.2 Objetivos específicos

Decorrente do objetivo geral apresentado, pretende-se como objetivos específicos:

- Caracterizar os idosos institucionalizados numa Estrutura Residencial Para Idosos (ERPI), referenciados com demência, de acordo com as variáveis sociodemográficas (sexo, idade e escolaridade);
- Analisar a relação entre a estimulação física e cognitiva e a capacidade cognitiva;
- Analisar a relação entre a estimulação física e cognitiva e a qualidade de vida;
- Analisar a relação entre a estimulação física e cognitiva e as atividades da vida diária.

CAPÍTULO V

5. METODOLOGIA

5.1 População e amostra

A população foi constituída por idosos institucionalizados com 65 anos ou mais. Como critérios de inclusão na amostra os idosos deveriam apresentar um diagnóstico de demência leve e não terem atividade física e mental regular.

A amostra foi constituída por indivíduos institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Faro. No que diz respeito à técnica de amostragem, considera-se uma amostra não probabilística pois os participantes cumpriam os critérios supracitados. Para além disso a amostra enquadrava-se no tipo não intencional e por conveniência. Com efeito, os participantes foram selecionados numa ótica de praticidade bem como disponibilidade de acesso (Almeida & Freire, 2007).

Foram incluídos no estudo indivíduos institucionalizados da Santa Casa da Misericórdia de Faro que apresentavam resultados na Escala de Demência de Blessed de 9.5 pontos ou superior, com 65 anos de idade ou superior, com alguma autonomia (caminhar, sentar) e que não praticavam atividade física e mental regular. Foram excluídos os indivíduos que não quiseram ou não puderam prestar consentimento informado.

A amostra foi constituída por 30 indivíduos, com idades compreendidas entre os 71 e os 94 anos (Tabela 1), sendo que estes foram distribuídos em dois grupos, o grupo experimental e o grupo de controlo.

No caso do grupo experimental, o valor médio de idades foi de 85.4, em que o mínimo foi de 74 anos e o máximo de 94 ($DP=5.5$). No grupo de controlo o valor médio de idades foi de 84.8 ($DP=7.0$) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra em relação à idade

Grupo	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
Experimental	85.4	87.0	74	94	5.5
Controlo	84.8	87.0	71	93	7.0
Total	85.1	87.0	71	94	6.2

Desses indivíduos, 6 pertenciam ao sexo masculino, correspondendo a 20% da amostra total e 24 ao sexo feminino, correspondendo a 80% da amostra total (Tabela 2).

No caso do grupo experimental, o sexo feminino representava 86.7% enquanto o masculino representava 13.3%. Em relação ao grupo de controlo, o sexo feminino representava 73.3% enquanto o sexo masculino representava 26.7% (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização da amostra em relação ao sexo

Grupo	Sexo masculino		Sexo feminino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Experimental	2	13.3%	13	86.7%	15	100%
Controlo	4	26.7%	11	73.3%	15	100%
Total	6	20%	24	80%	30	100%

No que se refere à escolaridade, 40% dos indivíduos não tinha escolaridade, sendo esse valor correspondente a 12 pessoas. Por sua vez, 56.7% dos participantes tinha o 1.º ciclo de escolaridade, perfazendo um total de 17 indivíduos. Por último, apenas 3.3% dos participantes tinha o Ensino Superior, sendo esse valor referente a um 1 indivíduo (Tabela 3).

Em relação ao grupo experimental, a ausência de escolaridade representava 53.3%, o 1.º ciclo representa 40% e o Ensino Superior representa 6.7%. No que se refere ao grupo de controlo, a ausência de escolaridade representa 26.7%, o 1.º ciclo representa 73.3% e não houve indivíduos com Ensino Superior (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização da amostra em relação à escolaridade

Grupo	Sem escolaridade		1.º Ciclo		Ensino Superior		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Experimental	8	53.3%	6	40.0%	1	6.7%	15	100%
Controlo	4	26.7%	11	73.3%	0	0%	15	100%
Total	12	40.0%	17	56.7%	1	3.3%	30	100%

5.2 Tipo de estudo / *Design* do estudo

Quando se tenta resolver um problema, o primeiro impulso é procurar soluções alternativas. Ou seja, tenta-se procurar formas diferentes de se chegar ao núcleo do problema (Kerlinger, 1979).

O presente estudo apresenta um desenho *quasi*-experimental em que num primeiro momento são aplicados três instrumentos de avaliação a dois grupos, seguindo-se uma intervenção direta com um dos grupos e, de seguida, são aplicados novamente os instrumentos de avaliação a ambos os grupos. Este tipo

de desenho avalia a relação causa-efeito entre variáveis independentes e dependentes, sendo importante para testar a efetividade da intervenção (Sousa, Driessnack, & Mendes, 2007).

Neste sentido, é necessário realizar a comparação de ambos os grupos tanto antes da aplicação do programa de intervenção bem como após a aplicação do mesmo de modo a analisar se existem alterações (Cotta, 2014).

5.3 Etapas de operacionalização do estudo – Procedimentos

O estudo foi desenhado com base na pesquisa da literatura científica da área. O protocolo do estudo foi apresentado ao Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Faro e respetiva Direção que aceitaram colaborar (ver Apêndice 2).

Nesse sentido, foi fornecida pela instituição uma lista com quarenta e três indivíduos com diagnóstico clínico de demência, dos quais trinta cumpriam os critérios de inclusão. Foi explicado o objetivo desta investigação, esclarecida qualquer questão e solicitado o consentimento verbal bem como o preenchimento do consentimento informado a todos os participantes (ver Apêndice 1) sendo que a totalidade concordou em participar.

Aplicou-se a Escala de Demência de Blessed (Blessed, Tomlinson, & Roth, 1968) para confirmar o diagnóstico de demência (ver Anexo 1).

Os trinta elementos foram anonimizados e procedeu-se a uma organização por idades, que posteriormente foram distribuídos por dois grupos, tendo sido definido previamente a colocação no grupo experimental dos indivíduos com os números ímpares e no grupo de controlo os indivíduos com os números pares.

O grupo experimental foi submetido a quinze sessões de estimulação cognitiva no decorrer de quinze semanas, com uma sessão semanal com a duração aproximada de uma hora, no período de março a julho de 2016. Cada sessão contou sempre com dois momentos: um de predominância motora e um segundo de enfoque cognitivo.

Foram aplicados três instrumentos de avaliação a ambos os grupos em duas fases distintas: uma primeira, antes das sessões de estimulação cognitiva e uma segunda após a realização destas. Os dados foram recolhidos pelo investigador.

5.4 Instrumentos de recolha de dados

Para a escolha dos instrumentos de recolha de dados que melhor se adequassem a esta investigação recorreu-se à análise da literatura científica da área. Diversos autores destacam aspetos específicos que devem ser tidos em atenção nos momentos de decisão. Por exemplo, a pessoa idosa facilmente se cansa, pelo que a *brevidade* é um aspecto muito importante (Fernández-Ballesteros, 2000).

De igual modo é necessário ter em consideração que um grande número de pessoas idosas apresenta uma baixa escolaridade bem como limitações visuais e/ou auditivas pelo que a simplicidade é essencial. Estes instrumentos devem ainda ser capazes de medir pequenas mudanças (Fernández-Ballesteros, 2000).

Neste sentido foram seleccionados os seguintes instrumentos: Escala de Demência de Blessed (apenas utilizada antes da intervenção), *Mini Mental State Examination*, Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer e Índice de Katz, para os quais foi solicitada a devida autorização para a sua utilização (ver Apêndice 3).

5.4.1 Escala de Demência de Blessed

A Escala da Demência de Blessed foi desenvolvida em 1968 por Blessed Tomlinson e Roth tendo-se utilizado a adaptação de Garcia (2008).

Não sendo possível detetar funções mentais anormais através de instrumentos como o *Mini Mental State Examination* (MMSE), descrito de seguida, e tendo-se verificado uma discrepância entre o diagnóstico de demência e os valores deste, foi necessário recorrer-se à Escala de Demência de Blessed. Este instrumento

apresenta uma maior sensibilidade tanto a funções mentais fora da norma bem como ao humor (Chaves, 2009).

Este instrumento é um dos instrumentos utilizados há mais tempo para a avaliação e quantificação tanto de alterações funcionais bem como de alterações emocionais em pacientes com algum tipo de demência. Trata-se da sintetização da escala de demência (BLS-D), da escala de informação (BLS-I), da escala de memória (BLS-M) e ainda da escala de concentração (BLS-C) (Apóstolo, 2012).

Tem como objetivo avaliar alterações no desempenho de atividades diárias, nas rotinas, na personalidade do sujeito e nos seus interesses e motivação. Apresenta uma cotação máxima de 36 pontos. Neste instrumento, 0 representa a ausência de comprometimento emocional ou funcional (Apóstolo, 2012).

É possível interpretar os resultados desta escala agrupando os participantes em três categorias correspondentes a três intervalos de valores. Até 4 pontos estamos perante um caso considerado normal; de 4 a 9 pontos estamos perante um caso de suspeita e a partir de 9 verifica-se um caso de demência

Este instrumento foi aplicado apenas antes da intervenção, a ambos os grupos. A necessidade de se utilizar este instrumento prendeu-se com o facto de os sujeitos referenciados pela instituição como portadores de algum tipo de demência apresentarem valores elevados no MMSE. Teve como objetivo esclarecer a presença de demência e foi aplicado pelo investigador.

5.4.2 Mini Mental State Examination (MMSE)

O MMSE foi desenvolvido por Folstein, Folstein e McHugh em 1975, tendo sido utilizada a adaptação de Manuela Guerreiro e colaboradores (1993).

De acordo com a literatura, perante uma suspeita de défice cognitivo ligeiro, num primeiro instante é necessário excluir causas reversíveis do declínio cognitivo sem demência, entre as quais: depressão, hipotiroidismo, iatrogenia medicamentosa, deficiência de vitamina B12. Excluídas estas causas orgânicas,

é recomendado a aplicação de um rastreio breve através de um teste como o *Mini Mental State Examination* (Firmino, Simões, & Cerejeira, 2016).

Este é um dos instrumentos mais utilizados devido à sua fácil aplicação. Avalia não só a memória do indivíduo bem como outras funções cognitivas entre as quais a orientação, a atenção, a linguagem, a retenção, o cálculo, a evocação. É constituído por questões que abordam itens como a orientação temporal e espacial, memória, cálculo e linguagem (Sequeira, 2010; Netto, 2002). A cada resposta correta é atribuído um ponto ao paciente até um máximo de trinta pontos. Este teste não é considerado um método de diagnóstico preciso. Neste sentido, deve ser associado a um exame clínico adequado (Netto, 2002).

Os valores de corte variam de acordo com o grau de escolaridade do participante. Para a população Portuguesa considera-se presença de defeito cognitivo quando a pontuação é igual ou inferior a quinze pontos no caso de indivíduos analfabetos, igual ou inferior a vinte e dois pontos no caso de indivíduos com uma escolaridade entre um e onze anos de escolaridade e igual ou inferior a vinte e sete pontos para participantes com escolaridade superior a onze anos (Sequeira, 2010).

No presente estudo, o MMSE foi utilizado para analisar a relação entre a estimulação física e cognitiva e a capacidade cognitiva.

5.4.3 Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer

A Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer foi desenvolvida por Logsdon e colaboradores em 1999, sendo aplicada no presente estudo a versão apresentada por Novelli (2003).

Este instrumento foi desenhado no sentido de identificar domínios interpessoais, ambientais, físicos e psicológicos. Houve um cuidado especial na utilização de linguagem simples de modo a ser possível obter respostas diretas. Neste instrumento são tidos em consideração aspetos relacionados com as

preocupações do indivíduo em relação à sua situação financeira, condição física, humor, qualidade de vida global bem como memória (Novelli, 2006).

É constituído por treze itens: *Saúde física, Disposição, Humor, Moradia, Memória, Família, Casamento, Amigos, Você em geral, Capacidade para fazer tarefas, Capacidade para atividades de lazer, Dinheiro e A vida em geral*. Para cada item os participantes podem atribuir uma pontuação que varia entre um e quatro que correspondem respetivamente a “ruim”, “regular”, “bom” e “excelente”. A pontuação total varia entre treze a quinze pontos (Novelli, 2006).

A Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer foi utilizada neste estudo para analisar a relação entre a estimulação física e cognitiva e a qualidade de vida.

5.4.4 Índice de Katz

O Índice de Katz foi desenvolvido por Katz e colaboradores em 1963, sendo aplicada no presente estudo a versão apresentada por Sequeira (2007).

Este instrumento foi especificamente desenvolvido para indivíduos institucionalizados. Uma das suas maiores utilizações prende-se com a avaliação das atividades da vida diária (AVD) em pessoas idosas (Sequeira, 2010).

Contempla seis AVD: *Controlo de esfíncteres, Tomar banho, Vestir/Despir, Ir à casa de banho, Mobilidade e Alimentação*. Para cada item é possível avaliar se o indivíduo é “dependente”, “independente com ajuda”, “independente com supervisão” ou “independente”, através da atribuição de pontuação que varia entre 1 e 4 pontos, respetivamente (Sequeira, 2010).

No que se refere ao *Controlo de esfíncteres*, é “independente” se existe um controlo vesical e/ou intestinal e “dependente” caso haja incontinência parcial ou total, quer no caso urinário como no fecal. No que diz respeito a *Tomar banho*, o indivíduo é “independente” quando consegue tomar banho sem ajuda ou quando

a ajuda é apenas para partes inacessíveis e “dependente” quando necessita de ajuda para lavar a maior parte do corpo bem como para entrar e sair da banheira/chuveiro. Quanto a *Vestir/Despir*, é “independente” quando é capaz de escolher a sua roupa e vesti-la de forma adequada e “dependente” quando necessita de ajuda total, quer para escolher a roupa bem como para vesti-la. Em relação a *Ir à casa de banho*, é considerado “independente” quando se desloca sozinho até ao local, higieniza os órgãos excretores e compõe a roupa e “dependente” quando necessita de ajuda para se deslocar à casa de banho bem como em situações em que utilize arrastadeira. Quanto à *Mobilidade*, é considerado “independente” quando entra e sai da cama sozinho, é capaz de se levantar de uma cadeira e deslocar-se sozinho, ainda que possa utilizar ajudas técnicas. Por último, no que diz respeito à *Alimentação* o indivíduo é considerado “independente” quando é capaz de levar a comida à boca de forma adequada e “dependente” quando necessita de ajuda para alimentar-se (Sequeira, 2010).

O Índice de Katz foi utilizado neste estudo no sentido de analisar a relação entre a estimulação física e cognitiva e as atividades da vida diária.

5.5 Programa de intervenção

O programa de intervenção delineado para este estudo foi construído pelo investigador baseado em atividades e exercícios propostos por Jacob (2007) por se tratar de um manual que resume diferentes conceitos e práticas de intervenção com idosos. Este autor adaptou para a realidade Portuguesa experiências de sucesso noutros países e através deste trabalho foi possível desenhar um programa que servisse o propósito desta investigação (ver Apêndice 4)

Foi decidido que cada sessão teria a duração máxima de uma hora, a ser repetida semanalmente, ao longo de quinze semanas, idealmente no mesmo dia da semana para não interferir com as restantes rotinas. Cada sessão contou sempre com dois momentos: um de predominância motora e um segundo de enfoque cognitivo.

Foi feita uma planificação para cada sessão (ver Apêndice 4) com duas grandes atividades, complementadas, por vezes, por outras mais simples. Para iniciar a sessão partia-se da atividade motora e terminava-se com a atividade cognitiva.

Houve necessidade de se ir ajustando o programa de acordo com os interesses e desejos dos participantes bem como por questões de ordem prática. No final de cada sessão começou a surgir um debate espontâneo sobre a sessão do próprio dia, dando-se lugar e abertura para uma breve discussão sobre a planificação da sessão seguinte.

De um modo geral as sessões decorreram numa sala destinada para o efeito, com os participantes sentados em círculo e o dinamizador a mover-se pelos diferentes lugares. A assiduidade dos participantes foi exemplar, não se tendo registado ausências significativas.

5.6 Procedimentos para o tratamento e análise dos dados

Os dados foram introduzidos no software SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 24.0 para análise.

Inicialmente realizou-se uma análise descritiva com o objetivo de descrever o perfil sociodemográfico da amostra, seguido de uma caracterização dos fatores biopsicossociais e de qualidade de vida na do idoso com demência, através dos quatro testes utilizados.

Posteriormente foi realizada uma análise descritiva através do cálculo de médias, desvios-padrão, frequências e percentagens, expressos através de tabelas.

Para a análise da comparação antes e após a intervenção, calculámos as Médias, Desvio Padrão e avaliámos se existiam diferenças significativas nos dois momentos temporais, ou seja, antes e depois da intervenção, recorrendo para tal à análise descritiva e à utilização do Teste Wilcoxon. Foi considerado um nível de significância de 5%.

CAPÍTULO VI

6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

6.1 Caracterização das amostras

6.1.1 Análise descritiva da Escala de Demência de Blessed

A utilização da Escala de Demência de Blessed permite-nos avaliar e quantificar as alterações funcionais e emocionais em pacientes com algum tipo de demência (Apóstolo, 2012). Os valores variam entre os 0 e os 36 pontos em que o valor 0 representa a ausência de comprometimento emocional ou funcional.

No que diz respeito ao grupo experimental, para um total de 15 indivíduos, verifica-se um valor médio de 13.9 pontos, em que o valor mínimo é de 9.5 pontos e o valor máximo é de 21.5, com um desvio padrão de 3.4 (Tabela 4). Em relação ao grupo de controlo, para um total de 15 indivíduos, é possível verificar um valor médio de 15.4, em que o valor mínimo é de 10 pontos e o valor máximo de 21 pontos, com um desvio padrão de 3.5. Ambos os grupos apresentam valores muito abaixo dos 28 pontos de referência como limite para a presença de comprometimento grave (Tabela 4).

Tabela 4. Análise descritiva da Escala de Demência de Blessed

Grupo	<i>n</i>	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Experimental	15	9.5	21.5	13.9	3.4
Controlo	15	10	21	15.4	3.5

6. 1. 2 Análise descritiva do *Mini Mental State Examination*

No MMSE, a cada resposta correta é atribuído 1 ponto ao paciente até um máximo de 30. Os valores de corte variam de acordo com o grau de escolaridade do participante. Para a população Portuguesa considera-se presença de defeito cognitivo quando a pontuação é igual ou inferior a 15 pontos no caso de indivíduos analfabetos, igual ou inferior a 22 pontos no caso de indivíduos com uma escolaridade entre 1 e 11 anos de escolaridade e igual ou inferior a 27 pontos para participantes com escolaridade superior a onze anos.

Como é possível verificar, no caso do grupo experimental, todos os indivíduos sem escolaridade (8 indivíduos) obtiveram mais que 15 pontos. Em indivíduos com escolaridade compreendida entre os 1 e 11 anos, 4 obtiveram até 22 pontos e 2 obtiveram mais que 22 pontos. Para uma escolaridade de 12 ou mais anos, 1 indivíduo obteve até 27 pontos e 0 obtiveram mais que 27 (Tabela 5).

Relativamente ao grupo de controlo, dos indivíduos sem escolaridade 1 obteve até 15, enquanto 3 obtiveram mais que 15 pontos. Em indivíduos com escolaridade compreendida entre os 1 e 11 anos de escolaridade, 5 obtiveram até 22 pontos e 6 obtiveram pontuação superior a 22. Não houve indivíduos com escolaridade de 12 ou mais anos (Tabela 5).

Tabela 5. Número de indivíduos por nível de corte no Mini Mental State Examination, segundo a escolaridade

	Grupo experimental	Grupo de controlo
Sem escolaridade		
Até 15	0	1
> 15	8	3
1 a 11 anos escolaridade		
Até 22	4	5
> 22	2	6
12 anos ou mais		
Até 27	1	0
> 27	0	0

No total obteve-se uma amostra homogénea em termos de distribuição por grupos e presença/ausência de défice cognitivo como é possível verificar na seguinte tabela (Tabela 6).

Tabela 6. Caracterização da amostra em relação à distribuição por grupos e presença/ausência de défice cognitivo, segundo o Mini Mental State Examination

	Com défice cognitivo	Sem défice cognitivo
Grupo experimental	5	10
Grupo de controlo	6	9

6. 1. 3 Análise descritiva da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer

No que diz respeito à Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer, é importante referir que é constituída por 13 itens aos quais os participantes podem atribuir uma pontuação que varia entre 1 e 4 (1, 2, 3 ou 4) que correspondem respetivamente a “ruim”, “regular”, “bom” e “excelente”. A pontuação total varia entre 13 e 52 pontos (Novelli, 2006).

Foram retirados da análise os itens *Casamento* e *Dinheiro* por estarem ausentes em quase todos os indivíduos.

Para uma melhor compreensão desta escala procedeu-se à análise de cada uma das suas variáveis individualmente.

Em relação ao grupo experimental, a variável *Saúde física* apresenta um valor médio igual a 2, que corresponde a “regular”, um valor máximo de 4 e um valor mínimo igual a 1, com um desvio padrão de 0.8. A variável *Disposição* apresenta um valor médio de 2, que corresponde a “regular”, um valor mínimo igual a 1 e um valor máximo de 4 com um desvio padrão de 1.1. A variável *Humor* apresenta um valor médio de 2, que corresponde a “regular”, um valor mínimo igual a 1 e um valor máximo de 4 com um desvio padrão de 1.1. A variável *Morada* apresenta um valor médio de 3, que corresponde a “bom”, um valor mínimo igual a 1 e um valor máximo de 4 com um desvio padrão de 0.7. A variável *Memória* apresenta um valor médio de 2, que corresponde a “regular”, um valor mínimo igual a 1 e um valor máximo de 4 com um desvio padrão de 0.8. A variável *Família* apresenta um valor médio de 3, que corresponde a “bom”, um valor mínimo de 2 e um valor máximo de 3 com um desvio padrão de 0.4. A variável *Amigos* apresenta um valor médio de 2, que corresponde a “regular”, um valor mínimo igual a 1 e um valor máximo de 4 com um desvio padrão de 0.8. A variável *Você em geral* apresenta um valor médio de 2, que corresponde a “regular”, um valor mínimo igual a 1 e um valor máximo de 4 com um desvio padrão de 0.7. A variável *Capacidade para fazer tarefas* apresenta um valor médio de 2, que corresponde a “regular”, um valor mínimo igual a 1 e um valor máximo de 3 com um desvio padrão de 0.9. A variável *Capacidade para*

atividades de lazer apresenta um valor médio de 2, que corresponde a “regular”, um valor mínimo igual a 1 e um valor máximo de 3 com um desvio padrão de 0.9. A variável *A vida em geral* apresenta um valor médio de 2, que corresponde a “regular”, um valor mínimo igual a 1 e um valor máximo de 4 com um desvio padrão de 0.8 (Tabela 7).

Analisando o total das variáveis verifica-se um valor médio de 24, um valor mínimo de 14 e um valor máximo de 37 com um desvio padrão de 6.4 (Tabela 7).

Tabela 7. Pontuação do grupo experimental na Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer

	Mínimo	Máximo	M	DP
Saúde física	1	4	2	0.8
Disposição	1	4	2	1.1
Humor	1	4	2	1.1
Moradia	1	4	3	0.7
Memória	1	4	2	0.8
Família	2	3	3	0.4
Amigos	1	4	2	0.8
Você em geral	1	4	2	0.7
Capacidade para fazer tarefas	1	3	2	0.9
Capacidade para atividades de lazer	1	3	2	0.9
Vida em geral	1	4	2	0.8
Total	14	37	24	6.4

Em relação ao grupo de controlo a variável *Saúde física* apresenta um valor médio de 2, que corresponde a “regular”, um valor máximo de 4 e um valor mínimo igual a 1 com um desvio padrão de 1.0. A variável *Disposição* apresenta um valor médio de 3, que corresponde a “bom”, um valor mínimo igual a 1 e um valor máximo de 4 com um desvio padrão de 0.7. A variável *Humor* apresenta um valor médio de 3, que corresponde a “bom”, um valor mínimo igual a 1 e um valor máximo de 4 com um desvio padrão de 0.7. A variável *Morada* apresenta um valor médio de 3, que corresponde a “bom”, um valor mínimo igual a 1 e um valor máximo de 4 com um desvio padrão de 0.8. A variável *Memória* apresenta um valor médio de 2, que corresponde a “regular”, um valor mínimo igual a 1 e um valor máximo de 3 com um desvio padrão de 0.9. A variável *Família* apresenta um valor médio de 3, que corresponde a “bom”, um valor mínimo de 2 e um valor máximo de 3 com um desvio padrão de 0.5. A variável *Amigos* apresenta um valor médio de 2, que corresponde a “regular”, um valor mínimo igual a 1 e um valor máximo de 3 com um desvio padrão de 0.8. A variável *Você em geral* apresenta um valor médio de 2, que corresponde a “regular”, um valor mínimo igual a 1 e um valor máximo de 4 com um desvio padrão de 0.7. A variável *Capacidade para fazer tarefas* apresenta um valor médio de 2, que corresponde a “regular”, um valor mínimo igual a 1 e um valor máximo de 3 com um desvio padrão de 0.9. A variável *Capacidade para atividades de lazer* apresenta um valor médio de 2, que corresponde a “regular”, um valor mínimo igual a 1 e um valor máximo de 3 com um desvio padrão de 0.9. A variável *A vida em geral* apresenta um valor médio de 2, que corresponde a “regular”, um valor mínimo igual a 1 e um valor máximo de 4 com um desvio padrão de 0.7 (Tabela 8).

Analisando o total das variáveis verifica-se um valor médio de 25, um valor mínimo de 17 e um valor máximo de 39 com um desvio padrão de 5.4 (Tabela 8).

Tabela 8. Pontuação do grupo de controlo na Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer

	Mínimo	Máximo	M	DP
Saúde física	1	4	2	1.0
Disposição	1	4	3	0.7
Humor	1	4	3	0.7
Moradia	1	4	3	0.8
Memória	1	3	2	0.9
Família	2	3	3	0.5
Amigos	1	3	2	0.8
Você em geral	1	4	2	0.7
Capacidade para fazer tarefas	1	3	2	0.9
Capacidade para atividades de lazer	1	3	2	0.8
A vida em geral	1	4	2	0.7
Total	17	39	25	5.4

6. 1. 4 Análise descritiva do Índice de Katz

Por sua vez, de modo a analisar-se o desempenho a nível de seis atividades da vida diária (AVD), observaram-se os dados recolhidos através do Índice de Katz. Esse instrumento contempla as seguintes atividades: *Controlo de esfíncteres*, *Tomar banho*, *Vestir/Despir*, *Ir à casa de banho*, *Mobilidade* e *Alimentação*. Para cada item é possível avaliar se o indivíduo é independente com supervisão, independente com ajuda ou dependente, através de uma atribuição de pontos.

A “independente” corresponde o valor de 4 pontos; a “independente com supervisão”, 3 pontos; a “independente com ajuda”, 2 pontos e a “dependente”, 1 ponto (Sequeira, 2010).

O grupo experimental para quase todas as variáveis obteve-se uma variedade de independências desde “dependente” (1 ponto) a “independente” (4 pontos), à exceção da *Alimentação* em que a pontuação de todos os indivíduos corresponde a 4 pontos (“independente”) (Tabela 9).

No que se refere a *Controlo de esfíncteres*, verifica-se uma média de 2 pontos que corresponde a “independente com supervisão”. Para a variável *Ir à casa de banho*, o valor médio é de 3 valores o que corresponde a “independente com supervisão”. O mesmo acontece com as variáveis *Mobilidade* e *Vestir/Despir*. No caso da *Alimentação*, verifica-se um valor médio de 4 pontos que corresponde a “independente” (Tabela 9)

Tabela 9. Pontuação do grupo experimental no Índice de Katz

	Mínimo	Máximo	M	DP
Controlo de esfíncteres	1	4	3	1.5
Tomar banho	1	4	2	1.1
Ir à casa de banho	1	4	3	1.2
Mobilidade	1	4	3	1.3
Vestir/Despir	1	4	3	1.3
Alimentação	4	4	4	0.0

No grupo de controlo, temos uma variedade de independências desde “dependente” (1 ponto) a “independente” (4 pontos) para todas as variáveis, à

exceção de *Tomar banho* em que no máximo se obtém “independente com supervisão” (3 pontos) (Tabela 10).

No que diz respeito ao *Controlo de esfíncteres*, verifica-se uma média de 2 pontos que corresponde a “independente com ajuda”. O mesmo acontece com *Tomar banho*, obtendo-se o mesmo valor de média. Em termos de *Ida à casa de banho*, a média é de 3 pontos e corresponde a “independente com supervisão”. Igual média obteve o parâmetro *Mobilidade*. Em termos de *Vestir/Despir* verifica-se um valor médio de 2 pontos, correspondendo a “independente com ajuda” e, por último, relativamente a *Alimentação*, é possível verificar um valor médio de 4 pontos que corresponde a “independente” (Tabela 10).

Tabela 10. Pontuação do grupo de controlo no Índice de Katz

	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>
Controlo de esfíncteres	1	4	2	1.3
Tomar banho	1	3	2	0.7
Ir à casa de banho	1	4	3	1.2
Mobilidade	1	4	3	1.1
Vestir/Despir	1	4	2	1.2
Alimentação	1	4	4	0.9

No total as amostras são semelhantes, com exceção do item *Alimentação* em que os do grupo experimental são todos “independente” e no grupo de controlo não.

6.2 Análise da comparação entre grupo experimental e grupo de controlo para os diversos instrumentos

Como forma de avaliar as Médias, Desvio Padrão e avaliar se existem diferenças significativas nos dois momentos temporais, ou seja, antes e depois da intervenção, recorreremos à análise descritiva e à utilização do Teste Wilcoxon.

6. 2. 1 Análise da comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo para o *Mini Mental State Examination*

Em relação ao MMSE observou-se que no grupo de controlo o valor médio diminuiu após a intervenção enquanto no grupo experimental a média aumentou. Ambos os resultados são estatisticamente significativos (Tabela 11).

Tabela 11. Comparação entre o grupo experimental (GE) e o grupo de controlo (GC) - MMSE - antes e depois da intervenção

	Antes Média ± DP	Depois Média ± DP	Z	p
MMSE GE	24.07 ± 3.15	25.53 ± 3.12	-2.701	0.007
MMSE GC	21.67 ± 4.32	20.27 ± 4.28	-2.555	0.011

6. 2. 2 Análise da comparação entre o grupo experimental e grupo de controlo para a Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer

No que diz respeito à Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer analisámos as diferentes variáveis com relevância para o estudo.

Na variável *Saúde física*, verificamos um aumento do valor médio após a intervenção no que se refere ao grupo experimental, sendo este resultado significativo. Por sua vez, no grupo de controlo, verifica-se uma diminuição desse valor médio não sendo, no entanto, um resultado estatisticamente significativo (Tabela 12).

Tabela 12. Comparação entre o grupo experimental (GE) e o grupo de controlo (GC) - Saúde física - Escala de Avaliação da Qualidade de Vida no Doença de Alzheimer, antes e depois da intervenção

	Antes Média ± DP	Depois Média ± DP	Z	p
Saúde física GE	1.33 ± 0.82	1.60 ± 0.99	-2.000	0.046
Saúde física GC	1.87 ± 0.99	1.80 ± 0.86	-1.000	0.317

Analisando a variável *Disposição*, é possível verificar que o valor médio da variável Disposição aumenta após a intervenção no caso do grupo experimental. O mesmo não acontece no caso do grupo de controlo uma vez que esse valor diminui. No entanto, é importante referir que ambos os valores não são estatisticamente significativos (Tabela 13).

Tabela 13. Comparação entre o grupo experimental (GE) e o grupo de controlo (GC) - Disposição - Escala de Avaliação da Qualidade de Vida no Doença de Alzheimer, antes e depois da intervenção

	Antes Média ± DP	Depois Média ± DP	Z	p
Disposição GE	2.07 ± 1.10	2.27 ± 1.03	-1.342	0.180
Disposição GC	2.53 ± 0.74	2.27 ± 0.88	-1.633	0.102

Para a variável *Humor*, verifica-se um aumento do valor médio após a intervenção no caso do grupo experimental não sendo este, no entanto, estatisticamente significativo. No caso do grupo de controlo este valor diminui não sendo este, de igual modo, estatisticamente significativo (Tabela 14).

Tabela 14. Comparação entre o grupo experimental (GE) e o grupo de controlo (GC) – Humor - Escala de Avaliação de Qualidade de Vida no Doença de Alzheimer, antes e depois da intervenção

	Antes Média ± DP	Depois Média ± DP	Z	p
Humor GE	2.07 ± 1.10	2.33 ± 1.05	-1.633	0.102
Humor GC	2.53 ± 0.74	2.27 ± 0.88	-1.633	0.102

No que se refere à *Memória*, verifica-se um aumento do valor médio no grupo experimental. Este valor, no entanto, não é estatisticamente significativo. No grupo de controlo verifica-se um aumento do valor médio, com resultado estatisticamente significativo (Tabela 15).

Tabela 15. Comparação entre o grupo experimental (GE) e o grupo de controlo (GC) - Memória - Escala de Avaliação da Qualidade de Vida no Doença de Alzheimer, antes e depois da intervenção

	Antes Média ± DP	Depois Média ± DP	Z	p
Memória GE	2.33 ± 0.82	2.53 ± 0.64	-1.134	0.257
Memória GC	2.07 ± 0.88	2.33 ± 0.82	-2.000	0.046

Analisando a variável *Amigos*, é possível verificar um significativo aumento do valor médio após a intervenção no caso do grupo experimental, sendo este valor estatisticamente significativo. Quanto ao grupo de controlo, verifica-se uma

pequena diminuição do valor médio não sendo este valor, no entanto, estatisticamente significativo (Tabela 16).

Tabela 16. Comparação entre o grupo experimental (GE) e o grupo de controlo (GC) - Amigos - Escala de Avaliação da Qualidade de Vida no Doença de Alzheimer, antes e depois da intervenção

	Antes Média ± DP	Depois Média ± DP	Z	p
Amigos GE	2.33 ± 0.82	2.80 ± 0.86	-2.111	0.035
Amigos GC	1.67 ± 0.82	1.47 ± 0.64	-1.134	0.257

No que diz respeito à variável *Você em geral*, verifica-se um aumento do valor médio depois da intervenção no que diz respeito ao grupo experimental e uma diminuição no que diz respeito ao grupo de controlo. Em ambas as situações não se trata de valores estatisticamente significativos (Tabela 17).

Tabela 17. Comparação entre o grupo experimental (GE) e o grupo de controlo (GC) - Você em geral - Escala de Avaliação da Qualidade de Vida no Doença de Alzheimer, antes e depois da intervenção

	Antes Média ± DP	Depois Média ± DP	Z	p
Você em geral GE	2.33 ± 0.72	2.53 ± 0.99	-1.134	0.257
Você em geral GC	2.47 ± 0.74	2.20 ± 0.78	-1.633	0.102

Em relação à variável *Capacidade para fazer tarefas* é possível verificar um ligeiro aumento do valor médio após a intervenção no que diz respeito ao grupo experimental e uma diminuição no que diz respeito ao grupo de controlo. Nenhum dos valores é estatisticamente significativo (Tabela 18).

Tabela 18. Comparação entre o grupo experimental (GE) e o grupo de controlo (GC) - Capacidade para fazer tarefas - Escala de Avaliação de Qualidade de Vida no Doença de Alzheimer, antes e depois da intervenção

	Antes Média ± DP	Depois Média ± DP	Z	p
Capacidade para fazer tarefas GE	2.13 ± 0.83	2.20 ± 0.86	-0.577	0.564
Capacidade para fazer tarefas GC	2.13 ± 0.92	1.80 ± 0.78	-1.890	0.059

Analisando a variável *Capacidade para atividades de lazer* verifica-se um aumento do valor médio após a intervenção no caso do grupo experimental, sendo este valor estatisticamente significativo. Em relação ao grupo de controlo, o valor médio mantém-se inalterado (Tabela 19).

Tabela 19. Comparação entre o grupo experimental (GE) e o grupo de controlo (GC) - Capacidade para atividades de lazer - Escala de Avaliação de Qualidade de Vida no Doença de Alzheimer, antes e depois da intervenção

	Antes Média ± DP	Depois Média ± DP	Z	p
Capacidade para atividades de lazer GE	1.93 ± 0.88	2.20 ± 0.86	-2.000	0.046
Capacidade para atividades de lazer GC	1.73 ± 0.80	1.73 ± 0.80	0.000	1.000

No que diz respeito à variável *A vida em geral* é possível verificar um aumento do valor médio após a intervenção no grupo experimental. Este valor não é, no entanto, estatisticamente significativo. No caso do grupo de controlo, este valor médio diminui sendo estatisticamente significativo (Tabela 20).

Tabela 20. Comparação entre o grupo experimental (GE) e o grupo de controlo (GC) - A vida em geral - Escala de Avaliação da Qualidade de Vida no Doença de Alzheimer, antes e depois da intervenção

	Antes Média ± DP	Depois Média ± DP	Z	p
A vida em geral GE	233 ± 0.82	2.60 ± 0.91	-1.633	0.102
A vida em geral GC	2.47 ± 0.74	2.20 ± 0.78	-2.000	0.046

Analisando o somatório das respostas de cada variável, excluindo as variáveis *Casamento* e *Dinheiro*, por terem obtido poucas respostas, verificou-se um aumento do valor médio após a intervenção no caso do grupo experimental e uma diminuição desse valor após a intervenção no grupo de controlo. Ambos os valores são estatisticamente significativos (Tabela 21).

Tabela 21. Comparação entre o grupo experimental (GE) e o grupo de controlo (GC) - Escala de Avaliação da Qualidade de Vida no Doença de Alzheimer, antes e depois da intervenção

	Antes Média ± DP	Depois Média ± DP	Z	p
EAQVDA Total GE	24.47 ± 6.39	27.07 ± 6.11	-2.519	0.012
EAQVDA Total GC	24.93 ± 5.41	23.20 ± 6.09	-2.580	0.010

Em relação ao Índice de Katz é possível verificar que houve uma ligeira diminuição dos valores médios após a intervenção tanto no grupo experimental como no grupo de controlo. Ambos os valores não são, no entanto, estatisticamente significativos (Tabela 22).

Tabela 22. Comparação entre o grupo experimental (GE) e o grupo de controlo (GC) - Índice de Katz, antes e depois da intervenção

	Antes Média ± DP	Depois Média ± DP	Z	p
Índice de Katz GE	18.87 ± 5.55	18.60 ± 5.49	-1.633	0.102
Índice de Katz GC	15.20 ± 5.06	15.13 ± 4.88	-0.378	0.705

CAPÍTULO VII

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo teve como objetivo analisar os efeitos de um programa de estimulação física/cognitiva nas capacidades funcionais e cognitivas do idoso com demência bem como na sua qualidade de vida.

Neste capítulo propomo-nos a analisar e discutir os resultados apresentados anteriormente.

Para elaborar este estudo foi-nos fornecida pela Santa Casa da Misericórdia de Faro uma lista de utentes sinalizados como portadores de diagnóstico de demência. De modo a validar este diagnóstico, foi aplicada a cada indivíduo a escala de Blessed. Todas as respostas apresentaram resultados inferiores a 28 pontos, valor a partir do qual se considera estar perante um caso de comprometimento cognitivo grave.

A análise dos resultados permite constatar que a amostra é predominantemente constituída por indivíduos do sexo feminino ($n=24$), num total de 30 idosos ($n=30$), correspondendo a 80.0% da amostra. Os restantes 6, do sexo masculino, correspondem a 20.0% da amostra. Estes valores vão ao encontro dos dados dos últimos Censos realizados em Portugal (INE, 2011).

Com efeito, a realidade feminina representa 52.2% da população o que corresponde a 5.5 milhões pessoas. Registou-se um aumento de 2.9% em relação aos Censos de 2001. O país passou a ter 109.2 mulheres por cada 100 homens ao contrário das anteriores 107.1. No entanto verificou-se uma diminuição deste número em grupos etários mais jovens (menores de 15 e dos 15 aos 24). Nos restantes registou-se um aumento principalmente na faixa etária dos 65 ou mais em que esse aumento foi de 19.1%. Maior valor registou-se ainda no grupo etário dos 75 e mais anos em que o aumento foi de 37.6%. Este é o grupo etário corresponde à amostra desta investigação ajudando-nos a compreender o contexto em que se insere (INE, 2018).

Nesta investigação a média de idades para ambos os sexos situa-se nos 85.40 anos ($DP = 5.46$) no caso do grupo experimental e nos 84.80 anos ($DP=6.95$) no caso do grupo de controlo.

Em termos de escolaridade encontramos diferenças entre os dois grupos: no grupo experimental a maioria dos indivíduos (53.3%) não tinham escolaridade enquanto no grupo de controlo a maioria dos indivíduos tinha o 1.º ciclo de escolaridades (73.3%). O facto de não termos duas amostras semelhantes no que se refere à escolaridade poderá representar uma limitação deste estudo, condicionando um viés na análise.

Um estudo realizado com sujeitos com baixa escolaridade mostra-nos a relevância da escolaridade no que diz respeito ao declínio cognitivo. A baixa escolaridade pode implicar uma limitação no acesso ao conhecimento levando o sujeito a estar condicionado no que diz respeito a direitos, cultura, integração social (Santana, 2016). Assinale-se que estes aspetos foram tidos em consideração no momento da elaboração e implementação do programa de estimulação cognitiva.

O mesmo estudo destaca o impacto da escolaridade na aplicação de testes. A baixa escolaridade dos indivíduos pode afetar o desempenho cognitivo dos mesmos durante a realização dos testes o que poderá ter como consequência a errada atribuição de demência. Com efeito, em testes como o MMSE os estudos estabelecem uma relação entre participantes com maior número de anos de escolaridade e melhor desempenho, verificando-se o oposto em indivíduos com menos anos de escolaridade (Santana, 2016).

Relativamente aos dados obtidos através da Escala de Demência de Blessed, verifica-se que o valor mínimo no caso do grupo experimental é idêntico ao valor mínimo do grupo de controlo. O mesmo acontece com o valor máximo. Em termos de média, ambos os grupos se situam acima dos 9 pontos, valor a partir do qual se considera demência. O grupo experimental registou um valor médio de 13.87 e o grupo de controlo 15.4.

Um estudo realizado por investigadores americanos e brasileiros cujo objetivo era avaliar a concordância entre os critérios de diagnóstico da demência e

ferramentas como o *Clinical Dementia Rating* (CDR), o *Mini Mental State Examination* e a Escala de Demência de Blessed envolveu a participação de 269 sujeitos com demência. Esta investigação obteve um valor médio de 12.5 na Escala de Demência de Blessed não diferindo muito do valor por nós obtido (Maia, 2006).

Analisando os dados do MMSE verificamos uma melhoria dos resultados do grupo experimental após a intervenção. No primeiro momento o valor médio era de 24.07 ± 3.150 passando de seguida para 25.53 ± 3.1237 . O mesmo não acontece com o grupo de controlo. Após o período de intervenção a que o outro grupo foi sujeito, o grupo de controlo, que não teve qualquer participação nas atividades desenvolvidas com o grupo experimental, apresenta uma diminuição do seu valor médio passado de 21.67 ± 4.320 para 20.27 ± 4.284 .

Tendo em atenção o curso desenvolvimental das demências e as suas consequências cognitivas e motoras, nesta fase seria já importante manter os valores no decorrer das quinze semanas que separam o início e o fim da intervenção. No entanto, neste caso, apesar do curto período em que se desenvolveu o programa de estimulação cognitiva, os dados apontam para uma ligeira melhoria no caso dos sujeitos intervencionados e uma ligeira regressão no caso dos que não participaram no programa.

Num outro estudo realizado com dois grupos, um experimental e outro de controlo, em que o primeiro é submetido a sessões de estimulação cognitiva, foi possível verificar uma melhoria na situação clínica dos participantes do grupo experimental após a intervenção comparativamente aos sujeitos do grupo de controlo. A equipa de investigadores salienta a importância da implementação da estimulação cognitiva nos planos de cuidados a idosos (Apóstolo, Cardoso, Marta, & Amaral, 2011). Os resultados deste estudo são concordantes com os resultados da presente investigação.

Os dados obtidos através da aplicação da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer permitem-nos analisar em detalhe diversos aspetos da condição e vida dos participantes.

No que diz respeito à *Saúde física*, verifica-se uma melhoria dos resultados no grupo experimental e uma regressão no grupo de controlo não sendo este último, no entanto, um valor estatisticamente significativo. Para a elaboração deste programa de intervenção foi tida em atenção não só a necessidade da pessoa idosa em manter-se cognitivamente ativa, mas também ativa a nível físico. A componente física está intimamente relacionada com o bem-estar do idoso influenciando inclusivamente a sua autonomia. Nesse sentido, as sessões iniciavam com atividades de componente motora que tinham como objetivo não apenas a manutenção da saúde física, mas também a integração dos participantes na dinâmica do grupo. Com efeito, esta prática física inicial colocava os participantes num estado de satisfação e desenvoltura que influenciava positivamente a sua participação na segunda parte da sessão destinada ao desempenho cognitivo.

A este respeito, um estudo focado na parte motora realizado com a participação de dois grupos - um com elementos cujo estilo de vida era ativo e o outro cujo estilo de vida era sedentário - demonstrou que o grupo de idosos que praticavam atividades físicas apresentava bons níveis de autonomia enquanto o grupo de idosos com um estilo de vida sedentário apresentavam alguma dependência. Os dados vão ao encontro dos resultados da presente investigação pois indicam que um estilo de vida mais ativo pode ter efeitos positivos no processo de envelhecimento enquanto a falta de estímulos pode acelerar o declínio da capacidade funcional (Borges, & Moreira, 2009).

No que diz respeito à variável *Disposição* verifica-se um aumento dos valores após a intervenção no grupo experimental e uma diminuição no caso do grupo de controlo, ainda que estes valores não sejam estatisticamente significativos. Com efeito, apesar de alguma relutância inicial por parte dos sujeitos em participar nas atividades, era visível a sua boa-disposição no final das sessões. Aos minutos de risadas somaram-se incontáveis momentos de protagonismo. Durante os minutos de cada sessão os sujeitos perdiam a sua invisibilidade habitual da sala de convívio onde diariamente se encontram sentados e com pouca interação entre si para se tornarem, alternadamente, o centro das atenções e olhares dos restantes.

O mesmo acontece em relação à variável *Humor*. Verificou-se um aumento do valor médio após a intervenção no grupo experimental e uma diminuição no grupo de controlo. Ainda que estes valores não sejam estatisticamente significativos, refletem o efeito positivo de atividades deste género no estado de espírito da pessoa idosa. Algumas atividades em específico promoviam o riso e facilmente se propagava a gargalhada geral.

Os resultados de um estudo realizado com idosos cujo objetivo era avaliar a interferência de atividades recreativas nos sintomas de depressão vão ao encontro dos resultados da presente investigação. Com efeito, observou-se uma redução do valor médio da pontuação na escala de Depressão Geriátrica após a participação dos utentes em dez atividades recreativas e de estimulação. Foi ainda destacado pelos profissionais que fizeram parte deste estudo uma melhoria do humor por parte dos utentes após a participação nesta experiência (Lucca & Rabelo, 2011).

Estes mesmos efeitos de melhoria de humor dos participantes foram verificados não apenas durante o período da nossa intervenção na Santa Casa da Misericórdia de Faro bem como posteriormente em visitas regulares que se foram fazendo à instituição.

Na variável *Memória* é possível verificar uma melhoria no caso do grupo experimental, apesar de se tratar de um valor que não é estatisticamente significativo. Esta melhoria foi observável de uma forma informal sessão após sessão. No final de cada sessão havia sempre espaço para o diálogo onde os participantes eram questionados relativamente à sua atividade preferida. Verificava-se muita dificuldade em recordar quais tinham sido as atividades iniciais. Com o passar das sessões, as respostas eram cada vez mais rápidas e chegavam inclusivamente a recordar-se de algumas atividades da sessão anterior. O mesmo se aplicava a questões relativas ao dia a dia, como por exemplo qual tinha sido o almoço nesse dia ou o jantar do dia anterior.

Resultados idênticos foram obtidos num estudo onde se aplicou um programa de estimulação cognitiva com o objetivo de verificar a eficácia bem como os benefícios da implementação de um programa desta natureza no que concerne

à memória. Após uma intervenção de 14 sessões verificou-se uma melhoria da memória episódica em parte dos casos e uma melhoria da memória tardia em quase metade das participantes (Lousa, 2006).

Na variável *Amigos* verifica-se uma melhoria da média no grupo experimental e uma regressão no caso do grupo de controlo apesar de este não ser um valor estatisticamente significativo. Esta melhoria foi-se tornando visível com o decorrer do programa. Assinale-se que a criação deste grupo experimental não teve em consideração as amizades já estabelecidas na instituição. Assim sendo, os participantes tiveram oportunidade de conviver com pessoas com as quais, em muitos casos, não mantinham qualquer contacto dentro da instituição. Neste sentido, quebraram-se barreiras cuja existência não era intencional e criaram-se novos laços. Este aspeto tem ainda uma importância acrescida num ambiente onde o convívio nos tempos livres se rege por lugares sentados fixos. Ou seja, os utentes têm o seu lugar reservado tanto na sala de refeições como na sala de convívio o que os leva a conviver diariamente apenas com as pessoas que os rodeiam. Este programa de intervenção permitiu que os participantes se conhecessem, em muitos casos pela primeira vez, dando oportunidade a novas amizades que tiveram continuidade mesmo após a conclusão do mesmo.

Num outro estudo realizado com a participação de idosos que frequentavam grupos de promoção de saúde, que tinha como objetivo analisar a perceção que cada indivíduo tinha em relação à sua qualidade de vida desde o momento em que integrou estes grupos, os sujeitos descreveram as mudanças que esta experiência trouxera às suas vidas. Das várias respostas destacaram-se as seguintes: o facto de terem passado a cuidar mais de si mesmos, sentirem-se mais felizes e terem a sensação de estarem mais saudáveis. Estas conquistas foram atribuídas às novas amizades que surgiram destes encontros, às novas experiências vivenciadas e à mudança de rotina (Carvalho, & Tahan, 2010).

Os resultados por nós encontrados vão no mesmo sentido que os apresentados por Carvalho e Tahan (2010) que constataram que o desenvolvimento de programas de estimulação nos idosos pode ter benefícios importantes no que se refere ao desenvolvimento de amizades, mas também melhores e mais eficazes cuidados consigo mesmos. Neste sentido pode constatar-se que este tipo de

atividades, do qual o programa de intervenção da nossa investigação não é exceção, não só produz efeitos positivos na vida dos sujeitos pelo desempenho da atividade em si, mas de igual modo proporciona a criação destes novos laços de amizade e companheirismo cujo impacto na vida dos idosos é marcante e decisivo para uma vida plena.

No que se refere às variáveis *Você em geral* e *A vida em geral*, observamos uma melhoria em ambos os casos no grupo experimental e um declínio, em ambas as situações, no grupo de controlo, ainda que estes valores não tenham significado a nível estatístico. É de referir que as respostas que compõem estes dados estão dependentes não apenas daquilo que foram as experiências vivenciadas durante a intervenção (no caso do grupo experimental) mas também do estado de espírito do sujeito nesse dia ou nessa semana. Os mais variados acontecimentos podem levar os idosos a, num momento específico, sentirem-se menos satisfeitos com a sua vida e, num outro logo de seguida, sentirem-se felizes e contentes com a sua condição. Foi possível observar por diversas vezes como pequenos desentendimentos entre os participantes, fora do espaço da intervenção, muitos dos quais meras falhas de comunicação, tinham a capacidade de alterar por completo a sua disposição.

De referir ainda que, por outro lado, o facto de reverem a figura do investigador que ao longo das semanas se foi tornando familiar (no caso do grupo experimental) influenciou de igual modo, ainda que positivamente, estas respostas. Foi possível notar a quase geral satisfação dos participantes quando, no final, lhes foi recordado que era necessário voltar a responder de novo aos testes iniciais. Isso significava, por um lado, um pequeno prolongamento do tempo em conjunto – uma vez que na última sessão houve um visível descontentamento por aquelas semanas terem chegado a seu termo – e, por outro, a inevitável oportunidade de terem tempo a sós com o investigador para uma conversa mais prolongada.

Nas variáveis *Capacidade para fazer tarefas* e *Capacidade para atividades de lazer* observa-se uma melhoria dos valores médios dos participantes após a intervenção em ambas as variáveis no grupo experimental e um declínio em ambas as situações no grupo de controlo.

É nossa percepção que a prática semanal de exercício físico, através do programa de intervenção desta investigação, tenha resultado numa eventual melhoria da condição física dos participantes, tornando-os mais aptos para a realização de tarefas. A primeira parte de cada sessão era sempre reservada à estimulação física. O conjunto de exercícios selecionados para a criação do programa de intervenção utilizado neste estudo foi pensado de forma a estimular tanto a motricidade grossa como a motricidade fina. Algumas atividades tinham como alvo o controlo corporal, em particular o dos membros inferiores, devido ao peso que estes têm na mobilidade e conseqüente autonomia da pessoa idosa. Outras eram direcionadas para a motricidade fina, estimulando a execução de movimentos precisos com as mãos. O aumento e melhoria destas capacidades físicas teve como objetivo tornar os sujeitos mais capazes para executar tarefas e, de igual modo, mais capazes de participar em atividades de lazer. Para estas últimas houve ainda grande influência da segunda parte das sessões, destinada à estimulação a nível cognitivo. Com efeito, era notório como os elementos que constituíam o grupo experimental e que, portanto, tinham contacto regular com atividades desta natureza, aparentavam desfrutar com mais facilidade de momentos lúdicos e de lazer noutros contextos.

Os resultados de uma investigação com idosos que frequentavam um grupo de convivência onde se praticavam atividades físicas, treino de memória cognitiva, aprendizagem de línguas, entre outras, vão ao encontro dos resultados por nós encontrados. Santos, Santana e Broca (2016) concluíram que a participação dos sujeitos nas atividades do grupo permitiu-lhes a aquisição de aptidão física bem como recursos pessoais, sociais e psicossocioespirituais.

Em relação à Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer no seu todo, excluindo as variáveis para as quais não se obteve resposta de todos os participantes, é possível verificar-se uma ligeira melhoria do valor médio no grupo experimental e um declínio desse valor médio no caso do grupo de controlo. As variáveis excluídas foram as variáveis *Casamento* e *Dinheiro*. No que diz respeito à variável *Casamento*, alguns participantes confundiram a sua situação atual de viúvos com o passado próximo ou até mesmo longínquo em que eram casados. Outros não se recordavam do seu estado civil ou relacionamento. Quanto à variável *Dinheiro* é de referir que, com a exceção de

apenas quatro sujeitos, dos trinta que fizeram parte deste estudo, nenhum indivíduo tinha autonomia para se deslocar fora da instituição sem acompanhamento, motivo pelo qual não utilizam dinheiro. Neste sentido, decidiu-se excluir estas duas variáveis, tal como anteriormente referenciado.

Tendo-se obtido resultados idênticos para esta escala na nossa investigação, aos encontrados por Evangelista (2013), nomeadamente a melhoria na qualidade de vida dos integrantes do grupo de intervenção para o qual o valor médio aumentou e um ligeiro declínio no caso do grupo de controlo, foi ainda possível constatar o desagrado de vários elementos do grupo de controlo em não poderem participar nas atividades que decorriam num outro local com os elementos do grupo experimental. Mesmo sem saberem de que tipo de atividades se tratava, só de verem a satisfação com que os elementos do grupo experimental se deslocavam até à outra sala e a mesma satisfação com que abandonavam o local, suscitava-lhes o desejo de também participarem.

No que se refere ao Índice de Katz observou-se uma manutenção dos valores médios tanto no grupo experimental como no grupo de controlo. No entanto, estes valores não foram estatisticamente significativos. É nosso entender que o curto período de intervenção não permitiu observar nem grandes melhorias nem grandes declínios nas diversas variáveis que constituem esta escala. Recorde-se que o Índice de Katz é constituído por apenas 6 pontos: *Controlo de esfíncteres, Tomar banho, Ir à casa de banho, Mobilidade, Vestir/Despir, Alimentação*. Com exceção da *Mobilidade*, que devido ao risco de quedas ou de outros pequenos acidentes por um lado e a prática regular de exercício físico por outro, tem maior probabilidade de ver o seu estado alterado num período tão curto, as restantes funções têm tendência nesta idade a manter-se inalteradas ou a declinarem. Em concreto, no que diz respeito a este ponto (*Mobilidade*), ainda que os dados não o consigam transmitir, foi possível observar-se de um modo informal uma melhoria da mobilidade dos participantes do grupo experimental tanto na execução de tarefas como na própria locomoção até ao local.

CONCLUSÃO

Percorridos meses desde o planeamento da investigação que se apresenta até à discussão dos dados recolhidos, é chegado o momento de considerar toda a informação obtida ao longo desta investigação.

Importa referir que durante o período em que se implementou o programa de estimulação foi possível observar diversas situações que não se traduzem nos dados recolhidos, mas que são de igual importância para a contextualização e compreensão dos mesmos. Serão oportunamente mencionadas ao longo desta conclusão.

Como foi anteriormente explicitado a amostra contou com a participação de 30 utentes de uma Estrutura Residencial Para Idosos (ERPI) pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Faro, todos referenciados com algum tipo de demência.

Através da Escala de Demência de Blessed, utilizada neste estudo com o intuito de confirmar a prévia sinalização de demência, verificou-se que os indivíduos apresentavam uma demência moderada. Com efeito estes idosos eram indivíduos capazes de participar em atividades, de responder a questões e, em muitos casos, de manter um diálogo.

Foram objetivos deste estudo analisar a relação entre a estimulação física e cognitiva e a capacidade cognitiva, analisar a relação entre a estimulação física e cognitiva e a qualidade de vida e analisar a relação entre a estimulação física e cognitiva e as atividades da vida diária.

No que concerne ao *Mini Mental State Examination*, verificou-se uma melhoria após a intervenção no caso do grupo experimental e um declínio no caso do grupo de controlo. Tratando-se de valores estatisticamente significativos, nas variáveis abrangidas por este teste, é possível descrever uma melhoria dos

sujeitos do grupo experimental, que participaram nas sessões de estimulação física/cognitiva, em relação aos que não participaram (grupo de controlo).

Na Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer, as melhorias verificam-se em todas as suas variáveis analisadas, no caso do grupo intervencionado, enquanto é possível verificar um declínio no que se refere ao grupo não intervencionado. Se analisarmos a escala no seu todo, excluindo apenas as variáveis *Casamento* e *Dinheiro*, estas melhorias são estatisticamente significativas no caso do grupo experimental, regredindo no caso do grupo de controlo. Neste sentido, é possível concluir que, os sujeitos que integraram o grupo experimental, em média, melhoraram a sua qualidade de vida durante e após a conclusão do programa de estimulação física/cognitiva. Por sua vez, o grupo não intervencionado, após o mesmo período, viu a sua qualidade de vida regredir. Estes dados vão ao encontro daquilo que foi a vivência da aplicação deste programa e que se encontra também referido na literatura científica da área. Na fase inicial, em que os grupos foram submetidos aos pré-testes, não parecia haver diferenças entre ambos os grupos no que diz respeito à perceção que cada participante tinha em relação à sua qualidade de vida. No entanto, com o decorrer das semanas, era visível como os participantes do grupo experimental aparentavam uma maior satisfação.

No que diz respeito ao Índice de Katz, este teste remete-nos para o outro objetivo deste estudo que consistiu em analisar as relações entre a estimulação física/cognitiva e as atividades da vida diária (AVD). Estas dizem respeito às tarefas que um indivíduo executa para cuidar de si próprio e neste teste são avaliadas (*Controlo de esfíncteres, Tomar banho, Ir à casa de banho, Mobilidade, Vestir/Despir, Alimentação*). Em ambos os grupos o valor mantém-se praticamente estável havendo um ligeiro declínio tanto no grupo experimental como no grupo de controlo. Assinale-se que esta diferença pequena era um resultado já esperado uma vez que as componentes deste teste, com a exceção do *Movimento*, não são passíveis de sofrer grandes alterações num espaço de tempo tão curto como o deste estudo.

Assim, não se tendo verificado alterações significativas no Índice de Katz após a intervenção em ambos os grupos, poderá constatar-se que não existiu um

impacto considerável da estimulação física/cógnita no que se refere às Atividades da Vida Diária (AVD).

De referir, contudo, que os resultados por nós encontrados são importantes para defender a necessidade de que os profissionais de ação direta devam estimular diariamente estes fatores na rotina da pessoa idosa. É de conhecimento geral que a maioria das Estruturas Residenciais para Idosos em Portugal apresenta um problema grave de falta de pessoal o que leva, muitas vezes, a que o auxiliar de ação direta possa sentir necessidade de acelerar a higiene pessoal do utente bem como as refeições, substituindo-o, por comodidade, na execução das mesmas. Dos resultados da presente investigação pode assim inferir-se a necessidade de recomendar e sensibilizar as instituições para que, sempre que possível seja o idoso a vestir-se, lavar-se e alimentar-se, sempre que possível, servindo o profissional de ação direta de guia e supervisor, zelando pela autonomia do utente, bem como pela sua segurança. A pessoa idosa deve, sempre que possível ser incentivada a deslocar-se sozinha em favor da sua vontade, auxiliada sempre que necessário, pelo devido material ortopédico. Deve ainda ser-lhe facilitada a utilização da casa de banho sempre que requerida.

De referir também que a escolha dos grupos foi aleatória, não tendo tido em consideração as amizades já estabelecidas na instituição. Isto permitiu aos participantes conviverem com outros utentes com os quais não mantinham qualquer contacto dentro da instituição, criando-se novos laços e novas amizades.

De um modo geral é possível concluir que, ainda que por vezes os dados não sejam estatisticamente significativos, existiu um impacto positivo da estimulação física/cognitiva na vida do idoso, a nível cognitivo, como nos revelam os dados do *Mini Mental State Examination*, sendo possível deduzir uma ligeira melhoria/estagnação do desenvolvimento da demência. O mesmo acontece ao nível da qualidade de vida do idoso, como é possível verificar através da análise dos dados da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer. No que diz respeito às atividades da vida diária (AVD), não foi possível verificar uma melhoria pelo que se pensa ser necessário e

recomendável uma adequada formação dos profissionais de ação direta no sentido de trabalharem esta questão diariamente na rotina da pessoa idosa.

Assim, concluímos que apesar do presente estudo apresentar uma amostra pequena, dada a exequibilidade, e de não permitir a extrapolação das conclusões para a população idosa em geral, abriu a oportunidade para se conhecer melhor a realidade da estimulação física/cognitiva e contribui para revelar que esta poderá constituir-se uma importante mais-valia para os idosos com demência. É nosso entender que esta se poderá constituir como uma importante mais-valia do presente estudo.

Assinale-se no final desta investigação que foram várias as dificuldades encontradas ao longo deste processo. Planear um programa de estimulação física/cognitiva destinado a pessoas idosas requer uma grande atenção na seleção das atividades e uma grande capacidade de adaptação no momento de execução. De facto, não é suficiente ter um local preparado e o material correto. Trabalhar com pessoas, nomeadamente desenvolver programas de intervenção para pessoas idosas é um processo complexo pois envolve os seus próprios desejos e interesses, sendo essencial que estes fatores sejam tidos em consideração. Nesse sentido, o investigador deve ter sensibilidade para sentir como os idosos estão a aderir às atividades, como estas vão ao encontro dos seus desejos e interesses e manifestar abertura para alterar tantas vezes quanto necessário o planeado. Da análise aos comportamentos e testemunhos dos idosos que integraram o nosso estudo, pensa-se que o programa de estimulação se tornou, tal como era desejado, um momento prazeroso para todos os que dele fizeram parte.

De referir ainda alguns aspetos que podem ter-se constituído como limitações, nomeadamente alguns resultados que, em nosso entender podem ter sido influenciados pela desejabilidade social. De facto, a desejabilidade social, ou seja, a vontade dos idosos em agradar e valorizar o trabalho do investigador, pode ter tido algum peso no momento de responderem às questões presentes nos diversos testes, tornando-se uma limitação para este estudo. Foi possível verificar esta situação sempre que os participantes hesitavam na resposta ou

respondiam em tom de pergunta, aguardando a aprovação do investigador à resposta dada.

Uma outra limitação desta investigação prende-se com o facto de ser uma amostra pequena o que impossibilita a extrapolação dos resultados para a sociedade portuguesa. A exequibilidade exigiu que não se ultrapassasse os trinta participantes tendo acontecido o mesmo no que se refere ao número de sessões para a aplicação e desenvolvimento do programa de estimulação física e cognitiva.

Um outro aspeto importante e que pensamos poder constituir-se como uma menos-valia foi a necessidade de se criarem dois grupos em que um teve acesso a atividades estimulantes e, possivelmente, momentos prazerosos enquanto o outro não. Com efeito, foi possível sentir o desagrado de vários elementos do grupo de controlo em não poderem participar nas atividades do outro grupo.

Esperamos, contudo, que a presente investigação sirva de base e inspiração a estudos futuros, sendo possível, por exemplo, obter-se resultados mais conclusivos através do aumento da representatividade da amostra ou do prolongamento do programa de intervenção.

É nosso entender ainda que o desenvolvimento deste estudo contribuiu para a consolidação da importância destes programas de intervenção junto de idosos naquela que era uma ideia previamente desenvolvida por nós. Será fundamental para o modo como veremos a partir de agora o envelhecimento e a certeza de que este processo, seja ele acompanhado pela demência ou não, pode desenrolar-se por anos de qualidade de vida e satisfação pessoal, desde que acompanhado por momentos de estimulação física e cognitiva.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, L. & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios Edições.

American Psychiatric Association (2013). *DMS-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos*. Porto Alegre: Artmed. DOI: 10.5007/1807-1384.2014v11n2p96

Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria* (Geriatric instruments). Coimbra: Escola Superior de Coimbra.

Apóstolo, J., Cardoso, D., Marta, L. & Amaral, T. (2011). Efeito da estimulação cognitiva em Idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (n.º 5): 193-201. DOI: 10.12707/riii11104

Bettinelli, L., Portella, M., & Pasqualotti, A. (2008). *Envelhecimento humano – múltiplas abordagens*. Rio Grande do Sul: UPF Editora.

Blessed, G., Tomlinson, B., & Roth, M. (1968). The Association Between Quantitative Measures of Dementia and of Senile Change in the Cerebral Grey Matter of Elderly Subjects. *The British Journal of Psychiatry*, 114(512): 797-811. DOI: 10.1192/bjp.114.512.797

Borges, M. & Moreira, A. (2009). Influências da prática de atividades físicas na terceira idade: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos ativos fisicamente e idosos sedentários. *Motriz - Revista de Educação Física, UNESP, Rio Claro*, 15(3): 562-573. Disponível em: http://cac-php.unioeste.br/extensao/unati/arqs/UNATI_14.pdf

Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P., Jerónimo, P. & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Campôa, E. (2009). *Qualidade de vida, competências cognitivas e funcionais nos idosos institucionalizados e não institucionalizados* (Tese de Mestrado não publicada). Universidade do Algarve.

Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.

Carvalho, A. & Tahan, J. (2010). Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. *Saúde e Sociedade*, 19(4): 878-888. DOI: 10.1590/s0104-12902010000400014

Castro, O. (Coord.) (2004). *Envelhecer – Revisitando o corpo*. Sapucaia do Sul: Notadez.

Castro-Caldas, A. & Mendonça, A. (Coords.) (2005). *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Chaves, M. (2009). *Testes de avaliação cognitiva: Mini-exame do estado mental*. Disponível em: http://cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf

Cotta, T. C. (2014). Metodologias de avaliação de programas e projetos sociais: análise de resultados e de impacto. *Revista do Serviço Público*, 49(2): 103-110. DOI: 10.21874/rsp.v49i2.368

Curlik, D. M. & Shors, T. J. (2013). Training Your Brain: Do Mental and Physical (MAP) Training Enhance Cognition Through the Process of Neurogenesis in the Hippocampus? *Neuropharmacology*, 64: 506-514. DOI: 10.1016/j.neuropharm.2012.07.027

Dannefer, D. & Phillipson, C. (2010). *The SAGE Handbook of Social Gerontology*. London: SAGE Publications.

Duarte, A. (2013). *Envelhecimento e Qualidade de Vida, o papel da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Faro: GREI – Grupo de Estudos Interdisciplinares.

Evangelista, D. (2013). *Promoção da Saúde em Idosos Projeto de Intervenção na Demência* (Tese Mestrado não publicada). ESTESC/ESEC - Instituto Politécnico de Coimbra. Disponível em: http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/MESTRADOS_ESEC/DIANA_EVANGELISTA.pdf

Fernandes, A. (1997). *Velhice e sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.

Fernández-Ballesteros, R. (Coord.) (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (Coord.) (2007). *PsicoGerontología – Perspectivas europeas para un mundo que envejece*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (Coord.) (2009). *Psicología de la vejez*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Firmino, H., Simões, M. R. & Cerejeira, J. (Coords.) (2016). *Saúde Mental das Pessoas Mais Velhas*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento – Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Géis, P. & Rubí, M. (2007). *Ejercicios de motricidad y memoria para personas mayores*. Barcelona: Editorial Paidotribo.

Instituto Nacional de Estatística (2012). Estatísticas no Feminino: Ser Mulher em Portugal. (2012). *Destaque - Informação à Comunicação Social*. Dia Internacional da Mulher (8 de março) – 2001-2011: 1-26. Disponível em: http://file:///C:/Users/cmores/Downloads/DIM%202012_vrevmm.pdf

Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos – Actividades*. Lisboa: Ambar.

Kerlinger, (1979). *Metodologias da Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda.

Loevinger, J. (1980). *Ego Development: Conceptions and Theories*. San Francisco: Jossey – Bass.

Lousa, E. (2016). *Benefícios da Estimulação Cognitiva em Idosos: Um Estudo de Caso* (Tese Mestrado não publicada). Psicologia Clínica - Ramo das Terapias Cognitivo Comportamentais. Instituto Superior Miguel Torga. Disponível em: <http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/682/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O.pdf>

Lucca, I. & Rabelo, H. (2011). Influência das Atividades Recreativas nos Níveis de Depressão de Idosos Institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 19(4): 23-30. DOI: 10.18511/0103-1716/rbcm.v19n4p23-30

Maia, A., Godinho, C., Ferreira, E., Almeida, V., Schuh, A., Kaye, J. and Chaves, M. (2006). Aplicação da Versão Brasileira da Escala de Avaliação Clínica da Demência (Clinical Dementia Rating - CDR) em Amostras de Pacientes com Demência. *Arq Neuropsiquiatr*, 2006(64(2-B): 485-489. DOI: 10.1590/S0004-282X2006000300025

Marchand, H. (2005). *Psicologia do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto Editora

Marchand, H. (2001). *Teorias de Desenvolvimento Psicológico do Adulto e do Idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.

Marques, M. & Ciobanu, R. (2012). *Migrantes Idosos em Portugal*. Cascais: Princípa.

Netto, M. (2002). *Gerontologia – a Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.

Novelli, M. (2006). *Validação da Escala de Qualidade de Vida (DdV-DA) para pacientes com doença de Alzheimer e seus respectivos cuidadores/familiares* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5138/tde-17102014-120122/>

Oliveira, B. (2008). *Psicologia do Idoso – Temas complementares*. Porto: Legis Editora.

Oliveira, J. (2008). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso* (3.^a ed.). Porto: Livpsic.

Organização Mundial da Saúde (OMS) (2005). *Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde*. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4478.pdf>

Paúl, C. & Fonseca, A. (Coords.) (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Paúl, C. & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Paúl, C. & Ribeiro O. (Coords.) (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Ribeiro, A. (2011). *Estudo de factores de vulnerabilidade no desenvolvimento de demências. Escolaridade, actividades profissionais e actividades de lazer* (Tese de mestrado não publicada). Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/7279>

Ribeiro, C. (2011). *Qualidade de vida do idoso institucionalizado. Realidade vivida na rede nacional de cuidados continuados do Algarve* (Tese de mestrado não publicada). Universidade do Algarve. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.1/2071>

Rutter, M. (1993). *Developing Minds – Challenge and Continuity across the Life Span*. London: Penguin Books.

Santana, R., Lobato, H., Santos, G., Alexandrino, S., Alencar, T. & Souza, T. (2016). Oficinas de estimulação cognitiva para idosos com baixa escolaridade: estudo intervenção. *Avances en Enfermería*, 34(2): 151-158. DOI: 10.15446/av.enferm.v34n2.44711

Santos, G., Santana, R. & Broca, P. (2016). Execution capacity of instrumental activities of daily living in elderly: Ethnonursing. *Escola Anna Nery - Revista de*

Enfermagem, 20(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160064.pdf>

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Simões, A. (2006). *A Nova Velhice – Um Novo Público a Educar*. Porto: Ambar – Ideias no Papel S.A.

Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família – Os Cuidados Familiares na Velhice*. Porto: Ambar – Ideias no papel S.A.

Sousa, V. D., Driessnack, M., & Mendes, I. A. C. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: Desenhos de pesquisa quantitativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 15(3). DOI: 10.1590/S0104-11692007000300022

Tortosa, J. (2002). *Psicología del Envejecimiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Vandenplas-Holper, C. (2000). *Desenvolvimento psicológico na idade adulta e durante a velhice*. Porto: Edições Asa.

Vaz, E. (2008). *A Velhice na Primeira Pessoa*. Penafiel: Editorial Novembro.

Viegas, S. & Gomes, C. (2007). *A identidade na Velhice*. Porto: Ambar – Ideias no Papel, S.A.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

CONSENTIMENTO INFORMADO

Investigação “Intervenção na Demência”

Ex.mo^(ma) Sr.^(a),

Gostaria de solicitar a sua autorização para participar neste estudo que tem como objetivo compreender melhor a demência.

A investigação insere-se na Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, na Universidade do Algarve, e tem como investigador responsável César Moreira Martinho, sob a orientação da Professora Doutora Maria Helena Martins.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Pelo presente termo, declaro ter sido esclarecido(a) de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos, riscos e benefícios desta investigação. Fui igualmente informado(a) da garantia de receber resposta a qualquer dúvida relativa aos procedimentos bem como outros assuntos relacionados com a investigação; da liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar; do carácter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade bem como o carácter anónimo das minhas respostas. Declaro ainda ter recebido cópia do presente termo de compromisso.

Faro, ___ / ___ / _____

APÊNDICE 2

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA DE DADOS

Ex.^{mos} Srs.,

O meu nome é César Moreira Martinho e frequento o mestrado em Gerontologia Social na Universidade do Algarve.

Encontro-me a desenvolver um estudo orientado pela Professora Doutora Maria Helena Martins que pretende como principal analisar os efeitos de um programa de estimulação cognitiva nas capacidades funcionais e cognitivas do idoso com demência e na sua qualidade de vida.

Atendendo à escassez de estudos nesta área, espera-se que a presente investigação possa contribuir para intervir e otimizar o funcionamento adaptativo de pessoas idosas em processo inicial de demência.

É neste sentido que, venho por este meio solicitar a vossa colaboração no estudo que servirá de base à minha tese de mestrado. Para tal, necessitarei de interagir com dois grupos de utentes: um grupo experimental (entre 6 a 10 indivíduos) e um grupo de controlo (entre 6 a 10 indivíduos).

Estarei disponível para a realização de 15 sessões divididas por uma primeira parte de atividade física e uma segunda parte de estimulação cognitiva.

Aos utentes, antes e após a totalidade das sessões, serão aplicados alguns instrumentos entre os quais: *Mini Mental State Examination*, Índice de Katz e Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer.

Seria, sem dúvida, para mim, um prazer poder contar com a vossa disponibilidade.

Encontro-me à vossa inteira disposição para qualquer esclarecimento.

Os meus melhores cumprimentos,

César Moreira Martinho

APÊNDICE 3

PEDIDOS DE PERMISSÃO PARA UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTOS

Ex.^{mo} Professor Doutor Carlos Garcia,

O meu nome é César Moreira Martinho e frequento o mestrado em Gerontologia Social na Universidade do Algarve.

Encontro-me a desenvolver um estudo orientado pela Professora Doutora Maria Helena Martins intitulado “Intervenção na Demência” que apresenta como população pessoas idosas institucionalizadas.

Nesse sentido, venho por este meio solicitar a sua permissão para a utilização da versão traduzida e aferida para a população Portuguesa da Escala de Demência de Blessed.

Agradeço, desde já, a sua atenção, colocando-me à disposição para qualquer esclarecimento que considere pertinente.

Os meus melhores cumprimentos,

César Moreira Martinho

Ex.^{ma} Professora Doutora Manuela Guerreiro,

O meu nome é César Moreira Martinho e frequento o mestrado em Gerontologia Social na Universidade do Algarve.

Encontro-me a desenvolver um estudo orientado pela Professora Doutora Maria Helena Martins intitulado “Intervenção na Demência” que apresenta como população pessoas idosas institucionalizadas.

Nesse sentido, venho por este meio solicitar a sua permissão para a utilização da versão traduzida e aferida para a população Portuguesa do *Mini Mental State Examination* (MMSE).

Agradeço, desde já, a sua atenção, colocando-me à disposição para qualquer esclarecimento que considere pertinente.

Os meus melhores cumprimentos,

César Moreira Martinho

Ex.^{ma} Professora Doutora Marcia Novelli,

O meu nome é César Moreira Martinho e frequento o mestrado em Gerontologia Social na Universidade do Algarve.

Encontro-me a desenvolver um estudo orientado pela Professora Doutora Maria Helena Martins intitulado “Intervenção na Demência” que apresenta como população pessoas idosas institucionalizadas.

Nesse sentido, venho por este meio solicitar a sua permissão para a utilização da versão traduzida da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer.

Agradeço, desde já, a sua atenção, colocando-me à disposição para qualquer esclarecimento que considere pertinente.

Os meus melhores cumprimentos,

César Moreira Martinho

Ex.^{mo} Professor Doutor Carlos Sequeira,

O meu nome é César Moreira Martinho e frequento o mestrado em Gerontologia Social na Universidade do Algarve.

Encontro-me a desenvolver um estudo orientado pela Professora Doutora Maria Helena Martins intitulado “Intervenção na Demência” que apresenta como população pessoas idosas institucionalizadas.

Nesse sentido, venho por este meio solicitar a sua permissão para a utilização da versão traduzida e aferida para a população Portuguesa do Índice de Katz.

Agradeço, desde já, a sua atenção, colocando-me à disposição para qualquer esclarecimento que considere pertinente.

Os meus melhores cumprimentos,

César Moreira Martinho

APÊNDICE 4
PROGRAMA DE INTERVENÇÃO
DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

SESSÃO 1

Atendendo a que esta é primeira sessão é importante, antes de mais, conhecer todos os envolvidos, efetuar uma apresentação de todos os participantes entre si e conhecer quais os gostos e preferências pessoais de cada um dos idosos que constituem o grupo.

O propósito das atividades bem como a forma como se vão desenrolar são novamente explicados aos elementos do grupo, salientando-se que haverá sempre dois momentos: um primeiro momento em que se desenvolvem atividades de âmbito motor e um segundo momento com atividades de âmbito cognitivo.

Atividade 1 (motora): “O meu nome é... e sou natural de...” (adaptação de Jacob, 2007).

Objetivos: Contextualização da atividade, apresentação do grupo e hétero-conhecimento.

Desenvolvimento: Lançando-se a bola uns para os outros, numa primeira parte pede-se a todos que se apresentem. O dinamizador dá o exemplo e inicia a atividade. Uma vez passada por todos, pede-se que partilhem o local de nascimento. De seguida explora-se um pouco os gostos e preferências pessoais de cada um perguntando-se o que mais gostam de fazer e de seguida ainda quais os passatempos preferidos.

Material necessário: Bola.

Atividade 2 (cognitiva): “Uma mão” (adaptação de Jacob, 2007).

Objetivo: Identificar as diversas partes do corpo.

Desenvolvimento: Os idosos encontram-se sentados em cadeiras dispostas em círculo. O animador vai dando as orientações e começa-se por tocar com a mão

direita na nuca, na testa, no nariz, no ombro, no peito, no cotovelo, na anca, no joelho e no pé. De seguida repete-se o procedimento, mas com a mão contrária.

Material necessário: Cadeiras.

SESSÃO 2

Atividade inicial de aquecimento:

- Levantar os pés, para cima e para os lados, um de cada vez;
- Mexer as mãos e os pulsos para a frente, para o lado e para cima

(adaptação de Jacob, 2007).

Atividade 1 (motora): “Baliza” (adaptação de Jacob, 2007).

Objetivo: Desenvolver coordenação e capacidade respiratória.

Desenvolvimento: Para esta sessão é necessário improvisar uma baliza utilizando duas cadeiras, através da qual deverá ser lançada uma bola. Poder-se-á optar por fazer esta atividade com os participantes em pé ou sentados.

Numa primeira fase a bola deverá ser lançada com a mão e numa segunda chutada com a perna (quando possível) ou pé.

Material necessário: Cadeiras, bola.

Atividade 2 (cognitiva): “Cartões com cores” (adaptação de Jacob, 2007)

Objetivo: Desenvolver a agilidade mental e o vocabulário.

Desenvolvimento: Nesta atividade são utilizados uma série de cartões previamente elaborados onde se escreveram nomes de cores. A palavra escrita nos cartões não corresponde à cor utilizada para a escrever.

É pedido aos participantes que indiquem a cor da palavra escrita e não a palavra contida.

Material necessário: Cartões com nomes de cores escritas em cores diferentes da cor identificada.

SESSÃO 3

Atividade inicial de aquecimento:

- Abrir e fechar os braços;
- Mexer os antebraços para cima e para os lados (adaptação de Jacob, 2007).

Atividade 1 (motora): “A mão que tudo indica” (adaptação de Jacob, 2007).

Objetivo: Identificar e reconhecer as diferentes partes do corpo.

Desenvolvimento: É pedido aos participantes que, com a mão direita, vão tocando as diferentes partes do corpo: nariz, boca, orelhas, testa, pescoço, ombro, cotovelo, peito, anca, perna, pé... No final o exercício é repetido com a mão esquerda.

De modo a que haja uma participação mais ativa por parte dos intervenientes, após uma ronda com cada mão, é pedido aleatoriamente aos participantes que assumam a liderança da atividade e convidem os restantes a seguir as suas indicações.

Material necessário: Não é necessário qualquer tipo de material para esta atividade.

Atividade 2 (cognitiva): “Os bons tempos da matemática” (adaptação de Jacob, 2007).

Objetivo: Desenvolver o raciocínio abstrato.

Desenvolvimento: São apresentadas algumas operações aritméticas simples em diversos cartões e é pedido aos participantes que as resolvam sem recorrer a uma folha de papel ou máquina de calcular. Sempre que um participante erra, é escolhido um segundo cartão e tem direito a uma segunda oportunidade.

$5 + 4$	$9 - 3$	$6 : 3$	9×4	$15 - 3$	$18 - 3$
---------	---------	---------	--------------	----------	----------

$8 + 3$	$8 - 5$	$9 + 5$	2×3	$8 - 5$	$7 + 3$
---------	---------	---------	--------------	---------	---------

$7 - 2$	$10 + 3$	$20 : 2$	5×5	$30 + 3$	$35 - 3$
---------	----------	----------	--------------	----------	----------

Material necessário: Diversos cartões com enunciados de operações aritméticas.

SESSÃO 4

Atividade inicial de aquecimento:

- Sentados, levantar o joelho para cima e depois a perna para o lado;
- Abrir e fechar as mãos (adaptação de Jacob, 2007).

Atividade 1 (motora): “Jogo da malha” (adaptação de Jacob, 2007).

Objetivo: Desenvolver a coordenação óculo-manual.

Desenvolvimento: Recordando o jogo tradicional Português, em que são utilizadas pesadas peças de ferro, é pedido aos participantes que se organizem em equipas. No lugar das tradicionais malhas, são utilizados discos de cartão e no lugar dos pinos, rolos de papel higiénico.

Por cada pino derrubado são atribuídos dois pontos à equipa. A adicionar, a malha que ficar mais próximo deste, um ponto.

Ganha a equipa que primeiro completar 24 pontos.

Material necessário: Discos de cartão e rolos de papel higiénico.

Atividade 2 (cognitiva): “Qual a diferença?” (adaptação de Jacob, 2007).

Objetivo: Melhorar a concentração e o desenvolvimento da perceção espacial.

Desenvolvimento: Utilizando duas fotografias da baixa da cidade de Faro, é pedido aos participantes que descubram seis diferenças entre as imagens.

Algumas diferenças devem imediatamente ser visíveis, outras devem apresentar alguma dificuldade.



Material necessário: Imagens iguais onde numa são introduzidas diferenças.

SESSÃO 5

Atividade inicial de aquecimento:

- Inclinar o corpo para a frente e para trás;
- Abrir e fechar as mãos (adaptação de Jacob, 2007).

Atividade 1 (motora): “Bowling” (adaptação de Jacob, 2007).

Objetivo: Desenvolver a coordenação óculo-mental bem como a concentração.

Desenvolvimento: Esta atividade consiste em pedir aos participantes que derrubem o maior número de garrafas possível, atirando uma bola.

As garrafas estão dispostas no chão, a aproximadamente três metros de distância do participante

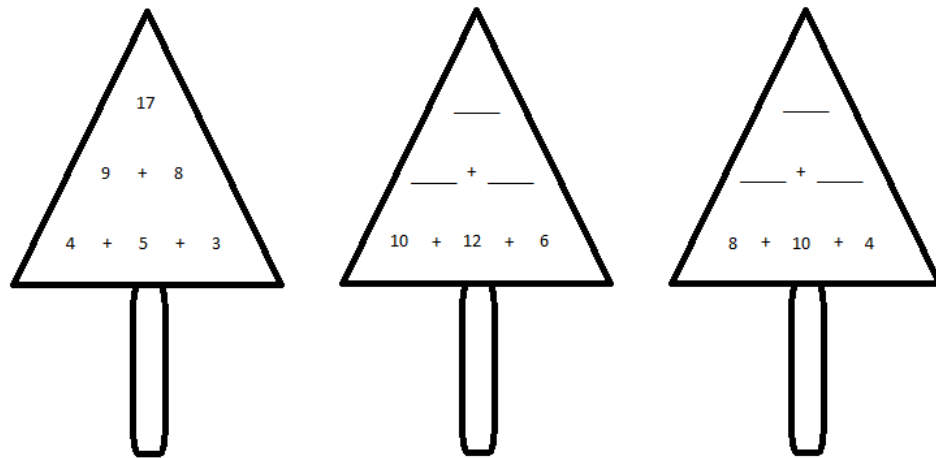
Cada participante tem direito a três tentativas. Por cada garrafa derrubada conta-se um ponto e no final, caso haja participantes com o mesmo valor, repetem-se as jogadas até se apurar um vencedor.

Material necessário: Garrafas de plástico, bola.

Atividade 2 (cognitiva): “A árvore da matemática” (adaptação de Jacob, 2007).

Objetivo: Desenvolver a agilidade mental e perceptiva.

Desenvolvimento: É pedido aos participantes que, seguindo a lógica do primeiro exemplo, completem os restantes espaços em branco das duas “árvores”.



Material necessário: Árvores de papel com enunciados de operações aritméticas.

SESSÃO 6

Atividade inicial de aquecimento:

- Inclinar o corpo para os lados;
- Inclinar a cabeça para o lado, para a frente e para cima (adaptação de Jacob, 2007).

Atividade 1 (motora): “Basquete de mesa” (adaptação de Jacob, 2007).

Objetivo: Desenvolver a coordenação óculo-manual.

Desenvolvimento: Improvisando um cesto que será colocado em cima de uma mesa, pede-se aos participantes que lancem uma bola para o seu interior. Os participantes são divididos em duas equipas. A cada participante é dada a oportunidade de lançar duas vezes. No final, a equipa com mais bolas encestadas, ganha o jogo.

Material necessário: Cesto, bola.

Atividade 2 (cognitiva): “Palavras ao avesso” (adaptação de Jacob, 2007).

Objetivo: Desenvolver a motricidade global.

Desenvolvimento: Em folhas separadas são apresentadas uma série de palavras, escritas ao contrário. O objetivo é que os participantes consigam identificar as palavras.

ORAF	OÃHLO	ARIETRAUQ	ARIVAT
OBAN	ATATAB	ARUONEC	ECAFLA
AIRAM	OÃOJ	ANIRATAC	ORDEP

Material necessário: Cartões com palavras escritas ao contrário.

SESSÃO 7

Atividade inicial de aquecimento:

- Levantar os pés, para cima e para os lados, um de cada vez;
- Levantar o braço para a frente, para o lado e para cima (adaptação de Jacob, 2007).

Atividade 1 (motora): “O anel escondido” (adaptação de Jacob, 2007)

Objetivo: Desenvolver a motricidade global.

Desenvolvimento: Insere-se um anel num fio, que será atado nas pontas, de forma a formar um círculo. Deve ser suficientemente comprido se modo a ser acessível a todos os participantes. Pede-se a um voluntário que fique no centro. O objetivo é ir passando o anel de mão em mão de forma a que o elemento do centro não se aperceba onde se encontra. Todos fazem o mesmo movimento independentemente de terem o anel em sua posse. A cada três passagens, para-se o jogo e pede-se ao indivíduo do centro que adivinhe onde se encontra. Pode-se trocar o voluntário do centro dando oportunidade a outros elementos de experimentarem aquele posto.

Material necessário: Anel, fio.

Atividade 2 (cognitiva): “Poema incompleto” (adaptação de Jacob, 2007).

Desenvolvimento: É pedido aos participantes que leiam o texto e passado um minuto tentem completá-lo.

Objetivo: Desenvolver a memória.

<p>Que feliz destino o meu Desde a hora em que te vi; Julgo até que estou no céu Quando estou ao pé de ti.</p>	<p>Que feliz _____ o meu Desde a _____ em que te vi; Julgo até que _____ no céu _____ estou ao pé de ti.</p>
<p><i>Que Feliz Destino o Meu – Mote / António Aleixo</i></p>	

Material necessário: Dois cartões: um com o poema completo e o outro com espaços em branco.

SESSÃO 8

Atividade inicial de aquecimento:

- Inclinar o corpo para os lados;
- Encolher e rodar os ombros (adaptação de Jacob, 2007).

Atividade 1 (motora): “Caneta na Garrafa” (adaptação de Jacob, 2007).

Objetivo: Desenvolver a motricidade global.

Desenvolvimento: Coloca-se uma garrafa no chão, de preferência de vidro para que não caia com o peso da caneta.

A uma caneta fina, ata-se um fio com um comprimento de aproximadamente um metro. De seguida, pede-se aos participantes que tentem inserir a caneta dentro da garrafa, agarrando o fio pela extremidade. É dado um minuto a cada concorrente para executar a tarefa.

Material necessário: Garrafa de vidro, caneta, fio.

Atividade 2 (cognitiva): “Que trago vestido?” (adaptação de Jacob, 2007).

Objetivo: Desenvolver a memória visual.

Desenvolvimento: Em pares, pede-se aos participantes que memorizem a roupa da pessoa que lhe é destinada. De seguida, devem voltar-se de costas de forma a que não se consigam ver. Posto isto, iniciam-se as perguntas um ao outro de forma a verificar se se recordam da indumentária do outro. Exemplo:

- De que cor é a minha camisa?
- De que cor são as minhas calças?

Material necessário: Não é necessário qualquer material para esta atividade

SESSÃO 9

Atividade inicial de aquecimento:

- Levantar o joelho para cima e levantar a perna para o lado;
- Inclinar a cabeça para o lado, para a frente e para cima (adaptação de Jacob, 2007).

Atividade 1 (motora): “O pé que conta” (adaptação de Jacob, 2007).

Objetivo: Desenvolver a motricidade dos membros inferiores.

Desenvolvimento: No chão são colocados quatro números em forma de cruz. É pedido ao participante que vá tocando com a ponta do pé direito em cada um dos números, conforme solicitado. No final repete-se o exercício, utilizando-se o pé contrário.

Material necessário: Quatro cartões numerados de 1 a 4.

Atividade 2 (cognitiva): “Antónimos e sinónimos” (adaptação de Jacob, 2007).

Objetivo: Desenvolver o vocabulário.

Desenvolvimento: É dada aos participantes uma lista de palavras às quais devem apresentar antónimos. Terminada a tarefa, pede-se que para as mesmas palavras encontrem sinónimos.

GRANDE	PEQUENO	ALTO
RÁPIDO	LENTO	MODERADO

Material necessário: Lista de adjetivos.

SESSÃO 10

Atividade inicial de aquecimento:

- Sentados, rodar o corpo para a direita e depois para a esquerda;
- Inclinar a cabeça para o lado, para a frente e para cima (adaptação de Jacob, 2007).

Atividade 1 (motora): “As mãos que adivinham” (adaptação de Jacob, 2007).

Objetivo: Desenvolver a sensibilidade motora.

Desenvolvimento: Coloca-se três participantes sentados em frente a um quarto. Um a um estendem a mão para que o quarto elemento as possa tocar e memorizar cada detalhe. De seguida é pedido a esse quarto elemento que feche os olhos e quando um dos outros três elementos estender a mão, deve adivinhar de qual se trata.

Material necessário: Não é necessário qualquer material para esta atividade.

Atividade 2 (cognitiva): “A fotocópia” (adaptação de Jacob, 2007).

Objetivo: Desenvolver a memória visual.

Desenvolvimento: Pede-se aos participantes que olhem para uma figura de traços simples e que a tentem memorizar. Têm dois minutos para o fazer. De seguida, sem olharem para o original, devem reproduzir o que viram numa folha de papel. No final compara-se ambas as figuras.

Material necessário: Figuras impressas e folhas de papel.

SESSÃO 11

Atividade inicial de aquecimento:

- Rodar o corpo para a direita e depois para esquerda;
- Abrir e fechar as mãos (adaptação de Jacob, 2007).

Atividade 1 (motora): “Pista de obstáculos” (adaptação de Jacob, 2007).

Objetivo da sessão: Desenvolver a coordenação.

Desenvolvimento: Utilizando os recursos disponíveis no local, como cadeiras, cestos e pequenas mesas, cria-se uma pista de obstáculos através da qual os participantes devem passar. O objetivo é que vão contornando os diferentes objetos e que no final voltem para trás e repitam o exercício.

Material necessário: Objetos disponíveis no local que sirvam de obstáculos.

Atividade 2 (cognitiva): “Onde fica?” (adaptação de Jacob, 2007).

Objetivo: Desenvolver a agilidade mental.

Desenvolvimento: Utilizando um mapa do distrito de Faro, pede-se aos participantes que localizem diversas cidades: local onde nasceram (se for o caso), cidade onde nos encontramos bem como outras cidades.



Material necessário: Mapa da região.

SESSÃO 12

Atividade inicial de aquecimento:

- Inclinar o corpo para a frente e para trás;
- Levantar o braço para a frente, para o lado e para cima (adaptação de Jacob, 2007).

Atividade 1 (motora): “Bola leve”.

Objetivo: Desenvolver a sensibilidade e coordenação motora.

Desenvolvimento: Com várias folhas de papel criam-se diversas bolas. Estas bolas percorrerão o corpo dos participantes pelas suas próprias mãos. É pedido que a passem em torno do pescoço, à volta de um braço, depois dos outros, por debaixo das pernas ou até mesmo por trás das costas. A imaginação é o limite.

Material necessário: Jornais ou folhas velhas.

Atividade 2 (cognitiva): “Qual o objeto em falta?” (adaptação de Jacob, 2007).

Objetivo: Desenvolver a memória visual.

Desenvolvimento: Em cima de uma mesa colocam-se vários objetos em fila. É pedido aos participantes que os observem por dois minutos. Passado o tempo, sem que estes se apercebam, um dos objetos é retirado. É pedido aos participantes que indiquem qual o objeto em falta.

Como variante é possível colocar os objetos em fila e após o tempo de observação inverte-se a ordem de um deles. Neste caso os participantes devem adivinhar qual o objeto trocado.

Material necessário: Objetos do quotidiano.

SESSÃO 13

Atividade inicial de aquecimento:

- Abrir e fechar os braços;
- Inclinar a cabeça para o lado, para a frente e para cima (adaptação de Jacob, 2007).

Atividade 1 (motora): “A que cheira isto?” (adaptação de Jacob, 2007).

Objetivo: Desenvolver o olfato e o paladar.

Desenvolvimento: Recolhem-se algumas plantas aromáticas, como o alecrim, a hortelã, o manjeriço, o limonete bem como alguns paus de canela e grãos de café. Coloca-se cada um dos elementos anteriormente referidos em frascos separados. De seguida, sem revelar o seu interior, dá-se a cheirar a cada um dos participantes. Devem tentar adivinhar antes de poderem visualizar o seu interior.

Material utilizado: Frascos, ervas aromáticas, paus de canela, grãos de café.

Atividade 2 (cognitiva): “Histórias loucas” (adaptação de Jacob, 2007).

Objetivo: Desenvolver a criatividade e o vocabulário.

Desenvolvimento: Começa-se por contar uma história e cada participante é convidado a acrescentar uma frase. Vai-se tirando algumas notas e, no final, faz-se um resumo da história.

Pode-se repetir quantas vezes necessário, introduzindo variantes.

Material utilizado: Folha de papel, caneta.

SESSÃO 14

Atividade inicial de aquecimento:

- Levantar as pernas, para cima e para os lados, uma de cada vez;
- Encolher e rodar os ombros (adaptação de Jacob, 2007).

Atividade 1 (motora): “Que som é este?” (adaptação de Jacob, 2007).

Objetivo: Desenvolver a audição.

Desenvolvimento: Utilizando pequenas gravações de sons do dia a dia, como o som do comboio, de um navio, a buzina de um carro, uma campainha, um sino, uma orquestra, etc., pede-se aos participantes que identifiquem a que corresponde cada um dos sons.

Esta atividade também pode ser realizada utilizando músicas conhecidas de forma a que se identifique ou o nome da música ou o seu autor.

Material necessário: Gravações de sons.

Atividade 2 (cognitiva): “Jogo do Nim” (adaptação de Jacob, 2007).

Objetivo: Desenvolver a agilidade mental.

Desenvolvimento: Faz-se uma série de perguntas a cada participante, individualmente, durante um período de tempo, das quais é necessário que se abstraia de modo a que responda o que quer que seja com exceção de “sim” ou “não”.

Material necessário: Não é necessário qualquer tipo de material para esta atividade.

SESSÃO 15

Atividade inicial de aquecimento:

- Levantar o braço para a frente, para o lado e para cima;
- Inclinar a cabeça para o lado, para a frente e para cima (adaptação de Jacob, 2007).

Atividade 1 (motora): “O saco sem fundo” (adaptação de Jacob, 2007).

Objetivo da sessão: Estimular a motricidade fina.

Desenvolvimento: Num saco de pano colocam-se uma série de objetos do dia a dia. Cada participante insere a mão e agarra um objeto. Antes de o extrair descreve-o aos restantes participantes. Todos tentam adivinhar o que é. O saco vai passando por todos os participantes.

Atividade 2 (cognitiva): “Complete o provérbio” (adaptação de Jacob, 2007).

Objetivo: Desenvolver a memória e o vocabulário.

Desenvolvimento: Começa-se um provérbio tradicional português e pede-se aos participantes que o completem. Este exercício tanto pode ser feito individualmente como em grupo.

Material necessário: Lista de provérbios.

ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA DE DEMÊNCIA DE BLESSED

EXEMPLO DE ITENS

ESCALA DE DEMÊNCIA DE BLESSED

Blessed G, Tomlinson BE, Roth M, 1968. The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects.

British Journal Psychiatry 114: 797-811

*

TRADUÇÃO EM PORTUGUÊS E ORGANIZAÇÃO:

Carlos Garcia

mendonca@fm.ul.pt ou mguerreiro@netcabo.pt

A PREENCHER COM UM ACOMPANHANTE
(Pontuação máxima = 28)

A. Vida Quotidiana

Classificação: Ausência de defeito = 0; Presença de defeito = 1; Presença inconsistente = 0.5

1. Incapacidade de realizar tarefas caseiras: ____
(cozinhar, tratar da roupa, fazer limpezas, jardinar, fazer arranjos em casa, cuidar do carro...)
2. Incapacidade para lidar com pequenas importâncias de dinheiro: ____
(no café, pequenas compras, conferir trocos...)
3. Incapacidade para recordar pequenas listas: ____
(compras, números de telefones...)
4. Tendência a desorientar-se na sua própria casa: ____
(quer ir para a sala e entra na cozinha, fica parado a procurar a divisão da casa para onde quer ir...)

...

ANEXO 2

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

EXEMPLO DE ITENS

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Folstein, Folstein e McHugh, 1975.

*

SEGUNDO A ADAPTAÇÃO PORTUGUESA DE:

Manuela Guerreiro e colabs., 1993.

Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz,

Hospital de Santa Maria.

Paciente: _____

Idade: _____ Data de avaliação: _____

1. ORIENTAÇÃO

(1 ponto por cada resposta correta)

- 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? _____

...

ANEXO 3

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NA DOENÇA DE ALZHEIMER

EXEMPLO DE ITENS

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NA DOENÇA DE ALZHEIMER

Logsdon et al., 1999.

*

VERSÃO APRESENTADA POR:

Novelli, 2003

Paciente: _____
Idade: _____ Data de avaliação: _____

SITUAÇÃO ATUAL

Classificação: Ruim = 1; Regular = 2; Bom = 3; Excelente = 4

1. Saúde física: _____
2. Disposição: _____
3. Humor: _____
4. Memória: _____
5. Amigos: _____
6. Capacidade para fazer tarefas: _____

...

ANEXO 4

ÍNDICE DE KATZ

EXEMPLO DE ITENS

ÍNDICE DE KATZ

AVALIAÇÃO FUNCIONAL

ESCALA DE ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA

Katz e colabs., 1963.

*

VERSÃO APRESENTADA POR:

Sequeira, 2007

Paciente: _____

Idade: _____ Data de avaliação: _____

Classificação: Dependente = 1; Independente com ajuda = 2;

Independente com supervisão = 3; Independente = 4

1. Controlo de esfíncteres: _____

2. Banho: _____

3. Utilização da casa de banho: _____

4. Mobilidade: _____

...