

Marina Dias

**Aplicação de um programa de
Intervenção Psicoeducativa em Idosos
Institucionalizados**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2023

Marina Dias

Aplicação de um programa de Intervenção Psicoeducativa em Idosos Institucionalizados

Mestrado em Psicologia da Educação
Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Helena Martins



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2023

Aplicação de um programa de Intervenção Psicoeducativa em Idosos Institucionalizados

Declaração de autoria de trabalho:

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam na listagem de referências incluída.

Marina Dias

Copyright © 2023 por Marina Dias Universidade do Algarve. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivo

AGRADECIMENTOS

Depois de um longo caminho, onde nem sempre tudo foi simples, resta agradecer às pessoas que o tornaram possível.

À Professora Doutora Maria Helena, por acreditar em mim em todos os passos desta caminhada e principalmente por me permitir dar voz a este projeto tão importante.

À Doutora Sílvia por me dar a oportunidade de lhe apresentar o projeto assim como aceitar sem objeções a sua realização na Santa Casa da Misericórdia.

À Doutora Ana, por todo o apoio e conhecimento que me forneceu, assim como as palavras certas nos momentos certos.

Aos meus pais, Berto e Cristina, por serem um porto seguro que nunca me deixou à deriva.

À minha avó, Avelina, por acreditar em mim mesmo quando eu não o fiz.

Ao Rafael, por estar sempre ao meu lado, mesmo longe.

Às minhas amigas, Marcia e Raquel, pelas palavras preciosas que me ajudaram muitas vezes a retomar caminho.

E por último, mas sem ser menos importante, aos utentes da Santa Casa da Misericórdia, por todo o carinho, atenção e principalmente por me acolherem de forma tão calorosa.

Sem vocês nada disto teria sido possível.

Os meus mais sinceros agradecimentos!

RESUMO

O aumento da esperança média de vida é um marco importante, mas conjuntamente com as baixas taxas de natalidade e fluxos emigratórios, que reduzem o número de jovens em Portugal, acaba por causar grande pressão na população mais envelhecida. Esta extensão do tempo de vida, embora positiva, acarreta várias dificuldades aquando do processo do envelhecimento, dificuldades que não parecem estar a ser prevenidas ou remediadas pela sociedade. O aumento dos défices cognitivos, a diminuição da autonomia e da qualidade de vida dos idosos em Portugal revelam-se grandes obstáculos no caminho para atingir um envelhecimento saudável.

A presente investigação tem como objetivo analisar os efeitos de um programa de estimulação física e cognitiva nas capacidades funcionais e cognitivas num grupo de idosos institucionalizados. Para tal, elaborou-se um estudo de caso exploratório, descritivo, transversal e comparativo, do qual participaram 34 utentes do Lar de uma Santa Casa da Misericórdia, com idades compreendidas entre os 69 e os 99 anos ($M=86.2$; $DP=6.8$). Os participantes foram divididos de forma aleatória em dois grupos, nomeadamente experimental e de controlo. O grupo experimental participou em 15 sessões de estimulação física e cognitiva. Para analisar os efeitos foram utilizados os seguintes instrumentos: Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer, *Mini Mental State Examination*, Índice de Barthel e Índice de Katz. Estes instrumentos foram aplicados em dois momentos, em ambos grupos, antes e depois do programa de intervenção. Foi também aplicado um questionário sociodemográfico para analisar as características da amostra nomeadamente o género, idade, escolaridade, profissão antes da reforma, estado de saúde e motivos de entrada na instituição.

Os resultados da investigação apontam para uma melhoria das capacidades cognitivas dos idosos institucionalizados, relativamente ao grupo experimental, assim como na sua qualidade de vida. De assinalar que as capacidades funcionais apresentaram uma ligeira regressão após o programa de intervenção.

Palavras-chave: Idosos Institucionalizados; Envelhecimento; Intervenção Psicoeducativa; Estimulação Física e Cognitiva; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The increase in average life expectancy is an important milestone, but together with low birth rates and emigration flows, which are reducing the number of young people in Portugal, it is putting great pressure on the ageing population. This extension of life expectancy, although positive, brings with it various difficulties during the ageing process, difficulties that do not seem to be being prevented or remedied by society. The increase in cognitive deficits, the decline in autonomy and the quality of life of the elderly in Portugal are major obstacles on the road to achieving healthy ageing.

The aim of this research is to analyse the effects of a physical and cognitive stimulation program on the functional and cognitive capacities of a group of institutionalised elderly people. To this end, an exploratory, descriptive, cross-sectional and comparative case study was carried out, involving 34 individuals of a Santa Casa da Misericórdia nursing home, aged between 69 and 99 ($M=86.2$; $SD=6.8$). The participants were randomly divided into two groups, experimental and control. The experimental group took part in 15 sessions of physical and cognitive stimulation. The following instruments were used to analyse the effects: Alzheimer's Disease Quality of Life Assessment Scale, Mini Mental State Examination, Barthel Index and Katz Index. . These instruments were administered to both groups before and after the intervention program. A sociodemographic questionnaire was also administered to find out the characteristics of the sample, namely gender, age, schooling, profession before retirement, state of health and reasons for entering the institution.

The results of the research point to an improvement in the cognitive abilities of the institutionalised elderly compared to the experimental group, as well as in their quality of life. It should be noted that functional abilities showed a slight regression after the intervention program.

Keywords: Institutionalized Elderly; Aging; Psychoeducational Intervention; Physical and Cognitive Stimulation; Quality of Life.

ÍNDICE

RESUMO

ABSTRACT

AGRADECIMENTOS..... i

INTRODUÇÃO..... 1

PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO 5

CAPÍTULO I – O PROCESSO DO ENVELHECIMENTO 6

1.1. Definição de conceitos 6

1.2. Teorias relacionadas com o processo de Envelhecimento 9

1.3. As “perdas” no Envelhecimento e a Qualidade de vida do Idoso 11

CAPITULO II – O DECLÍNIO FÍSICO E COGNITIVO NO ENVELHECIMENTO.. 15

2.1. Definição de conceitos 15

2.2. Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) 20

2.3. Plasticidade do cérebro do Idoso 22

2.4. Os efeitos da Estimulação física e cognitiva no Idoso..... 24

2.4.1. A Estimulação Física 26

2.4.2. A Estimulação Cognitiva 24

CAPITULO III – A INSTITUCIONALIZAÇÃO 28

3.1. Definição de conceitos e os efeitos da Institucionalização no idoso.....28

3.2. A Promoção do Envelhecimento Saudável nas Instituições de Idosos..... 30

3.3. Programas de Promoção de Envelhecimento Saudável 33

PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO..... 36

CAPÍTULO IV - OBJETIVOS..... 37

4.1 Definição da Problemática e Questão de Investigação 37

4.2 Objetivo Geral, Objetivos Específicos e Hipótese de Estudo..... 37

CAPÍTULO V – METODOLOGIA..... 39

5.1. Tipo de Estudo 39

5.2. Seleção e caracterização da amostra 39

5.2.1. Caracterização da amostra 40

5.3. Etapas de operacionalização do estudo	43
5.4. Instrumentos	44
5.4.1. Questionário Sociodemográfico.....	44
5.4.2. Índice de Katz	45
5.4.3. Índice de Barthel	45
5.4.4. Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer (<i>Quality of Life-Alzheimer's Disease - QOL-AD</i>).....	46
5.4.5. <i>Mini Mental State Examination</i>	46
5.5. Programa de Intervenção	47
5.6. Procedimentos para o tratamento e análise de dados	50
CAPÍTULO VI – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	51
6.1. Caracterização dos resultados das amostras	51
6.2. Análise da comparação entre grupo experimental e de controlo para os diversos instrumentos	58
CAPÍTULO VII – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
APÊNDICES	93
ANEXOS	139

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 5.1 Caracterização da amostra em relação à idade.....	40
Tabela 5.2 Caracterização da amostra em relação ao sexo.....	41
Tabela 5.3 Caracterização da amostra em relação à escolaridade.....	41
Tabela 5.4 Caracterização da amostra em relação à profissão.....	42
Tabela 5.5 Caracterização da amostra em relação ao estado de saúde.....	43
Tabela 5.6 Caracterização da amostra em relação à razão da entrada na instituição.....	43
Tabela 5.7 Resumo do programa de Estimulação física e cognitiva.....	48
Tabela 6.8 Pontuação do grupo experimental no Índice de Katz.....	51
Tabela 6.9 Pontuação do grupo de controlo no Índice de Katz.....	52
Tabela 6.10 Pontuação do grupo experimental no Índice de Barthel.....	53
Tabela 6.11. Pontuação do grupo de controlo no Índice de Barthel.....	54
Tabela 6.12 Pontuação do grupo experimental na Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer.....	55
Tabela 6.13 Pontuação do grupo de controlo na Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer.....	57
Tabela 6.14 Número de indivíduos por nível de corte no Mini Mental State Examination, segundo a escolaridade	58
Tabela 6.15 Caraterização da amostra em relação à distribuição por grupos e presença/ausência de défice cognitivo, segundo o Mini Mental State Examination.....	58
Tabela 6.16 Comparação entre o grupo experimental (GE) e o grupo de controlo (GC) – Índice de Katz, antes e depois da intervenção.....	59
Tabela 6.17 Comparação entre o grupo experimental (GE) e o grupo de controlo (GC) – Índice de Barthel, antes e depois da intervenção.....	59

Tabela 6.18 Comparação entre o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) – Saúde Física – Escala da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer – antes e depois da intervenção.....	60
Tabela 6.19 Comparação entre o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) – Energia– Escala da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer – antes e depois da intervenção.....	60
Tabela 6.20 Comparação entre o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) – Humor – Escala da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer – antes e depois da intervenção.....	61
Tabela 6.21 Comparação entre o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) – Condições de Vida – Escala da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer – antes e depois da intervenção.....	61
Tabela 6.22 Comparação entre o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) – Energia – Escala da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer – antes e depois da intervenção.....	62
Tabela 6.23 Comparação entre o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) – Família – Escala da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer – antes e depois da intervenção.....	62
Tabela 6.24 Comparação entre o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) – Casamento – Escala da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer – antes e depois da intervenção.....	62
Tabela 6.25 Comparação entre o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) – Amigos – Escala da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer – antes e depois da intervenção.....	63
Tabela 6.26 Comparação entre o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) – Em geral, como se sente? – Escala da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer – antes e depois da intervenção.....	63
Tabela 6.27 Comparação entre o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) – Capacidade de realizar tarefas em casa – Escala da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer – antes e depois da intervenção.....	64

Tabela 6.28 Comparação entre o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) – Capacidade de fazer coisas para se divertir – Escala da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer – antes e depois da intervenção.....	64
Tabela 6.29 Comparação entre o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) – Dinheiro – Escala da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer – antes e depois da intervenção.....	65
Tabela 6.30 Comparação entre o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) – A vida como um todo – Escala da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer – antes e depois da intervenção.....	65
Tabela 6.31 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.....	66
Tabela 6.32 Comparação entre o grupo experimental (GE) e o grupo de controlo (GC) – Mini Mental State Examination, antes e depois da intervenção.....	66

LISTA DE SIGLAS

OMS – Organização Mundial da Saúde

AVD – Atividades da vida diária

ABVD – Atividades básicas da vida diária

AIVD – Atividades instrumentais da vida diária

SNC – Sistema Nervoso Central

CCL – Comprometimento Cognitivo Leve

DCL – Declínio Cognitivo Leve

MMSE – *Mini Mental State Examination*

EAQVDA – Escala da Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer

GE – Grupo experimental

GC – Grupo de controlo

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

ILPI – Instituição de longa permanência

INTRODUÇÃO

“O envelhecimento não é “juventude perdida”, mas uma nova etapa de oportunidade e força.” (Friedan, 1963)

A procura pelo significado da vida tem vindo a revelar-se como um dos temas mais misteriosos, uma busca incessável por respostas onde muitos retornam sem nenhuma. O envelhecimento não deve, contudo, ser associado ao fim, à finitude da vida e às perdas que acontecem nesta etapa de vida, não obstante muitas pessoas que passam por este estágio se sintam excluídas, um aparte da sociedade jovem e moderna. Mas, embora esta etapa possa trazer diversas adversidades para alguns idosos, outros, contudo, encontram algo melhor pelo caminho, entre aprender algo novo, realizar um sonho em que nunca colocaram muita fé ou, até mesmo fazer novos amigos. Efetivamente, nesta procura, todas elas são formas de dar significado à nossa vida, nunca se sendo “muito velho(a)” para o alcançar (Claudia et al., 2018).

O período entre 1975 e 2025, referido como a “Era do Envelhecimento”, é caracterizado por baixas taxas de natalidade, um aumento exponencial da expectativa de vida, e uma maior emigração dos jovens devido à escassez de oportunidades. Segundo a Organização Mundial de Saúde o planeta apresentava, em 2000, cerca de 600 milhões de idosos, estes com mais de 60 anos. Estima-se ainda que o número de idosos, com 60 anos ou mais, duplique até 2050 e triplique até 2100, passando de 962 milhões em 2017 para 2,1 mil milhões em 2050 e 3,1 mil milhões em 2100 (ONU, 2023).

A tendência para o crescimento populacional idoso é um dos traços mais salientes também em Portugal, um país que durante séculos se acostumou a elevadas taxas de natalidade, mas também elevadas taxas de mortalidade. Já em 2004, Fonseca, chamava a atenção para que Portugal enfrentava um impacto significativo do peso dos idosos na população do país, sendo que a balança entre jovens e idosos se encontrava extremamente desequilibrada.

De acordo com os resultados dos CENSOS de 2021, o índice de envelhecimento tem-se agravado significativamente, mostrando que existe um grande desequilíbrio entre jovens e idosos. Se, em 1960 o índice de envelhecimento era de 27,3 idosos para 100 jovens, em 2001 passou para 102,8 e em 2021 o índice agravou-se ainda mais, existindo 182,1 idosos para apenas 100 jovens em Portugal. Os dados relevam também que quase

um quarto da população portuguesa apresenta mais de 65 anos, fazendo de Portugal o terceiro país mais envelhecido do mundo (Azevedo, 2022; Pordata, 2022).

Os fluxos emigratórios significativos devido às diferentes crises, ou desastres de guerra, durante algum tempo fizeram supor que o problema de desequilíbrio entre a população jovem e a população idosa teria sido solucionado, sendo que na realidade este desequilíbrio não só permaneceu, como agravou significativamente, já que na sua maioria o fluxo tem sido muito constituído por estrangeiros reformados, agravando assim ainda o índice de envelhecimento em Portugal (Azevedo, 2022).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece a idade de 65 anos como o início da idade da senescência, para os países desenvolvidos, enquanto nos países em desenvolvimento esta é considerada mais cedo, aos 60 anos. Refira-se que a senescência acarreta diversas mudanças, na sua maior parte a nível neuropsicológico, tais como: défices cognitivos, alterações na memória, alterações na velocidade de raciocínio, no sono, manifestação de episódios de confusão e alterações na realização de atividades de vida diária (Ottoni & Cardoso, 2019). Decorrente destas alterações a longevidade acarreta diversos problemas na vida do indivíduo, embora o sistema de saúde tenha vindo a sofrer diversas alterações e avanços de forma a conseguir alcançar diversas problemáticas, tornando assim o processo de envelhecimento mais confortável para a população idosa. Assinale-se ainda que as melhorias da qualidade dos sistemas de saúde têm influenciado também diretamente o aumento da população idosa em Portugal, e na maior parte dos países desenvolvidos (Miranda et al., 2016).

A investigação sistemática relativamente ao processo de envelhecimento apresenta-se à comunidade científica como ainda recente, apesar deste estágio de vida universal ter despertado há muito o interesse de diversos investigadores. Devido à escassa existência de investigações sobre o envelhecimento, considerado por muitos como desinteressante, a visão muito divulgada em décadas anteriores de que todas as alterações físicas e psicológicas mais importantes ocorrem na adolescência estabeleceu-se fortemente durante muito tempo na comunidade, contudo, na década de 60 a visão negativa relativamente a este processo começou a ser contestada, sobretudo com o auxílio de investigações que demonstraram que o declínio cognitivo característico do envelhecimento poderia ser em muito evitado e/ou otimizado (Gonçalves, 2015).

A este propósito refira-se que, não obstante tal, ainda existem diversos estudos sobre a pessoa idosa na atualidade, sobre a forma que esta vive e os problemas associados

ao processo do envelhecimento, dando foco a este processo de uma forma negativa, uma visão que até hoje se perpetua. Neste sentido, conhecer a visão do próprio idoso sobre este processo torna-se de extrema importância quando da construção de representações positivas desta fase, uma vez que, a maior parte dos idosos não se sente representado pelos estereótipos criados. Estes relatam, quando questionados, experiências positivas no envelhecimento contrastando a visão negativa divulgada, demonstrando o envelhecimento como um processo distinto para cada um de nós. Para além dos estereótipos negativos relativamente ao envelhecimento, mais precisamente da parte biológica, é necessário entender o idoso para além do seu conceito biológico, uma vez que, é preciso ter em atenção os ambientes onde este se insere. É referido por Bassit (2002) que os próprios idosos apresentam muitas vezes representações mais positivas sobre o envelhecimento do que alguns especialistas. É evidente ainda atualmente alguma falta de empatia da sociedade pelos idosos, assim como a falta de informação sobre os mesmos, no entanto, a consciência progressiva de muitos investigadores para se desconstruir estes estereótipos negativos e fornecer mais informações sobre a própria perspectiva do idoso sobre a sua vida, realça alguma mudança e, conseqüentemente, uma sociedade que pretende cada vez mais acolher os idosos com uma melhor qualidade de vida (Jardim et al., 2019).

Assim, parece-nos de grande relevância estudar e contribuir para este processo, pretendendo-se encontrar algumas respostas para as diferentes problemáticas assentes no envelhecimento, definindo este como um processo natural e universal, tendo em atenção as diferenças socioculturais em que os idosos vivem (Jardim et al., 2019). Efetivamente, nos últimos anos tem acrescido a quantidade de estudos referentes a este processo, principalmente dedicadas ao envelhecimento cerebral, de forma a intervir diminuindo os efeitos cognitivos e físicos adversos característicos deste estágio de vida. Novas evidências referem que, embora com o passar dos anos as conexões neurais fiquem enfraquecidas, mostrando resultados negativos na cognição da população idosa, a plasticidade neural ainda permanece, sendo então possível, através da estimulação cognitiva que esta aumente, melhorando significativamente as capacidades cognitivas da terceira idade, defendendo que a aprendizagem é um processo contínuo e ainda possível durante o envelhecimento (Ferreira et al., 2019).

Um envelhecimento bem-sucedido é então a chave para uma melhor qualidade de vida quando deste processo, sendo esta ideia do “envelhecer com sucesso” um tópico

que surgiu nos anos 60, defendendo que para obter o tal “sucesso” é necessário a adoção de um mecanismo de adaptação a condições específicas do envelhecimento e, ao mesmo tempo, adquirir um equilíbrio entre as capacidades do indivíduo e as exigências do meio. Devido aos avanços das investigações a abordagem do envelhecimento bem-sucedido vai muito mais além das variáveis psicológicas, incorporando o papel de diversas dimensões que são de igual forma importantes, como a saúde, o funcionamento mental, a alimentação, o exercício físico, as relações sociais e o próprio cotidiano do indivíduo (Fonseca, 2004).

É então neste sentido, de incorporar várias dimensões da vida do idoso, que se integra a presente investigação, que visa conhecer e compreender melhor o processo de envelhecimento, e analisar os efeitos da aplicação de um programa de estimulação física e cognitiva num grupo de idosos institucionalizados, integrando a estimulação como fator chave para potenciar um envelhecimento bem-sucedido.

Conforme o objetivo geral já referido, a investigação em questão divide-se em duas partes, sendo a primeira uma parte teórica dividida em três capítulos, onde é abordado em primeiro lugar o processo do envelhecimento; o segundo aborda o declínio físico e cognitivo no processo do envelhecimento e o terceiro aborda a institucionalização e as questões inerentes aos efeitos desta nas pessoas idosas. A segunda parte centra-se no estudo empírico, que se constitui em quatro capítulos, sendo apresentado em primeiro lugar os objetivos; a metodologia que fundamenta a investigação, a população e a amostra utilizadas, o *design* do estudo e os seus procedimentos, assim como os instrumentos que foram utilizados, o programa de intervenção e os procedimentos de análise dos dados recolhidos. Seguidamente, são apresentados os resultados obtidos, sendo que a sua discussão e análise à luz dos objetivos é feita no capítulo seguinte. Por último são apresentadas as principais considerações retiradas do presente estudo, as suas limitações e as perspetivas futuras nesta área de intervenção.

PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – O PROCESSO DO ENVELHECIMENTO

1. Definição de conceitos

O envelhecimento é conceptualizado como um fenómeno que atinge todos os seres humanos, sendo um processo dinâmico, progressivo e irreversível, ligado diretamente a fatores biológicos, psíquicos e sociais (Trompieri & Fachine, 2012). Atualmente, este processo é percecionado como um fenómeno biopsicossocial, sendo influenciado, quer pela componente biológica, como ainda pelos contextos de vida e cultura. É um processo contínuo, complexo e heterogéneo assinalado por um conjunto específico e diverso de perdas e alterações físicas, mentais e sociais (Aldwin & Igarashi, 2015; Martins, 2018).

Durante o processo de envelhecimento os idosos sofrem várias alterações funcionais, bioquímicas e psicológicas, tornando-os menos autónomos e menos adaptativos às alterações do meio, deixando-os numa posição mais frágil e vulnerável às agressões internas e externas. Em termos biológicos os idosos sofrem grandes alterações a nível do sistema cardiovascular, sendo que submetidos a maiores esforços ocorre uma diminuição da força dos batimentos do coração, assim como o aumento do colesterol e tensão arterial. Também se dão alterações no sistema respiratório, com uma diminuição da função pulmonar. O sistema músculo-esquelético também sofre com este processo, dando-se a redução do comprimento, elasticidade e número de fibras, assim como uma perda de massa muscular e elasticidade nos tendões e ligamentos (Trompieri & Fachine, 2012).

Assinale-se também que o Sistema Nervoso Central (SNC) sofre alterações, como a redução do número de neurónios, redução na velocidade de condução nervosa, redução da intensidade dos reflexos, restrição das respostas motoras, do poder de reações e da capacidade de coordenação. A perda da capacidade cerebral encontra-se relacionada com algumas doenças, como a doença de Alzheimer ou Parkinson. O declínio cognitivo encontra-se no topo das alterações aquando do envelhecimento, mais especificamente a nível da memória, velocidade de processamento e aprendizagem (Amarya et al., 2018).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), idoso é qualquer indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos, salientando que essa idade poderá variar segundo o país, dependendo fundamentalmente de questões políticas (OMS, 2005).

O início da senescência, é conceptualizado como ocorrendo dos 60 aos 65 anos, dando a ideia errada de que as capacidades cognitivas e funcionais irão sofrer perdas apenas a partir desta idade cronológica. De facto, envelhecer costumava estar mais associado a aparências e capacidades físicas, e não à idade cronológica do indivíduo. Assim, cada um envelhece a determinado ritmo, e enquanto a uns o aparecimento de cabelos brancos e rugas é precoce, para outros é mais tardio, mostrando que o envelhecimento apresenta uma individualidade característica ao indivíduo em questão (Serafim, 2007).

O envelhecimento é assim caracterizado como um processo multidimensional, centrado na interdependência entre diversas dimensões humanas, como as biológicas, psicológicas e sociais (Luiz et al., 2018). Embora, na sua maior parte, as dimensões interligadas ao envelhecimento sejam bastante idênticas, o mesmo não acontece com o processo em si, uma vez que, o envelhecimento pode variar de pessoa para pessoa, tornando este processo único para cada indivíduo. As razões pelas quais este processo se diferencia de indivíduo para indivíduo devem-se a diversos fatores, como o estilo de vida, as condições socioeconómicas e até mesmo doenças crónicas (Trompieri & Fachine, 2012).

Segundo Birren e Schroots (1996, citados por Trompieri & Fachine, 2012), o envelhecimento pode ser dividido em três subperíodos: envelhecimento primário; envelhecimento secundário e envelhecimento terciário. O envelhecimento primário é o processo natural, quando as mudanças intrínsecas a este processo são irreversíveis, progressivas e universais, tais como a aparição de rugas, cabelos brancos e a diminuição das capacidades auditiva, visual e motora. Este é principalmente conhecido como a senescência. O envelhecimento secundário está interligado a mudanças que ocorrem devido a doenças dependentes da idade, sendo o tempo o fator principal à exposição de fatores de risco, colocando o indivíduo numa posição de vulnerabilidade. Embora o tempo seja um fator de importância para a exposição do indivíduo, algumas destas doenças ou riscos podem ser evitados através de uma boa alimentação e manutenção da forma física. Já o envelhecimento terciário refere-se ao declínio terminal, conjugando uma grande perda cognitiva e física a um tempo bastante breve, dando-se então a morte do indivíduo (Serafim, 2007).

São vários os desafios que o envelhecimento envolve, deixando a população idosa vulnerável a vários fatores de risco do meio. Com o aumento da população idosa, a própria

sociedade que os acolhe enfrenta diversos desafios, nomeadamente a retração das taxas de fecundidade; fluxos emigratórios; falta de escolarização e informação sobre o processo de envelhecimento causando estereótipos negativos sobre a população idosa; falta de políticas de envelhecimento assim como programas que promovam o envelhecimento ativo e saudável, dando assim origem a uma população idosa muito desprotegida (Quaresma & Ribeirinho, 2016).

Neste sentido, devido à desproporção existente, torna-se necessário o aumento de condições nas diversas instituições que respondam às necessidades deste grupo populacional, o aumento de políticas de envelhecimento, assim como a constante melhoria e evolução dos serviços de saúde de modo a conseguir atender a todas as necessidades da população idosa (Quaresma & Ribeirinho, 2016).

Não obstante este ser um processo universal e irreversível (Martins, 2018) o aumento da população idosa parece continuar a assustar as sociedades atuais, contribuindo mais uma vez, para a conotação negativa associada ao envelhecimento. As perdas funcionais e cognitivas, como as dificuldades de mobilidade, a perda de autonomia devido a doenças crónicas ou perdas de musculatura e resistência, a diminuição da memória, atenção, concentração, assim como os défices auditivos e visuais, parecem representar uma das principais razões para estes estereótipos negativos em relação ao envelhecimento, estando, contudo, errada a ideia de que essas perdas são totalmente inevitáveis. Esquecemos então, que quando o envelhecimento é referido, este deveria ser associado a conquistas, nunca perdendo de vista que, na realidade este é sim um processo normal e positivo, testemunhando diretamente os progressos realizados pela humanidade, sejam eles em termos médicos, sociais ou económicos (Pinheiro & Rodrigues, 2021).

Embora a existência de estereótipos negativos relacionados com o envelhecimento se tenha perpetuado ao longo das décadas, é notório o esforço das comunidades científicas no combate a estes. Na atualidade, os estudos relacionados com o envelhecimento já começam a associar esta etapa da vida a um período de desenvolvimento e aprendizagem, dando uma maior importância à própria perspectiva e experiência do indivíduo. Anteriormente, apenas estádios de vida relacionados com a infância ou adolescência estavam interligados com o desenvolvimento e aprendizagem, mas, atualmente, tais características são também defendidas como específicas do envelhecimento, mostrando mais uma vez que este processo não significa apenas perdas, mas sim um período onde ainda é possível evitá-las (Jardim et al., 2019) e onde podem existir alguns ganhos,

nomeadamente a sabedoria advinda do viver a vida e do passar dos anos (Martins, 2018). O envelhecimento, para além destas perdas, também apresenta assim ganhos para a população idosa, desde mais tempo livre para si mesma, mais autonomia nas atividades a querer realizar, no participar em certas atividades que antes não era possível, seja devido à falta de tempo ou dificuldades financeiras, mais reatividade, assim como a possibilidade de consolidar saberes e experiências (Galeno et al., 2018).

Aquando da caracterização do envelhecimento é importante fazer uma distinção de conceitos entre o envelhecimento ativo, o envelhecimento bem-sucedido e a qualidade de vida, uma vez que, todos estes estão relacionados. Segundo a OMS (2005) o envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, isto com o objetivo de melhorar a qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento. O seu objetivo é aumentar a expectativa de uma vida saudável, assim como a qualidade de vida dos idosos, inclusive aqueles mais frágeis e vulneráveis. Já o envelhecimento bem-sucedido é definido através da presença de três critérios, nomeadamente: i) a baixa probabilidade de doença e incapacidade; ii) uma elevada capacidade funcional e cognitiva; e iii) um envolvimento ativo com a vida. Ao contrário do envelhecimento ativo, estes critérios necessitam ser organizados pelo próprio indivíduo e não pela sociedade em questão (Araújo et al., 2016).

Já o conceito de qualidade de vida, segundo a OMS, é a perceção do próprio indivíduo da sua posição na vida, dentro do contexto da sua cultura e sistema de valores da sociedade onde vive, assim como a perceção sob os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Este conceito, engloba, de forma complexa, a saúde física do indivíduo, a sua saúde psicológica, a sua independência, os seus vínculos sociais, as suas crenças e a sua relação com o ambiente em que se insere.

2. Teorias relacionadas com o Processo de Envelhecimento

São várias as teorias que se focam no envelhecimento como um processo, colocando este como um marco importante na vida do ser humano. Estas teorias podem ser agrupadas em três categorias: as teorias clássicas, as teorias de transição e as teorias contemporâneas. As teorias clássicas referem-se aos ciclos de vida de forma linear, representando o envelhecimento pelas palavras “crescimento, culminância e contração”. As teorias de transição têm um olhar diferente do envelhecimento, fazendo referência a

este como o curso natural da vida. Já as teorias contemporâneas avaliam a influência de fatores microssociais ou macrossociais do ambiente sobre o comportamento do indivíduo em questão (Tomé & Formiga, 2020).

Havighurst (1951) defendeu a Teoria da Atividade ou Tarefa Evolutiva, onde retratava os desafios associados ao avanço da idade, como a maturação biológica, pressão cultural e social e os esforços individuais, colocando esta teoria na categoria das teorias clássicas. Assinale-se que este investigador pretendeu como objetivo, através desta teoria, explicar que os indivíduos se adaptam e se ajustam ao avanço da idade, isto com recurso à realização de certas atividades, proporcionando assim um melhor desenvolvimento, uma vez que, aumenta a sua satisfação de viver. As atividades podem ser descritas como papéis sociais, atividades físicas e mentais que devem ser mantidas e realizadas com frequência de forma a proporcionar um envelhecimento com mais qualidade, originando o conceito de envelhecimento bem-sucedido (Tomé & Formiga, 2020).

Não obstante a sua importante contribuição, a Teoria da Atividade foi criticada por diversos investigadores pela sua simplicidade, e pelo facto de apenas defender um estilo de vida como forma de atingir o envelhecimento bem-sucedido (Almeida, et al., 2007). Refira-se, contudo, que embora tenha recebido críticas, esta teoria contribuiu diretamente para a formulação de políticas públicas, que flexibilizaram os movimentos sociais e o surgimento, por exemplo de Centros de Lazer (Tomé & Formiga, 2020).

Segundo Erikson (1959) e a sua Teoria do Desenvolvimento da Personalidade ao longo da Vida, o nosso desenvolvimento acontece em oito fases. Segundo esta teoria o nosso *ego* sofre grandes alterações durante a vida, modificando assim as nossas vivências, comportamentos e o próprio desenvolvimento da personalidade. Todas as influências socioculturais são a causa da manifestação e da resolução de cada crise que ocorre durante cada uma das oito fases. Assim, pode-se afirmar que o desenvolvimento da personalidade ocorre quando as funções psicológicas individuais interagem com os modelos comportamentais na cultura, sendo que a partir do *feedback* recebido o comportamento pode ser reforçado ou abandonado. Logo, para desenvolver a sua identidade total é necessário que o indivíduo resolva com sucesso as oito crises, experimentando assim o sentimento de *integridade do eu*. Caso estas não sejam resolvidas o indivíduo pode desenvolver desespero. Esta teoria faz parte da categoria das teorias de transição (Tomé & Formiga, 2020).

Como uma teoria mais contemporânea Paul Baltes (1987) desenvolveu a Teoria do Desenvolvimento ao longo de toda a vida (*Life span e Life course*). Baltes definiu o termo *life span* como “duração da vida”, onde é compreendido que o desenvolvimento do indivíduo ocorre desde o seu nascimento até à sua morte. Esta é categorizada por uma das teorias onde predomina o tema do envelhecimento, sendo que entende o processo como sendo contínuo, multideterminado por processos intergeracionais, dinâmicos e contextualizados, sendo também influenciado por fatores genéticos, biológicos e socioculturais. A perspectiva *lifecourse* foca-se nos macroprocessos, ou seja, os processos que caracterizam a influência dos grupos e instituições nos indivíduos a que lhes pertence (Tomé & Formiga, 2020).

Assim, podemos generalizar o conceito de envelhecimento como bastante complexo e variado, existindo uma grande diversidade de teorias explicativas, e sendo este processo algo muito individual para cada um de nós, sendo que também a “escolha” fica para cada indivíduo.

3. As “perdas” no Envelhecimento e a Qualidade de vida do Idoso

São muitos os estereótipos relacionados com o envelhecimento, sendo atribuída a esta fase o enfoque mais negativo da natureza humana. Os estereótipos negativos vinculados ao envelhecimento mencionam perdas funcionais e cognitivas, impotência sexual, doenças mentais, inutilidade, pobreza, depressão, isolamento e pouca qualidade de vida. Com tal existência torna-se quase impossível que os próprios idosos não internalizem esses estereótipos, causando, ironicamente, sentimentos de depressão e isolamento por não se sentirem valorizados e compreendidos pelas faixas etárias mais novas (Vieira & Lima, 2015). De forma a combater os efeitos causados por tais estigmas é necessário envolver os idosos na sociedade, mostrando que as suas contribuições, embora agora distintas, possuem igual importância como as demais (Mendes, 2020).

A Organização Mundial de Saúde defende não existir um idoso “típico”, pois cada um de nós apresenta diferenças a nível do seu desenvolvimento, gerando consequências distintas a nível físico e psicológico aquando do envelhecimento de cada um. Embora os estudos relacionados com o envelhecimento tenham vindo a triplicar nas últimas décadas, ainda se diz existir uma barreira entre investigar e intervir (Mendes, 2020).

Viver mais anos tem sido um desiderato da espécie humana, sendo que atualmente se refere que, dos 110 aos 120 anos é o limite do ciclo de vida, dando-se tal como uma vitória científica. Embora viver mais do que antes seja, hoje em dia possível para muitos idosos, viver com qualidade de vida não é, contudo, uma realidade para todos os idosos (Marceli, 2004). É na procura de uma melhor qualidade de vida que entra o conceito de “envelhecimento bem-sucedido”, sendo este o vetor que resulta da interação multidimensional entre a saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência económica (Maia et al., 2020).

Num estudo realizado por Neri (2013), envolvendo 2242 idosos, na sua maior parte mulheres, com objetivo de conhecer a interpretação dos idosos sobre o envelhecimento saudável e bem-sucedido, mostrou nos seus resultados que este conceito está diretamente interligado a um bom relacionamento familiar e interpessoal, com apresentar saúde cognitiva e física, bem-estar psicológico, autoestima, autonomia e autoconhecimento (Nadai et al., 2018).

Aquando da menção do conceito “envelhecimento bem-sucedido” também o conceito “envelhecimento ativo” se encontra envolvido, sendo muitas vezes estes confundidos. Como já referido anteriormente, a OMS caracteriza o envelhecimento ativo como o processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança, isto com o principal objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas. A própria palavra “ativo” inserida no conceito refere-se à participação constante e ativa do próprio idoso nas questões sociais, culturais e económicas da sociedade, e não apenas a estar ativo fisicamente (Souza et al., 2021).

O conceito de qualidade de vida, como já referido, engloba em si diversos fatores, sendo eles a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as crenças pessoais e as próprias relações do indivíduo com o meio. Neste sentido, o indivíduo encontra-se na busca entre o equilíbrio entre os três fatores, devendo este esforçar-se para alcançá-lo, mesmo perante as diversas dificuldades que o envelhecimento acarreta (Mendes, 2020).

Estudos apontam que a pessoa idosa apresenta diversas preocupações aquando do envelhecimento, sendo que a perda de saúde, autonomia e independência são as prioritárias para muitos idosos. Logo, para promover um envelhecimento com qualidade, e bem-sucedido é necessário melhorar o estilo de vida, estar ativo fisicamente, ter uma

vida social ativa, ter bons hábitos alimentares e apresentar objetivos e metas de vida (Mendes, 2020).

Um dos aspetos mais importantes do conceito da qualidade de vida, é perceber exatamente o que representa este conceito para os idosos. Neste sentido, Irigaray e Trenteni realizaram um estudo em 2009 pretendendo entre diversos objetivos, perceber os aspetos mais importantes para uma boa qualidade de vida, o que prejudicaria o bem-estar e o que melhoraria. Do seu estudo concluíram que os critérios escolhidos eram influenciados tanto pelos valores do indivíduo, como pelo meio onde este vivia. Mesmo assim, a alegria, o amor e a amizade foram as variáveis mais citadas associadas à qualidade de vida, sendo que os considerados mais prejudiciais foram a política, a falta de segurança e as desigualdades sociais. Por fim, o grupo de idosos inquirido salientou que a variável saúde é a mais importante para a melhoria da qualidade de vida. É possível então afirmar, que mesmo que as respostas sobre a percepção de qualidade de vida sejam distintas, todas elas dependem do contexto em que o indivíduo se insere (Irigaray & Trentini, 2009).

Não obstante este contexto investigativo, na atualidade a maior parte das pessoas idosas ainda são muito percecionadas como vulneráveis e sem valor para o contexto em que vivem, muitas vezes como representando um encargo para as famílias e sociedade. Ao contrário deste estereótipo, diversos investigadores assinalam que, embora apresentem diversas perdas que lhes provocam dificuldades, a pessoa idosa pode ainda escolher a sua própria vida, mostrando competência e determinação aquando da procura de novas estratégias para lidar com os problemas, revelando que para adquirir uma qualidade de vida é fundamental ser autónomo e independente (Mendes, 2020).

Quando referimos o conceito de “envelhecimento bem-sucedido”, também o conceito da “dependência” vem à tona. Esta designa-se por um estado em que o indivíduo, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia, psíquica ou intelectual, precisa de assistência para realizar tarefas da vida diária que antes realizava de forma autónoma. Embora o conceito de dependência esteja muitas vezes associado ao conceito de incapacidade estes não são sinónimos, pois enquanto uma pessoa dependente necessita, durante um longo período, de ajuda para realizar diversas tarefas do quotidiano, a presença de incapacidade, mesmo que exista uma restrição de certas atividades é sempre possível de ser compensada com a adaptação do meio, não sendo necessariamente preciso a ajuda de um terceiro para realizar a tarefa em questão (Assunção, 2010).

Ao atingir a idade da senescência os idosos enfrentam, na sua generalidade, uma variedade de problemas de saúde, podendo afetar de forma negativa a independência e autonomia de cada um, sendo então necessário a intervenção de um terceiro (Assunção, 2010).

Para muitos idosos o processo de envelhecer, o estilo de vida e condições de vida criam um terreno mais propício para complicações aquando do envelhecimento, estas na sua maioria de foro físico. Na sua maior parte, tais complicações geram problemas incapacitantes produzindo uma situação de dependência, trazendo assim a necessidade de cuidados de terceiros. Neste contexto de dependência alguns aspetos do quotidiano podem modificar-se drasticamente, como as atividades básicas de vida diária (ABVD) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD). As primeiras atividades são as que envolvem autocuidado, sejam elas alimentar-se, vestir-se, tomar banho e deslocar-se de um lugar a outro; já as AIVD são as que proporcionam independência, como administrar medicamentos, tratar da fiscalidade, ir às compras, utilizar meios de transporte e até mesmo utilizar o telemóvel (Leal et al., 2020).

Assinale-se ainda que é extremamente comum a existência de comorbilidades na idade da senescência, elevando assim proporcionalmente a necessidade de cuidados com a pessoa idosa, sejam eles prestados por familiares ou por trabalhadores da área. Assim, o idoso encontra-se muitas vezes numa situação de vulnerabilidade e de dependência, sendo que se verificarmos o grau de dependência deste teremos acesso a um indicador de como se encontra a sua capacidade funcional. Esta perceção possibilita adequar os cuidados ao grau de dependência que o indivíduo em questão apresenta, sendo também possível prevenir uma situação de incapacidade. Intervindo de forma correta e adequada ao nível da capacidade funcional do indivíduo, a possibilidade de restaurar a qualidade da sua vida aumenta, comprovando-se que, apesar das dificuldades associadas ao envelhecimento, esta fase não é a apenas de perdas, mas também de adaptação, superação de dificuldades e de resiliência (Martins, 2018).

CAPÍTULO II – O DECLÍNIO FÍSICO E COGNITIVO NO ENVELHECIMENTO

2.1. Definição de conceitos

“A velhice faz surgir mais rugas no espírito do que no rosto”. (Michel Eyquem de Montaigne, s.d)

A perspetiva do ser humano aquando do envelhecimento, como explicitado anteriormente, ainda continua na sua maioria percecionada como negativa, sendo que este processo é recebido pelo indivíduo como uma fase que evitariam, caso fosse possível. O aparecimento de cabelos brancos, rugas, as quedas mais frequentes, os esquecimentos, entre outras, revelam ao indivíduo que o seu lugar mudou. Este encontra-se numa fase em que o que recebe de volta no espelho, não são as suas conquistas ou metas ainda não alcançadas, mas sim uma visão de declínio e desvalorização social. Na sua maioria as pessoas não querem ser chamadas de velhas ou idosas, pois a conotação negativa associada a esses conceitos significa que o indivíduo é agora associado a um “lugar” negativo, não possuindo nada positivo sobre este processo (Cherix, 2015).

Não obstante, tal como já referido anteriormente, o processo do envelhecimento é um processo natural a todos os seres vivos, principalmente marcado por diversas alterações a nível físico, funcional e também psicológico, variando estas conforme as características do indivíduo em questão (Terra et al., 2022). Quando este processo é referido existem dois tipos de idades a ele associadas, nomeadamente a idade cronológica e a idade biológica. A idade cronológica refere-se ao número de anos que a pessoa viveu, ou seja, os anos decorridos desde o seu nascimento até à sua morte. Porém, este conceito não é um padrão aquando do envelhecimento, pois é apenas uma medida temporal. Já a idade biológica refere-se a todas as modificações, tanto fisiológicas como psicológicas, decorrentes do processo de envelhecimento, sendo que esta não é idêntica para todos os indivíduos, mas sim característica a cada um de nós (Borson & Romano, 2020).

O envelhecimento e a forma como este se desencadeia está associada a diversos fatores inerentes a cada indivíduo, sendo eles os biológicos, psíquicos e sociais. Estes são os fatores que mais influenciam o envelhecimento, podendo retardar ou acelerar o aparecimento de problemáticas. O envelhecimento, dependendo destes fatores, pode trazer várias problemáticas, tanto a nível físico como cognitivo (Cancela, 2007). Este

processo depende cerca de 25% da genética e 75% do estilo de vida que cada indivíduo optou e também do ambiente em que este se insere. Tais 25% influenciados por certos fatores ambientais e também hábitos de vida podem ser modificados, alterando então a forma como estes se expressam. Logo, ao colocar tanta importância em fatores ambientais e estilos de vida, é possível afirmar que, caso estes sejam de influência positiva é exequível a melhoria da qualidade de vida do idoso em geral. Não obstante, o declínio físico e cognitivo é algo intrínseco ao avanço da idade, apresentando-se como uma das principais preocupações para o indivíduo idoso, mas também para a comunidade onde este está inserido (Terra et al., 2022).

O envelhecimento traz consigo diversos tipos de alterações em relação à funcionalidade do indivíduo, marcando o envelhecimento fisiológico como uma série de modificações nas funções orgânicas e mentais, fazendo com que o indivíduo vá progressivamente perdendo a capacidade de manter o equilíbrio homeostático, comprometendo a funcionalidade de todas as funções fisiológicas (Cancela, 2007).

As Doenças Crônicas não Transmissíveis, apresentam-se como as principais problemáticas que mais afetam a população idosa, estando entre estas, doenças do aparelho cardiorrespiratório, do sistema osteomuscular e as neoplasias. Com o avançar da idade também as quedas e fraturas são muito comuns, sendo mais provável o internamento e as sequelas devido à vulnerabilidade desta faixa etária. As quedas apresentam-se como um dos principais riscos para esta população, influenciando diretamente de forma negativa a autonomia e a dependência destes (Dias et al., 2022).

O Sistema Nervoso Central (SNC) apresenta-se como o sistema biológico mais comprometido aquando do processo de envelhecimento. Este é o responsável pelas sensações, movimentos e funções biológicas e internas. Quando este sistema sofre perdas, ocorrem alterações no equilíbrio corporal, na postura e também na marcha (Bankoff, 2019). Também o processamento visual se encontra na lista dos mais afetados durante a senescência. Este, relacionado com a movimentação e relações espaciais é responsável pelo controlo postural, ficando o equilíbrio e a orientação do corpo enfraquecidas quando este se encontra comprometido, favorecendo a ocorrência de quedas, que poderão gerar ainda outras problemáticas (Esquenazi et al., 2014).

O sistema musculoesquelético e a estrutura óssea são também de vital importância no processo de senescência. O músculo esquelético apresenta-se como o maior tecido que o ser humano possui, representando cerca de 50% do peso corporal do indivíduo. Este é

de extrema importância para a homeostase, tanto em repouso como em movimento (Bankoff, 2019). Quando existe uma alta demanda muscular, a hipertrofia de uso pode gerar um aumento das fibras musculares, enquanto se existir atrofia pelo desuso, as fibras musculares ficam mais finas. Então, certas alterações próprias da idade podem gerar uma maior atrofia e fraqueza dos músculos, sendo denominada de sarcopenia, que dependendo de diversas alterações, ou até mesmo relacionado com o sedentarismo, pode alterar o seu grau, sendo normalmente mais acentuada nos membros inferiores (Esquenazi et al., 2014).

Também o sistema cardiovascular sofre alterações durante este processo, sendo que derivado do envelhecimento. Este sistema sofre consequências principalmente no coração e nas artérias. No coração observa-se uma diminuição lenta e progressiva do músculo, assim como o enrijecimento das válvulas que o compõem. Nas artérias também ocorre o endurecimento, nos vasos maiores, da camada média, influenciando a sua elasticidade. Nos vasos mais largos e também nos mais finos a sua camada interna torna-se menos funcional, favorecendo a aparecimento de placas gordurosas. Como consequência destas alterações pode ocorrer uma elevada pressão arterial sistólica (máxima) e a diminuição da pressão arterial diastólica (mínima) (Germano, 2019).

Estas são apenas algumas das alterações fisiológicas que ocorrem na fisiologia aquando do processo de envelhecimento, sendo as principais na geração de diversas outras problemáticas. Neste processo é de extrema importância um estilo de vida ativo, não apenas no começo do processo, mas sim um estilo de vida que a pessoa já tenha adotado antes da senescência. Indivíduos que pratiquem atividade física regular, tenham bons hábitos alimentares, não possuam hábitos como alcoolismo e tabagismo tendem a envelhecer melhor, conseguindo assim uma melhor qualidade de vida.

Também a cognição sofre diversas alterações, podendo esta ser entendida como o conjunto de funções e processos, que proporcionam a oportunidade de os indivíduos operarem de forma reflexiva e inteligente (Assunção & Chariglione, 2020). Esta não descreve um único processo, mas sim um conjunto de desempenhos e comportamentos, estes em diversos momentos da vida quotidiana dos indivíduos (Nunes, 2009). Durante o envelhecimento é possível observar-se um declínio do desempenho cognitivo, uma vez que o SNC sofre diversas alterações estruturais e funcionais durante este processo (Assunção & Chariglione, 2020). Refira-se que, quando falamos em cognição, os seus elementos mais representativos são a memória, a aprendizagem, a atenção, a linguagem,

a habilidade visuo-espacial, a conceptualização, as condutas aprendidas e a inteligência (Pires, 2012).

Considerando o exposto, constata-se que o envelhecimento apresenta um elevado impacto nas funções cognitivas, tornando-se fundamental compreender os processos que causam a perda de função cognitiva, tanto durante a senescência normal como na patológica. À medida em que a idade aumenta, também a redução de competências cognitivas se torna proporcional, e embora a ciência tenha, nas últimas décadas vindo a possibilitar grandes avanços a nível de muitas destas problemáticas, estas continuam bastante presentes do dia-a-dia das pessoas idosas, impactando muitas vezes o seu quotidiano e a sua capacidade de viver de forma autónoma e independente (Pereira, 2019).

Na sua maioria, a literatura atual que refere défices cognitivos, indica a existência destes diretamente associados ao avanço da idade em diversas funções cognitivas. Embora a ideia geral esteja correta, é errado assumir que a magnitude de tais declínios é idêntica para todas as tarefas ou funções. Por isso, é necessária a distinção entre dois conceitos: processo e produto. O processo trata-se da capacidade de resolver problemas novos, conseguindo transformar e manipular materiais familiares. O produto consiste nas diversas formas de conhecimento já adquirido. É possível verificar uma maior consistência em termos de declínio sobre os processos, do que no declínio dos produtos com o avanço da idade (Amarya et al., 2018).

Segundo Nunes (2009) existem quatro mecanismos cognitivos que justificam os défices associados à idade, sendo estes relacionados a índices de recursos cognitivos que estão disponíveis aquando da realização de certas tarefas. Estes recursos colocam-se como preditores de sucesso em relação à tarefa, sendo que vão diminuindo com a idade. Existem quatro mecanismos para explicar as diferenças de processamento cognitivo associadas à idade, nomeadamente a diminuição da velocidade de processamento, memória de trabalho, função inibitória e função sensorial.

De acordo com Salthouse (1996, citado por Cancela, 2007), a velocidade de processamento, ou seja, a velocidade com que desempenhamos operações mentais, é a mais fácil de prever. Esta pode afetar a atenção, a memória e a tomada de decisão, influenciando diretamente o desempenho de tarefas que não requeiram especificamente velocidade. A memória de trabalho está diretamente relacionada com a retenção a curto prazo e também a manipulação de informação que se encontra registada na memória consciente. Esta informação desaparece da memória de trabalho em dois segundos, sendo

que para que a informação que se pretende se mantenha por um período mais longo é necessário treiná-la. Durante o envelhecimento existe o declínio destas aptidões relacionadas com a memória de trabalho, como por exemplo repetir o abecedário ao contrário. Como na anterior, também o declínio da memória de trabalho traz consequências para outras aptidões, como o raciocínio e a aprendizagem.

A função inibitória refere que com o avanço da idade temos mais dificuldade em focar na informação mais importante das tarefas e inibirmos aquela que é irrelevante. Esta função não está então diretamente ligada com a memória de trabalho como seria de esperar, mas nos sim aos conteúdos das tarefas em questão. Logo, uma das razões pela qual os idosos apresentam uma pior performance cognitiva na globalidade das tarefas, está relacionada com o facto de não se conseguirem focar na informação relevante da tarefa em questão, desperdiçando assim os seus recursos no processamento de informação que poderia ser considerada como irrelevante. De acordo com esta perspetiva podemos referir o declínio do desempenho da memória de trabalho não pela sua própria diminuição, mas sim pelo facto de existir uma manutenção de informação irrelevante devido à incapacidade de inibir (Nunes, 2009).

Na sua maioria, as pessoas idosas apresentam também grandes alterações na função sensorial, uma vez que, à medida que a idade avança também a quantidade de neurónios sensoriais diminui, favorecendo a diminuição do processamento realizado pelo SNC. O declínio desta função mostra-se como um aspeto importante na vida dos idosos, pois coloca em questão a sua segurança e qualidade de vida. Nesta função estão inseridas a visão, a audição, o olfato e paladar e o tato (Lamas & Paúl, 2013).

Ainda segundo Cancela (2007) o declínio das funções cognitivas não é uniforme para todas elas, sendo que algumas podem ser mais acentuadas, enquanto outras podem permanecer quase inalteradas:

- A comunicação por meio da linguagem consegue manter-se estável durante a maior parte da idade adulta, mas ao entrar na fase de envelhecimento, os idosos lutam com a compreensão da fala longa ou complexa e com a rápida recuperação e reprodução de nomes ou termos mais específicos. Em certo sentido, as palavras tendem a ser mais repetitivas.
- Apresentam dificuldade em realizar tarefas de raciocínio que envolvam análises mais lógicas e organizadas de materiais com os quais não estão familiarizados. Além disso, são mais lentos do que os adultos mais velhos na execução de tarefas

que envolvem planejamento, execução e avaliação de sequências comportamentais complexas.

- No que se refere à atenção, mantendo-se estável, esta consegue manter a atenção em determinado assunto ou evento. Porém, idosos apresentam dificuldades em filtrar informações sem importância e em direcionar a atenção para diferentes tarefas.

- Finalmente, a inteligência tende a permanecer intacta e estável na idade adulta. Também não se dá uma diminuição significativa do vocabulário, da capacidade de adquirir informações e da compreensão.

De assinalar que as alterações cognitivas, mesmo perante a mesma idade cronológica, podem não se desencadear da mesma forma ou relacionar as mesmas funções cognitivas. Existem diversos fatores que podem influenciar o grau destas alterações, como os fatores genéticos, a saúde, o grau de escolaridade, a atividade mental, os conhecimentos especializados, a personalidade, o humor, o meio social e cultural, o treino cognitivo, e também diferenças entre os géneros e diferenças raciais e étnicas.

2.2. Comprometimento Cognitivo Leve (CCL)

Aquando do envelhecimento as alterações no desempenho cognitivo em diversos domínios são inevitáveis, embora na sua maioria estas não causem grande prejuízo na vida quotidiana dos idosos e das suas famílias. Para muitos as capacidades cognitivas permanecem minimamente preservadas, embora seja mais difícil armazenar e recuperar informações. O comprometimento cognitivo leve (CCL) ou declínio cognitivo leve (DCL) apresenta-se como um declínio mais acentuado do que o esperado, tanto para a idade do indivíduo, como para o seu nível de escolaridade, mas que de certo modo não interfere de forma notória na vida quotidiana do indivíduo em questão (Rabelo, 2009).

O termo Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) assinala um quadro clínico em que se dá um declínio em uma ou mais funções cognitivas, favorecendo assim um prejuízo em termos de realização de atividades mais complexas, sem que o indivíduo apresente a um quadro de demência. Este comprometimento pode ter a sua origem em diversas etiologias, como doenças clínicas mal controladas, polimedicação ou até mesmo depressão, no entanto o CCL pode corresponder a um estágio inicial de demência,

Alzheimer ou demência vascular. De assinalar que nesta situação clínica, estes indivíduos têm possibilidade de melhoria do seu quadro de diagnóstico, de estabilização ou de progressão para demência (Radanovic et al., 2015).

Existem alterações específicas que fazem parte de um quadro de Comprometimento Cognitivo Leve, como as alterações da memória episódica, em que o indivíduo esquece situações relativas à vida diária, alterações envolvendo a atenção, linguagem, orientação no tempo e no espaço, reconhecimento de ambientes e rostos, organização e planeamento de pensamentos e ações (Radanovic et al., 2015).

Na literatura é assinalada a importância de ouvir as queixas dos indivíduos sobre as falhas da memória, atendendo a que estas podem indicar certas alterações normais do envelhecimento, mas também podem sinalizar o início de um quadro patológico. O desenvolvimento de CCL pode estar associado a diversos fatores intrínsecos ou extrínsecos à pessoa, como baixa escolaridade, idade avançada, hipertensão arterial, acidentes vasculares encefálicos, tabagismo, solidão, sedentarismo, e também a depressão. Alguns estudos referem que certos estilos de vida podem contribuir para a proteção do indivíduo, incluindo o engajamento social, a presença de redes sociais de apoio e o envolvimento em atividades cognitivas, de lazer, ou até mesmo físicas (Rabelo, 2009).

Segundo Argimon e colaboradores (2004) o estilo de vida, as relações sociais, as atividades físicas e de lazer contribuem diretamente para a preservação das capacidades cognitivas do indivíduo. Também Zunzunegui e colaboradores (2003) chegaram à conclusão de que poucas conexões sociais, pouca integração social na sociedade e um alto desengajamento social se apresentam como fatores de risco para o declínio cognitivo.

Um estudo envolvendo a aplicação de uma intervenção neuropsicológica, incluindo diversas atividades intelectuais, numa amostra de idosos com CCL, verificou um efeito positivo no bem-estar psicológico e uma mudança significativa na qualidade de vida da amostra, assim como uma melhoria no seu desempenho cognitivo (Leite et al., 2021).

Com o objetivo de verificar se a estimulação cognitiva trazia impactos positivos em idosos com CCL, Weng (2019) treinou apenas um domínio, nomeadamente a memória de trabalho, e o seu impacto nos idosos e na forma como estes realizavam as suas AVD's, conseguindo efeitos significativos na qualidade de vida da amostra e nas AVD's (Andrade & Andrade, 2022).

Envolvendo a tecnologia, em 2021, uma investigação com objetivo de estimar o efeito da estimulação e reabilitação cognitiva mediada pelo uso de computadores e *internet* na função cognitiva de idosos, mostrou que, utilizando uma intervenção com dois grupos, experimental e controlo, era possível uma melhoria significativa na função cognitiva de idosos com CCL (Krug et al., 2021).

Uma revisão integrativa de 2023, chegaram à conclusão, a partir da seleção de 10 artigos, que uma intervenção com natureza ocupacional se mostra como uma aliada na manutenção e melhoria das capacidades cognitivas e funcionais, conseqüentemente, a melhoria do quadro de CCL (Fücher et al., 2023).

2.3 . Plasticidade do cérebro do idoso

É consensual que, com o avanço da idade existe a perda de habilidades e capacidades, tendo existido durante muito tempo a ideia de que para uma pessoa idosa a aprendizagem de novas capacidades seria improvável, presente por exemplo no estereótipo “Burro velho, não aprende línguas”. O avanço a nível das neurociências e estudos relacionados com os idosos defendem que, embora seja mais fácil uma criança até a idade adulta ter mais facilidade em adquirir e consolidar novas habilidades, esta capacidade ainda permanece na idade adulta, mostrando que é possível aprender e consolidar aprendizagens durante a senescência. De facto, todas as nossas aprendizagens são concebidas através das conexões neuronais estabelecidas no SNC, sendo que ainda na senescência este processo pode ser ativado (Ferreira et al., 2019).

A ideia de que o SNC não tinha possibilidades de se regenerar depois de uma lesão dominava até ao século passado, defendendo-se que era impossível que este se regenerasse espontaneamente depois de uma grande perda das conexões neuronais. Na atualidade, várias pesquisas têm vindo a revelar que a regeneração é possível, desde que, os neurónios que foram atingidos pela lesão consigam sobreviver e que os axónios comprometidos sejam capazes de regenerar e recuperar as suas ligações. Assim, atualmente aceita-se que o SNC tem a capacidade de reorganizar e modificar o seu funcionamento em resposta à experiência e também a adaptação a estímulos repetitivos (Marzari et al., 2012).

Esta capacidade é denominada de plasticidade cerebral, ou seja, a capacidade do cérebro se adaptar a nível estrutural e funcional ao longo do desenvolvimento neuronal. Assim, o cérebro quando sujeito a novos conhecimentos ou ideias consegue aumentar o seu desempenho em relação a vários domínios (Mariano et al., 2020). A plasticidade cerebral é um fenómeno que ocorre durante a vida toda e que está diretamente relacionado com o grau de desenvolvimento de cada pessoa, sendo tanto maior quanto mais jovem for o indivíduo. Durante o desenvolvimento primário o cérebro é mais plástico sendo este o melhor momento para adquirir aprendizagens, uma vez que, todas as experiências de vida são mais bem absorvidas pelo indivíduo, embora diversos estudos tenham vindo a documentar que esta capacidade pode permanecer mesmo durante o envelhecimento (Rotta et al., 2018).

As modificações cerebrais, como as alterações plásticas, são inevitáveis ao longo da vida, estas ocorrem tanto na infância, na idade adulta como nos idosos, estando diretamente relacionadas com os estímulos ambientais e experiências de cada indivíduo. Logo, a memória está diretamente associada à plasticidade cerebral e à aprendizagem e aquisição de novas experiências. Na sua maior parte, aquando da idade da senescência, os idosos apresentam uma elevada capacidade de raciocínio, devido à elevada exposição a estímulos originados de diferentes ambientes (Marzari et al., 2012).

De assinalar, contudo que, embora possam apresentar uma boa capacidade de raciocínio, com o avanço da idade, o envelhecimento do cérebro é algo inevitável, a morte contínua de neurónios acresce à perda cognitiva, levando assim à perda constante de memória nos indivíduos idosos. A memória a curto prazo é uma das que se encontra mais danificada, sendo que os idosos mostram falhas de memória em relação a atividades recentes, como por exemplo o que almoçaram ontem ou qual era a previsão meteorológica para o dia de hoje. O papel desta memória consta em colocar o indivíduo em condições de responder através de uma cópia da memória principal, enquanto esta ainda não foi formada. A memória a curto prazo tem duração máxima de 4 a 6 horas, sendo que após este intervalo já se pode considerar memória a longo prazo. Em contrapartida, nos idosos a memória a longo prazo continua constante, sendo que ao se perguntar a um indivíduo idoso algo sobre a sua época de Escola do 1.º Ciclo, este provavelmente não apresentará qualquer dificuldade em responder. Refira-se que nesta memória é possível encontrar informações armazenadas há dias e até mesmo anos (Marzari et al., 2012).

Logo, assim como este tipo de memórias, a plasticidade encontra-se associada a adquirir novos conhecimentos e experiências. Quanto mais o indivíduo se encontra exposto a estímulos ambientais, mais o seu cérebro possui a oportunidade de se tornar mais plástico (Marzari et al., 2012).

A plasticidade do cérebro dos idosos constitui-se assim como uma chave, tanto para aprendizagens permanentes, como para a manutenção das funções mentais. A plasticidade cerebral consegue, neste sentido, aperfeiçoar o substrato neural, este sendo indispensável para que ocorram os processos cognitivos, gerando melhores desempenhos devido à inserção do idoso em ambientes ricos em estimulação sensorial, motora, e claro, cognitiva (Mariano et al., 2020). Pode assim concluir-se que, para um cérebro mais plástico, a estimulação física e cognitiva podem ter um importante papel.

2.4. Os efeitos da Estimulação Física e Cognitiva no Idoso

2.4.1 A Estimulação Física

Como anteriormente apresentado, durante o envelhecimento o indivíduo experimenta diversas alterações cognitivas, levando muitas vezes a um défice relativo a várias funções cognitivas. A prática de exercício físico no envelhecimento tem vindo também a ser referenciada como extremamente importante para contribuir para uma melhoria, tanto da aptidão física como da função cognitiva. Esta prática regular fornece alterações positivas no corpo do indivíduo, desencadeando o crescimento de novos vasos sanguíneos, o aumento do fluxo sanguíneo, uma maior formação de sinapses entre os neurónios do SNC e novos neurónios no cérebro. Os resultados da investigação apontam que o exercício físico consegue aumentar o desempenho cognitivo, potenciando ainda a atenção seletiva e a memória a curto prazo (Oliveira et al., 2019).

De referenciar um estudo desenvolvido por Gomes e colaboradores (2021) com o objetivo principal de analisar os efeitos nas capacidades funcionais e na saúde de idosos. O estudo contou com uma amostra de 16 idosos, sendo que estes foram submetidos a um programa de exercício físico, duas vezes por semana com a duração de 50 minutos durante 12 semanas. O programa envolvia diversos tipos de exercícios de mobilidade, equilíbrio, coordenação, cognição, fortalecimento dos músculos e alongamentos. Os resultados após

o programa mostraram uma melhoria na percepção da saúde pelos idosos, e um impacto positivo sobre a cognição, socialização e ganho de força muscular (Gomes et al., 2021).

Neste sentido, a literatura científica da área tem vindo a assinalar que a prática regular de atividade física possui inúmeros ganhos positivos, nomeadamente funcionais, cognitivos e até mesmo comportamentais, constituindo-se como uma importante mais-valia para indivíduos com Doença de Alzheimer e Demência. Os estudos têm comprovado que idosos com estes quadros de diagnóstico, aquando da prática regular de exercício físico, apresentam uma diminuição dos sintomas depressivos, uma melhoria na sua função cognitiva e na realização das AVD's com alterações muito positivas (Cruz, 2019).

Magna e colaboradores (2020) utilizaram a realidade virtual de forma a incorporar a prática de exercício físico em 31 idosos, tendo estes sido divididos em três grupos amostrais, nomeadamente um a quem foi aplicado um programa de realidade virtual; um outro submetido a exercício físico; e um último a quem foi aplicado simultaneamente um programa de realidade virtual e exercício físico. A intervenção teve a duração de 5 meses, sendo que no grupo submetido apenas à realidade virtual, os idosos tinham a tarefa de realizar quebra-cabeças, e no exercício físico a atividade escolhida foi a caminhada. Relativamente aos resultados obtidos os investigadores concluíram, que no que respeita à atenção os 31 idosos mostraram resultados mais elevados após a intervenção, sendo, contudo, que na memória as diferenças significativas apenas ocorreram nos grupos submetidos ao programa de exercício físico e ao programa de realidade virtual e exercício físico. No que se refere ao equilíbrio todos os grupos apresentaram um resultado maior ao do início da intervenção, enquanto que em termos de marcha o grupo exercício físico e de realidade virtual tiveram melhores resultados (Magna et al., 2020).

Praticar regularmente exercício possui diversos benefícios para toda a população, principalmente para a população mais idosa, possibilitando retardar ou prevenir problemáticas características do envelhecimento, como o comprometimento cognitivo leve. Embora os efeitos positivos sejam evidenciados na literatura atual, é bastante elevado o número de idosos que não pratica nenhuma atividade física, salientando-se ainda que o sedentarismo é considerado a quarta causa de morte no mundo (Oliveira et al., 2019)

2.4.2. A Estimulação Cognitiva

A estimulação cognitiva apresenta-se como uma intervenção, de baixo custo, onde podem ser implementadas diversas atividades que englobam vários domínios da função cognitiva como a atenção, linguagem, raciocínio, aprendizagem, memória, processamento visuo-espacial e funções executivas. Estas atividades permitem a utilização do pensamento lógico, a atenção e concentração promovendo o aumento da densidade sináptica cerebral, sendo esta responsável pela plasticidade cerebral (Parola et al., 2019). A manutenção da cognição revela-se então como um poderoso aliado para a promoção da independência e autonomia, podendo, graças à estimulação cognitiva, prevenir ou retardar a degradação cognitiva que ocorre nesta faixa do ciclo vital (Casemiro et al., 2016).

Vários estudos baseados em estimulação cognitiva mostraram melhorias na função cognitiva, tanto em idosos saudáveis como em idosos com diagnóstico de CCL e demência (Gomez-Soria et al., 2020).

Efetivamente, a estimulação cognitiva apresenta-se como uma grande aliada em vários domínios na vida do idoso e nas suas diferentes problemáticas. Num estudo de Silva e colaboradores (2021) em que se avaliou o efeito de um programa de estimulação cognitiva na saúde mental dos idosos, os autores concluíram que este apresentou resultados positivos no estado depressivo da amostra.

Também Firmino (2021) afirma que a estimulação cognitiva se constitui como uma ferramenta essencial na hora de potencializar as funções cognitivas de idosos com declínio cognitivo. Este investigador aplicou um programa com foco cognitivo, numa amostra de 20 idosas, de forma a melhorar a sua qualidade de vida, as suas capacidades cognitivas e também a forma como estas realizavam as AVD's. Os resultados obtidos permitiram concluir que o programa de estimulação cognitiva teve efeitos positivos na amostra em questão, constituindo-se esta uma mais-valia para esta população (Firmino, 2021).

Numa outra vertente, Gamito e colaboradores (2020) decidiram utilizar a realidade virtual, mais especificamente ambientes naturais baseados em tarefas do quotidiano, como forma de intervenção cognitiva em idosos. Este estudo teve como objetivo investigar os ganhos associados a esta estimulação cognitiva, sendo que a amostra foi constituída por 43 indivíduos, dividida em dois grupos amostrais, nomeadamente um sujeito a estimulação cognitiva com lápis e papel e outro que incluía a utilização da

realidade virtual. Os resultados mostraram ganhos positivos nas dimensões da cognição geral, funcionamento executivo, atenção e memória visual no grupo submetido à realidade virtual (Gamito et al., 2020).

Também Justo-Henriques e seus colaboradores (2019) sugerem que a estimulação cognitiva produz benefícios cognitivos em pessoas com CCL, embora refiram que o efeito demonstrado tenha sido mínimo. O estudo desenvolvido tinha como principal objetivo avaliar a eficácia, viabilidade e aceitabilidade de uma intervenção de estimulação cognitiva individual de longo prazo para idosos com CCL, sendo a sua amostra constituída por 30 idosos, existindo um grupo de controlo ($n=15$) e um grupo experimental ($n=15$). A intervenção consistiu em 88 sessões individuais, com 45 minutos de duração, com duas horas semanais. Após a intervenção foi constatada uma melhoria significativa no grupo experimental, tanto a nível das capacidades cognitivas, como nos sintomas depressivos que apresentaram resultados mais baixos, sugerindo que a estimulação cognitiva se constitui uma das chaves para a melhoria da qualidade de vida dos idosos e das suas capacidades funcionais (Justo-Henriques et al., 2019).

CAPÍTULO III – A INSTITUCIONALIZAÇÃO

3.1. Definição de conceitos e os efeitos da Institucionalização no idoso

O avanço da medicina e as baixas taxas de natalidade trouxeram grandes alterações à forma como a sociedade retrata a população idosa, obrigando a adaptar medidas mais inclusivas e, em alguns casos, preventivas para esta população. Este grande aumento da população idosa, tanto em Portugal como na Europa, tem vindo a causar grande impacto principalmente aquando da emancipação da mulher e o seu papel mais ativo no mercado de trabalho, colocando em causa os cuidados das pessoas idosas das famílias, que no passado eram totalmente garantidos pelas mulheres. Neste sentido, com as diversas alterações, os governos foram obrigados a repensar como estes cuidados seriam agora assegurados (Pereira, 2017).

É nesta fase que entra em cena a importância dos apoios formais fornecidos pelas instituições de apoio para a população idosa. Embora estes serviços sejam atualmente muito comuns, tal não é sinónimo de facilidade do próprio processo de institucionalização dos idosos, uma vez que, a saída do seu meio habitual, onde cada um possui a sua rotina, e de onde provavelmente não querem sair torna todo este processo complexo. Apesar de, na sua maioria as instituições vocacionadas para este atendimento específico possuírem condições adequadas para a estadia a longo prazo, os ambientes institucionais ainda apresentam muitas vezes rótulos muito negativos, não facilitando o processo de escolha aos idosos e suas famílias, quando se deparam com a impossibilidade de prestar apoio e suporte aos seus idosos (Pereira, 2017).

Embora em muitas situações a permanência com a família seja a preferência da maior parte dos idosos, pois o afeto e os laços que partilham com os seus familiares são de extrema importância, ainda mais numa fase que estes se sentem enfraquecidos e esquecidos pela sociedade, tal muitas vezes apresenta-se como inevitável. Assim, quando essa permanência não é possível, seja por conflitos familiares, pouco tempo da família para cuidar das necessidades, ou até mesmo o agravamento da dependência de terceiros tornando o cuidado pela família muito mais complexo, a institucionalização surge como a única hipótese viável. É referido, contudo, em vários estudos que a institucionalização leva a um afastamento entre o idoso e a sua família, em certos casos a completa separação. Aliados a esse afastamento, a falta de atenção, afeto e carinho, que antes era assegurado

pelos seus familiares, aquando da instituição torna-se muitas vezes doloroso para os idosos, sendo estes percecionados como apenas mais um utente e não o “pai”, “mãe” ou “avós” (Cataneo et al., 2019).

Neste contexto, o momento de saída da sua casa, e o abandono permanente da sua rotina são circunstâncias que podem ser muito marcantes para o idoso, sendo nestes casos a institucionalização encarada como uma mudança prejudicial ao funcionamento normal do idoso nas atividades de vida diária. Efetivamente, este processo envolve uma adaptação, uma habituação a uma nova casa e espaço, a uma nova rotina e horários, tudo isto num momento em que o indivíduo se encontra muitas vezes já debilitado (Ribeiro, 2009).

As instituições de longa permanência (ILPI) têm sido criadas para atender as necessidades dos idosos que se encontram desprovidos de cuidados, fornecendo assistência na saúde, alimentação e cuidados primários de higiene e, em alguns casos disponibilizam sessões de animação, ginástica ou várias temáticas diferentes como trabalhos manuais, *workshops*, etc. Assinale-se, contudo que, não obstante estas valências embora tenham diversos cuidados assegurados, os idosos podem sentir-se de certa forma isolados da sociedade, limitada a sua convivência, observação e aprendizagem com os outros (Ferreti et al., 2014)

Efetivamente, os idosos que dão entrada numa instituição tornam-se membros de uma nova comunidade, onde devem participar e criar um ambiente relacional, este com pessoas com as quais não conhecem. De referir ainda que as ILPI funcionam de forma diferente do tipo de rotinas a que os idosos se encontram habituados, sendo estas regidas por regras e normas típicas de cada uma. Assim, ao ser institucionalizado o idoso vê-se obrigado a seguir tais normas, a ter necessariamente de se adaptar a elas, desde a hora das refeições, dos banhos, das atividades e das visitas (Ribeiro, 2009).

Aquando da institucionalização, o idoso vê-se num estado onde se torna ainda mais dependente, não por escolha, mas sim por falta de opção. Neste contexto, o idoso poderá ainda ver maximizadas as suas dificuldades em manter a autonomia, uma vez que, mesmo que seja capaz de realizar certas tarefas da vida diária, os profissionais, por receio de acidentes e lesões ou por falta de pessoal, preferem auxiliar aquando da sua realização. Refira-se que a diminuição da autonomia se encontra diretamente relacionada com a qualidade de vida, levando-nos então a questionar como é que as instituições promovem a qualidade de vida destes idosos? (Ribeiro, 2009).

3.2. A Promoção do Envelhecimento Saudável nas Instituições de Idosos

Devido à falta de cuidados informais, a procura por instituições capazes de satisfazer as necessidades dos idosos é cada vez maior. Embora a procura tenha aumentado, conseqüentemente o número de idosos institucionalizados subiu exponencialmente, será também a qualidade de vida destes assegurada? O processo da institucionalização é descrito geralmente como atribulado, envolvendo sentimentos de isolamento e depressão, assim como frustração devido à falta de privacidade e um aumento dos défices cognitivos e funcionais devido à falta de estímulo (Ribeiro et al., 2014).

Embora o processo de transição traga sentimentos negativos ao idoso, é defendido por alguns que, aquando da institucionalização, se dá um aumento de oportunidades de convívio e interação, incentivando a criação de vínculos afetivos com outros utentes, assim como o aumento da autoestima do idoso em questão (Ribeiro et al., 2014).

Como já referido anteriormente, a qualidade de vida apresenta-se como fundamental quando o objetivo é promover a saúde e bem-estar, e para tal ser possível, em contexto institucional, é necessário o incentivo da autonomia, uma rede de suporte social, um ambiente que estimule cognitivamente e fisicamente o idoso, assim como uma rotina fixa (Ribeiro et al., 2014).

Oliveira e colaboradores (2019), avaliaram a capacidade funcional e cognitiva de 41 idosos depois de um ano de institucionalização, utilizando a escala *Mini Mental State Examination* e a capacidade funcional pela Medida de Independência Funcional. Os resultados mostraram que ambas as capacidades diminuíram, demonstrando que um ano de institucionalização para estes idosos apresentava efeitos negativos para as suas capacidades funcionais e cognitivas (Oliveira et al., 2019).

No mesmo sentido, Santos e colaboradores (2021) pretenderam avaliar a capacidade cognitiva de idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados, utilizando o *Mini Mental State Examination*. A análise dos resultados a uma amostra, constituída por 90 idosos (60 não institucionalizados e 30 institucionalizados), demonstrou que o processo de institucionalização e a permanência numa ILPI contribuiu para o declínio da cognição, assim como para a falta de autonomia, esta gerada pelo constante auxílio de terceiros na AVD's, comprometendo de forma geral a capacidade funcional e cognitiva dos idosos (Costa et al., 2021).

O idoso ao ser institucionalizado passa por diversas situações que colocam em risco a sua integridade, mais precisamente situações de vulnerabilidade social, económica e social. Existe toda uma diversidade de problemática até à institucionalização, envolvendo tanto o idoso como a institucionalização, o que acentua o grau de vulnerabilidade física, psíquica e social principalmente devido à falta de profissionais, ou até mesmo a sua falta de formação. É neste sentido que se defende que as instituições que recebem idosos em situações de vulnerabilidade necessitam uma equipa de profissionais que desenvolvam um trabalho focado no cuidado adequado e individualizado dos utentes, conforme as necessidades e limitações do indivíduo em questão, sendo que estes tem a necessidade de tornar este cuidado mais humanizado e acolhedor (Fonsêca & Franco, 2019).

A qualidade de vida do idoso institucionalizado, depende na maior parte do acolhimento da instituição, mas depende igualmente do convívio com pessoas próximas, colocando uma grande importância, não só nos vínculos afetivos já existentes, mas num local propício à criação de novos laços de amizade (Rodrigues et al., 2011). É referido, contudo, que quanto maior o tempo de institucionalização maior a debilidade do idoso, uma vez que esta muitas vezes promove o isolamento social, a inatividade física, a impessoalidade dos cuidados, assim como a falta de incentivo da própria autonomia do idoso. Para que a integração do idoso na instituição seja uma experiência, no geral, positiva, é necessário considerar a sua autonomia, a sua individualidade, assim como as relações pessoais internas e externas às instituições (Rodrigues et al., 2011).

Num estudo longitudinal de Jahouh e colaboradores (2021) foi testada a eficácia de um programa de estimulação utilizando como ferramenta principal a consola de jogos Wii (*Nintendo Company Limited*), com o objetivo de melhorar o desempenho das atividades de vida diária e instrumentais, bem como a relação entre o comprometimento cognitivo e o humor de idosos institucionalizados. A amostra deste estudo foi composta por 80 idosos institucionalizados, com 75 anos ou mais. Os resultados obtidos mostraram que a utilização da consola de jogos Wii teve um impacto positivo nos idosos da amostra, nas suas capacidades de cognição e no desempenho das AVD's. Para além disso, os níveis de depressão, ansiedade e apatia foram também reduzidos, assim como um aumento da memória e atenção (Jahouh et al., 2021).

Também Parola e colaboradores (2019) implementaram um programa de estimulação cognitiva de forma a avaliar a sua eficácia na cognição e em sintomas depressivos de idosos institucionalizados. Este estudo foi realizado numa amostra de 100

idosos institucionalizados, utilizando para além do programa de estimulação, o *Mini Mental State Examination* e a Escala Geriátrica de Depressão, ambos aplicados em pré e pós-teste. Segundo os resultados, a aplicação do programa melhorou significativamente a cognição, embora sem resultados significativos na redução dos sintomas depressivos (Parola et al., 2019).

Com um grupo de idosos institucionalizados, mais frágeis a nível motor e com comprometimento cognitivo leve a moderado, Cardalda e colaboradores (2019) pretenderam perceber o efeito de diferentes tipos de exercícios físicos na sua capacidade motora e cognitiva. A amostra foi constituída por 77 idosos, utilizando dois tipos de programas de estimulação física, nomeadamente o treino de força e o treino calisténico. O treino de força mostrou melhorias a nível cognitivo e na autonomia, assim como a nível motor e da saúde mental dos idosos, enquanto o treino calisténico mostrou uma tendência a deterioramento (Cardalda et al., 2019).

De forma geral, os dados constantes em diversos estudos sugerem que é possível adotar medidas de forma a prevenir ou lentificar o processo de deterioramento cognitivo e físico, mostrando-se estas de extrema importância em diversos aspetos da vida de idosos institucionalizados. Logo, é de salientar que este tipo de intervenções tem como principal objetivo a melhoria da capacidade cognitiva e funcional de idosos institucionalizados, e consequentemente na qualidade de vida destes que se tiveram de adaptar a um ambiente novo, longe dos seus vínculos e da sua casa, mostrando-lhes que ainda é possível ter prazer pela vida mesmo em condições distintas. Efetivamente, e não obstante algumas investigações têm vindo a relatar resultados menos positivos advindos da institucionalização dos idosos, comprovando a diminuição, tanto da sua capacidade funcional como cognitiva, parece ser então prioritário adotar medidas que promovam a autonomia e estimulem a cognição, melhorando assim a qualidade de vida dos idosos institucionalizados. É papel fundamental das instituições promover a qualidade de vida dos seus idosos, possibilitando programas de intervenção com atividades que promovam o necessário a um envelhecimento bem-sucedido e saudável, tomando o seu lugar como um lugar onde a vida é prolongada, e não onde esta termina.

3.3. Programas de Promoção de Envelhecimento Saudável

De forma a obter um envelhecimento saudável, é sem dúvida importante mencionar a relevância do conceito envelhecimento ativo, pois este tem sido apontado como a solução aos desafios relacionados com o envelhecimento da população. Para a promoção do envelhecimento ativo não é apenas necessário ter em consideração os fatores relacionados com a saúde, embora de extrema importância, mas também é essencial mencionar e ter em atenção os fatores ambientais, pessoais, económicos, sociais, o próprio ambiente físico, assim como o sistema de saúde (ENEAS, 2017).

Por sua vez, o conceito de envelhecer de forma saudável, refere-se ao processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, contribuindo para o bem-estar geral da população idosa. O objetivo principal centra-se no bem-estar, um conceito que relaciona todos os componentes da vida que são importantes para o indivíduo em questão. Assim, o envelhecimento saudável reflete-se nos hábitos de vida, do suporte e das oportunidades que a sociedade garante de forma a manter as capacidades funcionais das pessoas idosas (ENEAS, 2017).

Embora existam estratégias com objetivo de promover o envelhecimento ativo e saudável em Portugal ainda existe um longo caminho a percorrer até que estas se reflitam na saúde e qualidade de vida da população idosa. Para tal, o Governo Português criou em 2017 a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS). Esta visa “promover a saúde e o bem-estar, a participação, a não discriminação, a inclusão, a segurança e a investigação no sentido de aumentar a capacidade funcional, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem” (pág.18). Esta estratégia centra-se em vários eixos estratégicos relacionados com a saúde, participação, segurança e medição, monitorização e investigação (ENEAS, 2017).

A estratégia anteriormente mencionada foca-se, um modo geral, em promover a saúde e bem-estar, não esquecendo que a população idosa apresenta diversas problemáticas. De modo geral, o problema mais referido pelos idosos durante o envelhecimento, são os problemas de memória, referindo lacunas e dificuldade em se recordar de eventos passados (Cochar-Soares et al., 2021). Estudos indicam que cerca de 4% a 54% das queixas dos idosos são relacionadas com aspetos da memória, daí a importância de trabalhar este domínio, de forma a que os idosos possam atingir um

envelhecimento saudável, exigindo-se intervenções que retardem os declínios cognitivos (Dias & Lima, 2012).

As intervenções junto de idosos, para além de promoverem o bem-estar e a saúde em geral, devem ainda especificar-se na manutenção e melhoria das capacidades funcionais e cognitivas, e conseqüentemente, promoverem a autonomia conduzindo a uma melhor qualidade de vida e naturalmente um envelhecimento saudável.

Uma investigação realizada por Dias e Lima (2012), com objetivo de verificar os efeitos da conjunção entre a estimulação cognitiva e física na memória de uma amostra constituída por 55 idosos, utilizando oficinas de memória e movimentos corporais, observou resultados significativos em todas as variáveis do *Mini Mental State Examination* e da Escala de Depressão Geriátrica. O estudo evidenciou a eficácia da estimulação cognitiva aliada à estimulação física nas capacidades funcionais e cognitivas dos idosos.

Também Chiang e colaboradores (2023) decidiram analisar o efeito da estimulação cognitiva em idosos institucionalizados com esquizofrenia e comprometimento cognitivo, envolvendo dois grupos, um experimental e de controlo, ambos com 24 sujeitos. Os resultados demonstraram que a estimulação cognitiva melhorou significativamente o desempenho cognitivo, principalmente a capacidade de utilizar novas informações (Chiang et al., 2023).

Ainda no âmbito das capacidades cognitivas, também Park e colaboradores (2019) elaboraram uma investigação com o objetivo de determinar os efeitos de um programa de estimulação cognitiva na capacidade cognitiva de mulheres idosas. A investigação utilizou um único grupo, com pré e pós teste, com um total de 37 sujeitos. Utilizando o *Korean-Montreal Cognitive Assessment* (K-MoCA) de forma a avaliar a função cognitiva, os resultados demonstraram valores estatisticamente significativos no melhoramento das suas capacidades funcionais (Park et al., 2019).

Também as queixas sobre o domínio motor são frequentes na população idosa, e a esse propósito, Rojo e colaboradores (2020) pretenderam avaliar o efeito do exercício físico, tanto na aptidão física como nas funções cognitivas de idosos. A sua amostra foi formada por 24 idosos, que durante 18 sessões, duas vezes por semana, realizaram exercício físico regular durante uma hora. Através dos resultados foi possível concluir que à medida que a capacidade física aumenta, também a conexão corpo-mente é melhorada, apresentando resultados positivos nas capacidades funcionais e cognitivas

após o programa. É neste sentido que estes investigadores defendem que, uma vez que estes programas apresentam não apenas um baixo custo, para além de que são de fácil operacionalização, a sua implementação em políticas públicas de promoção de envelhecimento saudável é altamente recomendável (Rojo et al., 2020).

Ainda sobre o domínio motor, num estudo elaborado por Aline e colaboradores (2018), com objetivo de analisar os efeitos do exercício físico no sistema nervoso do idoso, assim como nas suas capacidades funcionais, com a utilização de 22 casos clínicos, demonstrou que o exercício físico é benéfico para a manutenção das estruturas e funções do SNC, assim como para a manutenção das funções cognitivas, e também para as estruturas e funções musculares e cardiovasculares, influenciando de forma positiva a mobilidade e o equilíbrio (Scianni et al., 2019).

Considerando a análise da literatura, é possível constatar que uma intervenção de cariz motor, para além da influência nas capacidades funcionais, apresenta resultados bastante positivos e que acabam por influenciar as capacidades cognitivas, podendo ajudar na manutenção ou melhoria dos défices cognitivos que o processo do envelhecimento acarreta.

Assim sendo, considerando a eficácia deste tipo de intervenções, assim como a sua facilidade de implementação e o baixo custo a elas associado, pode concluir-se que estas se revelam como uma importante mais-valia para o percurso até ao envelhecimento saudável. Tais programas, igualmente demonstrando uma elevada eficácia até em fases mais avançadas do défice das capacidades funcionais e cognitivas, seriam a chave principal na prevenção dos mesmos, sendo que num momento inicial existe ainda uma maior probabilidade de melhoria das funções.

PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO IV – OBJETIVOS

4.1 Definição da Problemática e Questão de Investigação

O aumento da esperança média de vida tornou-se uma das maiores conquistas da sociedade, sendo que, simultaneamente, se opõe como um desafio. Se por um lado é agora possível para os idosos viverem mais anos, por outro, torna-se cada vez mais difícil assegurar um envelhecimento com qualidade, pois estes deparam-se com uma longevidade repleta de défices funcionais, cognitivos, económicos e sociais relacionados diretamente com o processo do envelhecimento.

A literatura científica é, contudo, unânime em demonstrar a eficácia da estimulação física e cognitiva nas capacidades cognitivas, funcionais e na qualidade de vida dos idosos. Sendo Portugal uma das populações mais envelhecidas do mundo, é necessário proporcionar a esta faixa etária um envelhecimento com toda a qualidade possível, reduzindo e atenuando os défices cognitivos, incentivando a autonomia, incentivando vínculos positivos e consequentemente, proporcionando um envelhecimento ativo e saudável. Assim, a aplicação de um programa de estimulação física e cognitiva, mostra-se como uma estratégia de intervenção de baixo custo baseada na promoção da qualidade de vida e prevenção do défice cognitivo, que se demonstraria como um aliado no processo de envelhecimento.

Após revisão da literatura científica da área formulou-se a seguinte questão de investigação:

- Será que a aplicação de um programa de estimulação física e cognitiva tem um impacto significativo nas capacidades funcionais e cognitivas, num grupo de idosos institucionalizados?

4.2 Objetivo Geral, Objetivos Específicos e Hipótese de Estudo

Diante da informação exposta, apontando para a eficácia de programas de estimulação física e cognitiva na manutenção e melhoria das capacidades funcionais e cognitivas dos idosos, o presente estudo tem como objetivo analisar os efeitos de um programa de estimulação física e cognitiva nas capacidades funcionais e cognitivas num grupo de idosos institucionalizados.

Para além do objetivo geral, o presente estudo apresenta diversos objetivos específicos, nomeadamente:

- Caracterizar os idosos da amostra em termos sociodemográficos (género, idade, escolaridade, profissão anterior, estado de saúde e doenças, capacidades cognitivas e autonomia, motivo de entrada na instituição, etc.);
- Construir e implementar um programa de estimulação física e cognitiva numa amostra de idosos institucionalizados;
- Analisar o impacto da estimulação física e cognitiva na execução das AVD's;
- Avaliar o impacto da estimulação física e cognitiva na qualidade de vida dos idosos;
- Analisar o impacto da estimulação física e cognitiva nas capacidades cognitivas dos idosos.

Decorrente do objetivo geral definido pretende-se ainda testar a seguinte hipótese:

H1: A implementação de um programa de estimulação física e cognitiva num grupo de idosos institucionalizados apresenta efeitos positivos e significativos na performance física e cognitiva, bem como na sua qualidade de vida.

CAPÍTULO V – METODOLOGIA

5.1. Tipo de Estudo

O estudo apresenta-se num desenho quasi-experimental, permitindo controlar e manipular as condições, neste caso onde ocorre a intervenção, assim como organizar procedimentos e materiais (Fortin, 2009; Traqueia et al., 2021). Num primeiro momento foram aplicados os cinco instrumentos previamente selecionados a todos os participantes do estudo, mais precisamente a ambos grupos, experimental e de controlo. Seguiu-se a aplicação do programa de intervenção desenhado para o presente estudo em apenas um dos grupos, o experimental, e num momento final foram de novo aplicados os instrumentos, excluindo o questionário sociodemográfico, com a finalidade de analisar e comparar os resultados antes e depois da intervenção.

5.2. Seleção e caracterização da amostra

De forma a alcançar os objetivos propostos a amostra para o presente estudo inclui idosos institucionalizados. Os critérios estabelecidos para a inclusão na amostra foram: i) idosos institucionalizados com 65 ou mais anos de idade; ii) idosos institucionalizados que aceitem participar no estudo voluntariamente; iii) idosos institucionalizados sem défice cognitivo grave; iv) idosos institucionalizados que não estejam a realizar programas e/ou atividades de estimulação física motora e cognitiva.

A população alvo do estudo foi constituída por idosos de uma Santa Casa da Misericórdia do distrito de Faro, sendo uma amostra não probabilística, intencional e de conveniência, pois a escolha dos idosos respeitou os critérios de inclusão estabelecidos, e foram selecionados de acordo com a facilidade e disponibilidade de acesso tipo não intencional e por conveniência (Fortin, 2009). Com efeito, os participantes foram selecionados numa ótica de praticidade, bem como disponibilidade de acesso. A sua inclusão no grupo experimental ou de controlo foi aleatória.

5.2.1. Caracterização da amostra

A amostra foi inicialmente constituída por 34 idosos utentes ($N=34$) de uma Santa Casa de Misericórdia do distrito de Faro, sendo que esta se reduziu para 33 devido ao falecimento de um dos utentes. As suas idades estavam compreendidas entre os 69 e os 99 anos ($M=86.2$; $DP=6.8$) (Tabela 5.1), sendo que estes foram *divididos* em dois grupos, o grupo de controlo e o grupo experimental. Foram incluídos no estudo idosos que apresentavam um comprometimento cognitivo leve, e excluídos aqueles que não quiserem participar ou assinar o consentimento informado fornecido inicialmente.

No grupo experimental o valor médio de idades foi de 84.7, em que o valor mínimo foi de 69 e o valor máximo de 93 ($DP=6.9$). Já no grupo de controlo o valor médio de idades foi de 87.8, onde o seu valor mínimo foi de 76 e o seu valor máximo de 99 ($DP=6.7$) (Tabela 5.1).

Tabela 5.1

Caracterização da amostra em relação à idade ($N=33$)

Grupo	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	Mínimo	Máximo	<i>DP</i>
Experimental	84.7	86.5	69	93	6.9
Controlo	87.8	87	76	99	6.7
Total	86.2	86.8	72	96	6.8

Do total da amostra, 9 idosos pertenciam ao género masculino ($n = 9$), correspondendo a 27.2% da amostra total e 24 ao género feminino ($n = 24$), correspondendo a 72.8% da amostra total. No caso do grupo experimental, o género masculino representava 25% ($n = 4$) enquanto o sexo feminino representava 75% ($n = 12$). Já em relação ao grupo de controlo, o género masculino representava 29.4% ($n = 5$), enquanto o feminino representava 70.6% ($n = 12$) (Tabela 5.2).

Tabela 5.2*Caracterização da amostra em relação ao sexo*

Grupo	Género masculino		Género feminino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Experimental	4	25%	12	75%	16	100%
Controlo	5	29.4%	12	70.6%	17	100%
Total	9	27.2%	24	72.8%	33	100%

Em termos de escolaridade, constata-se que 15.1% ($n = 5$) não tem qualquer grau de escolaridade e 63.6% ($n = 21$) apresentam o 1º ciclo de escolaridade. Em relação ao 2º ciclo, apenas 3.2% ($n=1$), sendo que 6.1% ($n = 2$) dos participantes tem o 12º ano, e por último 12% ($n = 4$) corresponde aos participantes com o ensino superior (Tabela 5.3).

Em relação ao grupo experimental a ausência de escolaridade representa apenas 12,4% ($n = 2$), o 1º ciclo representa 68.7% ($n = 11$), o 2º ciclo representa 6.3% ($n = 1$) assim como o 12º ano e o ensino superior. Já no grupo de controlo 17.7% ($n = 3$) não tem escolaridade; 58.8% ($n = 10$) apresenta o 1º ciclo, 5.9% ($n = 1$) o 12º ano e 17.6% ($n = 3$) o ensino superior (Tabela 5.3).

Tabela 5.3*Caracterização da amostra em relação à escolaridade*

Grupo	Sem escolaridade		1º ciclo		2º ciclo		12º ano		Ensino Superior		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Experimental	2	12.4%	11	68.7%	1	6.3%	1	6.3%	1	6.3%	16	100%
Controlo	3	17.7%	10	58.8%	0	0%	1	5.9%	3	17.6%	17	100%
Total	5	15.1%	21	63.8%	1	3.2%	2	6.1%	4	12%	33	100%

Relativamente à profissão, contata-se que a amostra possui um leque alargado de profissões. No grupo experimental 6.3% ($n = 1$) dos indivíduos eram pedreiros antes da reforma, 6.3% ($n = 1$) trabalhavam no campo, 18.8% ($n = 3$) eram costureiras/os, 18.8% ($n = 3$) eram domésticas/os, 6.3% ($n = 1$) empregados fabris, 6.3% ($n = 1$) auxiliares escolares, 6.3% ($n = 1$) professores, 6.3% ($n = 1$) trabalhavam na indústria do calçado, 6.3% ($n = 1$) eram mecânicos, 6.3% ($n = 1$) eram auxiliares de saúde, 6.3% ($n = 1$) assistente de farmácia e os restantes 6.3% ($n = 1$) vendiam gado (Tabela 5.4).

Em relação ao grupo de controlo 11.8% ($n = 2$) eram pedreiros, 17.3% ($n = 3$) trabalhavam no campo, 29.4% ($n = 5$) eram domésticas/os, 17.6% ($n = 3$) professores, 5.9% ($n = 1$) assistentes sociais, 5.9% ($n = 1$) caixeiros-viajantes e os restantes 5.9% ($n = 1$) trabalhavam na indústria transportadora (Tabela 5.4).

Tabela 5.4

Caracterização da amostra em relação à profissão

Grupo	Profissão	n	%
Experimental	Pedreiro	1	6.3%
	Trabalho de campo	1	6.3%
	Costureira	3	18.8%
	Trabalho doméstico	3	18.8%
	Empregado Fabril	1	6.3%
	Auxiliar escolar	1	6.3%
	Professor/a	1	6.3%
	Indústria de calçado	1	6.3%
	Mecânico	1	6.3%
	Auxiliar de saúde	1	6.3%
	Assistente de farmácia	1	6.3%
	Vendedor de gado	1	6.3%
	Total	16	100%
Controlo	Pedreiro	2	11.8%
	Trabalho de campo	3	17.6%
	Trabalho doméstico	5	29.4%
	Professor/a	3	17.6%
	Assistente social	1	5.9%
	Mecânico	1	5.9%
	Caixeiro Viajante	1	5.9%
	Transporte peças de automóvel	1	5.9%
	Total	17	100%

Em relação ao estado de saúde, os participantes tinham três opções de resposta: bom, médio ou mau. Dentro do grupo experimental 25% ($n = 4$) dos participantes descreveu o seu estado de saúde como bom, enquanto 43.7% ($n = 7$) descreveram como médio e 31.3% ($n = 5$) descreveram como mau. No grupo de controlo 23.5% ($n = 4$) referiram o estado de saúde como bom, 52.9% ($n = 9$) como médio e 23.5% ($n = 4$) como mau (Tabela 5.5).

Tabela 5.5*Caracterização da amostra em relação ao estado de saúde*

Grupo	Bom		Médio		Mau		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Experimental	4	25%	7	43.7%	5	31.3%	16	100%
Controlo	4	23.5%	9	52.9%	4	23.5%	17	100%
Total	8	24.3%	16	48.3%	9	27.4%	33	100%

Por último, foi também colocada a questão aos participantes sobre qual a razão da sua entrada na instituição. Dentro do grupo experimental 50% ($n = 8$) dos participantes respondeu ter sido *escolha da família*, 43.7% ($n = 7$) *escolha própria* e 6.3% ($n = 1$) respondeu *outro motivo*. No grupo de controlo 35.3% ($n = 6$) respondeu ter sido *escolha da família* e 64.7% ($n = 11$) *escolha própria* (Tabela 5.6).

Tabela 5.6*Caracterização da amostra em relação à razão de entrada na instituição*

Grupo	Escolha família		Escolha própria		Outro		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Experimental	8	50%	7	43.7%	1	6.3%	16	100%
Controlo	6	35.3%	11	64.7%	0	0%	17	100%
Total	14	42.7%	18	54.2%	1	3.1%	33	100%

5.3. Etapas de operacionalização do estudo

O estudo foi construído com base na pesquisa da literatura disponível científica da área. Foi solicitada previamente autorização ao Representante da Proteção de Dados da Universidade do Algarve, tendo o estudo sido aprovado. Seguidamente, foi solicitada autorização para se realizar o estudo à Santa Casa da Misericórdia que aceitou a colaborar.

O protocolo do estudo, os seus objetivos, o programa em específico e como seriam realizadas as sessões, foi apresentado à Diretora e à Psicóloga do Lar da Santa Casa da Misericórdia. De forma a operacionalizar o estudo foi fornecida pela psicóloga da instituição uma lista com todos os utentes do Lar, sendo que depois de uma discussão sobre os critérios de inclusão, esta seleccionou 37 indivíduos que se encaixariam no estudo em questão. Dos 37 indivíduos em questão 34 destes aceitaram a participar na

investigação. A estes foi solicitado o consentimento verbal, o preenchimento do consentimento informado e foi realizada a cada um uma breve explicação dos objetivos do estudo e como este se iria desenvolver. Seguiram-se todos os procedimentos éticos, de confidencialidade e anonimato.

O estudo foi desenvolvido em três fases distintas, nomeadamente uma fase inicial, que compreendeu a avaliação inicial dos idosos. Os instrumentos foram aplicados individualmente na instituição numa sala da mesma. Em primeiro lugar aplicou-se um questionário sociodemográfico com questões gerais sobre o indivíduo, e de seguida aplicaram-se os instrumentos selecionados para a investigação, nomeadamente o *Mini Mental State Examination*, o Índice de Katz, o Índice de Barthel e a Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer (*Quality of Life-Alzheimer's Disease - QOL-AD*). Os dados foram recolhidos pelo investigador.

A segunda fase correspondeu à implementação do programa de intervenção. Para tal os 34 indivíduos foram anonimizados e procedeu-se a uma seleção aleatória distribuindo estes por dois grupos, um experimental e um de controlo. O grupo experimental foi submetido a 15 sessões de estimulação física e cognitiva no decorrer de 10 semanas, com duas sessões semanais, estas com duração de 1h30 no máximo, no período de fevereiro a maio de 2023. Cada sessão deste programa contou com dois momentos: uma atividade com foco motor e uma atividade com foco cognitivo.

Uma terceira fase, correspondeu à avaliação pós-intervenção. De salientar que todos os idosos (grupo de controlo e grupo experimental), fizeram os testes de avaliação nos dois momentos da investigação, no entanto somente os idosos do grupo experimental beneficiaram do programa de intervenção. Durante o período de intervenção, os idosos do grupo de controlo não tiveram qualquer intervenção, tendo realizado as tarefas usuais da vida diária institucional.

5.4. Instrumentos

5.4.1. Questionário Sociodemográfico

Este instrumento foi elaborado com o objetivo de caracterizar os idosos, averiguando os seus dados pessoais (género, idade, estado civil, escolaridade, atividade

profissional anterior, estado de saúde e doenças, e razão da entrada na instituição), bem assim como outros dados relevantes da sua história pessoal.

5.4.2. Índice de Katz

Desenvolvido por Katz e colaboradores em 1963, foi especificamente composto para indivíduos institucionalizados. Avalia o grau de dependência do idoso ao realizar atividades básicas do dia-a-dia. Este índice contém questões sobre 6 funções: tomar banho; controlo de esfíncteres; alimentação; vestir e despir; mobilidade e ir à casa de banho, conseguindo-se através dele avaliar se o idoso em questão é “dependente”, “independente com ajuda”, “independente com supervisão” ou “independente” (Leite et al., 2020).

Na versão utilizada na investigação, a pontuação de cada função varia numa escala *Likert* entre 1 a 3 pontos, sendo que 1 ponto significa independente sem ajuda ou supervisão, 2 pontos expressa dependência parcial e 3 pontos expressa dependência total. Em relação à pontuação final, caso o indivíduo pontue até 6 pontos é considerado *Independente*, se pontuar de 7 a 12 pontos este é *Dependente parcial* e se pontuar 13 a 18 pontos é *Dependente total*. Assim, quanto menor a pontuação mais independente é o sujeito.

O Índice de Katz foi utilizado nesta investigação de forma a analisar a relação entre a estimulação física e cognitiva na execução das atividades de vida diárias (AVD's).

5.4.3. Índice de Barthel

Desenvolvido por Mahoney e Barthel (1965), adaptado para a população portuguesa por Araújo et al. (2007). É constituído por 11 itens que permitem avaliar as capacidades funcionais do sujeito para a realização das atividades básicas da vida diária (ABVD) nas dimensões de mobilidade e autocuidados. A pontuação total da escala decorre de zero a cem, em que o valor zero traduz uma dependência total e o cem corresponde à independência nestes domínios.

No presente estudo utilizou-se apenas os 10 itens, propostos por Wade e Collin, (1988), nomeadamente: Evacuar, Urinar, Higiene Pessoal, Ir à casa de banho, Alimentar-se, Deslocações, Mobilidade, Vestir-se, Escadas e Tomar banho. Os valores dos itens variam numa escala *Likert* entre 0 e 3 pontos, sendo 0 pontos *Dependente* e 3

Independente. Em relação aos resultados totais, caso o indivíduo pontue entre 0 e 4 pontos é considerado *Muito Grave*, de 5 a 9 pontos é *Grave*, de 10 a 14 pontos é *Moderado*, de 15 a 19 pontos é *Ligeiro* e se este pontuar 20 pontos é considerado *Independente*.

Atualmente o Índice de Barthel continua a ser muito escolhido para avaliar a incapacidade para a realização das AVD's. A sua fácil aplicação e interpretação, para além do seu baixo custo, são algumas das características pelas quais é escolhido.

O Índice de Barthel foi utilizado de forma a analisar a relação entre a estimulação física e cognitiva na execução das atividades de vida diárias (AVD's).

5.4.4. Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer (*Quality of Life-Alzheimer's Disease - QOL-AD*)

Desenvolvida por Logsdon e colaboradores (1999), para indivíduos com Alzheimer que vivem em comunidade. Aborda treze itens relacionados com diversas vertentes (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). Este instrumento foi desenhado para explorar domínios considerados importantes, incluindo o funcionamento interpessoal, ambiental, físico e psicológico. Cada um destes parâmetros está organizado numa escala tipo *Likert* de quatro opções de resposta: 1) mau; 2) satisfatório; 3) bom e 4) excelente. A pontuação total varia entre 13 e 52 pontos, sendo que quanto maior o valor obtido, melhor qualidade de vida (Pinheiro, 2019). Na investigação em questão, foi utilizada a versão de Novelli (2003).

A Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer foi utilizada nesta investigação com o intuito de analisar o efeito da estimulação física e cognitiva na qualidade de vida do idoso institucionalizado.

5.4.5. *Mini Mental State Examination*

Desenvolvido por Folstein e McHugh em 1975, pretende como objetivo identificar indivíduos com deterioração cognitiva (Santana et al., 2016).

O *Mini Mental State Examination* é um dos instrumentos de avaliação cognitiva de idosos mais utilizado, sobretudo como teste de triagem, devido à sua facilidade de aplicação, assim como à facilidade de interpretação dos resultados. Avalia a orientação,

memória, evocação, cálculo, linguagem, concentração e retenção. A cada resposta correta é atribuído um ponto, apresentando a pontuação máxima de 30 pontos (Costa et al., 2021). É constituído por 30 itens, 10 deles relacionados com a orientação divididos em duas partes: 5 questões de orientação espacial, a repetição de 3 itens para posterior evocação e 5 questões de atenção e cálculo. É também constituído por 8 itens de linguagem, compreensão de ordens, compreensão de uma ordem escrita, a escrita de uma frase e por fim 1 item de capacidade construtiva (Machado, 2019).

Os pontos de corte para a população portuguesa para a presença de *Défice cognitivo* situam-se em resultados de 15 pontos ou menos para indivíduos analfabetos, resultados de 22 pontos ou inferior para indivíduos com 1 a 11 anos de escolaridade, e resultados inferiores a 28 pontos para indivíduos com 11 ou mais de escolaridade (Machado, 2019).

Na presente investigação o MMSE foi utilizado para analisar a relação entre a estimulação física e cognitiva nas capacidades cognitivas nos idosos institucionalizados.

5.5. Programa de Intervenção

O programa de intervenção é composto por 15 sessões, que são realizadas duas vezes por semana, numa duração máxima de 1h 30. As sessões são constituídas por duas vertentes, uma motora e outra cognitiva. Este programa apresenta os seguintes objetivos:

- Acompanhar individualmente os idosos institucionalizados;
- Dinamizar as atividades psicoeducativas propostas no Programa de Intervenção;
- Promover a participação social dos idosos;
- Estimular o funcionamento físico e cognitivo dos idosos;
- Promover a comunicação e a expressão pessoal dos idosos.

As atividades constituintes do programa de estimulação foram baseadas em exercícios e atividades propostas por Jacob (2012), que desenvolveu um manual onde apresenta diversos conceitos sobre o envelhecimento, assim como diversas práticas de intervenção com idosos. Outras atividades são da autoria da investigadora (Apêndice 4).

Foi decidido que cada sessão teria a duração máxima de 1h 30, sendo que este horário nunca foi totalmente utilizado. As sessões foram realizadas duas vezes por semana, no decorrer de 10 semanas. Aquando da planificação tinha sido conceptualizado que estas idealmente seriam no mesmo dia, devido a certas atividades do Lar que estavam previamente definidas e claro a rotina dos utentes. Cada sessão foi dividida em dois

momentos: um momento com um enfoque na área motora/física e um momento com um enfoque em atividades de âmbito cognitivo. Foi feita a planificação das sessões, com ambas atividades a realizar por sessão, conforme tabela que se apresenta com o resumo do programa de intervenção (Tabela 5.7).

Tabela 5.7

Resumo do programa de Estimulação física e cognitiva

<i>Sessão n.º</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Atividades</i>
<i>1</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer o grupo de idosos que participa no programa, assim como promover o conhecimento de cada um ao grupo; - Desenvolver a criatividade, a capacidade de focalização da atenção, o desenvolvimento linguístico e vocabulário. 	<p>Atividade Motora: “Conhecer o outro”.</p> <p>Atividade Cognitiva: “História sem sentido”.</p>
<i>2</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a coordenação motora; - Desenvolver a capacidade de associação e melhorar o vocabulário. 	<p>Atividade Motora: “Ping-Pong”.</p> <p>Atividade Cognitiva: “Qual a profissão?”.</p>
<i>3</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver a coordenação óculo-mental e a capacidade de concentração. - Desenvolver o raciocínio lógico, a capacidade de focalização da atenção e concentração. 	<p>Atividade Motora: “Bowling improvisado”.</p> <p>Atividade Cognitiva: “Bingo!”.</p>
<i>4</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver a capacidade de associação e a capacidade de identificação auditiva. - Desenvolver o vocabulário e a motricidade global. 	<p>Atividade Motora: “Que barulho é este?”.</p> <p>Atividade Cognitiva: “A palavra secreta”.</p>
<i>5</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a coordenação motora, a capacidade de focalização da atenção e concentração e a resistência muscular. - Desenvolver a capacidade de raciocínio lógico e de discriminação cognitiva. 	<p>Atividade Motora: “Olho Balão”.</p> <p>Atividade Cognitiva: “A imagem intrusa”.</p>
<i>6</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver a coordenação motora, o equilíbrio e a resistência. - Desenvolver a cognição, a memória a curto e longo prazo e a capacidade de associação. 	<p>Atividade Motora: “Vamos dançar?”.</p> <p>Atividade Cognitiva: “Que se faz a esta hora?”.</p>
<i>7</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver o equilíbrio e a motricidade global, o raciocínio lógico, a capacidade de focalização da atenção e concentração. - Desenvolver a memória e a motricidade fina. 	<p>Atividade Motora: “Equilíbrio não é para novos!”</p> <p>Atividade Cognitiva: “Memoriza e copia”</p>

8	- Desenvolver a motricidade fina e global, o controlo motor, a capacidade de focalização da atenção e concentração. -Desenvolver a memória.	Atividade Motora: “Atira o disco!”. Atividade Cognitiva: “Onde está a laranja?”.
9	- Desenvolver a motricidade e a capacidade de focalização da atenção e concentração. - Desenvolver a capacidade cognitiva, agilidade mental e o vocabulário.	Atividade Motora: “A ginástica não se faz só lá fora!”. Atividade Cognitiva: “Qual a cor, qual é ela?”.
10	- Melhorar a coordenação motora fina, a capacidade de imaginação e a capacidade de concentração. - Desenvolver o raciocínio lógico e abstrato	Atividade Motora: “Vamos pintar?”. Atividade Cognitiva: “Contas e contas”.
11	- Desenvolver a coordenação motora global e fina. - Desenvolver a agilidade mental e o vocabulário.	Atividade Motora: “Pesca”. Atividade Cognitiva: “Cruzadinhas”.
12	- Estimular a motricidade fina. - Desenvolver a capacidade de concentração e o raciocínio lógico e abstrato.	Atividade Motora: “O que esconde o saco?”. Atividade Cognitiva: “Pertence ou não pertence?”
13	- Desenvolver a motricidade fina. - Desenvolver a memória e o vocabulário.	Atividade Motora: “Jenga!”. Atividade Cognitiva: “Esses provérbios são do meu tempo!”.
14	- Melhorar a coordenação e a atenção. - Melhorar a concentração e o desenvolvimento da perceção espacial.	Atividade Motora: “Cabeça, ombros, pernas e pés”. Atividade Cognitiva: “Aponta as diferenças”
15	- Melhorar a coordenação motora global e a capacidade de focalização da atenção. - Desenvolver a memória visual.	Atividade Motora: “Pista de obstáculos”. Atividade Cognitiva: “O que falta aqui?”.

De assinalar que, ao longo do programa foi necessário ajustá-lo de forma a ir ao encontro das necessidades e preferências dos utentes do grupo experimental. Estes ajustes foram realizados ainda atendendo um breve momento de debate que se realizava no final de cada sessão, em que os utentes eram questionados sobre os seus gostos e preferências, assim como o que tinham gostado e o que não tinham gostado, tendo como objetivo melhorar o programa.

Todas as atividades decorreram numa sala destinada a tal, sendo que a disposição dos utentes se diferenciava conforme a atividade. De modo geral estes eram sentados em três grupos, mas conseguiam com facilidade ver os restantes participantes e conviver durante o tempo das sessões. Ao longo das sessões a assiduidade foi decrescendo, principalmente devido a casos significativos de Covid-19, mesmo assim a maior parte dos utentes mostrou-se extremamente interessada e prestativa.

5.6. Procedimentos para o tratamento e análise de 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 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

6.1. Caracterização dos resultados das amostras

6.1.1. Análise descritiva do Índice de Katz

O Índice de Katz avalia o grau de autonomia de um indivíduo tendo em conta o seu nível de dependência em seis atividades: *Tomar banho*, *vestir-se*, *ir ao wc*, *locomoção*, *continência* e *alimentação*.

O grupo experimental apresenta valores em todas as variáveis de 1 “independente” a 3 “dependente total”. A variável *Tomar banho* apresenta um valor médio de 3, correspondendo “precisa de ajuda para a higiene completa”. A variável *Vestir-se* apresenta um valor médio que corresponde a “segura as roupas e veste-se sem ajuda, mas não consegue apertar os sapatos”. A variável *Ir ao wc* apresenta um valor médio de 1 que corresponde a “vai ao wc, faz a higiene e veste-se sem ajuda”. A variável *Locomoção* apresenta um valor médio de 1 que corresponde a “entra e sai da cama assim como da cadeira sem ajuda”, também a variável *Continência* apresenta um valor médio de 1 que corresponde a “controla totalmente a urina e os movimentos dos intestinos”. Por último, a variável *Alimentação* apresenta um valor médio de 1 que corresponde a “alimenta-se sem ajuda” (Tabela 6.8).

Tabela 6.8

Pontuação do grupo experimental no Índice de Katz

	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>
Tomar banho	1	3	3	0.7
Vestir-se	1	3	2	0.8
Ir ao wc	1	3	1	0.5
Locomoção	1	2	1	0.5
Continência	1	3	1	0.6
Alimentação	1	2	1	0.4

Da mesma forma que o grupo experimental, também o grupo de controlo apresenta valores em todas as variáveis de 1 “independente” a 3 “dependente total”. A variável *Tomar banho* apresenta um valor médio de 2 que corresponde a “precisa de ajuda para

lavar apenas uma parte do corpo”. A variável *Vestir-se* apresenta um valor médio de 2 que corresponde a “segura as roupas e veste-se sem ajuda, mas não consegue apertar os sapatos”. A variável *Ir ao wc* apresenta um valor médio de 1 que corresponde a “vai ao wc, faz a higiene e veste-se sem ajuda”. A variável *Locomoção* apresenta um valor médio de 1 que corresponde a “entra e sai da cama assim como da cadeira sem ajuda”, também a variável *Continência* apresenta um valor médio de 1 que corresponde a “controla totalmente a urina e os movimentos dos intestinos”. Por fim, a variável *Alimentação* apresenta um valor médio de 1 que corresponde a “alimenta-se sem ajuda” (Tabela 6.9).

Tabela 6.9

Pontuação do grupo de controlo no Índice de Katz

	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>
Tomar banho	1	3	2	0.9
Vestir-se	1	3	2	1
Ir ao wc	1	2	1	0.5
Locomoção	1	2	1	0.5
Continência	1	2	1	0.5
Alimentação	1	2	1	0.5

6.1.2. Análise descritiva do Índice de Barthel

O Índice de Barthel ajuda a avaliar a funcionalidade do indivíduo, questionando este sobre algumas atividades da sua vida diária.

O grupo experimental obteve, no que se refere à variável *Evacuar* um valor médio de 2 que corresponde a “continente”. Para a variável *Urinar* acontece o mesmo, sendo a sua média 2 correspondendo igualmente a “continente”. A variável *Higiene Pessoal* apresenta uma média de 1 que corresponde a “Independente”. *Ir à casa de banho* e *Alimentar-se* apresentam uma média de 2 correspondendo ambas a “independente”. As variáveis *Deslocações* e *Mobilidade* apresentam uma média de 2 correspondendo a “pequena ajuda”. A variável *Vestir-se* apresenta um valor médio de 1 que corresponde a “precisa de ajuda”. A variável *Escadas* apresenta um valor médio de 1 correspondendo a “precisa de ajuda” e por último, a variável *Tomar Banho* apresenta igualmente o valor médio de 1, correspondendo a “independente” (Tabela 6.10).

Tabela 6.10.*Pontuação do grupo experimental no Índice de Barthel*

	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>
Evacuar	0	2	2	0.6
Urinar	0	2	2	0.6
Higiene Pessoal	0	1	1	0.4
Ir à casa de banho	0	2	2	0.7
Alimentar-se	1	2	2	0.4
Deslocações	0	3	2	0.8
Mobilidade	1	3	2	0.6
Vestir-se	0	2	1	0.8
Escadas	0	2	1	0.6
Tomar Banho	0	1	1	0.4

No que se refere ao grupo de controlo, a variável *Evacuar* apresenta um valor médio de 2 que corresponde a “contínente”, assim como a variável *Urinar*. A variável *Higiene Pessoal* obteve um valor médio de 0 correspondendo a “necessita de ajuda”. A variável *Ir à casa de banho* obteve um valor médio de 1 que corresponde a “precisa de ajuda”. A variável *Alimentar-se* obteve um valor médio de 2 que corresponde a “independente”. As variáveis *Deslocações* e *Mobilidade* obtiveram um valor médio de 2 correspondendo a “pequena ajuda”. As variáveis *Vestir-se* e *Escadas* obtiveram um valor médio de 1 que corresponde a “precisa de ajuda”. Por fim, a variável *Tomar Banho* obteve um valor médio de 0, correspondendo a “dependente” (Tabela 6.11)

Tabela 6.11.*Pontuação do grupo de controlo no Índice de Barthel*

	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>
Evacuar	1	2	2	0.4
Urinar	1	2	2	0.5
Higiene Pessoal	0	1	0	0.5
Ir à casa de banho	0	2	1	0.8
Alimentar-se	1	2	2	0.5
Deslocações	0	3	2	0.9
Mobilidade	0	3	2	0.8
Vestir-se	0	2	1	1
Escadas	0	2	1	0.7
Tomar Banho	0	1	0	0.5

6.1.1 Análise descritiva da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer (*Quality of Life-Alzheimer's Disease - QOL-AD*)

A Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer pretende identificar domínios interpessoais, ambientais, físicos e psicológicos.

Procedeu-se a uma análise descritiva de cada item da escala individualmente. Em relação ao grupo experimental a variável *Saúde Física* apresenta um valor médio de 2, que corresponde a “razoável”, um valor máximo de 3 e um valor mínimo de 1, ($DP=0.8$). A variável *Disposição* apresenta um valor médio de 2 que corresponde a “razoável”, um valor máximo de 3 e um valor mínimo de 1, ($DP=0.8$). A variável *Humor* apresenta um valor médio de 3 que corresponde a “bom”, com um valor máximo de 4 e um mínimo de 2, ($DP=0.6$). A variável *Condições de vida* apresenta um valor médio de 2 que corresponde a “razoável”, com um valor máximo de 3 e um valor mínimo de 1, ($DP=0.6$). A variável *Memória* apresenta um valor médio de 3 que corresponde a “bom”, com um valor máximo de 4 e um valor mínimo de 1, ($DP=0.7$). A variável *Família* apresenta um valor médio de 3 que corresponde a “bom”, com um valor máximo de 4 e um valor mínimo de 2, com um desvio padrão de 0.5. A variável *Casamento* apresenta uma média de 3 que corresponde a “bom”, com um valor máximo de 4 e um valor mínimo de 1, ($DP=1.0$). A variável *Amigos* apresenta um valor médio de 3 que corresponde a “bom”, com um valor máximo de 3 e um valor mínimo de 2, ($DP=0.5$). A variável *Em geral como se sente?* possui um valor médio de 2 que corresponde a “razoável”, com um valor máximo de 3 e um mínimo de um, com um desvio padrão de 0.6. A variável *Capacidade em realizar tarefas* apresenta um valor médio de 2 que corresponde a “razoável”, com um valor máximo de 3 e um valor mínimo de 1, ($DP=0.7$). A variável *Capacidade de fazer coisas para se divertir* apresenta um valor médio de 3 que corresponde a “bom”, com um valor máximo de 4 e um valor mínimo de 1, ($DP=1.0$). A variável *Dinheiro* apresenta um valor médio de 3 que corresponde a “bom”, com um valor máximo de 3 e um valor mínimo de 1, ($DP=0.6$). Por último, a variável *A vida como um todo* apresenta um valor médio de 3 que corresponde a “bom”, com um valor máximo de 4 e um valor mínimo de 1, ($DP=0.6$). (Tabela 6.12).

Analisando os valores e o total das variáveis verifica-se um valor médio de 34.0, um valor máximo de 44, um valor mínimo 17, ($DP=9.0$). (Tabela 6.12).

Tabela 6.12

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

Variável	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>
Saúde Física	1	3	2	0.8
Energia	1	3	2	0.8
Humor	2	4	3	0.6
Condições de vida	1	3	2	0.6
Memória	2	4	3	0.7
Família	2	4	3	0.5
Casamento	1	4	3	1
Amigos	2	3	3	0.5
Em geral, como se sente?	1	3	2	0.6
Capacidade de realizar tarefas	1	3	2	0.7
Capacidade de fazer coisas para se divertir	1	4	3	1
Dinheiro	1	3	3	0.6
A vida como um todo	1	3	3	0.6
Total	17	44	34	9

Em relação ao grupo de controlo, a variável *Saúde Física* apresenta um valor médio de 2 que corresponde a “razoável”, com um valor mínimo de 1 e um valor máximo de 3, ($DP=0.7$). A variável *Energia* apresenta um valor médio de 2 que corresponde a “razoável”, com um valor mínimo de 1 e um valor máximo de 3, ($DP=0.9$). A variável *Humor* apresenta um valor médio de 3 que corresponde a “bom”, com um valor mínimo de 1 e um valor máximo de 4, ($DP=0.9$). A variável *Condições de vida* apresenta um valor médio de 2 que corresponde a “razoável”, com um valor mínimo de 1 e um valor máximo de 4, ($DP=0.9$). A variável *Memória* possui um valor médio de 2 que corresponde a “razoável”, com um valor mínimo de 1 e um valor máximo de 3, ($DP=0.7$). A variável *Família* apresenta um valor médio de 3 que corresponde a “bom”, com um valor mínimo de 1 e um valor máximo de 4, ($DP=1.0$). A variável *Casamento* apresenta um valor médio de 3 que corresponde a “bom”, com um valor mínimo de 1 e um valor máximo de 4,

($DP=0.9$). A variável *Amigos* apresenta um valor médio de 2 que corresponde a “razoável”, com um valor mínimo de 1 e um valor máximo de 3, ($DP=0.8$). A variável *Em geral, como se sente?* apresenta um valor médio de 2 que corresponde a “razoável”, com um valor mínimo de 1 e um valor máximo de 4, ($DP=0.8$). A variável *Capacidade em realizar tarefas em casa* apresenta um valor médio de 2 que corresponde a “razoável”, com um valor mínimo de 1 e um valor máximo de 4, ($DP=0.9$). A variável *Capacidade de fazer coisas para se divertir* apresenta um valor médio de 2 que corresponde a “razoável”, com um valor mínimo de 1 e um valor máximo de 4, ($DP=0.9$). A variável *Dinheiro* apresenta um valor médio de 3 que corresponde a “bom”, com um valor mínimo de 1 e um valor máximo de 4, ($DP=0.7$). Por último, a variável *A vida como um todo* apresenta um valor médio de 2 que corresponde a “razoável”, com um valor mínimo de 1 e um valor máximo de 3, ($DP=0.7$) (Tabela 6.13).

Ao analisar o total das variáveis da escala verifica-se um valor médio de 30, um valor mínimo de 13 e um valor máximo de 47, ($DP=9.9$) (Tabela 6.13)

Tabela 6.13

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

Variável	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>
Saúde Física	1	3	2	0.7
Energia	1	3	2	0.9
Humor	1	4	3	0.9
Condições de vida	1	4	2	0.9
Memória	1	3	2	0.7
Família	1	4	3	1
Casamento	1	4	3	0.9
Amigos	1	3	2	0.8
Em geral, como se sente?	1	4	2	0.8
Capacidade em realizar tarefas em casa	1	4	2	0.9
Capacidade de fazer coisas para se divertir	1	4	2	0.9
Dinheiro	1	4	3	0.7
A vida como um todo	1	3	2	0.7
Total	13	47	30	9.9

6.1.4. Análise descritiva do *Mini Mental State Examination*

O *Mini Mental State Examination* avalia a função cognitiva assim como a orientação, memória, evocação, cálculo, linguagem, concentração e retenção. Em relação ao grupo experimental, os dois indivíduos sem escolaridade obtiveram uma pontuação acima de 15 pontos. Os indivíduos com escolaridade entre os 1 e 11 anos, 1 obteve pontuação de 22 pontos, enquanto 11 obtiveram mais de 22 pontos. Para uma escolaridade de 12 ou mais anos, 1 indivíduo obteve até 27 pontos e outro obteve acima de 27 pontos (Tabela 6.14).

Relativamente ao grupo de controlo, os indivíduos sem escolaridade (3 indivíduos) obtiveram pontuação acima de 15 pontos. Com escolaridade de 1 a 11 anos, 6 indivíduos obtiveram pontuação até 22 pontos e 4 indivíduos acima de 22 pontos. Já com

escolaridade acima de 12 anos, 1 indivíduo obteve pontuação até 27 pontos, enquanto 3 obtiveram acima de 27 pontos (Tabela 6.14).

Tabela 6.14

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	0
>15	2	3
	1 a 11 anos de escolaridade	
Até 22	1	6
>22	11	4
	12 anos ou mais de escolaridade	
Até 27	1	1
>27	1	3

No geral, obteve-se uma amostra pouco homogénea em termos de distribuição por grupos e presença ou ausência de défice cognitivo, sendo possível verificar tal distribuição na seguinte tabela (Tabela 6.15).

Tabela 6.15

Caraterização 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	2	14
Grupo de Controlo	7	10

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

De forma a avaliar as diferenças entre ambos momentos temporais, antes e depois da intervenção nos dois grupos, calcularam-se as Médias e os Desvios Padrões, recorrendo novamente a uma análise descritiva e ao Teste de *Wilcoxon*.

6.2.1. Análise da comparação entre grupo experimental e de controlo do Índice de Katz

A respeito do Índice de Katz, é possível observar um ligeiro aumento dos valores médios após a intervenção, este em ambos grupos. Embora tenha ocorrido esse aumento, ambos os valores não são estatisticamente significativos (Tabela 6.16).

Tabela 6.16

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 total GE	9.19 ± 2.61	9.25 ± 2.65	-0.577	0.564
Índice de Katz total GC	9.71 ± 3.18	9.76 ± 3.13	-1.000	0.317

6.2.2. Análise da comparação entre grupo experimental e de controlo para o Índice de Barthel

Em relação ao índice de Barthel é possível verificar que houve uma ligeira diminuição nos valores médios após intervenção, tanto no grupo experimental como no grupo de controlo. Ambos os valores não são, no entanto, estatisticamente significativos (Tabela 6.17).

Tabela 6.17

Comparação entre o grupo experimental (GE) e o grupo de controlo (GC) – Índice de Barthel, antes e depois da intervenção

	Antes Média ± DP	Depois Média ± DP	t	p
Índice de Barthel total GE	14.31 ± 4.71	14.19 ± 4.71	-1.414	0.157
Índice de Barthel total GC	13.71 ± 5.17	13.59 ± 5.21	-1.414	0.157

6.2.3. Análise da comparação entre grupo experimental e de controlo para a Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer (*Quality of Life-Alzheimer's Disease - QOL-AD*)

No que diz respeito à Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer, procedeu-se à análise de cada variável.

Na variável *Saúde Física*, os valores médios após a intervenção aumentaram em ambos grupo, embora esse aumento, os valores não se mostram estatisticamente significativos (Tabela 6.18).

Tabela 6.18

Comparação entre o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) – Saúde Física – Escala da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer – antes e depois da intervenção

	Antes Média ± DP	Depois Média ± DP	Z	p
Saúde Física GE	2.13 ± 0.80	2.31 ± 0.79	-1.732	0.083
Saúde Física GC	1.94 ± 0.75	2.00 ± 0.70	-0.577	0.564

Na variável, *Energia*, o grupo experimental mostrou um aumento dos valores médios após intervenção, enquanto o grupo de controlo apresenta uma diminuição desses valores após a intervenção. Ambos os valores são estatisticamente significativos (Tabela 6.19).

Tabela 6.19

Comparação entre o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) – Energia – Escala da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer – antes e depois da intervenção

	Antes Média ± DP	Depois Média ± DP	Z	p
Energia GE	2.44 ± 0.81	2.94 ± 0.44	-2.530	0.011
Energia GC	2.12 ± 0.86	1.88 ± 0.78	-2.000	0.046

Na variável *Humor*, ambos grupos apresentam um aumento dos valores médios após a intervenção. O grupo experimental apresenta valores estatisticamente significativos, ao contrário do grupo de controlo (Tabela 6.20).

Tabela 6.20

Comparação entre o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) – Humor – Escala da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer – antes e depois da intervenção

	Antes Média ± DP	Depois Média ± DP	Z	p
Humor GE	2.94 ± 0.57	3.31 ± 0.60	-2.449	0.014
Humor GC	2.76 ± 0.90	2.82 ± 0.81	-0.577	0.564

Na variável, *Condições de Vida*, o grupo experimental apresenta um aumento dos valores médios após a intervenção, sendo este valor estatisticamente significativo. Já em relação ao grupo de controlo, este apresenta uma diminuição dos valores médios após a intervenção, não sendo este um valor estatisticamente significativo (Tabela 6.21).

Tabela 6.21

Comparação entre o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) – Condições de Vida – Escala da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer – antes e depois da intervenção

	Antes Média ± DP	Depois Média ± DP	Z	p
Condições de Vida GE	2.13 ± 0.62	2.38 ± 0.62	-2.000	0.046
Condições de Vida GC	2.12 ± 0.86	2.00 ± 0.71	-1.414	0.157

Em relação à variável *Memória*, o grupo experimental apresenta um aumento dos valores médios após a intervenção, enquanto o grupo de controlo apresenta uma diminuição após a intervenção. Ambos resultados, em ambos grupos, não são estatisticamente significativos (Tabela 6.22).

Tabela 6.22

Comparação entre o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) – Memória– Escala da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer – antes e depois da intervenção

	Antes Média ± DP	Depois Média ± DP	Z	p
Memória GE	3.00 ± 0.73	3.19 ± 0.54	-1.732	0.083
Memória GC	2.18 ± 0.73	1.94 ± 0.66	-1.633	0.102

Em relação à variável *Família*, o grupo experimental apresenta um aumento nos valores médios após a intervenção, ao contrário do grupo de controlo que apresenta uma diminuição. Em ambos os grupos os resultados não são estatisticamente significativos (Tabela 6.23).

Tabela 6.23

Comparação entre o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) – Família – Escala da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer – antes e depois da intervenção

	Antes Média ± DP	Depois Média ± DP	Z	p
Família GE	3.19 ± 0.54	3.31 ± 0.60	-1.000	0.317
Família GC	2.82 ± 0.95	2.65 ± 0.93	-1.134	0.257

Em relação à variável *Casamento*, ambos grupos apresentam uma diminuição dos valores médios após a intervenção, sendo que ambos não são estatisticamente significativos (Tabela 6.24).

Tabela 6.24

Comparação entre o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) – Casamento – Escala da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer – antes e depois da intervenção

	Antes Média ± DP	Depois Média ± DP	Z	p
Casamento GE	2.88 ± 0.96	2.81 ± 0.83	-0.577	0.564
Casamento GC	2.65 ± 0.93	2.41 ± 0.94	-1.414	0.157

No que diz respeito à variável *Amigos*, o grupo experimental apresenta um aumento, ao contrário do grupo de controlo que apresenta uma ligeira descida nos valores médios após a intervenção. Em ambas situações não se trata de valores estatisticamente significativos (Tabela 6.25).

Tabela 6.25

Comparação entre o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) – Amigos– Escala da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer – antes e depois da intervenção

	Antes Média ± DP	Depois Média ± DP	Z	p
Amigos GE	2.62 ± 0.50	2.75 ± 0.58	-1.000	0.317
Amigos GC	2.24 ± 0.75	2.23 ± 0.75	0.000	1.000

Sobre a variável *Em geral como se sente?* o grupo experimental apresenta um aumento dos valores médios após a intervenção, enquanto no grupo de controlo acontece o oposto. Mesmo assim, em ambas situações não existem valores estatisticamente significativos (Tabela 6.26).

Tabela 6.26

Comparação entre o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) – Em geral, como se sente? – Escala da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer – antes e depois da intervenção

	Antes Média ± DP	Depois Média ± DP	Z	p
Em geral, como se sente? GE	2.37 ± 0.62	2.69 ± 0.70	-1.890	0.059
Em geral, como se sente? GC	2.29 ± 0.85	2.05 ± 0.83	-1.633	0.102

No que se refere à variável *Capacidade de realizar tarefas em casa*, ambos grupos apresentam ligeiros aumentos dos valores médios após a intervenção. Mesmo se tratando de aumentos, em ambas situações não existem valores estatisticamente significativos (Tabela 6.27)

Tabela 6.27

Comparação entre o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) – Capacidade de realizar tarefas em casa – Escala da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer – antes e depois da intervenção

	Antes Média ± DP	Depois Média ± DP	Z	p
Capacidade de realizar tarefas em casa GE	2.19 ± 0.66	2.31 ± 0.60	-1.414	0.157
Capacidade de realizar tarefas em casa GC	1.94 ± 0.90	2.00 ± 1.00	-0.447	0.655

No que diz respeito à variável *Capacidade de fazer coisas para se divertir*, ambos os grupos apresentam aumentos nos valores médios após a intervenção. Mesmo existindo aumentos em ambas situações, os valores não são suficientes para ser estatisticamente significativos (Tabela 6.28)

Tabela 6.28

Comparação entre o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) – Capacidade de fazer coisas para se divertir – Escala da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer – antes e depois da intervenção

	Antes Média ± DP	Depois Média ± DP	Z	p
Capacidade de fazer coisas para se divertir GE	2.50 ± 1.10	2.75 ± 0.86	-1.633	0.102
Capacidade de fazer coisas para se divertir GC	1.65 ± 0.93	1.71 ± 0.85	-0.378	0.705

Em relação à variável *Dinheiro*, em ambos grupos existem aumentos dos valores médios após a intervenção, estes valores, no entanto, não são estatisticamente significativos (Tabela 6.29).

Tabela 6.29

Comparação entre o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) – Dinheiro – Escala da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer – antes e depois da intervenção

	Antes Média ± DP	Depois Média ± DP	Z	p
Dinheiro GE	2.75 ± 0.58	2.81 ± 0.66	-1.000	0.317
Dinheiro GC	2.59 ± 0.71	2.70 ± 0.77	-1.414	0.157

No que se refere à última variável, *A vida como um todo*, deu-se um aumento dos valores médios após a intervenção no grupo experimental, sendo este valor estatisticamente significativo. Já no grupo de controlo ocorreu uma diminuição dos valores médios após a intervenção, não sendo estes valores estatisticamente significativos (Tabela 6.30).

Tabela 6.30

Comparação entre o grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) – A vida como um todo – Escala da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer – antes e depois da intervenção

	Antes Média ± DP	Depois Média ± DP	Z	p
A vida como um todo GE	2.50 ± 0.63	2.87 ± 0.34	-2.449	0.014
A vida como um todo GC	2.29 ± 0.67	2.17 ± 0.73	-1.000	0.317

Analisando o somatório das respostas de cada variável, verificou-se um aumento do valor médio no grupo experimental após a intervenção, e uma diminuição do valor médio no grupo de controlo após a intervenção. Apenas os valores relativos ao grupo experimental são estatisticamente significativos (Tabela 6.31).

Tabela 6.31

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	33.63 ± 6.53	36.44 ± 5.00	-3.235	0.001
EAQVDA total GC	29.59 ± 7.36	28.59 ± 6.66	-1.403	0.161

6.2.4. Análise da comparação entre grupo experimental e de controlo do *Mini Mental State Examination*

Em relação ao *Mini Mental State Examination*, observou-se que no grupo experimental os valores médios aumentaram após a intervenção, sendo este resultado significativo. Embora o mesmo tenha acontecido no grupo de controlo, este aumento não se mostrou significativo (Tabela 6.32).

Tabela 6.32

Comparação entre o grupo experimental (GE) e o grupo de controlo (GC) –Mini Mental State Examination, antes e depois da intervenção

	Antes Média ± DP	Depois Média ± DP	Z	p
MMSE GE	24.44 ± 4.05	25.44 ± 4.10	-2.074	0.038
MMSE GC	23.47 ± 4.91	23.29 ± 4.74	-0.306	0.760

CAPÍTULO VII – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo teve como principal objetivo analisar os efeitos de um programa de intervenção psicoeducativo, este com um foco cognitivo e um foco motor, nas capacidades cognitivas, funcionais e também na qualidade de vida de idosos institucionalizados.

Neste capítulo são analisados e discutidos os resultados obtidos e apresentados no capítulo anterior.

A realização desta investigação foi apenas possível com a colaboração com a Santa Casa da Misericórdia, que forneceu uma lista de utentes que se encaixavam nos critérios de inclusão do estudo proposto.

Para serem incluídos no estudo, os indivíduos tinham de apresentar mais de 65 anos e apresentar, ou não, comprometimento cognitivo leve, ou seja, deveriam ser capazes de manter uma conversa sem grandes dificuldades.

A análise geral da amostra permitiu constatar que esta é constituída por predominantemente por indivíduos do género feminino, mais precisamente 24 indivíduos, correspondendo a 72.7% da amostra total. Relativamente ao género masculino, a amostra conta com 9 indivíduos, correspondendo a 27.3% da amostra total. Estes valores vão ao encontro dos valores obtidos nos últimos Censos realizados em Portugal (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021), que assinalam uma maior percentagem de mulheres idosas relativamente ao género masculino. De facto, em 2021, a população feminina registou um desequilíbrio perante a população masculina, sendo que esta corresponde a 52.4% da população portuguesa, enquanto a população masculina corresponde a 47.6%, refletindo assim um aumento perante os resultados dos Censos 2011, onde esta relação era de 91.5 homens por 100 mulheres. Embora o número de homens seja superior ao número de mulheres nos grupos etários dos 0 aos 14 anos e dos 15 aos 24 anos, esta relação mostra-se inversa na faixa etária superior ao 65 anos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021).

Em termos de idades, no grupo experimental a média situa-se, para ambos os géneros, nos 84.70 anos ($DP = 6.9$), enquanto no grupo de controlo a média se encontra nos 87.80 anos ($DP = 6.7$).

Em relação à escolaridade, encontramos diferenças entre ambos grupos, sendo que no grupo experimental 12.4% da amostra não possui escolaridade, 68.7% possui o 1º

ciclo, 6.3% possui o 2º ciclo, 6.3% apresenta o 12º ano e 6.3% possui ensino superior. No grupo de controlo, 17.7% não possui escolaridade, 58.8% possui o 1º ciclo, nenhum indivíduo possui o 2º ciclo, 5.9% possui o 12º ano e 17.6% possui ensino superior. Como já analisado, as maiores diferenças entre ambos grupos se situam na inexistência de indivíduos com o 2º ciclo no grupo de controlo e no valor superior de indivíduos com ensino superior também no grupo de controlo.

Num estudo realizado com 182 indivíduos, foi verificada uma associação estatisticamente significativa entre o desempenho do MoCA (instrumento desenvolvido para rastreio de défice cognitivo leve), e a escolaridade. Quanto maior a escolaridade dos indivíduos melhor o desempenho obtido, implicando que a escolaridade está diretamente relacionada com o desempenho cognitivo (Sousa et al., 2019).

Ainda sobre a escolaridade, uma investigação realizada com o objetivo de determinar a prevalência e incidência de défices cognitivos numa amostra de indivíduos de 65 a 85 anos ($N = 586$), determinou que a prevalência de défices cognitivos é maior em indivíduos sem escolaridade, marcando de novo a importância da escolaridade (Pais et al., 2020).

Em relação ao estado de saúde, e embora se deva assinalar que os dados recolhidos são as próprias perceções dos utentes sobre a variável, não existiram grandes diferenças entre ambos grupos, sendo que no grupo experimental a maior parte dos idosos classifica a sua saúde como média, seguidos daqueles que a consideram como má, sendo apenas uma percentagem mais reduzida dos que parecem assumir uma boa perceção do seu estado de saúde. Os resultados do grupo de controlo vão no mesmo sentido, embora a percentagem seja superior para a perceção de saúde como média.

Numa investigação realizada com intuito de avaliar a relação entre o nível de atividade física e as condições de saúde de 1652 idosos, foi descrito na variável *Perceção da saúde atual* que 46.9% considera-o como bom, 17.6% da amostra considera o seu estado de saúde mau, 35.5% considera este como médio e (Cardoso et al., 2019). Comparando com os resultados do presente estudo podemos referir que o grupo de idosos da presente amostra apresenta perceções mais negativas sobre o próprio estado de saúde.

A respeito da razão da entrada na instituição, encontramos diferenças também entre ambos grupos: no grupo experimental 50% dos indivíduos referiu que a escolha foi familiar, 43.7% referiu esta ser uma escolha própria, e os restantes 6.3% mencionou ser outra razão. Já no grupo de controlo, 35.3% dos indivíduos deram entrada na instituição

por escolha da família, enquanto o restante, 64.7% referiu ser escolha própria. Assim, podemos concluir que no grupo experimental a entrada na instituição foi na maioria escolha da família, enquanto no grupo de controlo foi na maioria escolha própria. Este é sem dúvida um resultado interessante, e que vai ao encontro da literatura da área que refere que a opção é muitas vezes tomada pelo próprio idoso e outras vezes pelos familiares (Santos, 2013). Certo é que em ambas posições se constata que estes idosos não tiveram condições para permanecer no seu ambiente familiar, o que também é indicador de falta de políticas que respondam às necessidades dos idosos para que estes possam ser apoiados nas suas residências (Dutra et al., 2016).

Aquando da institucionalização, é necessário ter em atenção os sentimentos envolvidos, uma vez que, estes podem variar de satisfação, liberdade e bem-estar até tristeza, solidão revolta, estes todos dependentes do envolvimento do utente no processo de tomada de decisão. É importante então dar relevância ao seu envolvimento, pois é este que influencia diretamente o processo de adaptação e transição para a instituição (Faria & Carmo, 2015). Relativamente ao estudo, embora no grupo experimental, a maior parte dos utentes tenha sido institucionalizado por escolha familiar, todos eles referiram ter sido envolvidos na decisão, assim como no grupo de controlo, onde a maioria se situa na escolha própria.

Os dados obtidos através da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer permitem-nos analisar com profundidade vários aspetos da vida dos indivíduos, neste caso: *Saúde Física; Energia; Humor/Disposição; Condições de vida; Memória; Família; Casamento; Amigos; Em geral, como se sente? Capacidade de realizar tarefas em casa; Capacidade de fazer coisas para se divertir; Dinheiro; A vida como um todo*. De seguida apresenta-se a discussão das diferenças no momento antes e após o programa de estimulação, para cada variável, para ambos os grupos.

Em relação à *Saúde Física*, é possível verificar uma melhoria em ambos os grupos, experimental e controlo, sendo que apenas os valores obtidos no grupo experimental se apresentam como estatisticamente significativos. Um dos maiores interesses deste programa de intervenção foi esta variável, sendo que esta influência diretamente a autonomia do utente, consequentemente a qualidade de vida. Aquando da sua elaboração, foi tido em mente não só a estimulação cognitiva do utente, mas também a estimulação física, esta relacionada então com a autonomia. Assim, todas as sessões foram iniciadas

com a atividade motora, que para além de estimularem a capacidade funcional dos participantes, tinha também como objetivo ajudar na integração e dinâmica do grupo.

Ainda sobre esta variável, um estudo realizado com uma amostra de 60 indivíduos idosos institucionalizados, com o principal objetivo de analisar a influencia do exercício físico na manutenção da autonomia aquando da realização das atividades de vida diárias, chegou à conclusão que, ao incorporar exercício físico à rotina do idoso torna-se possível a melhoria da execução das AVD's, ou seja, uma melhoria na autonomia do idoso (Sousa et al., 2020). Estes dados vão então ao encontro dos resultados da presente investigação, pois indicam que ao incorporar exercício físico ao estilo de vida de um idoso, torna-se possível obter efeitos positivos no processo do envelhecimento, influenciando de forma direta a qualidade de vida.

Em relação à variável *Energia*, verifica-se também uma melhoria no valor médio no grupo experimental, e uma regressão do valor médio no grupo de controlo, sendo ambos os valores estatisticamente significativos. Em relação à melhoria no grupo de experimental, para além dos resultados serem justificados pelos efeitos do programa, era extremamente visível durante as sessões a forma como estes queriam iniciar as atividades o mais rápido possível, mostrando-se energéticos e prontos a colaborar.

A respeito da variável *Humor*, deu-se uma melhoria dos valores médios, tanto no grupo experimental, como no grupo de controlo, sendo que apenas os valores apresentados pelo grupo experimental foram estatisticamente significativos. Embora o grupo de controlo não tenha participado das sessões, foi possível reparar na partilha de informações entre ambos grupos depois das sessões, o que poderá ter afetado o humor do grupo de controlo. Já no grupo experimental é notória a satisfação e a diversão com que abordavam as atividades, fazendo brincadeiras constantes e muitas vezes partilhando experiências que de certo modo se assemelhavam à atividade em questão, com o resto dos utentes. Algumas atividades em específico promoviam a brincadeira e o riso, fazendo das sessões um momento de diversão e leveza.

Relacionando ambas variáveis, um estudo com o principal objetivo de observar se a atividade física pode trazer melhorias para a saúde física e mental de idosos, comparando um grupo sedentário e um grupo que praticava exercício físico regular, mostrou, com recurso à Escala de Depressão para Idosos, que o exercício físico está diretamente relacionado com a redução dos índices de depressão nos idosos. Assim, podemos afirmar que a prática regular de exercício físico é benéfica para os idosos,

corroborando o que é defendido na literatura científica que este pode agir como um fator de proteção e retardamento da atrofia do Sistema Nervoso Central, assegurando um aumento dos neurotransmissores, como a serotonina, dopamina e norepinefrina, todos relacionados com o humor e a energia (Hernandez & Voser, 2019).

Ainda relacionado com ambas as variáveis, pode referir-se o estudo desenvolvido por Freitas e colaboradores (2023) com o objetivo de determinar se a estimulação física e cognitiva possui efeitos sobre a qualidade do sono, humor e cognição dos idosos. Dividindo os 60 idosos em três grupos de 20 indivíduos (grupo de controlo, grupo de estimulação cognitiva e grupo de exercício físico), esta investigação concluiu que a estimulação cognitiva e a prática regular de exercício físico podem ser aliados para a melhoria do humor, cognição e sono, contribuindo para um envelhecimento saudável (Freitas et al., 2023).

Nas variáveis *Condições de vida* e a *Vida como um todo*, foi analisada uma melhoria dos valores médios do grupo experimental, sendo estes valores estatisticamente significativos, enquanto foi verificada uma regressão nos valores médios do grupo de controlo, não sendo estes estatisticamente significativos. Em ambas as variáveis as respostas variavam muito dependendo do estado de espírito do utente nessa mesma semana ou dia. Assim, em termos do grupo experimental, as respostas obtidas não dependem apenas das sessões em que estes participaram, mas também de outros acontecimentos. De referir que, para estes idosos que se encontram numa situação de maior vulnerabilidade (longe da sua casa, dos seus familiares), os mais variados acontecimentos podem levá-los a adaptar outra visão sobre as suas condições de vida e sobre a vida destes em geral, tornando estes resultados, embora importantes e estatisticamente significativos, não totalmente relacionados com o programa de intervenção.

A respeito da variável *Memória*, verificaram-se alterações nos resultados de ambos grupos, mais especificamente uma melhoria no valor médio do grupo experimental, e uma regressão do mesmo no grupo de controlo. No entanto, ambos valores, não são estatisticamente significativos. Em relação ao grupo experimental, embora o resultado não se tenha mostrado significativo, era notório em momentos mais informais, fora das sessões, uma leve melhoria. Alguns idosos, que apresentavam muita dificuldade em recordar as atividades anteriores e até mesmo o nome da investigadora, mostravam interesse em recordar alguns momentos das sessões anteriores, como o que tinham

gostado e o que não tinham. O mesmo se aplicava em outras questões, como o que tinham sido as refeições e o que tinham feito durante aquela semana.

Refira-se que estes resultados são corroborados num estudo de aplicação de um programa de intervenção, com avaliação antes e depois, desenvolvido num Centro de Convivência de Idosos. Neste, era promovida a convivência e o fortalecimento de vínculos entre os utentes, assim como a realização de atividades cognitivas, de forma a contribuir para o processo de envelhecimento ativo e saudável. De forma a avaliar a eficácia deste programa na cognição e queixas de memória da amostra, foram utilizados dois instrumentos: Exame Cognitivo de Addenbrooke – Versão Revisada (ACE-R) e Escala de Queixa de Memória (EQM). No pós intervenção foi observada a melhoria nos domínios cognitivos da memória e linguagem (Machado et al., 2019).

Em relação à variável *Família*, verificou-se também uma melhoria no valor médio no grupo experimental e uma regressão do valor médio no grupo de controlo. No entanto, ambos os valores, não são, estatisticamente significativos. Aquando questionados com a relação com os seus familiares, muitos referiram que esta era boa, exceto alguns utentes que não tinham familiares diretos ou que não mantêm contacto com estes. Assinale-se, contudo, que no grupo experimental, se notou uma maior confiança ao longo das sessões, sendo que os idosos se sentiam mais à vontade para partilhar experiências familiares, especialmente com outros utentes. No final das sessões, existia sempre um momento de partilha, onde alguns partilhavam situações ocorridas com familiares, e outros identificavam-se com as mesmas. Foi notório o espaço de confiança e partilha que estes criaram, conseguindo alguns perceber certas atitudes dos familiares que antes não compreendiam, isto com ajuda do ponto de vista de outros utentes.

A respeito da variável *Casamento*, os valores médios de ambos os grupos sofreram uma regressão, não sendo ambos valores estatisticamente significativos. Ao questionar pela segunda vez os utentes, reparou-se que se sentiam mais à vontade para partilhar certas situações não tão positivas sobre os seus parceiros, contrariando, em algumas situações, os resultados prévios ao programa, isto em ambos grupos.

Na variável *Amigos*, o grupo experimental mostrou uma melhoria do valor médio, enquanto o grupo de controlo sofreu uma regressão, mesmo assim ambos os valores não se mostraram estatisticamente significativos. Esta melhoria, em relação ao grupo experimental, foi notória, embora não significativa, justificando-se talvez pela estrutura física e acessibilidade da instituição, uma vez que esta ao estar dividida por pisos, pode

limitar um pouco o convívio entre todos os utentes da instituição. Ao realizar as sessões, os utentes conviviam todos numa só sala, mostrando interesse em conhecer-se uns aos outros, criando rapidamente vínculos entre si. Da análise efetuada, é nosso entender que a realização do programa permitiu que utentes que não possuíam qualquer laço, se conhecessem e criassem amizade, esta tanto pela partilha de experiências, como gostos em comum e até mesmo por terem a mesma profissão antes da aposentadoria.

Num estudo realizado com 25 idosos participantes de centros de convivência, pretendeu-se analisar a importância dessa mesma participação na qualidade de vida do idoso, ou seja, qual a importância da criação de laços no envelhecimento. Como conclusão, utilizando uma entrevista semiestruturada, o estudo comprovou que a participação em centros de convivência possui um impacto positivo na funcionalidade e qualidade de vida dos idosos, sendo que estes promovem o bem-estar do idoso, fornecendo apoio físico, mental e social (Mascarello et al., 2020).

Na variável *Em geral, como se sente?* o grupo experimental apresentou uma melhoria no valor médio, enquanto o grupo de controlo apresentou uma regressão, embora ambos os valores, não sejam estatisticamente significativos. Da mesma forma que as variáveis anteriores, *Condições de vida* e a *Vida como um todo*, as respostas a esta variável podem estar dependentes de outras situações e experiências que os utentes vivenciaram, estas dentro e fora do programa de intervenção.

As variáveis *Capacidade de realizar tarefas em casa* e *Capacidade de fazer coisas para se divertir*, apresentaram melhorias nos valores médios, em ambos os grupos, embora mais uma vez estes valores não sejam estatisticamente significativos. Em relação ao grupo de controlo, foi, no entanto, notória uma vontade de participar nas sessões, sendo que em algumas situações mais informais estes questionavam o porquê de não terem sido escolhidos. É nosso entender que pode estar aqui algum viés, devido a uma certa frustração, estes poderiam estar a querer mostrar que estavam mais autónomos e ativos do que antes, assim como os utentes que pertenciam ao grupo experimental. Já em relação ao grupo experimental, os exercícios escolhidos para o programa estimulavam tanto a motricidade fina como a grossa, sendo estes reservados para a primeira parte das sessões. Embora alguns utentes, devido a certos condicionantes, não conseguissem realizar alguns exercícios com os membros inferiores, estes eram substituídos por movimentos que conseguissem fazer, mas num modo geral, todos os membros eram trabalhados. Estes exercícios tiveram como objetivo tornar os utentes capazes de realizar certas tarefas com

mais facilidade, criar mais autonomia possibilitando-lhes realizar outras atividades de forma a proporcionar lazer e satisfação, como jogar às damas, cartas e desenhar. Verificou-se assim, ao longo das sessões, mais facilidade em começar os exercícios, mais interesse nas atividades lúdicas e, conseqüentemente, uma melhoria, embora pouco significativa, da própria autonomia.

Complementando os resultados positivos obtidos, a Universidade da Bahia questionou se o treinamento funcional melhoraria a realização das AVD's e a capacidade funcional de idosos. Foi concluído, após uma intervenção com avaliação antes e depois, que o treino funcional possui efeitos positivos no desempenho das AVD's (Galvão et al., 2019).

Por fim, a variável *Dinheiro* obteve-se melhorias nos valores médios em ambos os grupos, não sendo estes, no entanto significativos. Embora a criação de vínculos com o grupo de controlo tenha sido menor que no grupo experimental, o aumento da confiança dos utentes deste grupo para partilhar informações não fica despercebida, marcando o segundo momento de avaliação como um momento de maior confiança, este para ambos grupos. Logo, a informação como, neste caso, a sua situação financeira, que para alguns é um assunto tabu, foi referida com mais segurança do que anteriormente, justificando talvez os resultados obtidos.

De um modo geral, a Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer, apresentou melhorias nos valores médios do grupo experimental, e um declínio no grupo de controlo. Assim, os resultados obtidos na presente investigação, corroboram um estudo envolvendo um programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados, com o objetivo de perceber a diferença entre o antes e depois da aplicação do programa de estimulação, na capacidade cognitiva e na qualidade de vida dos idosos. Neste também se observou um impacto positivo na qualidade de vida dos idosos da amostra, assim como no seu funcionamento cognitivo (Rodrigues, 2019).

Relativamente aos resultados obtidos no Índice de Barthel, podemos verificar uma regressão dos valores médios em ambos grupos, após a intervenção, não sendo, ambos, estatisticamente significativos. O mesmo sucedeu no Índice de Katz, embora os valores médios aumentassem, ao contrário do Índice de Barthel, quando maior a pontuação mais dependente é o indivíduo em questão, os valores médios também mostraram uma regressão em termos da autonomia, não sendo, da mesma forma, valores estatisticamente significativos. É nosso entendimento, que um programa de apenas 15 sessões pode

considerar-se muito curto de forma a poder resultar em resultados significativos na forma como os utentes executam as suas AVD's. Não obstante, importa ainda referir que mesmo de forma informal não foi possível verificar grandes alterações nas diferentes variáveis que ambas escalas avaliam, sendo que muitos utentes, devido a infeções por Covid-19 sofreram grandes regressões na sua autonomia e resistência física.

Analisando o *Mini Mental State Examination*, foi possível observar um aumento do valor médio após a intervenção no grupo experimental, sendo que no primeiro momento de avaliação o valor médio era de 24.44 ± 4.05 , passando no segundo momento de avaliação para 25.44 ± 4.10 , sendo um valor estatisticamente significativo. A mesma situação não ocorreu no grupo de controlo, sendo que este apresentava inicialmente um valor médio de 23.47 ± 4.91 , diminuindo para 23.29 ± 4.74 no segundo momento de avaliação, embora este valor não seja estatisticamente significativo.

Após o programa de intervenção seria já positivo que os idosos apresentassem uma manutenção a nível dos défices cognitivos já presentes. Importa, contudo, assinalar que após as 15 sessões foi possível verificar uma melhoria significativa no grupo experimental, mostrando a eficácia da estimulação física e cognitiva.

No mesmo sentido vão os resultados de um programa de estimulação cognitiva aplicado a 100 idosos institucionalizados, com dois grupos, um experimental e um de controlo, sendo que no primeiro submetido a 14 sessões de estimulação cognitiva, foi possível verificar uma melhoria na cognição (com pré e pós testes utilizando o MMSE), sendo que o mesmo não se verificou no grupo de controlo. Concluindo, tal programa foi benéfico para os idosos institucionalizados, contribuindo assim para a manutenção da sua cognição (Parola et al., 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois de meses, delineando, planejando e executando esta investigação, desde a sua apresentação até à discussão dos resultados, chega o momento de considerar toda a informação até agora obtida. Embora a informação de maior importância para a investigação já tenha sido referida, é importante mencionar que ocorreram certas situações que até agora não foram traduzidas, mas tal não lhes retira importância, sendo que serão mencionadas ao longo deste capítulo.

Esta investigação foi possível devido à colaboração com a Santa Casa da Misericórdia, que nos proporcionou uma amostra de 33 utentes pertencente ao Lar, todos estes com idades compreendidas entre os 69 e os 99 anos, que apresentam ou não, Comprometimento Cognitivo Leve (CCL).

Foram objetivos desta investigação analisar o impacto da estimulação física e cognitiva na execução das AVD's, analisar o impacto da estimulação física e cognitiva na qualidade de vida dos idosos e analisar o impacto da estimulação física e cognitiva nas capacidades cognitivas dos idosos, apresentando-se esses como os objetivos específicos da investigação. Como comprovado com os resultados apresentados nos capítulos anteriores, em que apresentámos e discutimos os resultados, embora tenha sido possível analisar o impacto da estimulação física e cognitiva na execução das AVD's, chegou-se à conclusão de que o programa não revelou um impacto positivo na sua execução. Já nos restantes objetivos específicos, foi possível analisar um impacto positivo, tanto na qualidade de vida como nas capacidades cognitivas.

Decorrente da pergunta vinculada ao objetivo geral: Será que a aplicação de um programa de estimulação física e cognitiva tem um impacto significativo nas capacidades funcionais e cognitivas, num grupo de idosos institucionalizados? Face aos resultados obtidos podemos afirmar que o programa de estimulação física e cognitiva teve um impacto significativo nas capacidades cognitivas no grupo de idosos institucionalizados da presente amostra. Assim podemos também comprovar parcialmente a hipótese formulada, afirmando que se se verificaram efeitos positivos, embora estes não sejam significativos em todos os domínios.

Em relação à Escala da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer, verificaram-se melhorias em todas variáveis, referentes ao grupo experimental, exceto na variável *Casamento*. No grupo que não foi intervencionado verificou-se que ocorreu uma regressão em todas as variáveis exceto no *Humor*, *Capacidade de realizar tarefas em casa*, *capacidade de fazer coisas para se divertir* e *Dinheiro*, onde ocorreu uma ligeira melhoria. Avaliando as variáveis de forma geral para ambos grupos, foi notória a melhoria da qualidade de vida do grupo experimental, sendo que este apresentou um aumento estatisticamente significativo, ao contrário do grupo de controlo onde se observou uma regressão geral, com valores não estatisticamente significativos.

Face a estes resultados, é possível concluir, que os indivíduos integrantes das sessões do programa de intervenção vivenciaram uma ligeira melhoria da sua qualidade de vida após o término do programa. O mesmo não ocorreu com o grupo de controlo, que ao não ser intervencionado apresentou uma regressão na sua qualidade de vida. Tais conclusões vão ao encontro daquilo que se presenciou durante a aplicação do programa de intervenção e que ainda é corroborado na literatura científica relativamente a este tópico. Embora inicialmente, na aplicação da escala, não parecia existir grande diferença na forma como os utentes percecionavam a sua qualidade de vida, ao longo do programa foi possível reparar na maior satisfação, alegria e boa disposição com que os utentes do grupo experimental abordavam a sua rotina.

No que se refere ao Índice de Barthel e Índice de Katz, os resultados não se mostraram estatisticamente significativos, sendo que ocorreu uma regressão do valor médio após o programa de intervenção, tanto no grupo de controlo como no grupo experimental. Como já foi referido, as nossas expectativas, atendendo ao número de sessões que nos foi possível implementar, não esperavam grandes alterações nos resultados destes índices. Para além disso, durante várias semanas, a maior parte dos utentes sofreram infeções por Covid-19, sendo que devido à sua vulnerabilidade a agressões externas, implicaram ainda grandes alterações na sua autonomia e resistência física, muitos referindo que voltaram à “estaca zero”. Assim, por não se verificarem alterações positivas em relação a ambos índices, que avaliam a autonomia dos indivíduos, poderá constatar-se que não existiu grande impacto na execução das AVD's depois do programa de estimulação física e cognitiva.

Os resultados obtidos em ambos os índices mostram a importância da ação direta dos profissionais nos utentes aquando do incentivo da autonomia, estimulando

diariamente as diferentes áreas funcionais. É também importante mencionar que a falta de profissionais nas instituições acaba por causar alguma regressão na autonomia dos utentes, pois que pela desproporção entre profissionais e utentes, devido à necessidade de apressar certas atividades, como a alimentação, banho e vestuário, sendo que muitas vezes é o profissional que acaba por fazer a tarefa, atividade ou cuidado pelo idoso. Neste sentido, uma importante implicação deste estudo e, tendo em consideração a análise dos resultados, é importante que, sempre que possível, os profissionais incentivem os utentes, fornecendo a devida supervisão e auxílio, a serem eles a vestir-se, alimentar-se e banhar-se, zelando assim pela sua autonomia, conseqüentemente pela sua qualidade de vida.

De um modo geral, embora em termos de autonomia, o programa possa não ter tido o sucesso esperado, pode concluir-se que se deu um impacto positivo na cognição do idoso devido á estimulação física e cognitiva integrante do programa, sendo essa conclusão revelada pelos resultados obtidos através do *Mini Mental State Examination*. O instrumento mostrou uma melhoria das capacidades cognitivas e/ou a manutenção do declínio cognitivo nos utentes pertencentes ao grupo experimental, sendo esta melhoria estatisticamente significativa.

Assim, embora a amostra utilizada na investigação seja pequena, limitando a generalização das conclusões para a restante população idosa de Portugal, a presente investigação proporcionou um melhor conhecimento da população idosa institucionalizada, assim como o reconhecimento da importância e da mais-valia que a estimulação física e cognitiva se apresenta para utentes com défice cognitivo ligeiro, tanto na manutenção como melhoria dos sintomas. É nosso entender que a estimulação física e cognitiva se constitui como uma grande aliada no processo do envelhecimento saudável e, conseqüentemente, na qualidade de vida do idoso.

Embora os resultados, no geral, tenham sido positivos, assinalaram-se, contudo, várias dificuldades e limitações ao longo deste processo. Ao planear um programa de estimulação física e cognitiva para uma população específica, neste caso de idosos institucionalizados, é necessário ter bastante atenção com a seleção de atividades que irão constituí-lo, uma vez que esta população apresenta muita individualidade, alertando também para a necessidade uma elevada capacidade de adaptação na hora de executar as atividades. Não é só necessário ter um horário bem delineado, uma sala bem organizada com todo o material necessário e as atividades bem planeadas, é necessário também ter

noção da população em questão e das suas necessidades e limites. As pessoas idosas, assim como o resto da população, têm os seus gostos, interesses e aversões, sendo assim necessário ter tudo isso em consideração aquando da criação de um programa de estimulação física e cognitiva. Importa ainda que se tenha como objetivo proporcionar um momento de satisfação e divertimento para os idosos. Ao colocar ênfase na opinião e adesão dos idosos nas atividades, é ainda necessário promover o debate sobre o que correu bem e o que correu mal, assim como o que estes gostariam de fazer, sendo muitas vezes necessário alterar o plano inicial inúmeras vezes.

Depois de uma análise mais informal, é possível concluir que este programa de intervenção, tornou-se sim, um momento prazeroso, divertido, estimulante e sobretudo um momento de vínculo entre os participantes, mas também para a investigadora. Este foi um período extremamente rico de aprendizagens, mas sobretudo de afetos.

A investigação mostrou-se de uma forma geral uma experiência enriquecedora para a investigadora, repleta de momentos de aprendizagem e diversão. Esta forneceu uma oportunidade para aprender e refletir sobre o processo de envelhecimento, como este ocorre, quais as suas consequências, assim como quais ferramentas podem ser utilizadas para atenuar as mesmas. Foi possível, a partir do programa de intervenção, estabelecer vínculos afetivos com vários utentes que se sentiam isolados, mostrando-lhes que mesmo na velhice ainda é possível criar amizades.

De um modo geral, a presente investigação possibilitou compreender e conhecer o processo de envelhecimento, os estereótipos ainda muito prevalentes na nossa sociedade e compreender acima de tudo que estes são gerados na maior parte das vezes a partir da ignorância e falta de conhecimento. Para a investigadora, este estudo mostrou-se como uma ferramenta, pois sendo este um processo inevitável e irreversível, como psicóloga, é fundamental adaptar medidas preventivas, de forma que este processo se torne o mais confortável e prazeroso possível.

Como todas as investigações, tal como referido também esta encontrou algumas limitações. Assim, como uma das limitações podemos assinalar o tempo despendido para organizar os participantes das sessões. O Lar da Santa Casa da Misericórdia é dividido por seis pisos, sendo que os utentes do grupo experimental se espalhavam por todos estes, e foi extremamente complicado acompanhar todos estes para o salão de festas no rés do chão, de forma rápida. Atendendo a que na maior parte das sessões, este processo era apenas realizado pela investigadora, os utentes do 1º e 2º piso, eram os primeiros a chegar,

e, como tal ficavam muito tempo aguardando a chegada dos restantes utentes, queixando-se de dores nas articulações e músculos. Devido ao constante tempo de espera para o início das sessões, dois utentes apenas participavam das sessões quando se sentiam com energia suficiente e poucas dores, devido a doenças crónicas, sendo que a sua participação nem sempre foi assídua.

Outra limitação relacionada com a assiduidade construiu-se ao longo do programa, sendo que foram criados, por utentes do grupo de controlo, alguns estereótipos negativos sobre as sessões de estimulação, referindo que estas eram apenas para pessoas com baixa escolaridade. Estes estereótipos negativos criados por alguns utentes levaram a que dois idosos acabassem por desistir das sessões, já que se sentiam menosprezados pelos conteúdos dos estereótipos.

Ainda relacionado com a assiduidade, uma outra limitação presente na investigação deveu-se às infeções por Covid-19. Alguns utentes não conseguiram participar de várias sessões devido ao período de quarentena, e mesmo estas tendo sido recuperadas, os utentes referiram que preferiam fazer num grupo maior, alegando que era mais divertido e prazeroso.

É de referir ainda a desejabilidade social como outra limitação, ou seja, os resultados, nomeadamente os mais positivos, podem ter sido influenciados pela vontade dos utentes em agradar ao investigador com as suas repostas, tentando assim valorizar ao máximo o trabalho deste durante a investigação. Foi possível verificar esta limitação sempre que estes hesitavam em responder, perguntavam qual a resposta no primeiro momento de avaliação, ou olhavam para a investigadora à procura de aprovação após a resposta. Tal limitação pode ter contribuído para algum viés nos resultados desta investigação.

Outra limitação esconde-se no facto de ser uma amostra pequena, e como já referido, dificultar a generalização de conclusões para a restante população idosa. O mesmo se refere ao número de sessões do programa de intervenção, sendo que em nosso entender os resultados poderiam ser diferentes caso este tivesse sido executado durante um maior número de sessões.

Como já referido, a rotina é algo de extrema importância para os idosos, influenciando diretamente a sua qualidade de vida. Outra limitação ao estudo deveu-se à dificuldade de criar uma rotina onde se inseriam as sessões de estimulação no mesmo dia e no mesmo horário. Embora tal fosse possível, em algumas semanas, a maior parte do

horário era condicionado pelas atividades já estabelecidas pela instituição, pela própria rotina do utente, pelo horário de visitas e ainda pela disponibilidade da investigadora. Sendo assim, as sessões acabaram por não ter um horário nem dia específico, causando alguma confusão e às vezes até frustração nos utentes do grupo experimental pois não sabiam quando estas iriam ocorrer.

Esperamos, contudo, que a presente investigação se tenha tornado um bom exemplo no incentivo para as instituições e ainda para a realização de futuros estudos, recomendando-se uma amostra maior, bem como o aumento do número de sessões de forma a podermos obter resultados mais conclusivos. Para além disso, de forma a obter uma análise mais completa, seria ainda importante analisar a variância e as correlações entre as diversas variáveis.

Concluimos referindo que, a partir do nosso estudo, constata-se que o processo do desenvolvimento desta investigação contribuiu para a consolidação da importância da estimulação física e cognitiva, e a sua inserção em programas de intervenção, na população idosa, contribuindo diretamente e de forma positiva para a qualidade de vida desta população. É fundamental continuar a enterrar os estereótipos negativos relativamente ao envelhecimento, e partilhar que este processo, aliado à estimulação física e cognitiva, pode ser repleto de satisfação, autonomia, alegria, bons vínculos afetivos e claro, uma boa qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, S. T., Pecoits, R. M., Hollerweger, L., Gomes, Â., & Doll, J. (2007). Atividade, Desengajamento, Modernização. *Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento*, 12, 7–33. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.4977>
- Aldwin, C. M. & Igarashi, H. (2015). *Successful, optimal, and resiliente aging: A psychosocial perspective*. In P. A. Lichtenberg & B. T. Mast (Eds), *APA Handbook of clinical geropsychology*, 1: 331-359. Washington, DC: American Psychological Association.
- Amarya, S., Singh, K., & Sabharwal, M. (2018). Ageing Process and Phsyiological Changes. *Gerontology*, 3–24. <https://doi.org/10.5772/intechopen.76249>
- Andrade, L. C. de O. R., & Andrade, F. C. G. de. (2022). Estimulação de funções executivas de idosos com comprometimento cognitivo leve: uma visão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(5), 19099–19113. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n5-123>
- Argimon, I. I. de L., Stein, L. M., Xavier, F. M. de F., & Trentini, C. M. (2004). O impacto de atividades de lazer no desenvolvimento cognitivo de idosos. *Revista Brasileira de Ciências Do Envelhecimento Humano*, 38–47.
- Araújo, L., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2016). Envelhecimento bem sucedido e longevidade avançada. *Actas de Gerontologia*, 2(1), 1–11. <http://hdl.handle.net/10400.19/3445>
- Assunção, J. L. A., & Chariglione, I. P. F. S. (2020). Envelhecimento Cognitivo, Autoeficácia e Atividade Física: Uma Revisão Sistemática. *Revista de Psicologia Da IMED*, 12(116–132). [10.18256/2175-5027.2020.v12i1.3120](https://doi.org/10.18256/2175-5027.2020.v12i1.3120)
- Assunção, R. (2010). *Dependência no idoso: Fatores Determinantes*. <http://hdl.handle.net/10400.26/29088>
- Azevedo, L. (2022). Este país é para velhos ? Migrações e envelhecimento em Portugal. *Forum Sociológico*, 40, 73–84. <https://doi.org/10.4000/sociologico.10567>
- Azevedo, P. W., Sampaio, T. de V., Fernandes, L. A., Oliveira, N. Z. de, Afonso, M. dos S., & Brito, L. C. do N. (2012). Avaliação da funcionalidade dos idosos institucionalizados em um pensionato do sul do Brasil através do Índice de Barthel. *Revista Inspirar, Movimento & Saúde*, 4(20), 1–5. <https://www.inspirar.com.br/wp-content/uploads/2012/11/avaliacao-funcionalidade-artigo-278.pdf>

- Bankoff, A. D. P. (2019). Equilíbrio corporal, postura corporal no processo de envelhecimento e medidas de prevenção através do exercício físico: Uma revisão. *Revista Saúde e Meio Ambiente-RESMA*, 2, 17–33.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U. & Staudinger, U. M. (2006). *Life Span Theory in Developmental Psychology*. Handbook of Child Psychology. I: 11., pp. 569-664. https://www.researchgate.net/publication/236150264_Life_Span_Theory_in_Developmental_Psychology
- Baltes, P., & Staudinger, U. (2000). Wisdom – A Metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*, 55(1), 122-136. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.122>
- Borson, L. A. M. G., & Romano, L. H. (2020). Revisão: O Processo Genético de Envelhecimento e os Caminhos para a Longevidade. *Revista Saúde Em Foco – Edição Nº 12 – Ano: 2020*, 239–244. <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2020/08/REVIS%C3%83O-O-PROCESSO-GEN%C3%89TICO-DE-ENVELHECIMENTO-E-OS-CAMINHOS-PARA-A-LONGEVIDADE-239-a-244.pdf>
- Cancela, D. M. G. (2007). O processo de envelhecimento. *Psicologia*, 3(1). <https://psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>
- Cardalda, I. M., López, A., & Carral, J. M. C. (2019). The effects of different types of physical exercise on physical and cognitive function in frail institutionalized older adults with mild to moderate cognitive impairment. A randomized controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 83, 223-230. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.05.003>
- Cardoso, A. S., Mazo, G. Z., Salin, M. da S., & Santos, C. A. X. dos. (2019). Percepção subjetiva de saúde e nível de atividade física de idosos. *Rev. Bras. Geriatria E Gerontologia*, 8(1), 81–91. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1809-9823.2008.11018>
- Casemiro, F. G., Rodrigues, I. A., Dias, J. C., Alves, L. C. de S., Inouye, K., & Gratão, A. C. M. (2016). Impacto da estimulação cognitiva sobre depressão, ansiedade, cognição e capacidade funcional em adultos e idosos de uma universidade aberta da terceira idade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(4), 683–684. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150214>
- Cataneo, F. M., Cardozo, T. M., & Monterrosa ayala, A. laurenti. (2019). Idosos Em

- Instituição De Longa Permanência E Relações Familiares. *Revista de Atenção à Saúde*, 17(60), 28–36. <https://doi.org/10.13037/ras.vol17n60.5845>
- Chiang, S. K., Jhong, J. R., & Wang, C. Y. (2023). Effects of cognitive stimulus therapy on middle-aged and elderly institutionalized patients with chronic schizophrenia with declined cognition. *Journal of the Formosan Medical Association*. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2023.03.008>
- Cherix, K. (2015). Corpo e envelhecimento : uma perspectiva psicanalítica Body and aging : a psychoanalytical view. *Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 18(1), 39–51. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v18n1/v18n1a03.pdf>
- Claudia, T., Camargo, D. A., Cassio, S. De, & Telles, C. (2018). *A (re) invenção do cotidiano no envelhecimento pelas práticas corporais e integrativas : escolhas possíveis , responsabilização e autocuidado*. 367–380. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1238>
- Cochar-Soares, N., Delinocente, M. L. B., & Dati, L. M. M. (2021). Fisiologia do envelhecimento: da plasticidade às consequências cognitivas. *Revista Neurociências*, 29. <https://doi.org/10.34024/rnc.2021.v29.12447>
- Costa, T. N. M., Nieto, J. P. de S., Morikawa, L. S., Araújo, A. V. S. de, Cardoso, A. A. M., Mafra, B. G., Eiró, M. do N., Santos, V. N. M. dos, & Costa, V. O. da. (2021). Análise do Mini Exame do estado mental de Folstein em idosos institucionalizados e não institucionalizados/ Analysis of Folstein's Mini State examination in institutionalized and non institutionalized elderly people. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 8319–8336. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-357>
- Cruz, R. P. da. (2019). *Benefícios da prática regular de exercício físico em idosos com doença de Alzheimer*. <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/33330>
- De Nadai, M. B. A., Pinheiro, L. D. S., & Melo, D. M. de. (2018). Envelhecimento bem-sucedido e autoeficácia: Uma revisão da literatura. *Revista Kairós : Gerontologia*, 21(3), 403–422. <https://doi.org/10.23925/2176-901x.2018v21i3p403-422>
- de Oliveira, L. D. S. S. C. B., Souza, E. C., Rodrigues, R. A. S., Fett, C. A., & Piva, A. B. (2019). The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 41(1), 36–42. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0129>
- Dias, B. L., Porto, A. L. D., & Andrade, D. L. M. de. (2022). Exercício físico e envelhecimento: uma perspectiva muscular, cardiovascular e psicológica / Physical

- exercise and aging: a muscular, cardiovascular and psychological perspective. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(2), 6706–6721. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n2-240>
- Dias, M. S., & Lima, R. M. (2012). Estimulação cognitiva por meio de atividades físicas em idosos: examinando uma proposta de intervenção. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(2), 325–334. <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/nvvrGSXz55wnGzn8y8YvLfd/?format=pdf&lang=pt>
- Dutra, R. R., Vargas, S. C., Tornquist, L., Tornquist, D., Martins, V. A., Krug, S. F., & Corbellini, V. A. (2016). Refletindo sobre o processo de institucionalização do idoso. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção [Internet]*, 6, 1-9. <https://doi.org/10.17058/reci.v1i1.804>
- ESTRATÉGIA NACIONAL PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL (ENEAS) 2017-2025. (n.d.). <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Esquenazi, D., Silva, S. R. B. da, & Guimarães, M. A. M. (2014). Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 13(2), 11–20. <https://doi.org/10.12957/rhupe.2014.10124>
- Faria, C. G., & Carmo, M. P. (2015). Transição e (in)adaptação ao lar de idosos: Um estudo qualitativo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(4), 435–442. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/0102-37722015042472435442>
- Ferreira, E. V., Mello, J. M. de, Lima, L. L. de, & Sant'ana, D. de M. G. (2019). Plasticidade neural em indivíduos da terceira idade. *Arquivos Do MUDI*, 23(3), 120–129. <https://doi.org/10.4025/arqmudi.v23i3.51518>
- Ferreti, F., Soccol, B. F., Albrecht, D. C., & Ferraz, L. (2014). Viver a velhice em ambiente institucionalizado. *Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento*, 19(2). <https://doi.org/10.22456/2316-2171.42378>
- Firmino, R. G. (2021). *Estimulação cognitiva em idosos: uma proposta de intervenção online em tempos de pandemia*. <http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/tede/4130>
- Fonseca, A. (2004). *Envelhecer um olhar psicológico*. Iii, 65–80. <https://orcid.org/0000-0002-9087-1306>
- Fonsêca, W., & Franco, C. (2019). Depressão em idosos institucionalizados: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Ciências Do Envelhecimento Humano*, 16(3), 9–

22. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.v16i3.9081>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Freitas, G. J. de B., Sardinha, L. S., Tallo, F. S., Lima, R. Y., Gehrke, F. de S., Carvalho, Galeno, L. S., Chariglione, I. P. F. S., Sallorenzo, L. H., & Silva, H. S. (2018). O idoso na mídia do Distrito Federal: perdas e ganhos no envelhecimento. *Revista de Psicologia Da IMED*, 10(2), 22–35. <https://doi.org/https://doi.org/10.18256/2175-5027.2018.v10i2.2843>
- Galvão, D. G., Oliveira, L. V. F. de, & Brandão, G. S. (2019). Efeitos de um programa de treinamento funcional nas atividades da vida diária e capacidade funcional de idosos da UATI: um ensaio clínico. *Revista Pesquisa Em Fisioterapia*, 9(2), 227–236. <https://doi.org/https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v9i2.2336>
- Gamito, P., Oliveira, J., Alves, C., Santos, N., Coelho, C., & Brito, R. (2020). Virtual Reality-Based Cognitive Stimulation to Improve Cognitive Functioning in Community Elderly: A Controlled Study. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 23(3), 150–156. [10.1089/cyber.2019.0271](https://doi.org/10.1089/cyber.2019.0271)
- Germano, R. L. de G. (2019). Envelhecimento cardiovascular. *Opinião Do Especialista*, 2(1), 8–9. https://www2.fab.mil.br/dirsaphocadownload/revista2/Opinio_do_Especialista2.pdf
- Gomes, W. de L., Pessoa, R. M. C., Davi, G. K. de S., Carvalho, A. A. de, & Lima, N. M. F. V. (2021). Efeitos de um programa de exercício em grupo na funcionalidade e cognição de idosos da comunidade: um ensaio clínico. *Research, Society and Development*, 10(1), e48310110875. [10.33448/rsd-v10i1.10875](https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.10875)
- Gomez-Soria, I., Peralta-Marrupe, P., & Plo, F. (2020). Cognitive stimulation program in mild cognitive impairment a randomized controlled trial. *Dementia e Neuropsychologia*, 14(2), 110–117. [10.1590/1980-57642020dn14-020003](https://doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-020003)
- Gonçalves, C. D. (2015). Envelhecimento Bem-Sucedido, Envelhecimento Produtivo E Envelhecimento Ativo: Reflexões. *Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento*, 20(2). <https://doi.org/10.22456/2316-2171.49428>
- Hernandez, J. A. E., & Voser, R. D. C. (2019). Exercício físico regular e depressão em idosos. *Estudos e Pesquisas Em Psicologia*, 19(3), 718–734. <https://doi.org/https://doi.org/10.12957/epp.2019.46912>
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2021). Censos 2021 - Divulgação dos Resultados

- Provisórios. *INE Censos 2021 - Divulgação Dos Resultados Provisórios*, 1–29. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=526271534&DESTAQUESmodo=2
- Irigaray, T. Q., & Trentini, C. M. (2009). Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26(3), 297–304. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000300003>
- Jahouh, M., González-Bernal, J. J., González-Santos, J., Fernández-Lázaro, D., Soto-Cámara, R., & Mielgo-Ayuso, J. (2021). Impact of an intervention with wii video games on the autonomy of activities of daily living and psychological–cognitive components in the institutionalized elderly. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041570>
- Jardim, V. C. F. da S., Medeiros, B. F. De, & Brito, A. M. De. (2019). Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 9, 25–34. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2006.09023>
- Justo-Henriques, S. I., Marques-Castro, A. E., Otero, P., Vázquez, F. L., & Torres, Á. J. (2019). Long-term individual cognitive stimulation program in patients with mild neurocognitive disorder: A pilot study. *Revista de Neurologia*, 68(7), 281–289. [10.33588/rn.6807.2018321](https://doi.org/10.33588/rn.6807.2018321)
- Krug, R. de R., Silva, A. Q. A. da, Schneider, I. J. C., Ramos, L. R., D’Orsi, E., & Xavier, A. J. (2021). O efeito da utilização de computadores e Internet na função cognitiva de idosos. *Lecturas: Educación Física y Deportes*, 26(275), 179–195. <https://doi.org/https://doi.org/10.46642/efd.v26i275.2497>
- Lamas, M. C., & Paúl, C. (2013). O envelhecimento do sistema sensorial: implicações na funcionalidade e qualidade de vida. *Actas de Gerontologia: Congresso Português de Avaliação e Intervenção Em Gerontologia Social*, 1, 1–11. <http://hdl.handle.net/10400.22/18912>
- Leal, R. C., Veras, S. M. de J., Silva, M. A. de S., Gonçalves, C. F. G., Silva, C. R. D. T., Sá, A. K. L. de, Carvalho, V. P. da S., & Silva, M. F. B. da. (2020). Efeitos do envelhecer: grau de dependência de idosos para as atividades da vida diária. *Brazilian Journal of Development*, 6(7), 53931–53940. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-876>
- Leite, A. D. O. F., Ferreira, A. L. D. P., Correa, B. G., Mello, J. D. Souza, Manquevich,

- M., & Portuguese, M. W. (2021). Impactos Da Intervenção Neuropsicológica Em Idosos Com Comprometimento Cognitivo Leve. *Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento*, 26(1). <https://doi.org/10.22456/2316-2171.78178>
- Leite, A. K., Lovadini, V. de lima, Dos Santos, T. M., De Oliveira, B. R. S. M., & Ferreira, L. B. (2020). Capacidade funcional do idoso institucionalizado avaliado pelo KATZ. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 91(29), 101–109. <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.91-n.29-art.640>
- Luiz, K. K. I., Loreto, M. das D. S. de, Mafra, S. C. T., & Ferreira, M. A. M. (2018). Envelhecimento E Velhice: Protagonismo, Temporalidade E Desafios. *Temporalis*, 18(35), 289–304. <https://doi.org/10.22422/temporalis.2018v18n35p289-304>
- Machado, B. C. P. (2019). Versão curta do Mini Mental State Examination (MMSE) para *screening de Defeito Cognitivo Ligeiro (DCL)*. <http://hdl.handle.net/10451/40348>
- Machado, V. P., Vicente, A. C. F., Oliveira, F. C. de, Lima, A. P. S., Augusto, A. C. S., Seixas, R. A. M., & Luchesi, B. M. (2019). Oficina “MemorIdade”: impactos na cognição e queixa de memória em idosos de um Centro de Convivência. *Revista Kairós : Gerontologia*, 22(3), 301–317. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22i3p301-317>
- Magna, T. S., Brandão, A. F., & Fernandes, P. T. (2020). Intervenção por realidade virtual e exercício físico em idosos. *Journal of Health Informatics*, 12(3), 77–82. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1371077/art_2_727.pdf
- Maia, L., Colares, T., Moraes, E., Costa, S., & Caldeira, A. (2020). Idosos robustos na atenção primária: fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido. *Revista de Saúde Pública*, 54(25), 2–11. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001735>
- Mariano, P. P., Carreira, L., Lucena, A. C. R. M., & Salci, M. A. (2020). Desenvolvimento de atividades de estímulo cognitivo e motor: perspectiva de idosos institucionalizados. *Escola Anna Nery*, 24(3), 1–8. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0265>
- Martins, M. H. V. (2018). *Envelhecer com Resiliência e Sabedoria - Podem os ganhos compensar as perdas nesta etapa da vida?*. In Helena R. Simões (Org.). Resiliência - Novos olhares face aos desafios do nosso tempo. Edições ex-Libris.
- Marzari, G. Q., Santos, C. G., & Zimmer, M. C. (2012). Estratégias de preservação cognitiva em indivíduos idosos : o papel da aprendizagem de uma língua estrangeira. *Letrônica*, 5(3), 103–124.

- <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/letronica/article/view/12221/8835>
- Mascarello, I. F., Rangel, K. B., & Baptistini, R. A. (2020). Impacto de grupos de convivência na funcionalidade e qualidade de vida do idoso. *Cadernos Camilliani*, 17(4), 2498–2515. <https://www.saocamilo-es.br/revista/index.php/cadernoscamilliani/article/view/467>
- Mendes, J. (2020). Envelhecimento(S), qualidade de vida e bem-estar. *A Psicologia Em Suas Diversas Áreas de Atuação* 3, June, 132–144. [10.22533/at.ed.18320170611](https://doi.org/10.22533/at.ed.18320170611)
- Nunes, M. V. R. da S. (2009). Envelhecimento Cognitivo: principais mecanismos explicativos e suas limitações. *Cadernos de Saúde*, 2(2), 19–29. <https://orcid.org/0000-0002-9276-8142>
- Miranda, G. M. D., Mendes, A. D. C. G., & Silva, A. L. A. D. (2016). O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 19, 507-519. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>
- Nassar, E. (2017). *Previdência social na era do envelhecimento*. Saraiva Educação SA.
- Oliveira, M. R., Konzen, V. de M., Fleig, T. C. M., & Signori, L. U. (2019). Impacto sobre a capacidade funcional e cognitiva em idosos após um ano de institucionalização. *Fisioterapia Brasil*, 20(2), 139–146. <https://doi.org/10.33233/fb.v20i2.2792>
- ONU (2023). Envelhecimento. <https://unric.org/pt/envelhecimento>
- Otoni, M. A. M., & Cardoso, A. D. (2019). Reflexões sobre a Morte e a Senescência. *Polêm!Ca*, 19(1), 053–068. <https://doi.org/10.12957/polemica.2019.46670>
- Pais, R., Ruano, L., Moreira, C., Carvalho, O. P., & Barros, H. (2020). Prevalence and incidence of cognitive impairment in an elder Portuguese population (65–85 years old). *BMC Geriatrics*, 20(1), 1–10. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12877-020-01863-7>
- Parola, V., Coelho, A., Neves, H., Almeida, M., Gil, I., Mouro, A., & Apóstolo, J. (2019). Efeitos de um programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(20), 47–56. <https://doi.org/10.12707/RIV18043>
- Park, J. M., Kim, M. W., & Shim, H. Y. (2019). Effects of a multicomponent cognitive stimulation program on cognitive function improvement among elderly women. *Asian Nursing Research*, 13(5), 306-312.

- <https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.11.001>
- Pereira, L. (2017). “*Aqui (não) é a minha casa!*”: *Institucionalização e Identidade*. https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/81405/1/Identidade%20e%20Institucionalizacao%20_%20Dissertacao%20de%20
- Pereira, T. (2019). A função cognitiva no Envelhecimento. *Abordagem Geriátrica Ampla Na Promoção de Um Envelhecimento Ativo e Saudável: Componentes Do Modelo de Intervenção AGA@ 4life, 1*, 179–194. <http://hdl.handle.net/10400.26/32920>
- Pinheiro, A. P. (2019). Instrumentos de avaliação da qualidade de vida na demência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 35(6), 481–488. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v35i6.12391>
- Pinheiro, J., & Rodrigues, T. (2021). *Olhares sobre o envelhecimento. Estudos interdisciplinares*. <http://hdl.handle.net/10400.13/3491>
- Pires, M. R. G. (2012). *Performance Cognitiva em Idosos Institucionalizados*. https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8091/1/Pires_Maria.pdf
- Pordata (2022). Estatísticas sobre Portugal e Europa. Fundação Francisco Manuel dos Santos, <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+censos-525>
- Quaresma, M. de L., & Ribeirinho, C. (2016). Envelhecimento - Desafios do Século XXI. *Kairós Gerontologia*, 19(3), 29–49. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19i3p29-49>
- Rabelo, D. F. (2009). Comprometimento Cognitivo Leve em Idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. *Revista Kairós : Gerontologia*, 12(2), 65–79. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2009v12i2p%25p>
- Radanovic, M., Stella, F., & Forlenza, O. V. (2015). Comprometimento cognitivo leve. *Revista de Medicina*, 94(3), 162–170. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v94i3p162-168>
- Ribeiro, H. C. de P., Da Costa, E. I. M. T., Nave, F. J. G. M., & Sousa, C. M. da S. F. de. (2014). Qualidade De Vida Do Idoso Institucionalizado: Realidade Vivida Na Rede De Cuidados Continuados Integrados Do Algarve. *Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento*, 19(2). <https://doi.org/10.22456/2316-2171.35080>
- Ribeiro, S. M. F. (2009). *O Idoso e a Institucionalização: melhoria de vida ou segregação*. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/5053/1/10755.pdf>

- Rodrigues, M. J. da S. (2019). *Efeito de um programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados*. <http://hdl.handle.net/10198/19564>
- Rodrigues, M. P., Carvalho, S. de, & Dias, M. O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161–184. <http://hdl.handle.net/10400.19/1209>
- Rojo, M. R. da S., Carvalho, S. M. R. de, Marin, M. J. S., Dátilo, G. M. P. de A., & Barbosa, P. M. K. (2020). Efeitos do exercício físico na aptidão física e funções cognitivas de idosos. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(2), 2243–2262. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-076>
- Rotta, N. T., Bridi Filho, C. A., & de Souza Bridi, F. R. (2018). Plasticidade cerebral e aprendizagem: *abordagem multidisciplinar*. Artmed Editora.
- Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M. R., & Freitas, S. (2016). Mini-mental state examination: Avaliação dos novos dados normativos no rastreio e diagnóstico do défice cognitivo. *Acta Médica Portuguesa*, 29(4), 240-248. <https://doi.org/10.20344/amp.6889>
- Santos, V. M. D. (2013). *Institucionalização na terceira idade: escolha ou última alternativa?* (Doctoral dissertation). <http://hdl.handle.net/10400.6/2833>
- Scianni, A. A., Faria, G. S. e, Silva, J. S. da, Benfica, P. do A., & Faria, C. D. C. de M. (2019). Efeitos do exercício físico no sistema nervoso do indivíduo idoso e suas consequências funcionais. *Revista Brasileira de Ciências Do Esporte*, 41(1), 81–95. <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2018.03.026>
- Serafim, F. M. M. P. (2007). *Promoção do bem estar global na população sénior: práticas de intervenção e desenvolvimento de actividades físicas*. 8–39. <http://hdl.handle.net/10400.1/659>
- Silva, C. P. R., Martins, T., Simões, A. D., Montes, A. M., Marques, G., & Nóbrega, M. D. P. S. D. S. (2021). Impacto da estimulação cognitiva na saúde mental de idosos: experiência portuguesa no envelhecimento ativo e saudável. *Revista Paulista Enfermagem*, 32. [10.33159/25959484.repen.2020v32a58](https://doi.org/10.33159/25959484.repen.2020v32a58)
- Sousa, C. M. de S., Silva, A. N. da, Sousa Júnior, I. de, Ferreira, M. da S., Silva, D. S. R., Farias, G. S., Barros, G. R., & Santos, M. de J. (2020). O Nível De Atividade Física Na Manutenção Da Autonomia Para Realização Das Atividades Da Vida Diária (Avds) / the Level of Physical Activity in Maintaining Autonomy To Perform Activities of Daily Living (Avds). *Brazilian Journal of Development*, 6(9), 69282–69292. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n9-394>

- Souza, E. M. de, Silva, D. P. P., & Barros, A. S. de. (2021). Educação popular, promoção da saúde e envelhecimento ativo: uma revisão bibliográfica integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(4), 1355–1368 <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.09642019>
- Sousa, P., Ferreira, J. M., & Sá, M. C. (2019). Prevalência do déficit cognitivo ligeiro nos idosos de uma unidade de saúde familiar. *AIMGF, Magazine*, 9–17. https://gestor.aimgfzonanorte.pt/Uploads/Magazine/Documentos/75777v9_2_pdf_9-17.pdf
- Terra, N. L., Schiavo, A., Tiecker, A. P., Fogaça, D. A., & Pedone, M. E. (2022). *Temas para um envelhecimento com qualidade de vida*. Editora da PUCRS.
- Tomé, A. M., & Formiga, N. S. (2020). Teorias e perspectivas sobre o envelhecimento: conceitos e reflexões. *Research, Society and Development*, 9(7), e874974589–e874974589. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4589>
- Traqueia, A., Euzébio, C., Soares, D., Pacheco, E., Taveira, E., Bernardo, I., Rios, J., Sousa, L., Lopes, M. B., & Soares, T. (2021). *Reflexões em torno de Metodologias de Investigação: métodos (volume 1)* (Issue March). <https://doi.org/10.34624/hmtj-qg49> <https://doi.org/10.34624/hmtj-qg49>
- Trentini Marceli, C. (2004). *Qualidade de vida em idosos*. <http://hdl.handle.net/10183/3471>
- Trompieri, N., & Fachine, B. R. A. (2012). O Processo De Envelhecimento: As Principais Alterações Que Acontecem Com O Idoso Com O Passar Dos Anos. *Inter Science Place*, 1(20), 106–132. <http://dx.doi.org/10.6020/1679-9844/2007>
- Vieira, R. de S. e S., & Lima, M. E. O. (2015). Estereótipos sobre os Idosos: Dissociação entre Crenças Pessoais e Coletivas. *Temas Em Psicologia*, 23(4), 947–958. <https://doi.org/10.9788/TP2015.4-11>
- Zunzunegui, M. V., Alvarado, B. E., Del Ser, T., & Otero, A. (2003). Social Networks, Social Integration, and Social Engagement Determine Cognitive Decline in Community-Dwelling Spanish Older Adults. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), 93–100. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.2.S93>

APÊNDICES

Apêndice 1

Pedido de Autorização ao Representante da Proteção de Dados da Universidade do Algarve

.....
Comissão de Ética da Universidade do Algarve

Campus da Penha - 8005-139 Faro - Portugal

Tel.: +351 289 800 100

etica@ualg.pt - www.ualg.pt

Declaração de Conformidade

Relativa ao estudo

Aplicação de um programa de Intervenção Psicoeducativa em Idosos institucionalizados

Vimos por este meio assegurar que, em todas as etapas do desenvolvimento do estudo suprarreferido, se respeitam os princípios e valores do Código de Ética da Universidade do Algarve, nomeadamente o progresso e valorização do conhecimento, a qualidade da investigação e a verdade científica, respeitando os valores da honestidade intelectual, da autenticidade, da objetividade, do respeito pela propriedade intelectual e do rigor metodológico e experimental.

Faro, / /2022

A Investigadora responsável pelo projeto,
Marina Dias.

INFORMAÇÃO DE REQUISITOS DE PRIVACIDADE DE DADOS

Termos e Condições Gerais de Privacidade de Dados

Marina Dias (FCHS) da Universidade do Algarve, com sede em Campus da Penha, 8005 139, Faro, Portugal, telefone +351289800100, esta a realizar um questionário sociodemográfico no âmbito do estudo “Aplicação de um programa de Intervenção Psicoeducativa em Idosos institucionalizados”, no período entre setembro de 2022 e setembro de 2023, e tem como responsável pelo estudo a Professora Doutora Maria Helena Martins.

O principal objetivo do estudo é construir e implementar um programa de intervenção psicoeducativa em idosos institucionalizados e analisar os efeitos na performance cognitiva, física e qualidade de vida destes idosos. Este questionário/inquérito é realizado através do suporte em papel, sendo apresentado oralmente pela investigadora a cada idoso.

Os dados pessoais previstos a tratamento no âmbito do estudo “Aplicação de um programa de Intervenção Psicoeducativa em Idosos institucionalizados” são; sexo, idade, escolaridade, profissão, estado de saúde e doenças, capacidades cognitivas e autonomia, motivo de entrada na instituição, sendo que a categoria dos titulares a recolher os dados serão idosos institucionalizados.

Todos os dados são recolhidos apenas para efeitos da investigação “Aplicação de um programa de Intervenção Psicoeducativa em Idosos institucionalizados”, estando garantida a confidencialidade do seu tratamento e a exclusiva utilização pela Universidade do Algarve, com um período de retenção dos dados sendo o mínimo necessário para a realização do estudo, e sendo o seu tratamento realizado nos termos e condições da Política de Proteção de Dados que se encontra acessível em www.ualg.pt.

Se necessitar de algum esclarecimento adicional em relação à participação ou ao preenchimento do questionário, é favor contactar pelos contactos 962674203/ 966144741, ou pelos emails a65563@ualg.pt ou mhmartin@ualg.pt.

Eu aceito os termos e as condições acima descritos. Da mesma forma, como titular de dados, aceito as condições gerais e os termos das Políticas de Proteção de Dados do Universidade do Algarve.

Titular de Dados: Assinatura _____ Data ___/___/____

Para Titulares de Dados menores de 16 anos deve assinar o Titular de Responsabilidade Parental:

Assinatura _____ Data ___/___/____

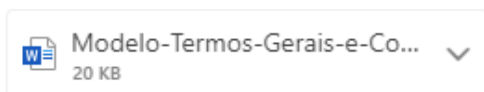
Consentimento para Tratamento de Dados

Autorizo expressamente o tratamento dos dados pessoais pela Universidade do Algarve, para efeitos de estudo realizado na investigação “Aplicação de um programa de Intervenção Psicoeducativa em Idosos institucionalizados”, de acordo com os termos de informação sobre tratamento de dados e a Política de Proteção de Dados que se encontram disponíveis em www.ualg.pt. Estou consciente de que posso retirar o consentimento ou exercer os direitos de proteção de dados, designadamente os direitos de reclamação, acesso, retificação, oposição, limitação do tratamento ou apagamento, através de contacto com o Encarregado da Proteção de Dados da Universidade do Algarve pelo correio eletrónico rgpd@ualg.pt, e caso assim o considere necessário, apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados, através dos contatos disponíveis em www.cnpd.pt.

Titular de Dados: Assinatura _____ Data ___/___
/____

Para Titulares de Dados menores de 16 anos deve assinar o Titular de Responsabilidade Parental:

Assinatura _____ Data ___/___
/____



↑ 3 anexos (257 KB) ☁ Guardar tudo no OneDrive - Universidade do Algarve ↓ Transferir tudo

Boa Tarde, Dr. Júlio Fernandes,

O seguinte email segue para solicitar a sua análise acerca da conformidade com os procedimentos veiculados pela Universidade, isto para dar início à investigação que será base da minha dissertação, esta inserida no Mestrado de Psicologia da Educação da FCHS, intitulada "Aplicação de um programa de Intervenção Psicoeducativa em Idosos institucionalizados", que será orientada pela Professora Doutora Maria Helena Martins.

Em anexo envio os documentos para a sua aprovação, desta vez já atualizados. Agradeço a sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Marina Dias (65563).



Regulamento Geral da Proteção de Dados

Para: MARINA PEREIRA DIAS

Cc: Maria Helena Venâncio Martins



qua, 19/10/2022 11:28

Estimada Marina Dias

Na qualidade de Encarregado da Proteção de Dados da UALG e na sequência da continuidade do Vosso pedido de Parecer sobre a Conformidade RGPD do questionário no âmbito do estudo "Aplicação de um programa de Intervenção Psicoeducativa em Idosos institucionalizados", confirmo encontrar no estudo as condições necessárias para evitar possíveis situações que possam responsabilizar a UAlg em termos de falta de cumprimento de requisitos da conformidade de privacidade de dados conforme o RGPD e LPDP.

Mais informo que para garantir a conformidade RGPD o documento de Informação Prévia de Privacidade de Dados deve ser apresentado **a cada participante** requisitando a sua leitura, tomada de conhecimento e assinatura para os termos e condições e termo de consentimento.

Este email representa parecer do EPD sobre tratamentos de dados pessoais e pode ser apresentado para Parecer da Comissão de Ética da Ualg.

Apêndice 2

Consentimento Informado

Investigação “Aplicação de um programa de Intervenção Psicoeducativa em Idosos institucionalizados”

Ex.mos Sr.^a

Gostaria de solicitar a sua autorização para participar neste estudo que tem como objetivo compreender melhor o processo do envelhecimento, assim como melhorar as capacidades físicas e cognitivas.

A investigação insere-se na Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação, na Universidade do Algarve, e tem como investigador responsável Marina Dias, 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 da 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 privacidade bem como o carácter anónimo das minhas respostas. Declaro ainda ter recebido cópia do presente termo de compromisso.

Faro, ___/___/____

Apêndice 3
Pedido de autorização para a recolha de dados



Exmos. Srs.,

O meu nome é Marina Dias e estou neste momento a frequentar o mestrado de Psicologia da Educação na Universidade do Algarve.

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

Atendendo à escassez de estudos nesta área, espera-se que esta investigação possa contribuir de forma positiva para intervir e otimizar o funcionamento adaptativo de pessoas idosas em processo inicial de degradação cognitiva.

Neste sentido, venho por este meio solicitar a vossa colaboração no estudo que servirá de base á minha tese de mestrado. Para isso necessitarei de interagir com dois grupos de utentes: um grupo experimental e um grupo de controlo, cada um destes com mais ou menos 15 utentes.

Estarei disponível para a realização de 20 sessões, estas com duas partes, uma física e outra cognitiva, mas ambas de carácter simples.

Aos utentes serão aplicados, antes e depois da intervenção, alguns instrumentos, entre eles: *Mini Mental State Examination*, Índice de Katz e Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer e o Índice de Barthel, como também um questionário sociodemográfico.

Seria, sem sombra de dúvida, um prazer poder contar com a sua disponibilidade.

Encontro-me disponível para qualquer esclarecimento que possa surgir, contactando-me por email (a65563@ualg.pt) ou o meu contacto telefónico (962674203).

Com os melhores cumprimentos,

Marina Dias.

Apêndice 4

Pedido de permissão para a utilização de instrumentos



Ex.ma Professora Doutora Márcia Novelli,

O meu nome é Marina Dias e frequento o mestrado em Psicologia da Educação na Universidade do Algarve.

Encontro-me a desenvolver um estudo orientado pela Professora Doutora Maria Helena Martins intitulado “Aplicação de um programa de Intervenção Psicoeducativa em idosos institucionalizados” que apresenta como população pessoas idosas institucionalizadas.

Nesse sentido, venho por este meio solicitar a sua permissão para a utilização da versão mais atual e traduzida da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer, assim como o envio dessa mesma.

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

Os meus melhores cumprimentos,

Marina Dias.



Ex.ma Professora Doutora Fátima Araújo,

O meu nome é Marina Dias e frequento o mestrado em Psicologia da Educação na Universidade do Algarve.

Encontro-me a desenvolver um estudo orientado pela Professora Doutora Maria Helena Martins intitulado “Aplicação de um programa de Intervenção Psicoeducativa em idosos institucionalizados” que apresenta como população pessoas idosas institucionalizadas.

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

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

Os meus melhores cumprimentos,

Marina Dias.



Ex.mo Professor Doutor Carlos Sequeira,

O meu nome é Marina Dias e frequento o mestrado em Psicologia da Educação na Universidade do Algarve.

Encontro-me a desenvolver um estudo orientado pela Professora Doutora Maria Helena Martins intitulado “Aplicação de um programa de Intervenção Psicoeducativa em idosos institucionalizados” que apresenta como população pessoas idosas institucionalizadas.

Nesse sentido, venho por este meio solicitar a sua permissão 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,

Marina Dias.



Ex.ma Professora Doutora Manuela Guerreiro,

O meu nome é Marina Dias e frequento o mestrado em Psicologia da Educação na Universidade do Algarve.

Encontro-me a desenvolver um estudo orientado pela Professora Doutora Maria Helena Martins intitulado “Aplicação de um programa de Intervenção Psicoeducativa em idosos institucionalizados” 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,

Marina Dias.

Apêndice 5
Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

O questionário apresentado insere-se num estudo a realizar no âmbito da dissertação do Mestrado de Psicologia da Educação, realizada na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve. Este estudo pretende como objetivo geral elaborar e aplicar um programa de intervenção psicoeducativo que trará melhorias para a vida geral dos idosos institucionalizados.

Para responder ao questionário basta marcar com um X a opção que mais se adequa à sua situação, e por favor não deixe nenhuma questão por responder. Caso tenha alguma dificuldade ao responder por favor não deixe de pedir auxílio. Todas as suas respostas serão totalmente confidenciais e utilizadas apenas no âmbito deste estudo.

A sua participação é de extrema importância, e agradeço, desde já, a sua colaboração.

Grata pela colaboração,

Marina Dias

1. **Sexo:** Feminino Masculino

2. **Idade:** _____ anos.

3. Escolaridade:

1. Analfabeto

2. Sabe ler e escrever

3. 1º ciclo (4º ano)

4. 2º ciclo (6º ano)

5. 3º ciclo (9º ano)

6. 12º ano

7. Licenciatura
8. Mestrado
9. Doutoramento

10. Profissão:

Que profissão exercia antes de se aposentar?

11. Estado de saúde e doenças:

Como descreve o seu estado de saúde?

Bom Médio Mau

Apresenta alguma(s) doença(s)? Se sim indique quais:

12. Capacidades cognitivas e autonomia:

Nas seguintes atividades diárias marque com um X o seu nível de autonomia:

1. Usar a casa de banho

Consigo fazer sozinho Às vezes preciso de ajuda Preciso sempre de ajuda

2. Vestir/despir

Consigo fazer sozinho Às vezes preciso de ajuda Preciso sempre de ajuda

3. Alimentação

Consigo fazer sozinho Às vezes preciso de ajuda Preciso sempre de ajuda

4. Banho

Consgo fazer sozinho Às vezes preciso de ajuda Preciso sempre de ajuda

5. Deslocação

Consgo fazer sozinho Às vezes preciso de ajuda Preciso sempre de ajuda

6. Motivo de entrada na instituição:

Por que razão deu entrada na instituição?

Faro ___/___/___

Apêndice 6

Programa de Intervenção

1ª Sessão

Sendo esta a primeira sessão, considerou-se adequado realizar uma breve apresentação de todos os participantes, tendo como objetivos principais, apresentar a psicóloga estagiária, desenvolver uma relação mais próxima com os idosos, promover o desenvolvimento do sentido de grupo, bem como conhecer os seus interesses e motivações. Neste sentido, nesta primeira sessão faz-se a apresentação de cada um, começando pela Psicóloga estagiária e passando depois a palavra a cada um dos idosos.

O objetivo da atividade e os procedimentos são sempre explicados no início da sessão, assim como todas as dúvidas esclarecidas, salientando a existência de dois momentos, um motor e um cognitivo.

Atividade Motora: “Conhecer o outro”

Objetivos: Conhecer o grupo de idosos que participa no programa, assim como promover o conhecimento de cada um ao grupo.

Desenvolvimento: Lançar uma bola de uns para os outros, sentados formando uma roda, pedindo que digam algo sobre si quando recebem a bola, como o nome, de onde vêm, a sua antiga ocupação, a cor ou comida favoritas.

Material necessário: Bola de espuma.

Atividade Cognitiva: “História sem sentido”

Objetivos: Desenvolver a criatividade, a capacidade de focalização da atenção, o desenvolvimento linguístico e vocabulário.

Desenvolvimento: O grupo permanece ainda na roda sentados, sendo que o facilitador começa por contar um excerto de uma história, pedindo ao participante seguinte que acrescente algo a esta, continuando assim de um em um. O facilitador deve escrever a história e no fim ler em voz alta a história coletiva aos idosos participantes.

Material necessário: Não é necessário material.

2ª Sessão

Aquecimento inicial

Exercício respiratório – Cada idoso deve inspirar fundo pelo nariz, expirando de seguida pela boca, duma maneira suave. Seguidamente, deve levantar os ombros e inspirar. Expire, à medida que volta a pôr os ombros na posição inicial, repetir duas vezes.

Rodar os ombros: rodar os ombros, um de cada vez, no sentido dos ponteiros do relógio.

Atividade motora: “Ping-Pong”

Objetivo: Melhorar a coordenação motora.

Desenvolvimento: O grupo é dividido em dois, formando assim duas equipas. Numa mesa são colocados nove copos de plástico formando uma pirâmide (deitada) sendo que cada grupo tem o objetivo de acertar as bolas dentro dos copos. Cada grupo possui 10-15 bolas (dependendo do número de participantes), e todos os idosos têm oportunidade de tentar. O grupo que mais bolas acertar ganha o jogo.

Material necessário: Copos de plástico e bolas de ping-pong.

Atividade cognitiva: “Qual a profissão?”

º**Objetivos:** Desenvolver a capacidade de associação e melhorar o vocabulário.

Desenvolvimento: É apresentado a cada participante uma imagem de uma personagem que apresenta uma vestimenta/farda, e é pedido a este que nomeie a profissão da personagem e uma função característica desta profissão.



Material necessário: cartões com personagens que representem diversas profissões.

3ª Sessão

Aquecimento inicial

Círculos com os braços: Fazer devagar, pequenos círculos com os braços, primeiro no sentido dos ponteiros dos relógios e, de seguida, ao contrário, cinco vezes de cada lado.

Movimentos com a cabeça: Devagar, virar a cabeça para a esquerda, depois para o centro e finalmente para a direita, cinco vezes.

Atividade motora: “Bowling improvisado”

Objetivos: Desenvolver a coordenação óculo-mental e a capacidade de concentração.

Desenvolvimento: É pedido aos participantes que, com uma bola, derrubem o número máximo de garrafas possíveis, sendo que estas estão colocadas no chão. Cada participante tem direito a três tentativas. O idoso que derrubar mais garrafas, contando cada uma 1 ponto, ganha o jogo.

Material necessário: Garrafas de plásticos e bola.

Atividade cognitiva: “Bingo!”

Objetivos: Desenvolver o raciocínio lógico, a capacidade de focalização da atenção e concentração.

Desenvolvimento: É atribuído a cada participante um cartão com quinze números de 1 a 90. A facilitadora sorteia os números, um de cada vez, e os participantes devem estar atentos e marcar o número no seu cartão caso esse esteja presente. O primeiro participante a concluir o seu cartão deve dizer alto “BINGO!”, ganhando assim o jogo.

1

1

1

B	I	N	G	O
8	19	Card.Bingo 39	46	72
12	23	32	54	74
13	22	Free	51	68
10	25	34	50	69
4	30	36	58	75

2

2

2

B	I	N	G	O
13	23	Card.Bingo 36	59	72
10	22	41	48	68
9	19	Free	56	74
6	18	42	49	66
8	17	44	47	75

3

3

3

B	I	N	G	O
14	16	Card.Bingo 42	46	69
7	27	44	52	65
13	26	Free	51	70
10	22	35	59	74
5	24	33	53	72

Material necessário: Cartões com números, marcadores e números para sortear.

4ª Sessão

Aquecimento inicial

Levantar os joelhos: Sentado: leve cada joelho 5 vezes em direção ao peito, repetir com os 2 joelhos.

Movimentos laterais com os braços: Com os braços caídos junto ao tronco, estique-os para a frente e para cima. Volte, lentamente, à posição inicial, isto cinco vezes.

Atividade motora: “Que barulho é este?”

Objetivo: Desenvolver a capacidade de associação e a capacidade de identificação auditiva.

Desenvolvimento: É apresentado a cada participante um barulho/som característico, sendo repetido as vezes que forem necessárias. É em seguida pedido ao participante que diga que objeto produz esse som.

Material necessário: Áudios provenientes de objetos.

Atividade cognitiva: “A palavra secreta”

Objetivos: Desenvolver o vocabulário e a motricidade global.

Desenvolvimento: É dado a cada participante uma folha com diversas letras, é pedido a cada um que com essas letras forme palavras distintas.

A E G L I A R

R O C R A

O A V

R M O A

Material necessário: Folhas com diferentes letras.

5ª Sessão

Aquecimento inicial

Levar a mão ao joelho: De pé ou sentado, cada participante deve tentar tocar com a mão direita abaixo do joelho esquerdo e, depois, com a mão esquerda abaixo do joelho direito (5 vezes em cada lado).

Movimentos com a cabeça: Devagar, deve virar a cabeça para a esquerda, depois para o centro e finalmente para a direita, cinco vezes.

Atividade motora: “Olhó balão!”

Objetivos: Aumentar a coordenação motora, a capacidade de focalização da atenção e concentração e a resistência muscular.

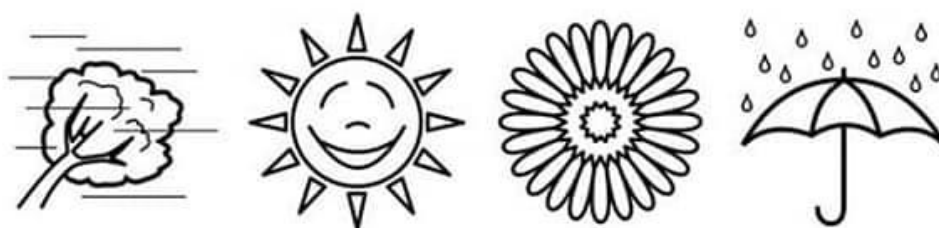
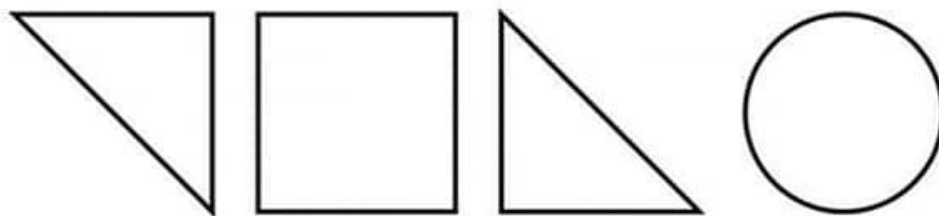
Desenvolvimento: O grupo faz uma pequena roda enquanto estão sentados, é dado também a cada um rolo de cozinha. Esta atividade tem como principal objetivo passarem um balão entre si, com a ajuda do rolo de cozinha, sem tocar no balão com as mãos e sem o deixar cair. É pedido aos participantes que contem o número de passes que fazem, e cada vez que algum deixe o balão cair sofre uma penalização, ou seja perde um ponto.

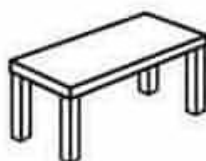
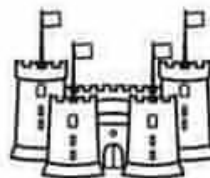
Material necessário: Rolos de cozinha, balão, cadeiras.

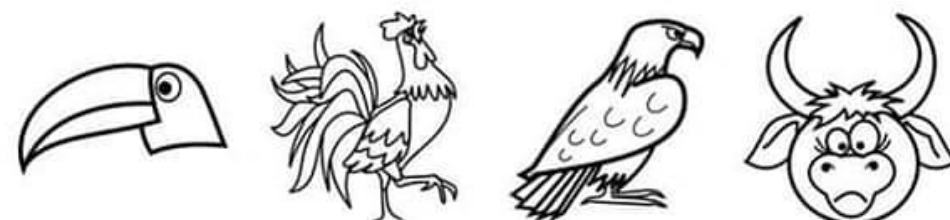
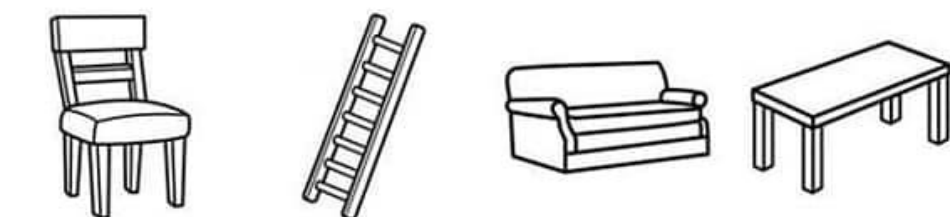
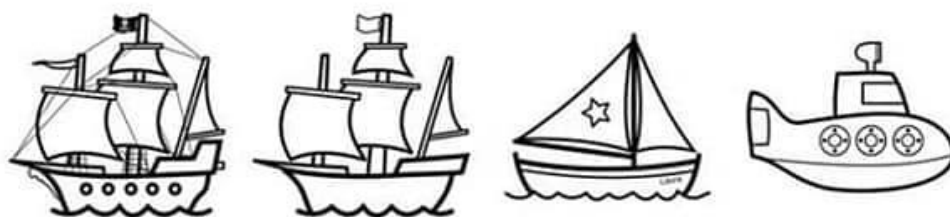
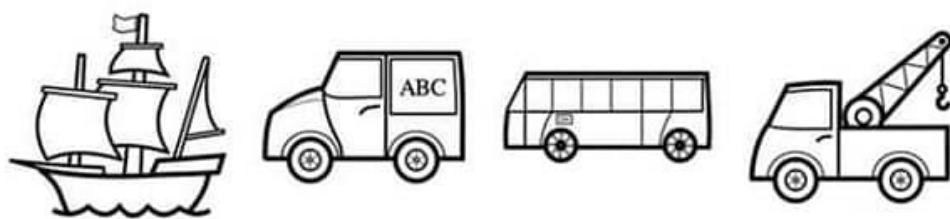
Atividade cognitiva: “A imagem intrusa”

Objetivos: Desenvolver a capacidade de raciocínio lógico e de discriminação cognitiva.

Desenvolvimento: É dado a cada participante uma folha com diversas imagens, todas elas relacionadas a um tema específico, menos uma, sendo esta a imagem intrusa (a que não pertence ao tema). É pedido ao participante que rodeie a imagem intrusa.







Material necessário: Folha com várias imagens sobre um determinado tema.

6ª Sessão

Aquecimento inicial

Exercício respiratório: cada idoso deve inspirar fundo pelo nariz, expirando de seguida pela boca, duma maneira suave. Deve levantar os ombros ao inspirar e expirar, à medida que volta a pôr os ombros na posição inicial. Repetir duas vezes.

Levantar os joelhos: Sentado: leve cada joelho 5 vezes em direção ao peito, repetir com os 2 joelhos.

Atividade motora: “Vamos dançar?”

Objetivos: Desenvolver a coordenação motora, o equilíbrio e a resistência.

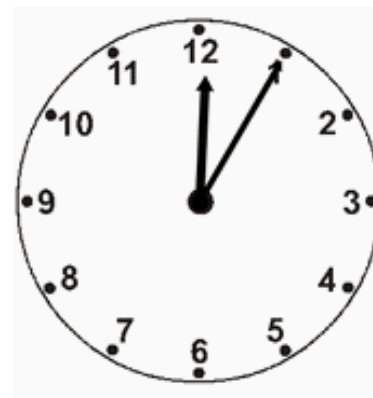
Desenvolvimento: É previamente pedido aos participantes que refiram músicas que estes gostem e reconheçam, formando uma playlist. É pedido aos participantes que se sentem numa roda, sendo que o facilitador também faz parte desta. Serão então realizados exercícios enquanto as músicas tocam, sendo estes constituídos por movimentos dos membros superiores e dos membros inferiores como: Passos no lugar, mexer os braços, elevar os joelhos, chutos, entre outros, caso os participantes queiram podem dançar como lhe apeteçam.

Material necessário: Cadeiras.

Atividade cognitiva: “Que se faz a esta hora?”

Objetivos: Desenvolver a cognição, a memória a curto e longo prazo e a capacidade de associação.

Desenvolvimento: São apresentados aos participantes várias imagens de relógios que representam horas distintas. É pedido a cada participante que associe cada hora a uma rotina, como por exemplo: 19h00 – Jantar. São também feitas aos participantes algumas perguntas sobre a rotina em questão.



Material necessário: Imagens de relógios com horas diferentes.

7ª Sessão

Aquecimento inicial:

Rodar os ombros: cada idoso deve rodar os ombros, um de cada vez, no sentido dos ponteiros do relógio.

Movimentos laterais com os braços: Com os braços caídos junto ao tronco, deve esticar para a frente e para cima. Deve seguidamente, voltar, lentamente, à posição inicial. Repetir cinco vezes.

Atividade motora: “Equilíbrio não é para novos!”

Objetivos: Desenvolver o equilíbrio e a motricidade global, o raciocínio lógico, a capacidade de focalização da atenção e concentração.

Desenvolvimento: É pedido ao participante que se coloque na cruz, o facilitador vai dando instruções como “pé esquerdo no círculo amarelo”; “pé direito no círculo vermelho”, e estes vão passando por todos os círculos.

Material necessário: 1 cruz em fita cola, 4 círculos de cor diferente.

Atividade cognitiva: “Memoriza e copia”

Objetivos: Desenvolver a memória e a motricidade fina.

Desenvolvimento: É dado a cada participante uma folha com um desenho simples, feito pelo dinamizador, cada um tem 2 minutos para memorizar a imagem e de seguida copiá-la noutra folha em branco.

Material necessário: Folhas com várias imagens e folhas em branco.

8ª Sessão

Aquecimento inicial

Círculos com os braços: Cada idoso deve fazer devagar, pequenos círculos com os braços, primeiro no sentido dos ponteiros dos relógios e, de seguida, ao contrário, cinco vezes de cada lado.

Movimentos com a cabeça: Devagar, devem virar a cabeça para a esquerda, depois para o centro e finalmente para a direita. Repetir cinco vezes.

Atividade motora: “Atira o disco!”

Objetivos: Desenvolver a motricidade fina e global, o controlo motor, a capacidade de focalização da atenção e concentração.

Desenvolvimento: É dado a cada participante 5 círculos feitos de cartão, e é pedido a estes que os lancem de forma a acertar no tubo que se encontra no chão, ficando assim enfiados no mesmo.

Material necessário: Círculos de cartão e tudo de papelão.

Atividade cognitiva: “Onde está o macaco?”

Objetivo: Desenvolver a memória.

Desenvolvimento: Igual ao jogo da memória, utilizando diversos animais. Os cartões são postos todos para baixo sem que os participantes os consigam identificar, cada um vai virando um par até conseguir o par correspondente.



Material necessário: cartões do jogo de memória.

9ª Sessão

Aquecimento inicial

Rodar os ombros: Cada idoso deve rodar os ombros, um de cada vez, no sentido dos ponteiros do relógio.

Esticar os ombros: Deve seguidamente levantar o ombro esquerdo em direção ao ouvido esquerdo. Em seguida, baixar o ombro esquerdo, de modo a esticá-lo. Repetir do lado direito. Repetir 5 vezes.

Atividade motora: “A ginástica não se faz só lá fora!”

Objetivos: Desenvolver a motricidade e a capacidade de focalização da atenção e concentração.

Desenvolvimento: Os participantes fazem uma roda sentados sendo que o facilitador irá ficar no meio para ser mais bem visto por estes. O facilitador irá fazer certos movimentos e é pedido aos participantes que repitam o movimento só após o facilitador terminar. Depois de alguns movimentos, é pedido aos participantes que cada um crie um movimento, sendo que o resto dos participantes terá de repetir esse mesmo.

Material necessário: Cadeiras.

Atividade cognitiva: “Qual a cor, qual é ela?”

Objetivos: Desenvolver a capacidade cognitiva, agilidade mental e o vocabulário.

Desenvolvimento: São utilizados diversos cartões onde está escrito o nome de certas cores, mas a cor da palavra não é a mesma que a palavra apresenta. É pedido aos participantes que indiquem a cor da palavra e não a cor que esta contém.

AMARELO VERMELHO AZUL PRETO ROXO VERDE

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

10ª Sessão**Aquecimento inicial**

Exercício respiratório: Cada idoso deve inspirar fundo pelo nariz, expirando de seguida pela boca, duma maneira suave. Levantar, seguidamente os ombros e inspirar. Expirar, à medida que volta a pôr os ombros na posição inicial. Repetir duas vezes.

Rodar os ombros: rodar os ombros, um de cada vez, no sentido dos ponteiros do relógio.

Atividade motora: “Vamos pintar?”

Objetivos: Melhorar a coordenação motora fina, a capacidade de imaginação e a capacidade de concentração.

Desenvolvimento: É dado aos participantes diferentes materiais, lápis, marcadores, canetas e diferentes tipos de papel, dando a proposta de estes desenharem o que quiserem sem qualquer restrição.

Material necessário: Lápis, canetas, marcadores, papel.

Atividade cognitiva: “Contas e contas”

Objetivo: Desenvolver o raciocínio lógico e abstrato

Desenvolvimento: São apresentadas a cada participante uma operação matemática simples, sendo a este pedido que a resolva sem utilizar máquina de calcular ou papel. O participante pode errar, tendo esta oportunidade de responder a outra operação.

7 + 2	8+2	3+5	6 ÷ 3	2×4	30+4	23+3	20-2	10÷2	10+6	25-12	18+2
--------------	------------	------------	--------------	------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	--------------	-------------

Material necessário: Operações aritméticas enunciadas em cartão.

11ª Sessão

Aquecimento inicial

Círculos com os braços: Cada idoso de fazer devagar, pequenos círculos com os braços, primeiro no sentido dos ponteiros dos relógios e, de seguida, ao contrário, cinco vezes de cada lado.

Movimentos com a cabeça: Devagar, deve seguidamente virar a cabeça para a esquerda, depois para o centro e finalmente para a direita. Repetir cinco vezes.

Atividade motora: “Pesca”

Objetivo: Desenvolver a coordenação motora global e fina.

Desenvolvimento: O grupo é dividido em quatro, e colocados numa roda. É dado a cada participante um pau que no seu fim possui um fio e um “anzol” imitando uma cana de pesca. De vez a vez cada membro do grupo irá tentar “pescar” as argolas de cartão que estão no chão, cada participante tem duas tentativas sendo que depois terá de passar para o participante seguinte. O grupo que no fim possuir mais argolas ganha o jogo.

Material necessário: “cana de pesca”, argolas de cartão.

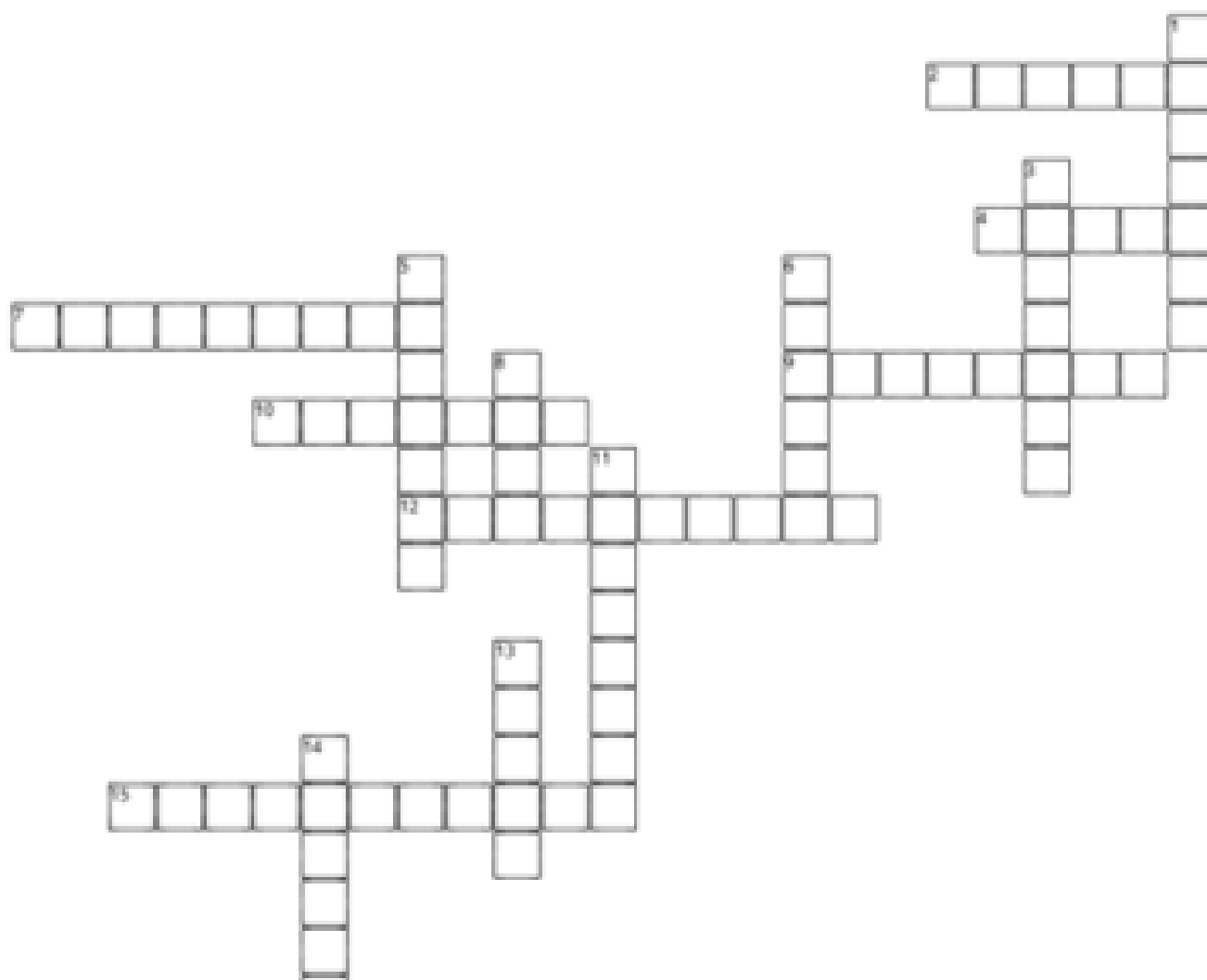
Atividade cognitiva: “Cruzadinhas”

Objetivos: Desenvolver a agilidade mental e o vocabulário.

Desenvolvimento: é distribuído por cada grupo (3-4) uma folha com o exercício, palavras cruzadas, sobre um determinado tema em que os participantes mostrem interesse. O objetivo é preencher os espaços com as palavras que estes achem mais corretas, e que encaixem perfeitamente.

Material necessário: Palavras cruzadas

Palavras Cruzadas



Horizontais

2. Tem longas raízes e a sua sombra é muito procurada no verão
4. o que os namorados usavam para se comunicar; os pombos entregavam-nas
7. É doce e feito a partir do cacau
9. fruto usado para fazer uma bebida alcoólica
10. desporto em que o objetivo é a bola entrar na baliza
12. Sapal situado na região do Algarve; possui um parque natural
15. missa festiva celebrada à meia noite

Verticais

1. Objeto usado para andar ou se equilibrar quando se tem dificuldade
3. fruto muito famoso da região do Algarve
5. local onde se guardam os cereais
6. escreveu uma das maiores obras literárias de Portugal
8. aparelho usado para tirar água dos poços
11. local onde as freiras vivem
13. época festiva onde se celebra o nascimento de Jesus
14. Usada para guardar líquidos

12ª Sessão

Aquecimento inicial

Levantar os joelhos: Sentados, cada idoso deve levar cada joelho 5 vezes em direção ao peito, repetir com os 2 joelhos.

Movimentos laterais com os braços: Com os braços caídos junto ao tronco, deveesticá-los para a frente e para cima. Voltar, lentamente, à posição inicial. Repete cinco vezes.

Atividade motora: “O que esconde o saco?”

Objetivo: Estimular a motricidade fina.

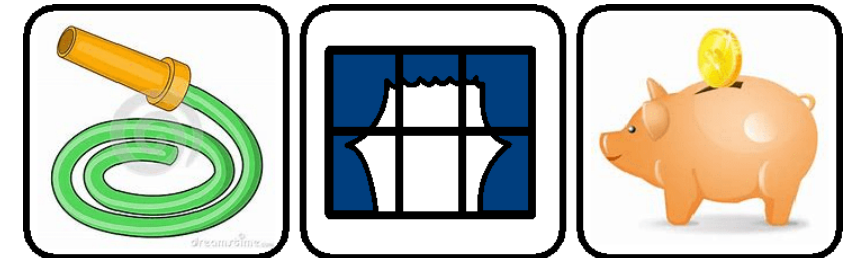
Desenvolvimento: São colocados vários objetos dentro de um saco fundo, são feitos grupo de quatro (dependendo do número de participantes), de modo a ficarem quatro grupos. É pedido a um participante de cada grupo que agarre um objeto dentro do saco mais sem o tirar completamente enquanto está de olhos fechados, este necessita descrever o que sente de forma aos outros participantes descobrirem o objeto. Todos os participantes têm oportunidade de tirar um objeto do saco.

Material necessário: Saco fundo, objetos diferentes.

Atividade cognitiva: “Pertence ou não pertence?”

Objetivos: Desenvolver a capacidade de concentração e o raciocínio lógico e abstrato.

Desenvolvimento: É dado aos participantes diferentes cartões, uns com o nome de divisões e outros com objetos característicos de tais divisões, exceto um que não pertence a nenhuma destas. Os participantes devem então associar o objeto à divisão, e retirar o que não pertence às divisões.



CASA DE BANHO

COZINHA

SALA DE ESTAR

GARAGEM

JARDIM

QUARTO

LAVANDARIA

Material necessário: Cartões com diferentes objetos, e nomes de divisões da casa.

13ª Sessão

Aquecimento inicial

Levar a mão ao joelho: De pé ou sentado, cada idoso deve tentar tocar com a mão direita abaixo do joelho esquerdo e, depois, com a mão esquerda abaixo do joelho direito (5 vezes em cada lado).

Movimentos com a cabeça: Devagar, virar a cabeça para a esquerda, depois para o centro e finalmente para a direita, isto cinco vezes.

Atividade motora: “Jenga!”

Objetivo: Desenvolver a motricidade fina.

Desenvolvimento: Os participantes, em pares, devem remover, estrategicamente, um bloco de madeira de cada vez, sem deixar cair toda a estrutura. O primeiro a deixar tombar os blocos perde. De seguida, outro par inicia a sua jogada.

Material necessário: jogo jenga.

Atividade cognitiva: “Esses provérbios são do meu tempo!”

Objetivos: Desenvolver a memória e o vocabulário.

Desenvolvimento: Com uma lista de provérbios, o facilitador vai perguntando a cada participante que complete o provérbio que foi dito, sendo que o facilitador apenas leu metade. Caso o participante não saiba a resposta tem sempre várias oportunidades para responder.

Material necessário: Provérbios populares

14ª Sessão

Aquecimento inicial

Exercício respiratório: Cada idoso deve inspirar fundo pelo nariz, expirando de seguida pela boca, duma maneira suave. Deve levantar os ombros e inspire. Expire, à medida que volta a pôr os ombros na posição inicial, repetir duas vezes.

Levantar os joelhos: Sentado: leve cada joelho 5 vezes em direção ao peito, repetir com os 2 joelhos.

Atividade motora: “Cabeça, ombros, pernas e pés”

Objetivos: Melhorar a coordenação e a atenção.

Desenvolvimento: Os participantes fazem uma roda, sendo que o facilitador faz parte desta. É pedido a um participante que comece a atividade dizendo uma parte do corpo seguindo por tocar nessa mesma parte, os restantes devem repetir o nome e tocar na parte do corpo. Todos os participantes, por ordem, fazem o mesmo, referindo sempre partes diferentes do corpo.

Material necessário: cadeiras.

Atividade cognitiva: “Aponta as diferenças”

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

Desenvolvimento: Utilizando duas fotografias da fachada da Santa Casa da Misericórdia de Loulé é pedido aos participantes que descubram as 7 diferenças entre as ambas imagens.



15° Sessão

Aquecimento inicial

Rodar os ombros: Cada idoso de rodar os ombros, um de cada vez, no sentido dos ponteiros do relógio.

Movimentos laterais com os braços: Com os braços caídos junto ao tronco, estique-os para a frente e para cima. Volte, lentamente, à posição inicial, isto cinco vezes.

Atividade motora: “Pista de obstáculos”

Objetivos: Melhorar a coordenação motora global e a capacidade de focalização da atenção.

Desenvolvimento: É formado um caminho pelo qual cada participante terá de passar, neste existem diversos obstáculos, cadeiras, mesas, e fitas no chão que o participante tem de evitar.

Material necessário: Cadeiras, mesas, fita cola colorida.

Atividade cognitiva: “O que falta aqui?”

Objetivo: Desenvolver a memória visual.

Desenvolvimento: São postos em fila 4 objetos distintos, os participantes podem observar a ordem dos objetos por dois minutos, sendo depois a ordem dos objetos trocada. É pedido aos participantes que coloquem os objetos na ordem em que se encontravam anteriormente.

Material necessário: 4 objetos fáceis de distinguir.

ANEXOS

Anexo 1

Índice de Katz

EXEMPLO DE ITENS

ÍNDICE DE KATZ

AVALIAÇÃO FUNCIONAL ESCALA DE ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA

Katz e colabs., 1963.

Paciente:

Idade: _____ Data de avaliação: _____

Classificação: Dependente Total – 6 pontos; dependente parcial – 7 a 12 pontos;
Independente – 13 a 18 pontos

1. Controlo de esfíncteres: _____
2. Banho: _____
3. Utilização da casa de banho: _____
4. Mobilidade: _____

Anexo 2

Índice de Barthel

EXEMPLO DE ITENS

ÍNDICE DE BARTHEL

Mahoney e Barthel (1965),

adaptado para a população portuguesa por Araújo et al. (2007)

Paciente:

Idade: _____ Data de avaliação: _____

Classificação: 0 a 4 pontos – muito grave; 5 a 9 pontos – grave; 10 a 14 pontos – moderado; 15 a 19 pontos – ligeiro; 20 pontos – independente

1. Evacuar
- 0 Incontinente (ou precisa que lhe façam um enema);
1. Acidente Ocasional (uma vez por semana);
2. Continente.

3. Urinar
- 0 Incontinente ou cateterizado e incapacitado para o fazer;
1. Acidente Ocasional (uma vez por semana);
2. Continente;

3. Higiene Pessoal
- 0 Necessita ajuda com o cuidado pessoal;
1. Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo.

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: _____

L 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
Mini Mental State Examination

EXEMPLO DE ITENS

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Folstein, Folstein e McHugh, 1975.

SEGUNDO A ADAPTAÇÃO PORTUGUESA DE: Manuela Guerreiro e colabs., 1993

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? _____