MARTA REGINA FRANCO MORGADO DÁBRIO

APLICAÇÃO DE UM PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA: EFEITO NO DESEMPENHO COGNITIVO E OCUPACIONAL NUMA POPULAÇÃO PSICOGERIÁTRICA INSTITUCIONALIZADA

Orientador: Jorge Oliveira

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

UNIVERSIDADE
LUSÓFONA

DESPACHO DE NOMEAÇÃO DE JÚRI
Nº 384/2016

ASSUNTO: Apresentação/Defesa da Dissertação de Mestrado em Neuropsicologia Aplicada, da candidata MARTA REGINA FRANCO MORGADO DÁBRIO.

De acordo com o Artigo 22º do Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de março, atendendo à nova redação apresentada pelo Decreto-Lei n.º º 63/2016, de 13 de setembro, bem como o Artigo 39º do Regulamento Pedagógico da ULHT, e após apreciação da proposta de nomeação do Júri apresentada pela Comissão Científica do Mestrado em Neuropsicologia Aplicada, cumpre-me informar que o Júri nomeado para a apresentação da dissertação da candidata **Marta Regina Franco Morgado Dábrio,** é composto pelos seguintes:

- **Presidente**: Prof. Doutor Paulo Lopes
- **Arguente**: Profª. Doutora Beatriz Rosa
- **Orientador:** Prof. Doutor Jorge Oliveira

Lisboa, 13 de outubro de 2016.

O Reitor

(Prof. Doutor Mário Moutinho)

Campo Grande, 376 | 1749 - 024 Lisboa | Tel.. 217 515 500 | Fax. 217 577 006

MARTA REGINA FRANCO MORGADO DÁBRIO

APLICAÇÃO DE UM PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA: EFEITO NO DESEMPENHO COGNITIVO E OCUPACIONAL NUMA POPULAÇÃO PSICOGERIÁTRICA INSTITUCIONALIZADA

Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Neuropsicologia no Curso de Mestrado em Neuropsicologia Aplicada conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Professor Doutor Jorge Oliveira

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

Agradecimentos

Finalizando mais um desafio pessoal e profissional, sinto este trabalho como meu e de tantas outras pessoas que, de uma forma direta ou indirecta, se dedicaram e esforçaram para que a sua realização fosse possível. Deixo algumas palavras de agradecimento e profundo reconhecimento, em particular:

À Direcção da Casa de Saúde da Idanha, pela oportunidade de realização deste trabalho.

A todos os utentes participantes, das unidades do Sagrado Coração de Jesus e Nossa Sra de Fátima, pela disponibilidade, colaboração e por todos os momentos prazerosos vividos durante as 14 sessões. É bom envelhecer convosco!

Ao Professor Doutor Jorge Oliveira por toda a disponibilidade, incentivo, orientação e dedicação sempre demonstrada. Muito Obrigada.

À Isabel Sousa pela sua disponibilidade na partilha do material do PEC-Fazer a Diferença (adaptação para a população portuguesa).

À Equipa multidisciplinar das unidades de psicogeriatria da CSI, da qual tenho o privilégio de fazer parte, e todas as colegas e amigas com quer partilho o dia a dia de trabalho na CSI, muito obrigada pela disponibilidade e Força.

À colega e Psicóloga Alvarina pela sua disponibilidade, envolvimento e colaboração no processo de avaliação.

Às minhas colegas de serviço e amigas do dia a dia, Rute, Telma e Ana muito obrigada por toda a força, coragem e por acreditarem em mim! É um orgulho fazer parte desta Equipa.

À Lúcia e Ana, obrigada por fazerem comigo este percurso. Com amizade tudo é mais fácil! Obrigada a todos os amigos e Gui!

Ao Zé Maria, Guida e João agradeço toda a compreensão, respeito e apoio incondicional. É bom sermos uma família!

Aos meus Pais, irmã e Joana, muito obrigada pelo amor, apoio incondicional, compreensão e por estarem sempre comigo!

Ao Miguel, por todo o Amor, Confiança, Segurança e Motivação. Obrigado por me fazeres sentir que somos "Um", todos os dias!

Ao Gustavo, que faz parte deste "Um", por todos os abraços e sorrisos, que sem ele imaginar, me deram toda a Força do mundo. "Vamos brincar aos carros?"

Resumo

O crescente envelhecimento populacional tem contribuído para o interesse da realização de estudos nesta área. A evidência sugere que a estimulação cognitiva (EC) tem um efeito positivo na cognição, na sintomatologia depressiva e no desempenho ocupacional dos idosos. Neste contexto, a Neuropsicologia Clínica tem um papel fundamental, quer na avaliação das funções cognitivas em défice e preservadas quer na implementação de programas de intervenção. O principal objetivo deste estudo é verificar a eficácia de um Programa de Estimulação Cognitiva (PEC), desenvolvido por Spector e colaboradores (2006), no desempenho cognitivo e ocupacional e na sintomatologia depressiva, numa população psicogeriátrica institucionalizada. A amostra é constituída por 24 participantes, 12 constituem o grupo de controlo e 12 o grupo experimental. O grupo experimental foi sujeito a intervenção com 14 sessões de EC. A avaliação da eficácia do PEC foi feita através da aplicação das versões portuguesas do Mini Mental State Examination (MMSE), Montreal Cognitive Asssessment (MoCA), subtestes da Wesheler Memory Scale (WMS-III), Frontal Assessment Battery (FAB), Geriatric Depression Scale – 15 (GDS-15) e Indíce de Barthel, em dois momentos de avaliação, antes e após a intervenção.

Os resultados deste estudo evidenciaram melhorias significativas, do grupo submetido a EC, no desempenho cognitivo geral, especificamente ao nível da linguagem, atenção, capacidade de abstração, memória logica e aprendizagem associativa. Não se verificaram efeitos do PEC ao nível do desempenho ocupacional e sintomatologia depressiva.

Neste sentido, este estudo sugere a implementação de PEC, de forma a melhorar o desempenho cognitivo e prevenir a deterioração da população psicogeriátrica institucionalizada. Pelos resultados obtidos, justifica-se a realização de estudos futuros, com amostras de maior dimensão de forma a obter conclusões mais consistentes.

Palavras-Chave: Envelhecimento, Doença Mental, Estimulação Cognitiva, Desempenho cognitivo, Desempenho Ocupacional, Depressão

Abstract

Aging research has increased substantially in the recent years as a result of the shift in life expectancy in developed countries. There is suggestive evidence that cognitive stimulation has a key role in the older segment of the population and that it can contribute to maintaining adequate levels of cognition, reducing symptoms associated with depression, and improving the ability of individuals to perform activities of daily living. Therefore, clinic neuropsychology has a key role in both the assessment of cognitive functions and implementation of interventions aimed at improving or maintaining cognitive functions. The purpose of this study was to evaluate the efficacy of the *Programa de Estimulação Cognitiva (PEC)*, a standardized intervention developed by Spector and colleagues (2006) aimed at improving cognitive performance, related occupational skills, and in reducing depression symptoms. The intervention was delivered to a sample of 24 older adults inserted in a psychogeriatric unit and that were randomly assigned to a control or an intervention group. The intervention consisted of 14 sessions of cognitive stimulation and assessments conducted throughout the program included modified versions of Mini Mental State Examination (MMSE), the Montreal Cognitive Asssessment (MoCA), some subscales of the Wesheler Memory Scale (WMS-III), the Frontal Assessment Battery (FAB), the Geriatric Depression Scale – 15 (GDS-15), and the Barthel Index. All the assessments were conducted at pre- and post- intervention. The results demonstrated clear improvements in cognitive function among individuals assigned to the intervention group. More specifically, general cognition was improved in intervened individuals positively affecting language, attention, abstract abilities, logic memory, and associative learning. There was no evidence that the intervention impacted occupational abilities and led to reductions of depression symptoms. In conclusion, the results of this study suggest that the PEC should be implemented in patients with similar characteristics in order to improve cognitive performance and minimize the loss of abilities. Future studies should cross-validate our findings using a larger sample of similarly institutionalized patients.

Keywords: Aging, Mental Health, Cognitive Stimulation, Cognitive Performance, Occupational Skills, Depression

Abreviaturas

ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AAVD	Atividades Avançadas da Vida Diária
DA	Doença de Alzheimer
EC	Estimulação Cognitiva
FAB	Bateria Avaliação Frontal
GDS15	Geriatric Depression Scale - Escala de Depressão Geriátrica (versão 15 itens)
MMSE	Mini Mental State Examination - Avaliação Breve do Estado Mental
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
WMS	Wesheler Memory Scale
PEC	Programa de Estimulação Cognitiva
PEC-FD	Programa de Estimulação Cognitiva – "Fazer a Diferença"
TOR	Terapia de Orientação na Realidade
TR	Terapia da Reminiscência

Índice

Introdução 10
1. Envelhecimento 12
1.1. Envelhecimento Biológico 12
1.2. Envelhecimento Social 13
1.3. Envelhecimento Psicológico 14
2. Doença Mental e Envelhecimento 15
2.1. Demência 16
2.2. Depressão 17
2.3. Esquizofrenia 18
3. Envelhecimento e Cognição 20
4. Desempenho Ocupacional Envelhecimento 21
5. Institucionalização e Envelhecimento 23
6. Estimulação Cognitiva no Envelhecimento 25
7. Objetivo 31
8. Método 33
8.1. Participantes 33
8.2. Instrumentos 35
8.2.1. Mini Mental State Examination (MMSE) 35
8.2.2. Montreal Cognitive Asssessment (MoCA) 36
8.2.3. A Escala de Memória de Wesheler (WMS-III) 37
8.2.4. Bateria Avaliação Frontal (FAB) (Frontal Assessment Battery) 38
8.2.5. Índice de Barthel 38
8.2.6. A Escala de Depressão Geriátrica (versão 15 items) 39
8.3. Procedimento 40
9. Resultados 43
9.1. Comparação entre os dois momentos de avaliação em ambos os grupos para as variáveis neuropsicológicas globais 43
9.2. Comparação entre os dois momentos de avaliação em ambos os grupos por domínios específicos do MoCA 44
9.3. Comparação entre os dois momentos de avaliação em ambos os grupos por domínios específicos da FAB 45

9.4. Comparação entre os dois momentos de avaliação em ambos os grupos na capacidade mnésica 46
10. Discussão 48
10.1. Limitações do estudo e investigação futura 52
11. Conclusões 54
12. Referências Bibliográficas 55
Apêndices I
Apêndice I II
Apêndice II III
Apêndice III IV
Apêndice IV V
Apêndice V VI
Anexos VII
Anexo I VII

Introdução

O envelhecimento demográfico é hoje um fenómeno que ocorre à escala mundial, que se acentua nas sociedades ditas desenvolvidas. Portugal, à semelhança de outros países desenvolvidos, apresenta uma população cada vez mais envelhecida, consequência do aumento da esperança média de vida e do declínio da natalidade.

O envelhecimento é considerado um estado evolutivo normal, no qual se produz uma degeneração de funções e órgãos, com o passar do tempo (Freitas, 2012). É um processo adaptativo, lento e contínuo, que se traduz numa série de alterações, e no qual intervêm fatores biológicos, psicológicos e sociais e por isso varia de individuo para indivíduo. O envelhecimento populacional tem levado a um aumento da prevalência de doenças degenerativas crónicas.

Associado ao processo de envelhecimento está, também, o declínio cognitivo, sendo que, segundo Pais (2008), as funções cognitivas que mais sofrem o efeito da idade são a atenção, a memória, a capacidade percetiva e espacial, as funções executivas e velocidade de processamento. Contudo, alguns estudos revelam que este declínio não advém, apenas de aspetos biológicos, mas também de fatores como o estado de saúde, o nível educacional, a personalidade e o estilo de vida.

De acordo com Botelho (2005), todas estas alterações associadas ao envelhecimento, nomeadamente a deterioração cognitiva e física, interferem muitas vezes no desempenho ocupacional e têm impacto da qualidade de vida da pessoa idosa.

A intensidade do envelhecimento, os aspetos que envolve, assim como os novos desafios e oportunidades que se deparam numa sociedade cada vez mais constituída por pessoas mais velhas, torna a área da saúde mental do idoso uma prioridade para os profissionais de saúde no sentido de oferecer uma melhor resposta, mais diferenciada e com maior efetividade.

Neste contexto, a Neuropsicologia Clínica tem um papel fundamental, quer ao nível do contributo do estabelecimento de diagnóstico precoce, quer ao nível da identificação das funções cognitivas em défice e preservadas, bem como ao nível do planeamento e implementação de programas de intervenção. Este tipo de intervenção tem como objetivo melhorar a cognição, ou pelo menos a mantê-la, retardando o processo de deterioração cognitiva, mas também a promover o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas idosas.

Tendo em conta a importância da estimulação cognitiva na abordagem à pessoa idosa relatada nas pesquisas efetuadas, e a escassa investigação em Portugal sobre a eficácia deste tipo de intervenção, torna-se pertinente a realização deste estudo.

Assim, o principal objetivo deste estudo consistiu na implementação do programa de Terapia de Estimulação Cognitiva (CST), desenvolvido por Spector et al. (2006), tendo sido utilizada uma versão adaptada para a população idosa portuguesa, no sentido de avaliar a sua eficácia na população psicogeriátrica institucionalizada. Para tal, desenhou-se um estudo comparativo controlado do tipo quase experimental.

Após a seleção dos 24 participantes, foram distribuídos aleatoriamente 12 participantes para o grupo de controle e 12 participantes para o grupo experimental. Foi implementado ao grupo experimental o Programa de Estimulação Cognitiva "Fazer a diferença" (PEC-FD) versão portuguesa de Making a Difference: An Evidence-based Group Programme to Offer Cognitive Stimulation Therapy (CST) to People with Dementia (Spector et al., 2006). Posteriormente, foi realizada a avaliação da eficácia do PEC-FD na população estudada, através da comparação dos dois momentos de avaliação, antes e após a intervenção, bem como da comparação dos dois grupos.

Para enquadrar este estudo foram abordados no referencial teórico os conteúdos relacionados com o envelhecimento. Neste âmbito explorou-se alguns dados estatísticos relacionados com a prevalência do envelhecimento no mundo e em Portugal e foram descritos e caracterizados os tipos de envelhecimento, identificando as principais alterações inerentes a este processo. Foi aprofundada a doença mental no envelhecimento, especificando-se alguns diagnósticos, assim como impacto do envelhecimento na cognição. Foi ainda apresentada uma revisão da literatura sobre a importância e eficácia da estimulação cognitiva no envelhecimento.

Posteriormente apresentou-se os objetivos do estudo, a descrição dos participantes, dos instrumentos utilizados e do procedimento utilizado.

Finalmente são apresentados e discutidos os resultados obtidos assim como as limitações encontradas e sugestões de estudos futuros.

Este trabalho foi redigido com base nas normas definidas pela *American Psychological Association* (APA) e adaptadas pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

1. Envelhecimento

O envelhecimento é um processo complexo, dinâmico e gradual, comum a todos os seres humanos. Segundo Sequeira (2012), neste processo ocorrem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que levam a uma maior vulnerabilidade e um aumento dos processos patológicos, culminando na morte. Segundo Fontaine (2000), o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial, sendo assim impossível datar o seu começo pois, de acordo com o nível no qual ele se situa (biológico, psicológico ou sociológico), a sua velocidade e a sua gravidade são extremamente variáveis de individuo para indivíduo. As alterações associadas ao envelhecimento não se verificam sempre na mesma altura da vida em todas as pessoas, dependendo dos estilos de vida, da adaptação ao ambiente e de agressões internas ou externas a que cada pessoa foi sujeita (Azaredo, 2011).

De acordo com Fonseca (2006), o processo de envelhecimento apresenta três componentes: uma componente Biológica (senescência), que reflete uma vulnerabilidade crescente; uma componente Social, relativa aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para esta faixa etária; uma componente Psicológica, definida pela capacidade de autorregulação do individuo face ao processo de senescência.

1.1. Envelhecimento Biológico

O envelhecimento Biológico é o resultado do passar dos anos no organismo. É um processo de declínio múltiplo de todos os sistemas orgânicos relacionados com o tempo. O envelhecimento não é uniforme, havendo diferenças na velocidade com que envelhecem os órgãos de pessoa para pessoa. Neste sentido, com o envelhecimento verifica-se alterações ao nível dos órgãos dos sentidos. Quando a pessoa envelhece os cinco sentidos declinam em acuidade. Ao nível da visão verifica-se uma diminuição da acuidade visual, diminuição da sensibilidade às cores e da perceção de profundidade, declínio da perceção visual do movimento e perda de sensibilidade ao movimento; ao nível da audição surge perda da capacidade de localizar sinais sonoros, dificuldade em discriminar a origem de sons diferentes e perda progressiva da perceção das frequências elevadas, dificuldade em compreender o discurso de outras pessoas. Os idosos apresentam igualmente um declínio a nível do olfacto e

do gosto. Ao nível do tacto verifica-se perda de sensibilidade da palma das mãos e planta dos pés (Serra, 2006).

O envelhecimento afeta essencialmente o equilíbrio, a audição e a visão, tendo estas alterações consequências importantes, por vezes graves, a nível psicológico e social. Especificamente os défices sensoriais de natureza auditiva e visual parecem ser causas importantes de declínio geral no funcionamento das atividades intelectuais (Fontaine, 2000).

De acordo com Barreto (2005), poderá distinguir-se o processo de envelhecimento em duas categorias: envelhecimento primário e envelhecimento secundário. O envelhecimento primário é um processo pessoal, natural e gradual que se caracteriza por uma diminuição das aptidões e capacidades, tanto físicas como mentais, e que se encontra relacionado com o código genético de cada um (Barreto, 2005).

1.2. Envelhecimento Social

O envelhecimento demográfico é hoje um fenómeno que ocorre à escala mundial. Portugal, à semelhança de outros países desenvolvidos apresenta uma população cada vez mais envelhecida, consequência do aumento da esperança média de vida e do declínio da natalidade.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), verificou-se em Portugal o aumento da população idosa (65 e mais anos de idade). Entre 1970 e 2014, o peso relativo da população idosa aumentou 11 p.p., passando de 9,7% em 1970 para 20,3% em 2014. O número de idosos ultrapassou o número de jovens pela primeira vez, em Portugal, em 2000, tendo o índice de envelhecimento, que traduz a relação entre o número de idosos e o número de jovens, atingindo os 141 idosos por cada 100 jovens em 2014 (136 em 2013). Em 2014, a população residente em Portugal era constituída por 14,4% de jovens, 65,3% de pessoas em idade ativa e 20,3% de idosos (INE, 2015).

Portugal, de acordo com os censos 2011, regista um índice de longevidade de 79.20 (80.57 para as mulheres e 74.0 para os homens), apontando as projeções para 2050 para um aumento significativo deste índice.

Este fenómeno de natureza demográfica foi acompanhado por um interesse crescente das ciências sociais e humanas, havendo cada vez mais investigadores a estudar os processos de envelhecimento com vista a melhor conhece-los e a definir possibilidades de intervenção

com o objetivo não só que o ser humano viva mais tempo, mas igualmente que viva melhor (Fernández-Ballesteros, 2000; Fonseca, 2006).

O envelhecimento não é uma doença, dado que se trata de um estado evolutivo normal, no qual se produz uma degeneração de funções e órgãos, com o passar do tempo (Freitas, 2010). Cronologicamente, nas sociedades modernas, considera-se idosa a pessoa a partir dos 65, o que coincidia com a idade de reforma, no entanto, atualmente, a idade de velhice e de reforma deixou de coincidir. A velhice aparece, agora, associada às incapacidades físicas, psíquicas e mesmo materiais, que surgem nas idades avançadas (Freitas, 2010).

1.3. Envelhecimento Psicológico

De acordo com Fontaine (2000), o processo de envelhecimento psicológico, está associado à diminuição e alteração de capacidades mnésicas (a memória), capacidades intelectuais (a inteligência) e as motivações para o empreendimento, que podem resultar em dificuldade de adaptação a novos papéis, em falta de motivação e dificuldade de planear o futuro, diminuição de autonomia, em baixa auto-estima e em dificuldade de adaptação a mudanças.

No envelhecimento, de facto, existem mudanças físicas e também psicológicas que influenciam os pensamentos, sentimentos, crenças, valores, atitudes, conduta, personalidade e a maneira de comportar-se com os outros (Fonseca, 2006).

Através da teoria psicológica, os investigadores procuram encontrar explicações para o processo de envelhecimento, descrevendo as diferentes maneiras de envelhecer relacionadas com a inteligência, a memória, a personalidade, a motivação e as habilidades. Castro, (2011) afirma que tudo isto, quando exercitado, contribui para a preservação da capacidade funcional e bem-estar dos idosos.

A perspetiva do processo de envelhecimento como um acontecimento patológico e marco inicial para a contagem regressiva da vida, faz com que alguns idosos abandonem a preocupação de se manterem participativos no ambiente social em que estão inseridos, e assumam um papel passivo, inativo e cada vez menos reflexivo, o que, por sua vez, pode representar um prejuízo incondicional à sua saúde mental e física, além de constituir um fator de risco para o declínio cognitivo (Souza & Chaves, 2005). Segundo estes autores, desta

forma estabelece-se um ciclo vicioso, no qual a degeneração psicobiológica própria do envelhecimento induz a uma inatividade e consequentemente à diminuição dos requisitos dos processos cognitivos, acelerando assim a degeneração psicobiológica.

2. Doença Mental e Envelhecimento

De acordo com Fontaine (2000), os critérios mais frequentemente identificados pelos investigadores, para definir o envelhecimento bem sucedido, são a longevidade, a saúde biológica, a saúde mental, a eficácia intelectual, a competência social, a produtividade

O aumento da esperança média de vida tem levado a um aumento da prevalência de doenças degenerativas crónicas (Wimo & Prince, 2015).

As doenças mentais e neuropsiquiátricas ligadas ao envelhecimento constituem um grupo heterogéneo. As síndromes demenciais têm início, na maior parte dos casos, em idade avançada. Outros quadros neurológicos, como doenças cérebro-vasculares, doença de Parkinson, podem também atingir o idoso e determinar manifestações psiquiátricas/comportamentais, evoluindo ou não como demências.

Em psiquiatria geriátrica observam-se, também, perturbações mentais não específicas do envelhecimento, como as psicoses e as perturbações do humor ou de ansiedade. Existindo formas sindromáticas tardias, a história natural pode alternativamente ter registado início precoce mantendo-se, na idade avançada, o quadro clínico ou o risco de recaída (Pereira e Sampaio, 2011). Segundo estes autores, as pessoas idosas com doença mental representam grupos vulneráveis e por isso alvo de atenção e de intervenção.

De acordo com Streim[1] et al. (Santos & Paúl, 2006), estudos realizados nos Estados Unidos da América revelaram que a prevalência de perturbações psiquiátricas, em instituições de saúde para idosos se situa entre 80% e os 91%. Os mesmos estudos mostraram que cerca de 80% dos utentes apresentavam demência. Entre os residentes avaliados, 6% a 25% apresentavam diagnóstico de perturbação Major e cerca de 10% de esquizofrenia. Alguns estudos realizados na Europa mostram também taxas de prevalência de perturbações psiquiátricas em lares e instituições de saúde para idosos (Santos & Paúl, 2006).

[1] Streim, J.E., Oslim, D., Katz, I. R. & Parmelee, P. A. (1997). Lessons from geriatric psychiatric in the long-term care setting. *The Psychiatric quarterly*, 68,3,281-307.

Sendo frequente a utilização de psicofármacos na população psicogeriátrica é o conhecimento dos possíveis efeitos secundários torna-se relevante nesta área. Segundo Eizaguirre (2011), sentimentos de grande desconforto, embotamento afetivo, inatividade, e apatia são possíveis efeitos secundários, assim como alterações no desempenho cognitivo e diminuição da capacidade de atenção/concentração.

2.1. Demência

Segundo Valente (2006), atualmente, o conceito de Demência é caracterizado por um prejuízo da memória, do pensamento, do julgamento, e processamento da informação, bem como pelo desenvolvimento de outros défices cognitivos como afasia, apraxia, agnosia, suficientemente graves para interferir com o desempenho social ou profissional, apresentando uma deterioração do nível de funcionamento prévio, e algum grau de alteração da personalidade, na ausência do estado de consciência.

Os autores Marques, Firmino e Ferreira (2006) afirmam que as funções cognitivas que podem estar afetadas no síndrome demencial são a memória, a linguagem, o cálculo, a capacidade de reconhecimento e identificação, a capacidade de executar tarefas motoras, as aptidões visuo-espaciais, a capacidade de abstração, de planeamento, de organização, de monitorização da resolução de problemas e a capacidade de julgamento. Este quadro clínico pode ser provocado por uma grande variedade de patologias, sendo importante um correto diagnóstico diferencial.

A incidência global de demência tem vindo a aumentar drasticamente nas últimas décadas. Se em 2005 se estimava cerca de 7,5/1000 pessoas por ano, em 2012 as estimativas apontam para cerca de 7,7/1000 pessoas por ano (Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues & Carvalho. 2015).

De acordo com um estudo realizado por Santana et. al (2015) sobre a epidemiologia da demência e de doença de Alzheimer em Portugal, existiriam em 2013, 160287 doentes com demência em Portugal, e sabendo que 50 a 70% são imputáveis à doença de Alzheimer, existiriam entre 80144 e 112201 doentes com DA.

Apesar de se saber que a prevalência da demência aumenta com o envelhecimento, deve-se salientar que as demências são doenças, e por isso, não se devem ao facto por si só de envelhecermos. Neste âmbito existem fatores de risco, uns transformáveis, outros não. Dos

não transformáveis temos o sexo feminino, a idade e, eventualmente, a hereditariedade. Do grupo dos modificáveis, e com potencial impacto na diminuição do risco de demência, temos a hipertensão arterial, obesidade, diabetes, doenças cardíacas, hiperlipidémia, consumo excessivo álcool, tabagismo. Para além destes fatores psicossociais e de estilo de vida tais como a escolaridade, rede de apoio social, atividades de lazer e exercício físico. A escolaridade elevada, assim como a manutenção da atividade intelectual ao longo da vida é sugerido por vários estudos como fator protetor (Gonzaga, Pais, & Nunes, 2006). De acordo com estes autores, a criação de uma "reserva cognitiva", que permite ao cérebro encontrar estratégias eficazes para lidar com a patologia, parece compensar a morte dos neurónios durante mais tempo, impedindo ou retardando a manifestação dos sintomas de demência.

Apesar da demência estar associada a um processos degenerativo continuo, várias investigações têm demonstrado benefícios da estimulação cognitiva no sentido de melhorar o desempenho cognitivo e funcional, retardar o seu declínio, bem como promover a qualidade de vida do idoso.

2.2. Depressão

A depressão representa um diagnóstico frequente no idoso, com prevalências globais de 12.3% em países europeus.

Portugal, com mais de um milhão e meio de pessoas com 65 e mais anos possui mais de 100 mil pessoas com depressão, muitos destes casos mal diagnosticados e insuficientemente tratados (Drago & Martins., 2012).

A nível afetivo a depressão é muito frequente no idoso e, por sua vez, compromete bastante a sua qualidade de vida (Gonçalves, 2012). Fonseca, Machado e Duarte (2011), referem que a depressão é uma perturbação do humor que pode ter repercussões cognitivas irreversíveis e, segundo vários estudos, é um antecedente psiquiátrico frequente em doentes com síndrome demencial. Segundo Rapp, Schnaider-Beeri, Wysocki e Guerrero-Berroa. (2011), a depressão é um distúrbio comum de comorbilidade em doentes com demência. Este autor refere que vários estudos relatam uma prevalência entre 30% a 50% dos pacientes com demência

que sofrem de depressão, afirmando assim que há evidências que mostram que a depressão aumenta o risco de evolução para demência.

A depressão é um problema de saúde que afeta pessoas de todas as idades, levando a sentimentos de tristeza e isolamento social que muitas vezes têm como desfecho o suicídio. Contudo, nas idades avançadas ela atinge os mais elevados índices de morbilidade e mortalidade, na medida em que assume formas incaracterísticas, muitas vezes difíceis de diagnosticar e, consequentemente, de tratar. É frequente que as pessoas que rodeiam e convivem habitualmente com os idosos associem à idade avançada a melancolia e a tristeza devido a perdas afetivas, económicas, sociais e doenças crónicas, não valorizando as suas queixas (Simões, 2012). Nesta linha de pensamento, Tavares et al. (2000, cit por Sousa 2008) afirmam que a depressão não é um acontecimento normal no processo de envelhecimento, ao contrário do que a sociedade em geral e até mesmo os próprios idosos acreditam e vivenciam, estigmatizados pela negativa e pejorativa carga deste vocábulo e também pela visão e perceção deste processo.

Através de um estudo realizado por Neto & Corte- Real, cujo objetivo foi averiguar a prevalência da depressão, em pessoas idosas institucionalizadas, em 25 pessoas idosas institucionalizadas, 48% dos inquiridos apresentam depressão ligeira e 24% depressão grave (Neto e Corte-Real).

2.3. Esquizofrenia

A esquizofrenia é um conjunto de sinais e sintomas psicóticos, constituídos por um grupo de distúrbios relacionados com o conteúdo do pensamento, do processamento do pensamento, da perceção, do afeto, da volição e da sensação de si próprio, isolamento social e transtorno psicomotor.

As principais e recentes revisões da literatura têm fornecido dados que sustentam a ideia de que uma percentagem significativa de doentes com esquizofrenia apresenta défices marcados em vários domínios cognitivos. Tais défices parecem ser mais marcados nos domínios da memória verbal, da vigilância e atenção, da memória de trabalho, do quociente intelectual, da linguagem e do funcionamento executivo (Serra et al. 2010).

Os aspetos mais característicos da esquizofrenia são alucinações e delírios, transtornos de pensamento e linguagem, perturbação das emoções e do afeto, déficits cognitivos e

avolição. Alucinações e delírios são frequentemente observados em algum momento durante o curso da esquizofrenia. O termo transtorno do pensamento refere-se a uma doença no conteúdo, assim como na forma dos pensamentos do indivíduo. Os transtornos do conteúdo do pensamento são os delírios. Os transtornos na forma de pensamento podem ser subdivididos em duas categorias: perturbação intrínseca do pensamento e, transtorno na forma em que os pensamentos são expressos na linguagem e na fala. A linguagem e o discurso são desordenados, com neologismos, pobreza no conteúdo do discurso, incoerência, fuga de ideias e fala retardada ou mutismo. Os distúrbios do comportamento na esquizofrenia incluem comportamento desordenado e comportamento catatônico (Silva, 2006).

De acordo com a Classificação Internacional das Doenças (ICD-10), a esquizofrenia pode ser classificada em cinco grupos.

A esquizofrenia paranoide, é a mais comum, sendo o quadro clínico dominado por delírios relativamente estáveis, acompanhada por alucinações, particularmente na variedade, auditiva e perturbação da perceção. Os sintomas paranoides mais comuns são: delírio de perseguição, referência, ascendência importante, missão especial, mudanças corporais, ciúme, vozes ameaçadoras ou de comando e, ainda, alucinações olfativas ou gustativas de sensações sexuais, ou outras sensações corporais.

A esquizofrenia hebefrénica é uma forma de esquizofrenia na qual as mudanças afetivas são proeminentes, tais como delírios e as alucinações de fuga, comportamentos irresponsáveis e imprevisíveis e maneirismos.

Na esquizofrenia catatónica, são proeminentes as perturbações psicomotoras, como hipercinesia e estupor e negativismo. As diretrizes diagnósticas dominam o seguinte quadro: estupor (diminuição marcante da reatividade ao meio ambiente e de movimentos e atividades espontâneas) ou mutismo; excitação (atividade motora aparentemente sem propósito, não influenciada por estímulos externos); postura inadequada ou bizarra; negativismo (uma resistência aparentemente sem motivo); e rigidez (manutenção de uma postura rígida contra o esforço de ser movido).

A esquizofrenia residual é um estágio crónico no desenvolvimento de um transtorno esquizofrénico, no qual houve uma progressão clara de um estágio inicial.

Finalmente, a esquizofrenia simples é um transtorno não comum, no qual há um desenvolvimento insidioso mais progressivo de conduta estranha, incapacidade para atender às capacidades da sociedade e um declínio no desempenho total. Delírios e alucinações não são frequentes neste tipo de esquizofrenia.

Com o aumento global da longevidade do ser humano, o número de idosos com esquizofrenia tende também a aumentar.

No que se refere à evolução da esquizofrenia até à terceira idade, segundo Vieira (2006) os estudos indicam que em média um terço dos doentes apresenta uma remissão completa ou apresenta sintomas ligeiros. No entanto, o autor afirma, que se verifica um importante défice social e psicológico. Um estudo de Harvey et al. [2](1999) Vieira (2006), indica que por ano, se verifica um declínio cognitivo e funcional, em 15% dos esquizofrénicos idosos, sendo que a presença do declínio favorece a aparecimento de complicações médicas.

A abordagem para o tratamento de pessoas idosas com a esquizofrenia envolve a combinação de terapia farmacológica e não farmacológica.

3. Envelhecimento e Cognição

A melhoria dos cuidados de saúde, a melhoria das condições sócio-económicas contribuíram para o aumento da longevidade da população, à qual se associa uma maior prevalência das doenças crónicas, de dependência nas atividades da vida diária e do declínio das capacidades cognitivas.

O processo de envelhecimento está associado a uma série de alterações cerebrais que conduzem a mudanças nas capacidades cognitivas (Pais, 2008). No entanto o declínio que se observa não é uniforme em todos os indivíduos. Vários autores referem que o declínio cognitivo está associado a fatores de saúde e de estilos de vida prévios.

Neste sentido, existem determinadas variáveis que influenciam o envelhecimento cognitivo. O nível educacional pode explicar uma considerável da variância cognitiva associada ao envelhecimento normal, sendo o elevado nível educacional considerado um indicador fiável de reserva cognitiva (Drag & Bieliauskas, 2010).

Segundo Pais (2008), as funções cognitivas que mais sofrem o efeito da idade são a atenção, a memória, a capacidade perceptiva e espacial, as funções executivas e velocidade de processamento.

[2] Harvey PD, Bertisch H, Friedman JI et al. The course of functional decline in geriatricpatients with schizophrenia: cognitive-functional and clinical symptoms as determinants of change. *Am J Geriatrics Psychiatry*, 11,6:610-19, 2003

No processo de envelhecimento normal, as alterações cognitivas são integralmente constituídas pelo declínio intelectual, especialmente em termos de velocidade de raciocínio associada ao envelhecimento, verificando-se uma diminuição da capacidade de resposta, mais em termos de velocidade do que propriamente em termos de conteúdo. A idade está associada a uma lentificação motora e diminuição da rapidez de processamento perceptivo assim como ao aumento dos tempos de resposta (Pais, 2008). Segundo Fonseca (2006), estudos realizados por Denney (1982) sobre mudanças associadas ao envelhecimento que ocorrem ao nível das capacidades cognitivas constataram efetivamente a existência de diferenças nas capacidades cognitivas entre adultos jovens e idosos favorecendo os primeiros. Segundo este autor, à medida que envelhecemos, o sistema nervoso recebe e transmite informações mais lentamente. Relativamente à aprendizagem, a literatura afirma que o tempo necessário para a aprendizagem de nova informação aumenta e crescem, sobretudo, as dificuldades de aprendizagem de conteúdos em relação com conhecimentos anteriores. No âmbito da memória, as investigações sugerem que o declínio da memória a longo prazo não é um fenómeno característico do envelhecimento, ao contrário, parece haver declínio na memória a curto prazo (Fonseca, 2006).

A relação da memória com o envelhecimento é marcada pelo nível de escolaridade, uma vez que quanto maior a escolaridade, melhor o desempenho do idoso em testes de memória (Oliveira et al., 2015). Segundo estes autores, o envelhecimento parece também provocar declínio na fluência verbal, na capacidade de atenção focada, na velocidade do processamento cognitivo e na velocidade da produção do discurso.

4. Desempenho Ocupacional Envelhecimento

O desempenho ocupacional refere-se à capacidade de realizar tarefas ocupacionais de maneira satisfatória e apropriada para o estágio de desenvolvimento, cultura e ambiente do individuo (Pedretti & Early, 2004).

Em termos de avaliação de saúde, as áreas de desempenho dividem-se três sub-áreas: atividades relacionadas com o autocuidado e de adaptação ao meio em que vive, no seu conjunto, são conhecidas como Atividades de Vida Diária (AVD`s). As atividades de autocuidado designadas de Atividades Básicas de Vida Diária (AVD´s) incorporam tarefas como cuidar da higiene e limpeza corporal, escolher e vestir a roupa, comer, controlo de

esfíncteres, utilizar os sanitários, mudar de posição e deslocar-se dentro de casa. As atividades que incorporam o individuo no meio ambiente e no seu conjunto são designadas de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD´s) que abrangem atividades como utilizar o telefone, deslocar-se no exterior da casa, gerir o dinheiro, fazer compras, tomar medicamentos, utilizar meios de transporte, fazer trabalhos domésticos e cozinhar (Sequeira, 2010). As Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD´s), incorporam atividades voluntárias sociais, ocupacionais e de recreação. Contudo, a dificuldade em realizar este tipo de atividades pode não indicar perda funcional, mas risco de perdas futuras (Veríssimo, 2006). Neste sentido, o desempenho ocupacional remete para a funcionalidade do individuo.

A funcionalidade de um indivíduo, enquanto participação em atividades no plano pessoal e cultural, para a qual a compreensão das interações entre a pessoa e o ambiente é essencial, constitui uma área que engloba o funcionamento pessoal em contexto social. Neste conceito estão envolvidos 3 fatores relativos à capacidade de uma pessoa se envolver em tarefas: volição ou motivação para a ocupação; habituação ou o processo pelo qual a atividade está organizada em padrões ou rotinas capacidade de desempenho ou o conjunto de capacidades físicas e mentais que estão subjacentes ao desempenho de competências ocupacionais. Por sua vez, estes 3 fatores estão na dependência da influência do ambiente (Kielhofner, 2008).

As condições de cronicidade, na maioria das vezes, são geradoras de incapacidade, ou seja, o processo pelo qual uma determinada condição afeta a funcionalidade da pessoa idosa. Segundo Fonseca (2006), o processo de envelhecimento tem repercussão na competência de vida diária, desdobrando-se esta em duas modalidades possíveis: a) competência básica, necessária para a manutenção de uma vida independente, que inclui atividades de rotina como cozinhar, vestir-se, cuidar de si próprio e atividades do quotidiano tal como compras, mobilidade, b) competência alargada, a qual se refere a atividades determinadas pelas preferências individuais, motivações e interesses, incluindo atividades de lazer.

De acordo com Botelho (2001), diversos sinais de envelhecimento e da velhice, alguns inerentes à deterioração cognitiva e física, interferem na capacidade funcional associada à autonomia do funcionamento executivo do dia-a-dia, desde atividades que se reportam à autosuficiência no cuidado de si próprio e que se inserem no contexto do domicilio, até outras que implicam deslocação, com ou sem transportes, como compras, visitas ou consultas médicas.

Também Sequeira (2010) refere que a dependência surge como o resultado do aparecimento de um défice, que limita a atividade em termos da funcionalidade da pessoa, em consequência de um processo patológico ou acidente. A intervenção deverá incidir não apenas nas situações de doença, mas em todas as determinantes da morbilidade associadas ao contexto do idoso, para que as mesmas possam ter um efeito preventivo e terapêutico eficiente (Sequeira, 2010).

A capacidade funcional deve ser classificada de acordo com o grau de autonomia no desempenho, que se pode manifestar como independência, quando há total independência, ou apenas a utilização de auxiliares mecânicos mediante o uso dos quais as limitações existentes são ultrapassadas ou dependência quando há necessidade de ajuda regular de terceiros, na execução de pelo menos uma das tarefas de funcionalidade (Botelho, 2005).

A capacidade funcional é um dos grandes componentes no estado de saúde do idoso, e portanto, torna-se fundamental a avaliação do estado funcional. A avaliação da funcionalidade do idoso permite detetar perturbações ainda incipientes; evidenciar diferentes estados funcionais e eventualmente diferentes estados de saúde, mentais e sociais; caracterizar perfis de envelhecimento; fundamentar intervenções preventivas ou de reabilitação; monitorizar o acompanhamento dos indivíduos idosos (Botelho, 2005).

5. Institucionalização e Envelhecimento

Como referido anteriormente, o envelhecimento está associado a uma série de perdas. Perdas na funcionalidade, por influência mais ou menos direta de múltiplos fatores (físicos, mentais, cognitivos, sociais, económicos, ambientais), ou pelo efeito resultante das suas interações que podem assim conduzir à dependência, levando por vezes à necessidade de institucionalização. Esta situação poderá surgir pela impossibilidade da família atender às necessidades dos seus idosos, seja pela falta de condições sócio-económicas, que não permitam manter o seu ente no lar junto com a família, quer por exigências e incompatibilidades da sociedades atuais no que se refere à organização laboral e da família, quer pela falta de políticas públicas, que visem apoiar os idosos e seus familiares no cumprimento de seu papel (Pereira, 2012).

A institucionalização do idoso reporta-se à situação em que este se encontra durante todo o tempo ou parte do tempo do dia entregue aos cuidados prestados por uma determinada

instituição. São, portanto, considerados idosos institucionalizados residentes aqueles que vivem 24 horas por dia numa instituição (Pereira, 2012).

Segundo Azeredo (2011), os cuidados de longa duração consistem num conjunto de serviços médicos e sociais destinados a pessoas em situação de dependência, que necessitam de apoio para realizar as suas tarefas quotidianas básicas, porque sofrem de uma doença crónica, têm uma doença física ou mental ou são de idade muito avançada.

Harmand et al., (2014) realizou um estudo com objetivo de avaliar a evolução da função cognitiva relativamente ao internamento, comparando o grupo de idosos institucionalizados com o grupo de idosos inserido na comunidade relacionando a institucionalização com a cognição. Neste estudo, os investigadores verificaram que os idosos institucionalizados apresentavam maior declínio cognitivo relativamente aos idosos a viver na comunidade.

Neste âmbito, Júnior e Gomes (2015) afirmam que tanto a institucionalização quanto as perdas cognitivas favorecem a depressão do idoso.

Especificamente em relação à esquizofrenia, Vieira (2006) refere que se tem vindo a tornar evidente, que os doentes cronicamente institucionalizados apresentam uma deterioração cognitiva e mais sintomas negativos do que os que vivem na comunidade. Ao nível da esquizofrenia, Laks et al. (2000), afirmam que o longo tempo de institucionalização pode aumentar os défices cognitivos nesses pacientes devido ao ambiente pouco estimulante, ao excesso de medicação e a outros fatores associados à institucionalização.

De acordo com Carvalho e Dias (2011), quanto maior o tempo de institucionalização, maior a debilidade do idoso, uma vez que a institucionalização promove o isolamento social e a inatividade. Segundo estes autores, para que a integração do idoso seja positiva é necessário considerar as relações pessoais internas, ou seja, as que se estabelecem entre os idosos e os restantes utentes, bem como com o pessoal que tem a seu cargo os idosos. É igualmente importante, para a integração do idoso na instituição, fomentar as relações com o exterior, com a família e os amigos. É importante que o idoso saiba que se preocupam com ele e desenvolva relações que evitem o isolamento social e a solidão do idoso. Os idosos institucionalizados têm maior probabilidade de apresentar declínios ao nível do funcionamento cognitivo como consequência do sedentarismo vivido em muitas instituições; a falta de estímulos, cognitivos, físicos e sociais, nestes contextos acelera o processo de envelhecimento (Nordon, Guimarães, Kozonoe & Mancilha, 2009).

Assim, o ambiente deverá ser estimulante, de forma a proporcionar um conjunto de experiências que permitam à pessoa idosa manter-se ativa sob todos os pontos de vista, objetivando a que o processo de envelhecimento possa ser, de alguma forma, retardado, tendo em vista contribuir para uma melhor qualidade de vida (Almeida, 2008).

6. Estimulação Cognitiva no Envelhecimento

Baltes e Smith[3] (2003) Fonseca (2006), consideram que relativamente às capacidades cognitivas, as pessoas atualmente com 70 anos de idade são comparáveis às pessoas com 65 anos há trinta anos atras, havendo assim razão para se falar num incremento das reservas cognitivas ao nível do pensamento entre idosos. De acordo com estes autores, a razão para o aumento das reservas cognitivas estão relacionadas com um conjunto de natureza cultural como, melhor saúde, condições materiais favoráveis, instrumentos de literacia disponíveis, sistemas educacionais ao longo da vida, entre outras, que as pessoas adultas e idosas têm atualmente ao seu dispor para desenvolver as suas capacidades cognitivas. Este autor faz referência também a Denney (1982) que refere que apesar de o treino de capacidades não fazer desaparecer as diferenças de idade, as capacidades cognitivas que são devidamente estimuladas e exercitadas tendem a sofrer um declínio mais tardio e menos acentuado do que as capacidades não exercitadas.

A neuroplasticidade apresenta-se como um conceito com várias definições. Segundo Azaredo (2011), neuroplasticidade é uma capacidade de adaptação do sistema nervoso às mudanças nas condições do ambiente que ocorrem diariamente na vida dos indivíduos. Martín e Orihuela-Villameriel (2006), afirmam que a neuroplasticidade surge como "a resposta do cérebro para se adaptar a novas situações para restabelecer os equilíbrios alterados". Segundo os autores, trata-se de uma flexibilidade morfológica do sistema nervoso que possibilita fenómenos como a sinaptogénese e a formação de botões e dendrites, possibilitando assim, no caso de uma lesão, que os neurónios sobreviventes possam recuperar e adaptar-se.

[3] Baltes, P., Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From sucessful aging of the young old to the dilemas of the fourth age. *Gerontology*, 49,123-135.

O estudo BASE (Baltes & Smith, 2003)[4] (Fonseca 2006) permitiu confirmar que as pessoas idosas situadas na "terceira idade" apresentam uma elevada plasticidade, mostrando uma capacidade considerável para regular o impacto subjetivo da maioria das perdas que vão ocorrendo.

De acordo com Fontaine, (2000), com o avançar da idade ocorre uma diminuição da neuroplasticidade e deste modo torna-se necessária a realização de atividades que fomentem a plasticidade neuronal. Paúl (2006) refere que uma das formas de favorecer a neuroplasticidade é apresentar estímulos ambientais, devidamente estudados, que favoreçam as capacidades intelectuais, emocionais, relacionais e físicas, de forma integral. Todas as atividades do foro cognitivo e motor são essenciais para que se possa evitar a mortalidade neuronal (Azaredo, 2011).

O envelhecimento cerebral, apresenta um ritmo próprio de envelhecimento, nesse sentido, quanto mais o cérebro estiver sujeito a atividades intelectuais mais tempo ele demorará a perder as suas conexões e, consequentemente, apresentar uma perda sintomática, tendo em vista capacidade plástica (Nordon et al. 2009).

A intervenção na cognição consiste num processo de cooperação entre o indivíduo com défice cognitivo e os profissionais de saúde, familiares e membros da comunidade mais ampla, tendo por objetivo compensar ou atenuar os défices cognitivos resultantes do dano neurológico (Pais, 2008). Segundo esta autora, consiste num conjunto de estratégias e de técnicas cognitivas, que visam inicialmente a restauração clínica de funções e, depois, a compensação de funções, com o objetivo de minimizar os distúrbios de atenção, de linguagem, de processamento visual, memória, raciocínio e resolução de problemas, além dos de funções executivas.

Para que a eficácia das diferentes técnicas de intervenção na cognição seja maximizada é importante sejam realizadas de forma sequencial e continuada, com objetivos específicos delineados, daí a importância dos programas de intervenção na cognição para idosos.

Grieve e Gnanasekaram (2010), afirmam que a cognição compreende todos os processos mentais que permitem desenvolver atividades significativas na vida diária. No entanto, grande parte do dia é passada em atividades habituais ou rotineiras, que já de

[4] Baltes, P., Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From sucessful aging of the young old to the dilemas of the fourth age. *Gerontology*, 49,123-135.

procedem automaticamente, não necessitando de grande nível de atenção por exemplo, pois já estão integradas. Neste sentido, as atividades de programas de estimulação cognitiva, não sendo rotineiras, são mais exigentes, envolvendo outro tipo de funções cognitivas especificas.

Um programa de estimulação da cognição consiste num conjunto de estratégias e exercícios que visam potenciar determinadas áreas da cognição, podendo ser implementados individualmente ou em grupo.

Antes de se iniciar qualquer programa de reabilitação, torna-se necessário definir o perfil cognitivo de cada paciente, delineando os aspetos da cognição que estão preservados e os possíveis défices existentes (Pais, 2008). Além disso, é muito importante adequar o tratamento proposto ao nível intelectual e cultural do paciente (Camões, Pereira & Gonçalves)

Os programas de estimulação cognitiva envolvem estimulação cognitiva geral e abordagens de orientação para a realidade, englobando uma série de atividades e discussões em grupo que visam obter uma melhoria geral do funcionamento cognitivo e social dos indivíduos (Claire & Woods, 2004). Estes programas não se focalizam em funções específicas, mas visam estimular a cognição como um todo.

Os programas de estimulação cognitiva aplicados aos idosos incluem vários tipos de intervenção, sendo as mais utilizados e estudados a Terapia de Orientação na Realidade (TOR), a Terapia da Reminiscência (TR).

A TOR tem como princípio apresentar dados de realidade ao paciente de forma organizada e contínua, criando estímulos ambientais que facilitem a orientação (Bottino et al. 2002). É uma técnica que visa a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa através da apresentação e repetição de informação sobre orientação, como a data, o espaço, a localização, o clima, informação pessoal e de acontecimentos presentes e passados (Guerreiro, 2005). Este tipo de informação fornece à pessoa uma melhor compreensão do seu ambiente e pode resultar numa melhoria do sentido de controlo e autoestima (Guerreiro, 2005). Segundo (Bottino et al. 2002), estudos controlados demonstraram que pacientes submetidos a OR apresentavam melhora significativa na orientação verbal, na atenção e interesse no ambiente e no desempenho em escalas de interação social e funcionamento cognitivo, apesar de alguns autores terem sugerido que haveria melhoria apenas quanto aos itens de orientação diretamente treinados.

A TR é uma técnica de estimulação cognitiva que utiliza a recordação sistemática de memórias antigas com o intuito de ativar o passado da pessoa idosa. É uma técnica que promove a discussão de acontecimentos passados. Normalmente é utilizada em grupos, com

recurso a diferentes materiais como fotografias, musica, objetos, revivendo as memórias e relatando-as (Martín e Orihuela-Villameriel, 2006). Lopes, Afonso e Ribeiro (2014), apresentam uma revisão desenvolvida por Cotelli, Manenti, e Zanetti (2012) que incluiu sete estudos, que sugerem que a terapia de reminiscência melhora o humor e algumas habilidades cognitivas na população com demência. A reminiscência tem vindo a ser utilizada em pessoas idosas como técnica de intervenção para promover a autoaceitação e bem-estar. Os resultados sobre os seus benefícios apoiam a sua implementação na melhoria da saúde mental e tem suscitado a atenção de vários investigadores da área de gerontologia (Lopes, Afonso & Ribeiro, 2014).

Com base numa revisão sistemática da literatura acerca da eficácia da TOR , Spector e colaboradores (2006) desenvolveram um programa de Terapia de Estimulação Cognitiva (Cognitive Stimulation Therapy – CST) em grupo, para pessoas com demência, que demonstrou efeitos significativos na cognição e na qualidade de vida (Spector et al., 2003).

O programa foi desenvolvido com base nos conceitos teóricos de orientação na realidade e estimulação cognitiva e consiste em 14 sessões de 45 minutos, implementadas duas vezes por semana a grupos de aproximadamente cinco pessoas. Os principais temas das sessões incidiam em Jogos físicos; Infância; uso do dinheiro; Jogo com números; jogos de palavras; orientação na realidade com informação acerca do grupo e informação de orientação temporal e espacial (Spector et al., 2006).

Na literatura os resultados referentes à eficácia da estimulação cognitiva são díspares, e na maioria dos casos a metodologia de intervenção não é claramente definida.

No estudo realizado por Spector e colaboradores, em 2006, foi aplicado o referido programa a uma amostra de 115 participantes inseridos em lares ou centros de dia. Na avaliação realizada após as 14 sessões do programa, os autores encontraram pontuações significativamente mais altas no MMSE e na ADAS-Cog (Alzheimer Disease Assessment Scale, Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer- Parte Cognitiva), bem como uma avaliação mais positiva da qualidade de vida que no grupo de controlo.

Num outro estudo realizado por Spector (citado por Apóstolo, Cardoso, Marta e Amaral, 2011), um grupo de pessoas que participou no programa de estimulação cognitiva manifestaram melhorias na cognição e na depressão, quando comparadas com o grupo de controlo.

A aplicação de um programa de estimulação cognitiva tem como objetivo final promover bem-estar e melhorar a qualidade de vida. Outro estudo desenvolvido por Spector et

al (2003), no que diz respeito à cognição, o grupo experimental manteve-se estável, enquanto que o grupo de controle teve um agravamento significativo, nomeadamente na atenção e no desempenho global. Segundo o autor, estes resultados podem dever-se à evolução progressiva da doença, que pode levar à deterioração cognitiva ao longo tempo, no caso de ausência de intervenção. Este estudo manifestou a redução de sintomas depressivos em utentes que receberam a intervenção, sugerindo assim, que terapia de estimulação cognitiva apresenta benefícios para a cognição e qualidade de vida na demência (Spector et al., 2003).

Os resultados de Spector et al. (2003) foram ainda analisados no sentido de perceber em que áreas do funcionamento cognitivo se verificaram maiores efeitos do programa de estimulação cognitiva (Spector, Orrell & Woods, 2010). Através da análise das pontuações nos vários subtestes da ADAS-Cog, os autores concluíram que o programa parece ter um efeito particular na promoção da linguagem, melhorando a conversação e a comunicação, bem com um impacto positivo no bem-estar. Estes resultados devem-se provavelmente ao facto de ser solicitada frequentemente a opinião dos participantes acerca de assuntos diversos, provocando a criação de novas ligações semânticas através das temáticas abordadas nas sessões.

Um outro estudo realizado por Gonçalves (2012), após aplicação de um programa de estimulação cognitiva, a um grupo de 17 idosos, verifica um aumento significativo no desempenho cognitivo, sobretudo ao nível da memória, assim como uma diminuição da depressão.

Também um estudo realizado por Costa e Sequeira (2013) com idosos com défice cognitivo, constituído por 17 idosos no grupo experimental e 16 no grupo controlo, em que o grupo experimental foi sujeito a um programa de estimulação cognitiva, obteve-se uma melhoria a nível da orientação, da memória a curto prazo, da linguagem e da orientação visuo-espacial. No entanto, neste mesmo estudo, não foram percetíveis alterações a nível das atividades de vida diárias e instrumentais.

Um estudo de García, Dolores e González (2005) teve como objetivo analisar os efeitos de um programa de treino de memória em idosos. A amostra incluiu noventa e oito idosos, dos quais cinquenta e nove faziam parte do grupo experimental e trinta e nove do grupo de controlo. Os sujeitos selecionados pertenciam a lares de idosos e aos Serviços Psicológicos da Universidade de Granada. Após a aplicação de programas de treino da memória, os resultados indicam que o grupo experimental melhorou ou mantive o seu

rendimento cognitivo, enquanto os idosos que não participaram demonstraram um declive nas suas funções.

Martin, Clare, Altgassen, Cameron e Zehnder. (2011), numa revisão da literatura que incluiu apenas intervenções de treino mnésico em idosos saudáveis e com DCL, concluem que, embora se verifiquem melhorias no desempenho, ainda são poucas as evidências da eficácia deste tipo de intervenções tanto em idosos saudáveis como em idosos com DCL, o que não significa, contudo, intervenções mais longas e intensivas não possam ser eficazes.

Também ao nível dos défices cognitivos associados à esquizofrenia têm sido desenvolvidas várias estratégias terapêuticas não farmacológicas uma vez que o tratamento psicofarmacológico tem demonstrado eficácia limitada. Pressupõe-se que a melhoria das funções cognitivas como a atenção, a memória e a função executiva, permitirá ao indivíduo um funcionamento social mais adequado. A literatura sobre estimulação cognitiva em doentes com esquizofrenia evidencia efeitos benéficos ligeiros a moderados traduzidos na diminuição dos défices cognitivos. Contudo, apesar dos benefícios no desempenho cognitivo, os seus efeitos no funcionamento são menos claros (Serra et al. 2010).

7. Objetivo

Tendo em conta a importância da estimulação cognitiva na abordagem à pessoa idosa relatada nas pesquisas efetuadas, e a escassa investigação em Portugal sobre o impacto da estimulação cognitiva e sobre a prevenção do declínio cognitivo, torna-se pertinente realizar este estudo utilizando um programa de estimulação cognitiva recentemente adaptado para a população portuguesa, avaliando o seu efeito no desempenho cognitivo e o impacto no desempenho ocupacional e na sintomatologia depressiva.

Segundo Baixinho (2009), a institucionalização da pessoa idosa em serviços de apoio, condiciona a sua autonomia, pela diminuição da tomada de decisão, rotina das atividades e pouca possibilidade de participação nos cuidados que lhe são prestados. Estes fatores vão progressivamente favorecer a perda de capacidades funcionais motoras e cognitivas.

De acordo com Apóstolo, Cardoso, Marta e Amaral (2011), a estimulação cognitiva (EC) está associada a uma diminuição do risco de declínio cognitivo, diminuição da perturbação depressiva, a uma melhoria na autonomia dos idosos, aumentando a proteção contra o aparecimento de demência. No estudo desenvolvido por Spector et al. (2003), no que diz respeito à cognição, o grupo experimental manteve-se estável, enquanto que o grupo de controle teve um agravamento significativo, nomeadamente na atenção e no desempenho global. Segundo este autor, estes resultados podem dever-se à evolução progressiva da doença, que pode levar à deterioração cognitiva ao longo tempo, no caso de ausência de intervenção. Segundo um estudo apresentado por Spector (Apóstolo 2011), um grupo de pessoas que participou no programa de estimulação cognitiva manifestaram melhorias na cognição e na depressão, quando comparadas com o grupo de controle. Um outro estudo realizado por Gonçalves (2012), após aplicação de um programa de estimulação cognitiva, a um grupo de 17 idosos, verifica um aumento significativo no desempenho cognitivo, sobretudo ao nível da memória, assim como uma diminuição da depressão.

O principal objetivo deste estudo consistiu na implementação do programa de Terapia de Estimulação Cognitiva (CST), desenvolvido por Spector et al. (2006), tendo sido utilizada uma versão adaptada para a população idosa portuguesa, no sentido de avaliar a sua eficácia na população psicogeriátrica institucionalizada.

Embora este programa de estimulação cognitiva tenha sido desenvolvido para pessoas em estádios iniciais de demência, e existirem estudos em Portugal da sua aplicação em idosos com e sem deterioração cognitiva, em contexto comunitário e lar, espera-se que a população

psicogeriátrica institucionalizada numa unidade de longo internamento possam também beneficiar deste tipo de intervenções.

Deste modo, o presente estudo foi desenvolvido com o seguinte objetivo geral:

⇒ Avaliar o efeito da aplicação de um programa de estimulação cognitiva adaptado à população Portuguesa no desempenho cognitivo, e avaliar se esse efeito tem impacto no desempenho ocupacional e sintomatologia depressiva.

De acordo com as pesquisas efetuadas e à semelhança de estudos anteriores, com este estudo é esperado que:

⇒ Os participantes sujeitos à intervenção do programa de estimulação cognitiva apresentem melhorias ao nível da cognição geral, funcionalidade e melhoria ao nível da sintomatologia depressiva.

⇒ Os participantes sujeitos à intervenção do programa de estimulação cognitiva apresentem melhorias no desempenho por domínios cognitivos específicos, pelo MoCA, WMS-III e FAB.

8. Método

8.1. Participantes

Para a realização deste estudo foram recrutados participantes de duas unidades de longo internamento de psicogeriatria da Casa de Saúde da Idanha, de acordo com os critérios de inclusão: 65 ou mais anos de idade, com capacidade para utilizar o material fornecido e participar e realizar as atividades em contexto de grupo durante pelo menos 45 minutos.

A amostra foi constituída por 24 utentes, que se inscreveram após apresentação do estudo em reunião comunitária nas respetivas unidades e seleção em reunião de equipa multidisciplinar. Destes 24 participantes foram definidos aleatoriamente 12 utentes para o grupo experimental (GE) – sujeito a intervenção (2 grupos de 6 elementos) e 12 utentes para o grupo de controle (GC).

Os participantes, 23 do género feminino e 1 do género masculino, apresentavam uma média de idade de 74,33 anos e de tempo de internamento de 17,92 anos (ver quadro 1)

Quadro1. Média de Idade e de Tempo de internamento de grupo de intervenção e de controlo.

		N	Média	Desvio Padrão
Idade	**GE**	12	74,33	8,814
	GC	12	72,00	6,901
Tempo Internamento	**GE**	12	17,47	17,474
	GC	12	18,13	18,133

Fez-se uma comparação através do teste t de Student para avaliar se existiam diferenças entre os grupos (experimental vs. controlo) nas variáveis idade e tempo de internamento não se verificando diferenças significativas para idade para o tempo internamento ($p > 0,05$).

O grupo de participantes apresentou como diagnósticos mais frequentes: "Esquizofrenia residual", "Esquizofrenia Paranoide", "Retardo Mental Leve" e "Transtornos Depressivos Recorrentes" (Ver apêndice 4), sendo que o total dos participantes tomava medicação psiquiátrica. Nenhum elemento apresentava problemas visuais ou auditivos que interferissem com o seu desempenho. No que diz respeito aos problemas motores, 14 participantes não apresentavam problemas e 10 apresentavam algumas limitações motoras, no entanto, estas não impossibilitavam o desempenho das atividades físicas do programa de estimulação cognitiva utilizado. Neste âmbito foram efetuados testes Qui-quadrado para avaliar se existia associação entre grupos (experimental vs. controlo) na variável problemas motores, não se verificando diferenças significativas relacionadas com esta variável. Relativamente ao nível de escolaridade, dos 24 participantes, 18 tinham o 1º ciclo de escolaridade, 3 o 2º ciclo, 1 o 3º ciclo, 1 o ensino secundário e 1 participante o ensino superior.

De acordo com a dinâmica institucional da Casa de Saúde da Idanha, do total dos participantes, 19 apresenta uma rotina ocupacional ativa e 5 não, sendo que uma rotina ocupacional ativa representa que a pessoa está inserida em pelo menos uma atividades produtiva e/ou lazer como ateliers ocupacionais, atividades domésticas da unidade, ginásio, entre outras.

Através das comparações estatísticas efetuadas entre variáveis, conclui-se que apesar existirem diferenças entre os grupos (experimental vs. controlo e entre os grupos de intervenção I e II), estas não são não são estatisticamente diferentes em termos destas características.

Foram ainda exploradas as variáveis sociodemográficas de forma a analisar se existiam diferenças ou alguma relação entre estas e as variáveis neuropsicológicas na primeira avaliação. Assim, através do coeficiente de Pearson, não se verificou nenhuma associação significativa entre a idade e as variáveis neuropsicológicas na primeira avaliação ($p > 0,05$). Também para a variável Depressão não se verificou uma associação significativa com as variáveis neuropsicológicas. No entanto, detetou-se uma associação negativa entre o tempo de internamento e a pontuação total do MoCA ($r = 0,417$; $p = 0,043$), sendo que utentes internados há mais tempo apresentaram menor pontuação. No sentido de avaliar os efeitos do nível de escolaridade nas variáveis neuropsicológicas foi efetuada através do teste de diferenças, uma analise de variâncias ANOVA onde se verificou diferenças na escolaridade no subteste Informação Pessoal e Geral da EMW sendo $F(4,23) = 3,110$; $p = 0,040$ e também

no subteste Aprendizagem Associativa da EMW sendo $F(4,23) = 6,099$; $p = 0,002$, correspondendo pior desempenho a menor nível de escolaridade.

8.2. Instrumentos

Para a caracterização geral dos participantes foi aplicado um formulário. Este formulário teve como objetivo caracterizar os indivíduos quanto: diagnóstico, género, idade, tempo de institucionalização, rotina ocupacional, existência de problemas auditivos, visuais e motoras e, por fim a toma de psicofármacos. Este protocolo de avaliação incluiu também as provas neuropsicológicas que foram selecionadas de acordo com os objetivos do estudo.

8.2.1. Mini Mental State Examination (MMSE)

O Mini-Mental State Examination (Folstein et al, 1975) foi desenvolvido com o propósito de identificar indivíduos com deterioração cognitiva. É o instrumento de rastreio cognitivo breve mais utilizado em contexto clinico e de investigação, mais amplamente validado para diversas populaçãoes e mais referenciado na literatura (Freitas et al. 2013).

Este instrumento avalia o funcionamento cognitivo global, é um teste de fácil aplicação e requer cinco a dez minutos, não sendo o tempo de execução cronometrado. É constituído por trinta itens organizados em seis dimensões: orientação (10 itens), retenção (3 itens), atenção e cálculo (5 itens), evocação (3 itens), linguagem (8 itens) e habilidades construtivas (1 item). Cada item do teste é pontuado com 0 ou 1 valor e a pontuação total varia entre 0 e 30 valores, correspondendo este ultimo ao melhor desempenho (Morgado 2009).

Em Portugal foi publicado em 1994 o estudo de adaptação da tradução do MMSE por Guerreiro et al, no qual foram determinados valores de "corte" para deteção de défice cognitivo, que têm sido utilizados desde a sua publicação (15 pontos em pessoas analfabetas; 22 pontos em pessoas com 1 a 11 anos de literacia; 27 pontos para literacia superior a 11 anos (Morgado, 2009).

As normas neste instrumento têm sido constantemente aperfeiçoadas considerando variáveis como a idade, escolaridade e a definição de pontos de corte (Guerreiro et al., 1994;

Morgado, Rocha & Maruta, Guerreiro & Martins, 2009; Freitas, Simões, Alves & Santana, 2012). Existe evidência empírica de que os resultados no MMSE são progressivamente menos discriminativos uma vez que os seus itens são relativamente simples e fáceis, sobretudo para sujeitos cada vez mais escolarizados (Simões, 2012).

Neste estudo foi utilizada a versão adaptada para a população portuguesa por Guerreiro e cols. (1993), sendo os pontos de corte definidos de acordo com o grau de escolarização dos sujeitos.

8.2.2. Montreal Cognitive Asssessment (MoCA)

O Montreal Cognitive Assessment (Nasreddine et al. 2005) constitui um instrumento breve de rastreio cognitivo breve. A versão final deste instrumento representa um método rápido, prático e eficaz na distinção entre desempenhos de adultos com envelhecimento cognitivo normal e adultos com défice cognitivo, para além de se mostrar útil na avaliação de estádios intermédios de défice cognitivo. Este instrumento avalia 6 domínios cognitivos: as funções executivas são avaliadas através de uma tarefa adaptada do *Trail Making Test B* (1 ponto), de uma prova de fluência verbal fonémica (1 ponto) e de dois itens de semelhanças para a avaliação da capacidade de abstração (2 pontos). A cópia do cubo (1 ponto) e o desenho do relógio (3 pontos) permitem o exame das capacidades visuoespaciais. A memória a curto prazo é avaliada através da aprendizagem de uma lista de 5 palavras em dois ensaios não pontuáveis com subsequente evocação diferida aos 5 minutos (5 pontos). A atenção, concentração e memória de trabalho são examinadas através da repetição de uma sequência numérica no sentido direto (1 ponto) e em sentido inverso (1 ponto), de uma tarefa de cancelamento e ainda de uma tarefa de subtração em série (3 pontos). A nomeação de três animais pouco familiares (3 pontos), a repetição de duas frases sintaticamente complexas (2 pontos) e a prova de fluência verbal fonética (1 ponto) contribuem para a mensuração das aptidões de linguagem. Por fim, as quatro questões de orientação no tempo e as duas de orientação no espaço compõem o domínio da orientação espaço temporal (6 pontos).

O tempo de aplicação é de aproximadamente 10 a 15 minutos e a pontuação máxima é de 30 (pontos), sendo que maior pontuação corresponde a melhor desempenho. Um valor igual ou superior a 26 é considerado adequado dentro dos parâmetros definidos para a população portuguesa (Freitas, et al. 2013).

Comparativamente ao instrumento anteriormente apresentado (MMSE), o MoCA avalia mais funções cognitivas e apresenta itens com maior nível de complexidade. Deste modo, O MoCA configura-se como um instrumento mais sensível aos estádios de défice mais ligeiros e mais adequado ao rastreio cognitivo da população com escolaridade mais elevada. (Freitas, et al. 2013)

Neste estudo foi utilizado o instrumento MoCA, Versão Experimental Portuguesa: Mário Simões, Horácio Firmino, Manuela Vilar, Mónica Martins (FPCE-UC/HUC; 2007).

8.2.3. A Escala de Memória de Wesheler (WMS-III)

A Escala Clinica da Memória de Wechsler foi elaborada por David Wechsler em 1945, e revista em 1997, é um teste neuropsicológico sensível à avaliação de diversos aspetos relacionados com funcionamento da memória (Uttl et al, 2002).

Foi realizada pela necessidade de ter um instrumento simples e pratico para avaliar alterações da memória, especialmente memória imediata, memória verbal, memória visual e memória associativa (Báez et al, 1995).

A WMS-III permite fazer uma avaliação detalhada de aspetos relevantes relacionados com o funcionamento da memória, tendo sido concebida para proporcionar informação relevante nas avaliações clínicas gerais e nas avaliações neuropsicológicas, bem como no âmbito da reabilitação.

Esta escala é destinada a adultos com mais de 20 anos, é de aplicação individual e a sua administração demora aproximadamente 30/45 minutos. A pontuação total deste teste é de 96 pontos, que é a soma de todos os subtestes. É constituída por 7 subtestes: informação geral e pessoal, em que se colocam questões simples de carácter pessoal e geral (idade, onde nasceu, presidente da república, presidente da república anterior, primeiro ministro, e presidente da câmara); orientação imediata (ano, mês, dia, onde está, onde fica); controlo mental que é constituído por 3 itens sendo a primeira tarefa contar ao contrário de 20 para 1 com tempo limite de 30 segundos, dizer o alfabeto com um tempo máximo de 30 seg., e contar de 3 em 3 até 40, com limite de tempo de 45 seg.; memória lógica composta por dois textos que são lidos ao indivíduo e que este deverá memorizar; memória de números, constituído por duas provas, na primeira é necessário repetir os números pela mesma ordem, na segunda terá que repetir os números na ordem inversa; reprodução visual, onde o indivíduo terá que desenhar, com base na memorização, figuras geométricas simples que lhe foram

mostradas durante 10 seg. e por último, a aprendizagem associativa que é composta por uma tarefa com 10 palavras, pedindo-se ao indivíduo que associe essas palavras em 3 ensaios.

No presente estudo, utilizou-se uma versão adaptada da EMW – III, no qual se utilizou apenas os seguintes s subtestes: I- Informação Pessoal e Geral; IV- Memória Lógica; VII- Aprendizagem Associativa.

8.2.4. Bateria Avaliação Frontal (FAB) (Frontal Assessment Battery)

A FAB – Bateria de Avaliação Frontal (Dubois, Slachevsky, Litvan & Pillon, 2000), adaptada à população portuguesa é uma prova de avaliação comportamental e cognitiva, que permite avaliar os domínios cognitivos e comportamentais, relativamente ao lobo frontal, sendo esta, uma prova de rastreio cognitivo e de aplicação rápida. Permite obter uma pontuação global, determinada a partir da soma das pontuações nas seguintes provas: 1) semelhanças (avalia a conceptualização e a capacidade de abstração) um exemplo é "Em que é que são semelhantes uma banana e uma maça?", 2) fluência lexical (avalia a flexibilidade mental) em que é pedido ao indivíduo para evocar o maior número de palavras começadas pela letra "P", 3) séries motoras (avalia a programação motora) que consiste na imitação de vários gestos realizados pelo aplicador, 4) instruções conflituais (avaliam a sensibilidade a interferência) em que é pedido ao sujeito para bater palmas duas vezes quando o examinador bater uma só vez, 5) Go-No-Go (avalia o controlo inibitório) que neste caso pretende-se que o indivíduo bata palmas uma vez quando o examinador também bater palmas uma vez e não bater quando o examinador bater palmas duas vezes, e 6) comportamento de preensão (avalia a autonomia ambiental). Para cada uma destas provas é atribuída uma pontuação entre 0 (pior) e 3 (melhor), pelo que o resultado total varia entre 0 e 18 pontos. Uma pontuação inferior a 12 na FAB tem sido considerada como possível indicação de prejuízo frontal de grau moderado.

A FAB foi adaptada para a população portuguesa em 2008, por Lima e colaboradores.

8.2.5. Índice de Barthel

Segundo Araujo et al (2007), o Índice de Barthel é um dos instrumentos mais vulgarmente utilizado na investigação e na prática clínica, para avaliar a capacidade funcional para a realização de atividades de vida. Vários autores consideram este instrumento o mais adequado para avaliar a incapacidade para a realização das atividades básicas de vida diária

(ABVD) sendo atualmente dos mais utilizados para este objetivo sobretudo em contexto hospitalar, unidades de convalescença e centros de reabilitação (Araujo et al, 2007).

O Índice de Barthel avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez ABVD: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007). Pode ser preenchido através da observação direta, de registos clínicos ou ainda ser auto ministrado. Pretende avaliar se o doente é capaz de desempenhar determinadas tarefas independentemente. Segundo Sequeira (2010) cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência (Araújo et al. 2007). Numa escala de 10 itens o seu total pode variar de 0 a 100, sendo que um total de 90-100 é classificado como Independente; 60-90 Ligeiramente dependente; 40-55 Moderadamente dependente; 20-35 Severamente dependente; <20 Totalmente dependente.

8.2.6. A Escala de Depressão Geriátrica (versão 15 items)

Esta escala é a única criada especificamente para a população idosa e pretende fazer o despiste de sintomas depressivos específico. A Escala de Depressão em Geriatria com 15 itens (GDS-15) é uma versão curta da escala original (Sheikh & Yesavage, 1986; Apostolo et al 2014). Esses 15 itens, em conjunto, mostraram boa precisão diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas atenuando a fadiga do entrevistado. Trata-se de uma escala de hetero-avaliação com duas alternativas de resposta (Sim/Não). A resposta aos 15 itens desta escala referem-se ao modo como o idoso se tem sentido ultimamente, em especial na última semana. Atribui-se 1 ponto para a resposta sim e 0 pontos para a resposta não. Os itens 1, 5, 7, 11 e 13 têm cotação inversa (1 ponto para a resposta não e 0 pontos para a resposta sim). A cotação final corresponde ao somatório das respostas aos 15 itens. Se a soma das pontuações for 0 a 4 indica ausência de depressão, 5 a 8 depressão ligeira, 9 a 11 depressão moderada e de 12 a 15 depressão severa.

De acordo com Apostolo et al (2014) a escala de depressão geriátrica pode ser aplicável a pessoas com ou sem doença física, assim como em pessoas com défice cognitivo. Os itens presentes nesta escala não são os critérios de depressão major do DSM mas sim uma

lista de questões que os investigadores, com base na sua experiência clínica, acreditaram estar mais relacionados com a depressão geriátrica (Medeir1os, J. 2010).

8.3. Procedimento

Para a realização deste trabalho de investigação foi necessário executar vários passos que serão de seguida descritos.

Inicialmente foi apresentado o projeto do estudo à direção clínica e geral da Casa de Saúde da Idanha e pedida autorização para a realização do mesmo. Após esta autorização por escrito, foram apresentados os objetivos e procedimento do estudo à equipa técnica das unidades de psicogeriatria de longo internamento, onde se realizou o trabalho. De seguida, foi apresentado de forma geral o projeto do estudo, numa reunião mensal comunitária a todos os utentes, tendo sido dada a possibilidade de inscrição para participação de todos os interessados. Posteriormente, em reunião de equipa multidisciplinar foi elaborada uma lista de possíveis utentes participantes, de acordo com o interesse manifestado (inscrição em reunião comunitária) e tendo em conta os critérios de inclusão referidos anteriormente. Após explicação de todo o processo de avaliação e intervenção foi pedido o consentimento informado por escrito a todos os participantes, obtendo assim uma lista de 24 participantes. Destes, foram distribuídos aleatoriamente 12 participantes para o grupo de controle e 12 participantes para o grupo experimental (sujeitos a intervenção EC), sendo que este último na prática correspondeu a 2 grupos de 6 elementos cada, sujeitos a intervenção de estimulação cognitiva de forma a facilitar a realização das sessões e por estas serem realizadas em duas unidades de internamento fisicamente distintas.

Foram aplicados os instrumentos de avaliação cognitiva e funcional, acima descritos, ao total dos participantes (24). Aos participantes do grupo de controle não foi desenvolvida qualquer intervenção. Aos grupos experimentais foi aplicado o Programa de Estimulação Cognitiva "Fazer a diferença" (PEC-FD) versão portuguesa de Making a Difference: An Evidence-based Group Programme to Offer Cognitive Stimulation Therapy (CST) to People with Dementia (Spector et al., 2006).

De acordo com o proposto pelos autores, o programa teve a duração de sete semanas, entre Setembro e Novembro de 2015, com a realização de duas sessões por semana, num total de 14 sessões com os seguintes temas: 1º Jogos físicos; 2º Sons, 3º Infância; 4º Alimentação;

5º Questões actuais; 6º Retratos/Cenários; 7º Associação de palavras; 8º Ser criativo; 9º Classificação de objectos; 10º Orientação; 11º Usar o dinheiro; 12º Jogo com números; 13º Jogo com palavras; 14º Jogos de equipa, Quiz.

Cada sessão tinha uma duração aproximada de 60 minutos e o seu esquema tipo estava dividido em três fases: Introdução, Atividade Principal e Conclusão.

Na fase da introdução eram dadas as boas-vindas aos participantes, relembrados alguns aspetos relacionados com as sessões, como o nome do grupo, o hino que o grupo escolheu para ser recordado em todas as sessões e o tema da sessão anterior, e relembrados aspetos relacionados com a orientação temporal e espacial (dia, mês, ano, hora, estação do ano, nome e morada da instituição). Era ainda realizada uma dinâmica com uma bola, atirada a cada um dos participantes, em que cada um deveria partilhar alguma coisa sobre si (relacionado com o tema da sessão). Esta fase introdutória terminava com a discussão de alguma notícia da atualidade, levada para a sessão por um elemento do grupo ou pela terapeuta e com a apresentação de atividades a decorrer na Casa de Saúde da Idanha nessa semana.

A segunda fase da sessão consistia sempre na atividade principal, constituída por uma ou mais dinâmicas sobre o tema do dia. Os temas e atividades desenvolvidos nas sessões foram: (a) jogos físicos – realização de um jogo de Bowling em equipas que envolvia algum movimento e cálculo de pontuações; (b) sons – apresentação de vários sons para reconhecimento e associação com imagens; (c) infância – resposta a um questionário acerca de aspetos diversos relacionados com a própria infância e partilha das respostas em grupo; (d) alimentos – planificação de uma refeição através da identificação dos vários ingredientes e com base num orçamento prévio; (e) assuntos da atualidade – discussão de assuntos diversos da atualidade a partir de notícias ou de questões preparadas previamente; (f) rostos/locais – reconhecimento de rostos de figuras públicas e de locais conhecidos da cidade de Lisboa; (g) associação de palavras – completar provérbios e canções populares; (h) criatividade – realização de uma atividade que envolvia trabalhos manuais; (i) categorização de objetos – nomeação de objetos de uma determinada categoria ou categorização de objetos a partir de um conjunto de imagens; (j) orientação – identificação no mapa de Portugal da terra natal, distancias e indicação de percursos através de uma planta da instituição; (l) uso do dinheiro – correspondência entre objetos variados de uso comum e o seu respetivo preço; (m) jogos de números – realização de jogos com dominós e cartas que envolviam números e contagens; (n) jogos de palavras – realização de jogos que envolviam o uso de palavras, como o jogo da

forca ou palavras-cruzadas; e (o) jogos de equipa – repetição do jogo de Bowling realizado na primeira sessão que envolvia movimento, cálculo de pontuações e espirito competitivo.

A sessão terminava com a conclusão em que se resumia a sessão atual, agradecia a presença de todos e se introduzia o tema da sessão seguinte e se apresentava novamente o hino do grupo.

Após aplicação do PEC ao grupo experimental, foram aplicados novamente a todos os participantes (grupo de controle e grupo experimental) os instrumentos de avaliação aplicados inicialmente.

Após as avaliações foi realizada a cotação de todas as provas e colocados os resultados numa folha de Excel para posteriormente ser analisado estatisticamente os resultados obtidos.

9. Resultados

Os procedimentos estatísticos foram realizados através do programa *Statistical Package for Social Science* – IBM SPSS 20.0, tendo sido efetuada a base de dados numa folha de Excel (Microsoft Corporation).

Os resultados nas análises estatísticas consideram-se significativos se $p \leq 0,05$.

9.1. Comparação entre os dois momentos de avaliação em ambos os grupos para as variáveis neuropsicológicas globais

Com o objetivo de comparar os dois momentos de avaliação, em cada um dos grupos, foi realizada uma análise do efeito de interação entre variáveis através através de uma Análise de Variâncias de Medidas Repetidas Mista (ANOVA). Através de teste de comparações múltiplas verificaram-se diferenças positivas estatisticamente significativas entre o primeiro e o segundo momento de avaliação nos valores globais do MoCA ($F(1,21) = 30,126$; $P = 0,000$) e da FAB ($F(1,22)= 7,612$; $P=0,011$), constatando-se através das comparações múltiplas que a melhoria no grupo experimental é significativa em ambas as pontuações destes testes.

No entanto, relativamente aos resultados globais do Índice Barthel, MMSE E GDS15 não se identificaram diferenças entre os dois momentos de avaliação (ver Quadro 2).

Quadro 2. Comparação entre os dois momentos de avaliação em ambos os grupos

	Grupo Experimental				Grupo de Controle				
	Avaliação 1		Avaliação 2		Avaliação 1		Avaliação 2		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Índice Barthel – Global	83,333	22,394	81,250	27,971	87,500	16,025	86,250	18,106	0.031
MMSE - Global	23,083	5,089	24,167	3,904	25,417	3,369	24,250	4,158	2,268
MoCA - Global	17,167	4,407	21,583	5,282	17,083	4,252	16,417	3,679	30,126 ***
FAB – Global	10,750	3,744	13,250	3,768	10,583	2,314	9,750	1,959	7,612 *
GDS-15 – Global	7,250	2,701	7,167	2,329	6,500	2,236	5,833	1,850	0,382

Nota: * P<0,05; ** P<0,01; ***P<0,001

9.2. Comparação entre os dois momentos de avaliação em ambos os grupos por domínios específicos do MoCA

Com o objetivo de comparar os resultados do grupo experimental e grupo de controle, relativamente à função cognitiva geral, em cada um dos momentos de avaliação, foram analisados os resultados do score global obtidos no MMSE e no MoCA, assim como os resultados individuais dos subtestes do MoCA, no sentido de avaliar o efeito de interação entre variáveis. Para tal, foi efetuada uma análise de variâncias de medidas repetidas mista através do teste ANOVA para os resultados do MMSE e uma análise de covariâncias de medidas repetidas mistas com recurso ao teste ANCOVA, em que foi controlado o efeito do tempo de internamento, para os resultados do MoCA (ver quadro 3).

Quadro 3. Comparação entre os dois momentos de avaliação em ambos os grupos relativamente à função cognitiva geral.

	Grupo Experimental				Grupo de Controle				
	Avaliação 1		Avaliação 2		Avaliação 1		Avaliação 2		
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	F
MoCA_Visuo_espacial/Executiva	2,000	1,537	2,583	1,505	1,417	,996	1,333	1,302	2,120
MoCA_Nomeação	2,250	,965	2,667	,492	2,250	,866	2,167	,717	4,092
MoCA_Atenção	3,500	1,732	3,750	1,356	3,167	1,850	2,667	1,497	5,692 *
MoCA_Linguagem	1,000	,852	2,167	,7177	1,333	,887	1,417	,668	11,007 **
MoCA_Abstração	,917	,900	1,417	,668	1,167	,577	1,083	,793	4,647 *
MoCA_Memória/ Evocação Diferida	1,583	1,311	2,250	1,484	1,167	1,029	,917	,996	3,197
MoCA_Orientação	5,000	1,4771	5,833	,5774	5,833	,3892	5,917	,2887	3,646

Nota: * P<0,05; ** P<0,01; ***P<0,001

Pela análise dos resultados obtidos verifica-se um efeito de interação entre variáveis significativa nos no subteste da Atenção_ MoCA (F(1,21)= 5,692; P=0,026), no subteste Linguagem_MoCA (F(1,21)= 11,007; P=0.003) e no subteste Abstração_MoCA (F(1,21)=

4,647; P=0,043), verificando-se melhorias estatisticamente significativas no grupo sujeito a intervenção quando comparado com o grupo de controle.

Ao analisar o quadro apresentado, pode-se validar a existência de diferenças entre os dois momentos de avaliação quer ao nível do grupo experimental como de controle. No que diz respeito ao aos resultados globais do MMSE, não se identificaram diferenças significativas comparando os dois grupos. Também em relação aos subtestes do MoCA, Capacidade visuoespacial/executiva, Nomeação, Memória/Evocação diferida e Orientação, não se considera existir uma diferença significativa, apesar de se verificar uma tendência positiva no grupo experimental.

No entanto, pela análise dos resultados obtidos pode-se confirmar que estas diferenças entre os dois momentos de avaliação são mais evidentes no grupo experimental.

Em relação aos subtestes do MoCA, Capacidade visuoespacial/executiva, Nomeação, Memória/Evocação diferida e Orientação, não se considera existir uma diferença significativa, apesar de se verificar uma tendência positiva no grupo experimental ($p > 0,05$).

9.3. Comparação entre os dois momentos de avaliação em ambos os grupos por domínios específicos da FAB

No sentido de comparar os resultados do grupo experimental e grupo de controle, especificamente em relação à função do lobo frontal, foram estudados os resultados obtidos nos dois momentos de avaliação, do score global da FAB e especificamente dos seus subtestes. Assim, foi efetuada uma análise de variâncias de medidas repetidas mista através do teste ANOVA avaliar o efeito de interação entre variáveis (Quadro 4).

Quadro 4. Comparação entre os dois momentos de avaliação em ambos os grupos relativamente à função lobo frontal.

	Grupo Experimental				Grupo de Controle				F
	Avaliação 1		Avaliação 2		Avaliação 1		Avaliação 2		
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
FAB_Semelhanças	1,750	,753	2,500	,674	2,250	,621	2,417	,514	11,468 **
FAB_Fluência Lexical	1,000	1,128	2,417	,668	1,750	,965	1,667	,887	16,654 ***
FAB_Series Motoras	2,417	1,164	2,583	,996	2,833	,389	2,333	1,154	2,047
FAB_Sensibilidade à interferencia	,833	1,114	1,250	1,422	,250	,866	,250	,866	0,851
FAB_Controlo Inibitório	1,750	1,815	1,500	1,446	,500	1,167	,083	,288	0,089
FAB_ Autonomia Ambiental	3,000	0,000	3,000	0,000	3,000	0,000	3,000	0,000	-

Nota: * P<0,05; ** P<0,01; ***P<0,001

De acordo com os dados obtidos, constata-se um efeito de interação entre variáveis nos subtestes de Semelhanças (F(1,22)= 11,468;P=0,003) e Fluência Lexical (F(1,22)= 16,654;P=0,000). Desta forma, verificam-se melhorias significativas no grupo experimental quando comparado com o grupo de controlo no que diz respeito a estas provas.

Relativamente ao desempenho nas provas específicas: Séries Motoras, Sensibilidade à interferência, Controlo inibitório e Autonomia Ambiental não se verificaram alterações significativas nos dois momentos de avaliação em comparação com os dois grupos (p > 0,05).

9.4. Comparação entre os dois momentos de avaliação em ambos os grupos na capacidade mnésica

Para avaliar o efeito da interação na função memória, foram analisados os resultados obtidos nos subtestes da EMW aplicados, comparando o desempenho dos dois grupos nos

dois momentos de avaliação. Neste âmbito, foi efetuada uma análise de variâncias de medidas repetidas mista através do teste ANOVA, em que foi controlado o efeito da variável escolaridade (ver quadro 5).

Quadro 5. Comparação entre os dois momentos de avaliação em ambos os grupos relativamente à capacidade mnésica.

	Grupo Experimental				Grupo de Controle				
	Avaliação 1		Avaliação 2		Avaliação 1		Avaliação 2		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
EMW- Informação Pessoal e Geral	3,333	1,370	3,583	1,443	3,417	,996	3,500	1,000	0,015
EMW- Memória Lógica	3,833	2,774	5,792	3,107	3,333	2,424	2,792	2,016	9,487 **
EMA- Aprendizagem associativa	9,583	3,704	12,542	3,194	8,625	1,810	8,000	2,364	8,354 **

Nota: * P<0,05; ** P<0,01; ***P<0,001

Através da análise dos dados obtidos, no que diz respeito aos resultados da EMW referente ao teste da Informação Pessoal e Geral, não se identificaram diferenças significativas comparando os dois grupos na primeira e segunda avaliação. No entanto, verifica-se uma melhoria significativa do grupo experimental no desempenho na prova de memória lógica (F(1,21)= 9,487; P=0,006), assim como na prova de Aprendizagem Associativa (F(1,21)= 8,354; P=0,009), quando comparado com o grupo de controle, apresentando este uma diminuição de resultados nestas duas provas.

10. Discussão

Perante o aumento da longevidade da população, e consequentemente maior prevalência das doenças crónicas, do declínio das capacidades cognitivas e de dependência nas atividades da vida diária, a literatura defende que a aplicação de programas cognitivos ajuda os idosos a manter, desenvolver as suas competências cognitivas e sociais (Fontaine, 2000).

Este estudo propôs-se a avaliar a eficácia da aplicação do programa de Terapia de Estimulação Cognitiva (CST), adaptado para a população portuguesa, desenvolvido por Spector et al. colaboradores (2006), numa população psicogeriátrica. Neste sentido, na avaliação da eficácia do programa esperavam-se benefícios, para o grupo experimental, na cognição, na funcionalidade e na sintomatologia depressiva, nomeadamente nas pontuações globais do MMSE, MoCA, e por domínios do MoCA, WMS-III e FAB, assim como nas pontuações globais do índice de Barthel e GDS15.

Relativamente à função cognitiva geral, o estudo evidenciou melhorias estatisticamente significativas no grupo sujeito a intervenção quando comparado com o grupo de controle, através do score total do MoCA. No entanto, não se verificaram diferenças no valor total do MMSE, talvez por este teste ser menos sensível comparativamente ao instrumento anterior, o MoCA. Segundo Freitas et al. (2013), comparativamente ao MMSE, o MoCA avalia mais funções cognitivas e proporciona uma avaliação mais completa e mais exigente das funções cognitivas, potenciando a sensibilidade dos seus resultados. Especificamente ao nível dos domínios do MoCA, encontraram-se melhorias significativas no grupo experimental nos subtestes atenção, abstração e linguagem sendo esta última a função em que se verificaram mais melhorias comparando o desempenho nos dois momentos de avaliação. Neste sentido, também Spector et al. (2010), num estudo cujo objetivo era avaliar o efeito da terapia de estimulação cognitiva nas diferentes funções cognitivas em pessoas com demência, onde foi aplicado um programa de 14 sessões baseadas em conceitos teóricos de terapia de orientação para a realidade e estimulação cognitiva, concluiu que a linguagem foi a função cognitiva em que o grupo experimental evidenciou maior melhoria de desempenho apresentando diferenças significativas quando comparado com o grupo de controlo, concluindo que este programa parece ter um efeito particular na promoção da linguagem, dado que é muitas vezes solicitada a opinião dos participantes acerca de assuntos diversos e

que este facto pode provocar a criação de novas ligações semânticas através da categorização. Também um estudo realizado por Sousa (2011), em que foi aplicada a versão portuguesa do PEC- Fazer a Diferença, com o objetivo de avaliar o efeito do mesmo num grupo de idosos com e sem défice cognitivo, constatou efeitos positivos a nível cognitivo geral e na capacidade de linguagem, avaliados pelo MMSE no grupo com défice cognitivo.

Através do instrumento de avaliação da memória EMW, foi notório neste estudo um efeito positivo da aplicação do programa de estimulação cognitiva, no desempenho do grupo experimental, na prova de memória lógica e na prova de Aprendizagem Associativa quando comparado com o grupo de controle, apresentando este uma diminuição de resultados nestas duas provas. Estes resultados de melhoria de desempenho ao nível da memória vao ao encontro de vários estudos que avaliam a efetividade de PEC em pessoas idosas, como é o caso do estudo realizado por Gonçalves (2012), após aplicação de um programa de estimulação cognitiva, a um grupo de 17 idosos, verifica um aumento significativo no desempenho cognitivo, sobretudo ao nível da memória. Também Costa e Sequeira (2013) concluem que, com a aplicação do PEC a um grupo de 17 idosos, encontraram melhorias ao nível da memória e à maior utilização de estratégias da memória no dia a dia quando comparado com o grupo de controle.

De acordo com os dados obtidos, constatou-se um impacto da intervenção cognitiva na função do lobo frontal tendo-se verificado uma melhoria do grupo experimental no score total da Bateria de Avaliação Frontal e especificamente uma melhoria no desempenho nos subtestes de Semelhanças e Fluência Lexical, sendo esta ultima prova a que evidenciou mais melhoria comparando os dados da primeira e segunda avaliação. Estes resultados corroboram com outros estudos realizados. Tardif e Simard (2011), efetuaram um estudo de revisão sobre a eficácia de programas de estimulação cognitiva em pessoas idosas e referem que ao nível das funções executivas, 5 em 6 estudos demonstram melhorias significativas ao nível do raciocínio, fluência verbal, e resolução de problemas.

A literatura defende que a aplicação de programas de estimulação cognitiva em idosos ajuda a que estes mantenham e desenvolvam as suas competências cognitivas, sociais e por outro lado contribuem para a prevenção ou diminuição da depressão. Vários são os estudos que demonstram efetividade deste tipo de programas na diminuição da sintomatologia depressiva, tal como Sequeira (2012) nos apresenta numa revisão de várias investigações, um estudo experimental controlado, com 66 participantes, desenvolvido por Talassi et al. (2007), constituído por 12 sessões, em que os resultados obtidos foram para além da melhoria

cognitiva, diminuição da ansiedade e depressão. Um outro estudo realizado por Gonçalves (2012), após aplicação de um programa de estimulação cognitiva, a um grupo de 17 idosos, verifica um aumento significativo no desempenho cognitivo, assim como uma diminuição da depressão. No entanto, os resultados do presente estudo não evidenciam o efeito do PEC- Fazer a Diferença na sintomatologia depressiva, verificando-se uma manutenção/diminuição não significativa da média dos resultados obtidos na GDS15 nos dois momentos de avaliação, quer no grupo experimental como de controlo. Através da pesquisa bibliográfica verifica-se que os estudos apresentam alguma incongruência sobre o efeito da estimulação cognitiva na sintomatologia depressiva. Na investigação levada a cabo por Spector et al. (2003), os resultados obtidos não sugerem que a EC tenha efeito na sintomatologia depressiva dos idosos. Também o estudo desenvolvido por Apóstolo et al. (2011), com 23 participantes, em que foi utilizado o PEC- Fazer a Diferença, não evidenciou efeito na sintomatologia depressiva, com a avaliação pela GDS15. No entanto, tal como já foi referido anteriormente, vários estudos sugerem que a estimulação cognitiva em idosos tem um impacto positivo na sintomatologia depressiva. A ausência de melhorias da sintomatologia depressiva como efeito do PEC, no presente estudo, pode estar relacionada com o facto de este ter sido realizado numa unidade de psicogeriatria de longo internamento e a média de tempo de internamento dos participantes ser elevada, 17,47 anos o grupo experimental e 18,13 anos o grupo de controle. De acordo com Leal et al. (2014), a institucionalização do idoso pode contribuir para uma condição potencializadora da depressão. Assim, encontramos na literatura científica nacional e internacional, uma prevalência elevada de depressão em idosos institucionalizados. Leal, Apóstolo, Mendes e Marques. (2014), afirmam que a institucionalização é um outro fator que pode vir a desencadear estados depressivos. Para além das perdas inerentes ao envelhecimento, nomeadamente a perda de familiares e a perda de autonomia tornando a pessoa dependente de terceiros, ao entrar na instituição o idoso deixa a sua casa, deixa de ter os seus horários, deixa de tomar conta de si. O indivíduo deixa de poder controlar o que se passa à sua volta e a perceção de tal facto aumenta a sua vulnerabilidade e pode predispor à depressão.

Um dos objetivos deste estudo era avaliar o impacto da aplicação do PEC- Fazer a diferença no desempenho das atividades de vida diária. Neste âmbito, os resultados obtidos neste estudo não evidenciou diferenças significativas, nos resultados obtidos no índice de Barthel, nos dois momentos de avaliação em ambos os grupos. Apesar de não terem sido encontrados muitos estudos que avaliassem o impacto dos programas de estimulação

cognitiva no desempenho das atividades básicas de vida diária, um estudo efetuado por Souza et al. (2009) sugere que a EC contribui para a manutenção das questões voltadas para o autocuidado e independência. Outro estudo realizado por Costa e Sequeira (2013) onde foi avaliada a efetividade de um PEC em idosos com défice cognitivo ligeiro, não permitiu retirar conclusões a este nível tendo em conta a reduzida amostra. Numa revisão bibliográfica sobre a efetividade de programas de estimulação cognitiva, apresentada por Sousa e Sequeira (2012), são referidos dois estudos, de Kurz et al. (2009) e Simon e Ribeiro (2011) cujos resultados major foram a melhoria das AVD´s. De acordo com Botelho (2001) citado por Duarte Silva, 2005, a deterioração cognitiva e física, interferem na capacidade funcional associada à autonomia. Assim, neste sentido, tendo em conta a melhoria significativa observada no grupo experimental ao nível da cognição, seria de esperar uma melhoria no desempenho das atividades de vida diária. No entanto, é real que, tal como foi referido anteriormente, a institucionalização limita a autonomia do individuo, pelos seus hábitos e rotinas muito estruturadas e rígidas e ainda pela limitação de recursos, sendo a maioria dos aspetos avaliados pelo índice de Barthel assegurada por terceiros. Estes fatores podem ter contribuído para os resultados obtidos ao nível da funcionalidade.

Foi evidente que a implementação do programa de EC - Fazer a Diferença levou a um aumento da interação social e gerou um sentido de pertença no grupo. Através do preenchimento das grelhas de observação das sessões, considera-se que de uma forma geral todos os participantes se sentiram interessados e satisfeitos com as atividades realizadas, verificou-se também um aumento da comunicação e participação ao longo das sessões. Todos estes fatores, de acordo com a literatura consultada, são considerados favoráveis para a melhoria e/ou manutenção das funções cognitivas gerais.

Os resultados gerais obtidos com a aplicação dos testes neuropsicológicos definidos mostraram que o grupo sujeito ao programa de estimulação cognitiva apresentou melhorias significativas ao nível da cognição. Tendo em conta o objetivo do estudo, os resultados sugerem que a EC tem eficácia no desempenho cognitivo da população psicogeriátrica institucionalizada. Estes dados vão ao encontro de vários estudos nomeadamente aos de Spector et al. (2003), em que a aplicação do mesmo programa evidenciou melhorias significativas ao nível da cognição, assim como o estudo de Apostolo et al. (2011) que verificou que que os idosos submetidos ao PEC "Fazer a Diferença", adaptado à população portuguesa, apresentam uma melhoria do seu estado cognitivo, com 85,72% a evoluir positivamente, comparativamente ao grupo de controlo em que esta evolução ocorreu somente

em 22,22%. Outro estudo estudo realizado por Apóstolo et al (2013), conclui que, através da aplicação do mesmo PEC, verificou um efeito positivo no estado cognitivo dos idosos participantes, em que 48,5% evoluíram positivamente no MoCA e 42% mantiveram a condição no MMSE. Apesar deste ultimo estudo não ter apresentado significância estatística, os autores consideram o efeito clinicamente relevante, afirmando que pequenas melhorias ou mesmo estabilização das funções cognitivas podem ser considerados ganhos de saúde significativos. Outras investigações, com diferentes programas de EC em idosos têm também evidenciado eficácia como a de Gonçalves (2012), em que após a aplicação de um PEC num grupo de 17 idosos institucionalizados se obteve um aumento significativo no desempenho cognitivo.

10.1. Limitações do estudo e investigação futura

Ainda que os objetivos do estudo tenham sido alcançados, encontraram-se limitações e algumas reservas no estudo. Uma das principais limitações deste estudo prende-se com a amostra. Perante a sua dimensão reduzida quer em termos globais quer no número de participantes por grupo, é importante uma cuidadosa interpretação dos resultados, dificultando a sua generalização.

Uma das limitações sentidas durante a aplicação do estudo foi no âmbito da aplicação do MMSE, que de forma a respeitar e cumprir o funcionamento e dinâmica da instituição, este instrumento foi aplicado pelo serviço de Psicologia da instituição, tendo havido um contratempo durante o período da investigação que levou a que o psicólogo que aplicou o MMSE aos participantes no primeiro e segundo momento de avaliação não fosse a mesma pessoa, podendo ter havido alguma diferença na perspetiva de avaliação e consequentemente dos resultados obtidos por este instrumento.

Uma vez que este estudo pretendeu verificar a eficácia de um programa de estimulação cognitiva numa população psicogeriátrica, e tendo em conta que a maioria dos estudos observados pela pesquisa bibliográfica envolvem, na sua amostra, essencialmente idosos com défice cognitivo ligeiro ou com diagnóstico de demência, teria sido interessante a análise dos resultados ou até mesmo a formação dos grupos com base no diagnóstico clínico.

Apesar do estudo ter sido aplicado a uma população institucionalizada de longo internamento, e por esse motivo, no projeto do estudo ter sido definido apenas a aplicação do

índice de Barthel para avaliação da funcionalidade, considera-se que teria sido importante a avaliação do impacto deste tipo de intervenção nas atividades de vida diária instrumentais pois apesar de serem atividades mais complexas, são atividades muito significativas para cada pessoa e indicadoras de sentido de qualidade de vida.

Neste sentido, tendo de acordo com a literatura, a implementação de programas de estimulação cognitiva em idosos benefícios ao nível da qualidade de vida teria sido relevante a avaliação desta variável, possibilitando a comparação com outros estudos portugueses com a utilização da versão portuguesa do PEC-Fazer a Diferença.

Tendo em conta os resultados obtidos, ainda que com algumas limitações, considera-se pertinente a sua aplicação a um número mais alargado de participantes no sentido de verificar a tendência dos resultados e obter conclusões mais consistentes. Recomendamos que se continue avaliar o efeito dos programas de estimulação cognitiva no desempenho cognitivo geral da pessoa idosa e avaliar o impacto dos mesmos em cada função cognitiva especifica, através de instrumentos de avaliação neuropsicológica mais precisos e específicos. Tendo em conta o aumento da diversidade e especificidade de patologias comuns no envelhecimento, resultante do aumento da esperança média de vida e do desenvolvimento da melhoria de cuidados, seria importante também a avaliação do efeito deste tipo de programas de estimulação de acordo com os diagnósticos clínicos mais comuns no sentido de melhor orientar a intervenção quer ao nível de tratamento quer ao nível da prevenção.

11. Conclusões

As doenças mentais e neuropsiquiátricas ligadas ao envelhecimento constituem um grupo heterogéneo. A população psicogeriátrica institucionalizada em unidades de longo internamento apresentam défices cognitivos e físicos que afetam o desempenho ocupacional diário, contribuindo para a presença de sintomatologia depressiva.

Perante este quadro, consideram-se de extrema importância a implementação de programas de estimulação cognitiva adequados à população psicogeriatrica, de acordo com as suas capacidades, cultura e interesses.

No que diz respeito ao objetivo deste estudo, avaliar o efeito da aplicação de um programa de estimulação cognitiva adaptado à população Portuguesa no desempenho cognitivo, e avaliar se esse efeito tem impacto no desempenho ocupacional e sintomatologia depressiva, considera-se que foi atingido.

As conclusões principais deste estudo vão ao encontro das obtidas em diferentes estudos nacionais e internacionais, sugerindo que o PEC-FD tem efeito na melhoria do estado cognitivo dos idosos, neste caso especificamente numa população psicogeriátrica institucionalizada. Apesar de não se ter verificado o efeito do PEC-FD na sintomatologia depressiva tal como evidenciado noutros estudos, foi evidente pela observação direta, durante as sessões e no dia-a-dia, um impacto deste programa na interação social, motivação e bem-estar dos elementos do grupo sujeito a intervenção.

Tendo em conta a progressão do declínio das funções cognitivas e físicas existente na população psicogeriátrica, considera-se que pequenas melhorias ou até mesmo estabilização das funções cognitivas e da funcionalidade podem ser consideradas melhorias.

Após a aplicação do PEC-FD, adaptação portuguesa, podemos concluir que este é um programa simples, de fácil aplicação e adequado à população psicogeriátrica portuguesa, obtendo bons níveis de satisfação por parte dos participantes quer ao nível das temáticas abordadas, quer ao nível da dinâmica sugerida. Sugere-se um maior número de sessões e a inclusão da temática da música que é tão valorizada pela população idosa.

12. Bibliografia

Almeida, A., Rodrigues, V. (2008). A qualidade da pessoa idosa institucionalizada em lares. *Revista Latino americana Enfermagem*, 16(6).

Apóstolo, J., Cardoso, J., Marta, L., & Amaral, T. (2011). Efeito da Estimulação Cognitiva em Idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, III(5), pp. 193-201.

Apostolo, J., Loureiro, L., Reis, I., Silva, I., Cardoso, D., Sfetcu, R. (2014). Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale -15 para a língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência,* IV (3), pp. 66-73.

Apóstolo, J., Martins, A., Graça, M., Martins, M., Rodrigues S., Cardoso D. (2013). O Efeito da Estimulação Cognitiva no Estado Cognivo de Idosos em Contexto Comunitário. *Atas de Gerontologia,* I (1), pp. 1-12.

Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C.(2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), pp. 59-66.

Azaredo, Z. (2011). O Idoso como um Todo. Viseu: Psicosoma.

Baixinho, R., C. (2009). Promoção da Autonomia nas Instituições de Idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 3(1), pp. 64-75.

Barreto, J. (2005). Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual. *Revista Faculdade Letras: Sociologia* I (15), 289-302.

Botelho, A. (2001). Avaliação da autonomia funcional em idosos. In A. M. Pinto (Coord.). Envelhecer vivendo. Coimbra: Quarteto

Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl, & A. Fonseca (Eds.), Envelhecer em Portugal (pp. 111-136). Lisboa: Climepsi Editores.

Bottino, C., Carvalho, I., Alvarez A. M., Ávila, R., Zukauskas, P. R., Bustamante, S., Andrade, F. C., Hototian, S. R., Saffi F., & Camargo, C. (2002). Reabilitação cognitiva em pacientes com doenças de Alzheimer. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 60, pp.70-79.

Caldas, A.,& Mendoça, A. (2005). Doença de Alzheimer e outras doenças em Portugal-Lisboa.

Camões, C., Pereira, F., & Gonçalves, A. Reabilitação na doença de alzheimer, Acedido em 21.09.2015, em http://www.psicologia.pt/artigos/

Carvalho, M.,& Dias, M., (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados . Millenium, 40, pp. 161-184.

Castro, A. (2011). Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados, Impacto no desempenho cognitivo e na sintomatologia depressiva. Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Doutora Sara Monteiro. Acedida em 20 de Maio de 2016 em http://ria.ua.pt/bitstream/10773/7007/1/5218.pdf

Clare, L. & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14 (4), 385-401.

Costa, A., & Sequeira C. (2013). Efetividade de um programa de estimulação cognitiva em idosos com défice cognitivo ligeiro. Revista Portuguesa de Enfermagem em Saúde Mental, 9 pp. 15-20.

Cotelli, M., Manenti, R., Zanetti, O., (2012). Reminiscence therapy in dementia: a review. Maturitas, 72(3) PP. 203-205.

David. M (2014). Plasticidade cognitiva e envelhecimento bem- sucedido: Otimização e compensação funcional através das atividades de vida diária instrumentais. Tese apresentada ao departamento de Psicologia da Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora para obtenção do grau de Mestre, orientada por Prof. Doutor Nuno Colaço, Évora. Acedida em 24 de Junho de 2016 em http://www.rdpc.uevora.pt

Drag, L. L. & Bieliauskas, L A. (2010). Contemporary Review 2009: Cognitive Aging. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 23(2), 75-93.

Drago, S. & Martins, R. (2012). A Depressão no Idoso. *Millenium*, 43, pp. 79-94.

Esgalhado, G., Reis, M., Pereira, H., Afonso, M. (2013). Bem-Estar Psicológico e Suporte Social numa Amostra de Idosos Portugueses Institucionalizados. International Journal of Developmental and Educational Psychology, Revista de Psicología, Nº2-Vol.1, 2014. pp:401-410.

Eizaguirre, M. (2011). Una crítica a la teoría del déficit cognitivo de la esquizofrenia. Rev. da Asssociação Espanhola de Neuropquiatria; 32 (115), 521-545.

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

Fernández-Prado, S. Conlon, S., Mayán-Santos, J. M. & Gandoy-Crego, M. (2011). The influence of a cognitive stimulation program on the quality of life perception among the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1),181-184.

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

Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, R. (1975). Mini-Mental state a practical method for grinding the cognitive stare of patients for psychiatric research, 12, 189–198.

Fonseca, A. (2006). O Envelhecimento. Uma abordagem psicológica (2ª edição.). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Fonseca, L., Machado, A., & Duarte, J. (2011). Caracterização dos antecedentes psiquiátricos nos doentes com demência - Relação da depressão com a demência. *Revista de Saúde Mental*, 13(1).

Fontaine, R. (2000). Pscologia de envelhecimento.Lisboa: Climepsi Editores.

Freitas, S., Martins, M., Vilares, C., & Santana. (2010). estudos de Adaptação do Montreal cognitive Asessent (MOCA) para a população portuguesa, 9(3), 345–357.

Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L. & Santana, I. (2011). Montereal Cognitive Assessment.

(MOCA): Normative study for the Portuguese population. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(9), 989-996.

Freitas, S., Alves, L., Simão, M. & Santanta, I. (2013). Importância do rastreio cognitivo na população idosa. Revista Electeronica de Psicologia, Educação e Saúde, 1 pp.4-24.

García, C., Dolores M.; Navarro-González, E. (2005) Eficacia de un programa de entrenamiento en memoria en el mantenimiento de ancianos con y sin deterioro cognitivo Clínica y Salud. *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, Madrid, España vol. 17, núm. 2, pp. 187-202.

Giro, A., Paúl, C. (2013). Envelhecimento Sensorial, Declínio Cognitivo e Qualidade de Vida no Idoso com Demência. *Atas de Gerontologia*, Vol1, n1, 1-10.

Golçalves, C. (2012). Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos Institucionalizados. Acedido em 21.09.2015, em http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0623.pdf

Gonzaga, L., Pais, J., & Nunes, B. (2008) – Demências e Memória. In Memória, Funcionamente, Perturbações e Treino, Lisboa: Lidel.

Grieve, J., & Gnanasekaram, L. (2010). (Neuropsicologia para Terapeutas Ocupacionais, Cognição no Desempenho Ocupacional. São Paulo: Santos Editora.

Guerreiro, M. (2005). Terapêutica não farmacológica da demência. In A. Castro-Caldas e A. De Mendonça (Eds.), A Doença de Alzheimer e outras demências em Portugal (pp.121-148). Lisboa: Lidel.

Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, A., Castro-Caldas, A. & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do "Mini-Mental State Examination" (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9.

Harmand, M., Meillon, C., Rullier, L., Funes, J., Bergua, V., Dartigues,J. & Amiriem, H. (2014). Cognitive Declíne After Entering a Nursing Home:22- year Follow-Up Sttudy Of Institutionalized and Noninstitutionalized Elderly People.

INE (2015). Envelhecimento da População residente em Portugal e na União Europeia. Destaque Informação à Comunicação Social. Acedida a 15 de Janeiro 2015 em www.ine.pt

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Acedido a 20 de Maio de 2016 em http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010.

Júnior, J., & Gomes, G. (2015). Sintomatologia depressiva e comprometimento cognitivo de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Psicologia Hospitalar,* vol.18 no.1.

Kielhofner, G. (2008). The Model of Human Occupation. Lippincott Williams & Wilkins, 4ª Edição.

Knapp, M., Thorgrimsen, L., Patel, A., Spector, A., Hallam, A., Woods, B., & Orrell, M. (2006). Cognitive stimulation therapy for people with dementia: cost-effectiveness analysis. *British Journal of Psychiatry*, 188, 574-580.

Laks A., Vegab, U., Silbermanb, C., Rozenthalb, M., Nigrib, F., Freitasb, R., Machadob M., & Engelhardtc, E. (2000). Rastreamento cognitivo em idosos esquizofrênicos institucionalizados. *Revista Brasileira Psiquiatria* 2000;22(4):159-63.

Leal, M., Apóstolo, J., Mendes, A., Marques, A. (2014). Prevalência de sintomatologia depressiva e fatores associados entre idosos institucionalizados. Acta Paulista de Enfermermagem. 27(3), pp208-214. Acedida em 3 de Maio de 2016 em http://www.scielo.br/scielo.

Lopes, T., Afonso, R., & Ribeiro, O. (2014). Impacto de intervenções de reminiscência em idosos com demência: revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(3), 597-611.

Marques, L., Firmino, H., Ferreira L.(2006) – Diagnóstico diferencial dos síndromes demenciais. In Psicogeriatria. Coimbra: Psiquiatria Clinica, p. 357-375.

Martin, M., Clare, L., Altgassen, A. M., Cameron, M. H. & Zehnder, F. (2011).cognition-Based interventions for healthy older people and people with mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1.

Medeiros, J. (2010). Depressão no Idoso. Dissertação apresentada na área de Psiquiatria e Saúde Mental na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto para obtenção do grau de mestre, orientado por Rui Coelho, Porto.

Morgado, T., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M. & Martins, I. P. (2009). Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination. Sinapse. 2 (9), 10-15.

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild

cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 695–699.

Neto, M., Corte-Real, J. A Pessoa idosa institucionalizada: Depressão e suporte social. Acedido a 20 de Junho de 2016 em http://www.spgg.com.pt/UserFiles/file/A%20pessoa%20idosa%20institucionalizada.pdf

Nordon, D. G., Guimarães, R. R., Kozonoe, D. Y., Mancilha, V. S. & Neto, V. S. D. (2009). Perda cognitiva em idosos. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 11(3),5-8.

Nunes, B. (2008). Memória, Funcionamente, Perturbações e Treino. Lisboa: Lidel.

Oliveira, C., et al. (2015) Aging, Memory and Cognitive Stimulus. *Journal of Aging & Inovation*, 4 (2): 21 – 31.

Pais, J.(2008) – As Dificuldades de Memória no Idoso. In Memória, Funcionamente, Perturbações e Treino, Lisboa: Lidel.

Parente, S., Zimmermann, N., Fonseca, R.,(2009). Evidências do papel da escolaridade na organização cerebral. *Revista Neuropsicologia Latinoamericana*,1(1), 72-80.

Paúl, C.(2006) - Psicossomática do Envelhecimento. In **Psicogeriatria**. Coimbra: Psiquiatria Clinica, p. 357-375.

Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). Manual de Gerontologia. Lisboa: Lidel.

Pedretti, L. W., Early, M. B. (2004). Terapia Ocupacional: Capacidades práticas para disfunções físicas. São Paulo: Roca.

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

Pereira, G., & Sampaio, D. (2011). Trabalho com Famílias em Psiquiatria Geriátrica. Acta Med Port.; 24(S4): 819-826

Raes, F., Williams, J., & Hermans, D., (2007). Reducing cognitive vulnerability to depression: A preliminary investigation of Memory Specificity Training (MEST) in inpatients with depressive symptomatology. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40, 24-38.

Rapp, M., Schnaider-Beeri, M., Wysocki,M.& Guerrero-Berroa, E. (2011). Cognitive Decline in Patients With Dementia as a Function of Depression. *American Journal Geriatr Psychiatry*. 19(4), 357–363.

Relvas, J.(2006) - Psicofarmacologia das pessoas idosas. **Psicogeriatria**. Coimbra: Psiquiatria Clinica, p. 125-132.

Rocha, N., Queirós C., Aguiar, S., Marques A. (2008). Implicações da Neurocognição e da Auto-eficácia na Predição do Funcionamento Psicossocial de Pessoas com Esquizofrenia. *Análise Psicológica*, 4 (XXVI): 587-600.

Salgueiro, H.G. (2007). Determinantes psico-sociais da depressão no idoso. *Revista Nursing*, 222.

Santana, I., Duri, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M., Freita, S. (2016). Mini-Mental State Examination: Avaliação dos Novos Dados Normativos no Rastreio e Diagnóstico do Défice Cognitivo. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 29(4):240-248.

Santanta, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V., Carvalho, A., (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. Acta Medica Portuguesa, 28(2):182-188.

Santos, F., R., J.(2006). A Fluência Verbal na Doença de Parkinson. Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa para obtenção do grau de licenciatura, orientada por Inês Gomes, Porto.

Santos, I. (2010). estimulação cognitiva em idosos analfabetos com transtorno cognitivo leve. Universidade Católica.

Santos, P. & Paúl, C.(2006) – Desafios na saúde mental dos mais velhos: o outro lado da terapia. In Psicogeriatria. Coimbra: Psiquiatria Clinica, Pp. 155-178.

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

Sequeira, C. (2007). Cuidar de idosos dependentes. Coimbra: Quarteto Editora.

Sequeira, C. & Sousa, L.(2012). Conceçaão de um programa de intervenção de memória para idosos com défice cognitivo ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 8 pp.7-13.

Serra, A.(2006) - Que Significa envelhecer. In Psicogeriatria. Coimbra: Psiquiatria Clinica. p. 21-33.

Serra, A., Palha, A., Figueira, L., Bessa, P., Brissos, S., Casquinha, P., Damas, F., Ferreira, L., Gago, J., Jara, J., Relvas, J., & Teixeira, M. (2010). Cognição, Cognição Social e Funcionalidade na Esquizofrenia. *Ata Médica Portuguesa* (23): 1043-1058.

Silva, R. (2006). Esquizofrenia: Uma Revisão. Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Paulo. 17(4), 263-285.

Simões, M. (2012). Instrumentos de Avaliação Psicológica de Pessoas Idosas: investigação e estudos de validação em Portugal. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 34 (1), 9-33.

Smith, G. E., Housen, P., Yaffe, K., Ruff, R., Kennison, R. F., Mahncke, H. W. & Zelinski, E. M. (2009). A cognitive training program based on principles of brain plasticity: results from the improvement in memory with plasticity-based adaptive cognitive training (IMPACT) study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57 (4), 594- 603 disease. Clinics, 66(8), 1395–1400.

Sousa, A. (2008). Depressão e actividades de vida diária no idoso. Tese de Mestrado.Universidade de Aveiro.

Sousa, I. (2011). Implementação de um Programa de Estimulação Cognitiva a uma amostra de idosos institucionalizados. Tese apresentada ao departamento de psicologia Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias para obtenção do Grau de Mestre, orientada pelo Professor Doutor Jorge Oliveira.

Souza, J., & Chaves, E. (2005). O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. *Revista da Escola de S. Paulo*. 39(1), 13-9.

Spar, J. & Rue, A. (2002). Psiquiatria Geriátrica, Guia prático de Medicina. Lisboa: Climepsi Editores.

Spector, A., Orrell, M. & Woods, B. (2010). Cognitive Stimulation Therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 1253-1258.

Spector, A., Orrell, M., Davies, S. & Woods, B. (2001). Can reality orientation be rehabilitated? Development and piloting of an evidence-based programme of cognition-based therapies for people with dementia. Neuropsychological Rehabilitation, 11(3/4), 377-397.

Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B. & Orrell, M. (2006). Making a difference. An evidence-based group programme to offer cognitive stimulation therapy (CST) to people with dementia - The manual for group leaders. London: Hawker Publications.

Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M. & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia. Randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 183, 248-254.

Tardif, T., & Simard, M., (2011). Cognitive Stimulation Programs in Healthy Elderly: A Review. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 1-13.

Talassi, E., Guerreschi, M., Feriani, M., Fedi, V., Bianchetti, A., & Trabucchi, M. (2007). Efectiveness of a cognitive rehabilitation program in mild dementia and mild cognitive impairment: a case control study. *Archives of gerontology and geriatrics*,pp. 391-199.

Uttla, B., Grafb, P., Richterc, L. (2002). Verbal Paired Associates tests limits on validity and reliability. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17(2002), 567–581.

Valente, J. (2006)- Introdução e evolução histórica do conceito de demência. . In **Psicogeriatria**. Coimbra: Psiquiatria Clinica. p. 343- 356.

Veríssimo, M.,(2006) – Avaliação multidimensional do idoso. In **Psicogeriatria**. Coimbra: Psiquiatria Clinica. p. 489-498.

Vieira, R. – Psicoses e esquizofrenias tardias. In **Psicogeriatria**. Coimbra: Psiquiatria Clinica, 2006. p. 281-302.

Vieira, A., Moreita, J., Loureiro, K., Morgadinho, R. (2008). Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas. Acedido em 21.09.2015, em http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0171.pdf

Viola, L., Nunes, P., Monica S. Aprahamian, Y., Santos, F., Santos, G., Brum, P., Borges, S., Oliveira, A., Chaves, G., Ciasca, E., Ferreira, R., Paula, V., Takeda, O., Mirandez, R., Deusivania, R., Falcão, V., Cachioni, M., & Forlenza, O. (2011). Effects of a multidisciplinar cognitive rehabilitation program for patients with mild Alzheimer's.

WIMO, Anders ; PRINCE, Martin (2010) - World Alzheimer Report 2010: the global economic impact of dementia. Alzheimer's Disease International

Apêndices

Apêndice I

Marta Regina Franco Morgado Dábrio

Telemóvel nº 964576011

E-mail: martareginafm@gmail.com

Idanha, 12 de Março 2012

Exmos. Senhores Membros da Direção Clínica da Casa de Saúde da Idanha

Eu, Marta Regina Franco Morgado Dábrio, aluna do 2º ano do Mestrado em Neuropsicologia Aplicada da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia, a exercer funções como terapeuta ocupacional na Casa de Saúde da Idanha, venho por este meio solicitar autorização para efectuar um estudo sobre a eficácia da aplicação de um programa de estimulação cognitiva numa população psicogeriátrica, de forma a poder elaborar a minha tese de mestrado.

O trabalho a desenvolver tem como objectivo avaliar a eficácia da aplicação de um programa de estimulação cognitiva numa população psicogeriátrica e perceber o seu impacto no desempenho ocupacional. O estudo consiste numa avaliação inicial, uma intervenção de acordo com o programa de estimulação cognitiva "Making a Diference" (adaptado para a população idosa portuguesa) e uma avaliação final.

Este estudo permitirá uma reflexão sobre a intervenção terapêutica na população psicogeriátrica pertinente para a Terapia Ocupacional, bem como para a equipa de psicogeriatria.

Durante todo o processo, é assegurada a confidencialidade dos dados e a garantia de que os mesmos apenas serão utilizados no âmbito da tese em questão.

Encontro-me à vossa disposição para esclarecer qualquer questão, agradecendo desde já a atenção dispensada.

Aguardo parecer.

Atentamente,

Marta Regina Franco Morgado Dábrio

Apêndice II

Irmãs Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE DA IDANHA

Idanha, 30.04.2012

Exma. Dra. Marta Regina Dabrio

Avaliada a sua proposta de estudo pela Comissão de Investigação da Casa de Saúde da Idanha – APLICAÇÃO DE UM PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA: EFEITO NO DESEMPENHO COGNITIVO E OCUPACIONAL NUMA POPULAÇÃO PSICOGERIÁTRICA INSTITUCIONALIZADAS, venho comunicar-lhe que a mesma poderá ser realizada dentro dos pressupostos explicitados no projecto de investigação.

Sugerimos que contacte os responsáveis das unidades onde irá ser desenvolvido este projecto de forma a conseguir a melhor articulação.

Agradecíamos que no final nos fossem comunicados os resultados do estudo com eventual apresentação em reunião científica.

Com os nossos melhores cumprimentos,

O Director Clínico

Dr. Pedro Varandas

Apêndice III

Irmãs Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE DA IDANHA

Consentimento informado

Eu, _____(nome), concordo em participar no estudo "APLICAÇÃO DE UM PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA: EFEITO NO DESEMPENHO COGNITIVO E OCUPACIONAL NUMA POPULAÇÃO PSICOGERIÁTRICA INSTITUCIONALIZADA" que tem como objetivo avaliar o efeito da aplicação de um programa de estimulação cognitiva no desempenho cognitivo.

Depois de me ter sido dado a conhecer em detalhe este estudo e devidamente explicados os seus objetivos concordo em preencher os instrumentos necessários para o seu desenvolvimento:

- Subtestes Escala de Memória de Wesheler; - Bateria Avaliação Frontal (FAB);- Montreal Cognitive Asssessment (MoCA); Mini-Mental State Examination (MMSE); - Escala de Depressão Geriátrica (versão reduzida - 15 items); Índice de Barthel

Fui informado e estou consciente que:

- Tenho o direito de colocar, agora ou durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão acerca do mesmo:
- Será completamente salvaguardado o meu anonimato e nenhum dado identificativo será divulgado;
- Os dados recolhidos da minha situação atual serão incorporados nos resultados globais do estudo e poderão ser publicados ou apresentados pela equipa de investigação para os fins a que este estudo se destina;
- Sou livre de desistir do estudo a qualquer momento;
- Este documento será conservado de forma segura pela equipa de investigação e será destruído no fim do estudo.

Data:___ / ___ / ___

Assinatura do investigador

Assinatura do participante

MOD.218.00

Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus
Rua Bento Menni, n.º 8, 2605-077 Belas
Telf.: (+351) 214 339 400 - Fax: (+351) 214 316 616

Apêndice IV

Diagnóstico	Frequência
Esquizofrenia paranoide	3
Esquizofrenia heberfrenica	1
Esquizofrenia residual crónica	6
Esquizofrenia indiferenciada	1
Transtorno esquizoafectivo	1
Transtorno esquizafectivo tipo depressivo	1
Psicose orgânica	1
Psicose não orgânica	1
Demência não especificada	1
Demência vascular	1
Demência alcoólica	1
Perturbação depressiva major	1
Transtornos depressivos recorrentes	2
Oligofrenia leve	1
Retardo mental leve	2
Total	24

Apêndice V

Escolaridade:

	Frequência
1º Ciclo	18
2º Ciclo	3
3º Ciclo	1
Ensino secundário	1
Ensino superior	1
Total	24

Anexos

Anexo I

OPERACIONALIZAÇÃO DO PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA EM IDOSOS "FAZER A DIFERENÇA" Com base em: Spector, A; Thorgrimsen, L; Woods, B & Orrell, M, (2006). Making a Difference: An Evidence-based Group Programme to Offer Cognitive Stimulation Therapy (CST) to People with Dementia.

Isabel Sousa

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, 2011

João Luís Alves Apóstolo/ Daniela Filipa Batista Cardoso

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012

PLANEAMENTO PARA APLICAÇÃO DO PROGRAMA

Responsáveis pela aplicação do programa O número de responsáveis deverá variar consoante o número de pessoas que integram o grupo, pelo que aconselha-se 1 responsável se o grupo for constituído por 4 membros e 2 caso sejam 8 os membros do grupo. A aplicação do programa deverá ser feita ou supervisionada por técnicos com formação na área. Os responsáveis deverão ter capacidade de liderança e gestão de conflitos.

Constituição dos grupos O grupo deverá ter um mínimo de 4 e máximo de 8 pessoas.

Critérios de inclusão Recomenda-se uma avaliação inicial, com o intuito de definir o(s) grupo(s) a submeter ao programa. Incluir pessoas (valores inclusive): – 6 Six Item Cognitive Impairment (CIT) - entre 8 e18 ou – Montreal Cognitive Assessment (MOCA) - entre 10 e 25 ou – Mini Mental State Examination (MMSE) - entre 10 e 22 para literacia de 0 a 2 anos; 24 para literacia de 3 a 6 anos; 27 para literacia igual ou superior a 7 anos; Incluir pessoas que conseguem participar em actividades de grupo durante pelo menos durante 60 minutos; Excluir todos os participantes com características que possam afectar a sua participação, – ex: doença física grave; incapacidade sensorial; incapacidade ou nível elevado de agitação; nível elevado de dependência (Índice de Barthel inferior ou igual a 20 ou Escala de Lawton Brody superior a 20).

NOTA: Estes critérios não excluem a possibilidade de serem incluídas pessoas que não apresentem compromisso cognitivo.

Considerando, no que respeita à cognição, a vantagem de aplicação do programa em grupos homogéneo, não se exclui a possibilidade de o aplicar em grupos heterogéneos.

Para além dos instrumentos referenciados anteriormente sugerimos ainda a utilização das seguintes escalas: Geriatric Depression Scale (GDS-15) (Apóstolo, 2011) WHOQOL-OLD – versão portuguesa (Vilar et al., 2010)

Estrutura da aplicação do programa Este programa é composto por duas partes. O programa principal ao qual se pode seguir o programa de manutenção. O primeiro é desenvolvido ao longo de 7 semanas, com 2 sessões semanais e o segundo, a seguir ao primeiro, ao longo de 16 semanas com uma sessão semanal. Cada uma das referidas sessões deverá ter uma duração entre 45 a 60 minutos, a ocorrer numa sala silenciosa e confortável.

Para implementar as sessões são necessários diversos equipamentos e materiais. Os transversais a todas as sessões são:

• quadro branco e canetas (ou quadro de giz e giz branco e de cores) • bola macia • gravador de cassetes ou leitor de CDs ou computador e colunas • cassetes ou CDs de música ou lista de músicas no computador

Para cada sessão há necessidade de material específico que será referido na operacionalização de cada uma das sessões, pelo que se aconselha uma leitura integral destas, antes do inicio da aplicação do programa.

É útil monitorizar o envolvimento de cada membro em todas as sessões, de forma a adaptar e planear as sessões seguintes, registando a presença e o grau de comunicação/envolvimento de cada membro.

Operacionalização das sessões

1 – Programa Principal

1ª Sessão – Jogos Físicos

Apresentação Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Criar nome para o grupo, envolvendo os membros nessa discussão até se chegar a um consenso quanto a 2 ou 3 nomes. Escrever esses nomes no quadro e efectuar uma votação para se chegar ao nome vencedor. Escrever o nome vencedor em destaque no quadro. Mostrar várias músicas aos participantes e permitir que estes escolham uma delas para ser a "canção temática" do grupo. Escrever no quadro qual a música seleccionada. Cantar a "canção temática". Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC (Programa de Estimulação

Cognitiva). Escrever no quadro estes dados. Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Actividade Principal 1 - "Jogo da bola" – Dizer o nome e lançar a bola a outro membro do grupo. Parar jogo, após a 2ª ronda. 2 - Jogo físico – Formar equipas. Dispor 10 garrafas de água como se fossem pinos de bowling. Estabelecer a distância de onde se deve lançar a bola. Convidar os elementos das equipas a lançarem a bola, alternadamente de uma equipa e de outra, de forma a derrubarem o maior número possível de pinos. Ganha a equipa com mais pinos derrubados.

Encerramento Resumir e obter feedback sobre a actividade realizada. Agradecer individualmente a participação. Cantar novamente a canção estabelecida no início. Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Sons). Despedidas.

2ª Sessão - Sons

Apresentação Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Relembrar o nome do grupo e qual a "canção temática". Escrever no quadro. Relembrar sessão anterior (Jogos Físicos). Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo o nome de quem deve receber a bola. Parar jogo, após a 2ª ronda. Cantar a "canção temática". Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados. Partilhar e discutir opiniões sobre acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Actividade Principal 1 – Sons – Reproduzir as gravações de alguns efeitos sonoros, como chuva, vento, trovoada, mar, galo, cavalo, gato, vaca, pássaros, gargalhada. Perguntar aos participantes qual o som que estão a ouvir. De seguida, pedir para fazerem corresponder esses mesmos sons com imagens apresentadas. 2 – Reproduzir músicas da época e perguntar qual o nome da música e quem a está a cantar. Se necessário, fornecer alternativas quanto aos

diferentes cantores possíveis. 3 – Distribuir instrumentos de percussão (colheres, testos, caixas, …) por cada um dos participantes. Posteriormente convidar à participação dos membros do grupo no acompanhamento de músicas que lhes sejam familiares com os instrumentos improvisados fornecidos.

Encerramento Resumir e obter feedback sobre a actividade realizada. Agradecer individualmente a participação. Cantar novamente a "canção temática". Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Infância). Despedidas.

3ª Sessão - Infância

Apresentação Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Relembrar nome do grupo e qual a "canção temática". Escrever no quadro. Relembrar sessão anterior (Sons). Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo o seu nome e cidade/aldeia onde nasceu. Cantar a "canção temática". Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados. Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Actividade Principal 1 – Infância – Solicitar aos membros que preencham a folha "A Minha Infância" (encontra-se no final do planeamento desta sessão), auxiliando-os quando necessário. No final, recolher todas as folhas e guardá-las no dossier destinado a guardar os documentos relacionados com a aplicação do PEC. 2 – Pedir a cada pessoa para desenhar e/ou descrever o seu quarto na infância e se o partilhavam com alguém, se sim com quem. 3 – Falar sobre os doces da infância (caso seja possível levar alguns para prova). Relembrar jogos ou brincadeiras da sua infância e recriar alguns (jogo do pião, jogo das 5 pedrinhas, macaca, lençinho…)

Encerramento Resumir e obter feedback sobre a actividade realizada. Agradecer individualmente a participação. Cantar novamente a "canção temática". Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Alimentação). Despedidas.

A Minha Infância :

Nome ..... Eu nasci em ..... A minha mãe chamava-se ..... O meu pai chamava-se ..... Eu tive ..... irmãos e…….irmãs. Os seus nomes são ....Vivíamos em ..... Outras pessoas importantes na minha família são .... Andei na Escola .....E..... As minhas disciplinas preferidas eram..... ..... As disciplinas que eu menos gostava eram..... ..... Os meus melhores amigos na escola eram ..... Deixei a escola aos.....anos. O meu primeiro emprego foi .....

4ª Sessão - Alimentação

Apresentação Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Relembrar nome do grupo e qual a "canção temática". Escrever no quadro. Relembrar sessão anterior (Infância). Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo nomes de "pratos"/alimentos preferidas e o nome de quem deve receber a bola. Parar jogo, após a 2ª ronda. Cantar a "canção temática". Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados. Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Actividade Principal 1 – Alimentação – Escrever no quadro categorias relacionadas com a alimentação (tais como, sopas, vegetais, carnes, peixes e sobremesas) e pedir aos membros do grupo que indiquem nomes de "pratos"/alimentos consoante a categoria em questão. Referir que não se podem repetir os nomes. 2 – Escrever no quadro nomes de alimentos ou nomes de pratos a confeccionar incompletos. Pedir que os completem oralmente Exemplos (sendo que o que está entre parênteses é o que se pretende que eles adivinhem): (Sopa) da Pedra;

- Carne de (Porco) à Alentejana;
- (Bacalhau) à Gomes de Sá;
- Toucinho do (céu);
- (Pão) de Ló;
- Cozido à (Portuguesa);
- Canja de (Galinha);
- Tripas à (Moda) do Porto;
- (Caldo) Verde;
- (Arroz) Doce.

3 – Designar uma letra do abecedário (por exemplo, pedindo a um dos membros) e solicitar que indiquem nomes de alimentos começados por essa mesma letra. Ao fim de 2 rondas mudar de letra. 4 – Seleccionar mercearias ou réplicas (como, arroz, massa, carne, peixe, atum, leite, aletria, ovos, laranjas, maçãs, etc.), atribuir-lhes um preço. Depois estabelecer um orçamento (por exemplo, 10 €). Dar a conhecer estas informações aos membros do grupo e solicitar aos participantes que planeiem uma refeição completa para quatro pessoas com os alimentos apresentados, não ultrapassando o orçamento fornecido. 2 – Pedir a colaboração dos participantes numa prova de alimentos. Vendar os olhos ao membro do grupo antes de seleccionar o alimento que vai provar. Oferecer o alimento para prova e pedir ao participante que o identifique pelo paladar e textura.

Encerramento Resumir e obter feedback sobre a actividade realizada. Agradecer individualmente a participação. Cantar novamente a "canção temática". Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Questões Actuais). Despedidas.

5ª Sessão - Questões Actuais

Apresentação Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Relembrar nome do grupo e qual a "canção temática". Escrever no quadro. Relembrar sessão anterior (Alimentação). Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo o seu nome e os meses do ano (não os repetindo até já terem sido dito os 12). Parar jogo, após a 2ª ronda. Cantar a "canção temática". Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados. Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Actividade Principal 1 – Questões Actuais – Abordar notícias e acontecimentos actuais, levando artigos de jornais e revistas (de preferência mais que uma cópia de cada um para que os membros possam observar os mesmos artigos individualmente). Fazer perguntas acerca dos artigos (de preferência escrevê-las no quadro), para alimentar a discussão, pedindo opiniões sobre os diversos assuntos. A título de exemplo: Notícia "Falta de Enfermeiros Põe em Causa Serviços de Saúde":

- Qual a opinião acerca disto?

- A experiência que têm em contexto de cuidados de saúde?

Notícia "Coimbra para o Mundo através da RTP: Se viram esta transmissão?

-O que acham acerca da visibilidade ou não que isto traz para a cidade de Coimbra?

- O que pensam sobre o turismo? Acham que é benéfico para a nossa cidade?

Notícia "Despiste na A1 mata criança de dois anos e deixa pais feridos: Qual é a maior causa, na vossa opinião, de acidentes de viação?

- Acham que o desenvolvimento da tecnologia tem contribuído para o aumento do número de acidentes de viação?

Encerramento Resumir e obter feedback sobre a actividade realizada. Agradecer individualmente a participação. Cantar novamente a "canção temática". Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Retratos/Cenários). Despedidas.

6ª Sessão - Retratos/Cenários

Apresentação Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Relembrar nome do grupo e qual a "canção temática". Escrever no quadro. Relembrar sessão anterior (Questões Actuais). Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo o seu nome, local onde nasceu e data de nascimento. Parar jogo, após a 2ª ronda. Cantar a "canção temática". Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados. Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Actividade Principal 1 – Retratos/Cenários – Apresentar fotografias de pessoas (por exemplo, actores, apresentadores, cantores) e locais conhecidos (por exemplo, monumentos, praças, locais da cidade onde está a ser realizado o PEC). Pedir aos participantes que os identifiquem um a um. Permitir que, durante este processo, as pessoas tenham oportunidade de discutir aspectos/opiniões que se recordem relacionados com estes retratos. 2 – Com as mesmas fotografias, solicitar aos membros do grupo que as organizem segundo categorias (por exemplo, políticos, artistas, religião, locais da cidade/aldeia ao está a ser realizado o PEC) e, posteriormente à associação de categorias, pedir que ordenem as imagens, tendo em conta as categorias referidas anteriormente, segundo a sua ordem cronológica (do mais antigo para o mais recente). 3 – Apresentar fotografias dos membros do grupo (tiradas em sessões anteriores) e pedir para identificarem a pessoa correspondente.

Encerramento Resumir e obter feedback sobre a actividade realizada. Agradecer individualmente a participação. Cantar novamente a "canção temática". Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Associação de Palavras). Despedidas.

7ª Sessão - Associação de Palavras

Apresentação Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Relembrar nome do grupo e qual a "canção temática". Escrever no quadro. Relembrar sessão anterior (Retratos/Cenários). Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo um provérbio e o nome de quem deve receber a bola. Parar jogo, após a 2ª ronda. Cantar a "canção temática". Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados. Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Actividade Principal 1 – Escrever no quadro e dizer em voz alta o inicio de provérbios e pedir aos membros do grupo que os completem. Após a tentativa dizer o provérbio completo de forma correcta. Exemplos: Dá Deus nozes (a quem não tem dentes)

 Grão a grão (enche a galinha o papo)

 Longe da vista, (longe do coração)

 Patrão fora, (dia santo na loja)

 Deus escreve certo (por linhas tortas)

 Mais vale um pássaro na mão (do que dois a voar)

 Quem cala, (consente)

 Vale mais prevenir (que remediar)

 Quem conta um conto, (acrescenta um ponto)

 Quem não tem cão, (caça com gato)

 Filhos criados, (trabalhos dobrados)

 Roma e Pavia (não se fizeram num dia)

 De pequenino se (torce o pepino)

 Cão que ladra (não morde)

 Gato escaldado (de água fria tem medo)

 Quem canta, (seu mal espanta)

 Nem tanto ao mar (nem tanto à terra)

 Em casa de ferreiro, (espeto de pau)

 Água mole em pedra dura (tanto bate até que fura)

Nota: o que se encontra entre parênteses é o que se espera que os participantes adivinhem.

2 – Dar a ouvir o começo de músicas tradicionais (conhecidas pelos participantes), parar a música e solicitar que o grupo continue a cantar a música apresentada.

Encerramento Resumir e obter feedback sobre a actividade realizada. Agradecer individualmente a participação. Cantar novamente a "canção temática". Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Ser Criativo). Despedidas.

8ª Sessão - Ser criativo

Apresentação Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Relembrar nome do grupo e qual a "canção temática". Escrever no quadro. Relembrar sessão anterior (Associação de Palavras). Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo nomes de profissões (preferencialmente profissões que exerceram) e o nome de quem deve receber a bola. Parar jogo, após a 2ª ronda. Cantar a "canção temática". Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados. Partilhar e discutir acontecimentos

recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Actividade Principal Actividade Criativa – Numa tela colar a fotografia do grupo (tirada numa das sessões anteriores) no centro desta e escrever no topo o nome do grupo. Solicitar aos membros do grupo que se aproximem da tela e em redor da fotografia desenhar as impressões das mãos dos participantes. Posteriormente pedir que pintem a sua impressão com tintas de óleo.

NOTA: Esta tela poderá depois ser colocada em exposição no local onde está a ser aplicado o PEC.

Encerramento Resumir e obter feedback sobre a actividade realizada.

Agradecer individualmente a participação. Cantar novamente a "canção temática". Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Classificação de Objectos). Despedidas.

9ª Sessão - Classificação de objectos

Apresentação Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Relembrar nome do grupo e qual a "canção temática". Escrever no quadro. Relembrar sessão anterior (Ser Criativo). Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo o nome de uma flor e o nome de quem deve receber a bola. Parar jogo, após a 2ª ronda. Cantar a "canção temática". Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados. Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Actividade Principal 1 – Definir uma categoria (por exemplo, objectos, transportes, animais, flores, etc) e uma letra do abecedário, após isto pedir ao grupo para pensar e enunciar palavras que se incluam no definido anteriormente (escrever no quadro as palavras à medida que vão sendo enunciadas). Não repetir as palavras. 2 – Colocar cerca de 20 objectos ou fotografias a

cores de objectos em cima de uma mesa. Com estes, solicitar ao grupo que agrupem os objectos ou imagens, tendo em conta determinadas categorias que vão sendo definidas uma a uma, tais como, cor, forma, utilização. Também pode ser feito através do jogo de escolher o objecto estranho num conjunto de três objectos.

Encerramento Resumir e obter feedback sobre a actividade realizada. Agradecer individualmente a participação. Cantar novamente a "canção temática". Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Orientação). Despedidas.

10ª Sessão - Orientação

Apresentação Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Relembrar nome do grupo e qual a "canção temática". Escrever no quadro. Relembrar sessão anterior (Classificação de Objectos). Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo nomes de cidades e o nome de quem deve receber a bola. Parar jogo, após a 2ª ronda. Cantar a "canção temática". Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados. Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Actividade Principal 1 – Mostrar mapa de Portugal. Pedir aos membros do grupo que indiquem neste diferentes locais, tais como cidade onde nasceram, local onde viveram a maior parte da sua vida, outras cidades onde tenham vivido. Além disto, solicitar que assinalem as cidades onde estão situados alguns monumentos/locais de culto, como por exemplo, Torre de Belém, Santuário de Fátima, Mosteiro da Batalha, Torre dos Clérigos. 2 – Mostrar mapa da cidade de onde está a ser realizado o PEC. Solicitar aos participantes que apontem determinados locais/monumentos importantes e conhecidos na cidade (por exemplo, diferentes locais/monumentos de Coimbra podem ser Sé Nova, Sé Velha, Largo da Portagem, Convento de Santa Clara, Praça 8 de Maio, Universidade de Coimbra – torre). 3 – Motivar a partilha de experiências sobre as pessoas que mudaram de zona e o porquê. Caso alguém tenha viajado para o estrangeiro, usar o globo para identificar os diferentes locais. Aproveitar

o momento para falar sobre o tempo de viagem, a distância entre os locais e os meios de transportes usados.

Encerramento Resumir e obter feedback sobre a actividade realizada. Agradecer individualmente a participação. Cantar novamente a "canção temática". Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Usar o dinheiro). Despedidas.

11ª Sessão - Usar o Dinheiro

Apresentação Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Relembrar nome do grupo e qual a "canção temática". Escrever no quadro. Relembrar sessão anterior (Orientação). Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo a sua data de nascimento, a sua idade e o nome de quem deve receber a bola. Parar jogo, após a 2ª ronda. Cantar a "canção temática". Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados. Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Actividade Principal 1 – Apresentar imagens de alimentos/objectos (por exemplo, 1kg de arroz, 1 pacote de manteiga de 250gr, 1 pacote de 12 rolos de papel higiénico, 1l de azeite, etc) e solicitar que cada membro do grupo sugira um preço para esses mesmos alimentos/objectos. Após isto, referir o preço correcto de mercado e verificar quem se aproximou mais do correcto valor. 2 – Mostrar moedas antigas e modernas, incentivar a comparação entre estas. Proporcionar um momento de reflexão e partilha sobre as alterações de preços e valores (falar nas diferenças entre os seus primeiros ordenados e os existentes actualmente, o preço de diferentes alimentos/objectos).

Encerramento Resumir e obter feedback sobre a actividade realizada. Agradecer individualmente a participação. Cantar novamente a "canção temática". Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Jogos com números). Despedidas.

12ª - Jogos com Números

Apresentação Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Relembrar nome do grupo e qual a "canção temática". Escrever no quadro. Relembrar sessão anterior (Usar o Dinheiro). Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo a sua idade. Parar jogo, após a 2ª ronda. Repetir jogo, sendo que neste se diz a idade da pessoa para quem se vai lançar a bola. Parar jogo após 2ª ronda. Cantar a "canção temática". Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados. Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Actividade Principal 1 – Jogo do Dominó 2 – Jogo de cartas "Guerra" 3 – Pedir para cada pessoa tirar uma carta do baralho e dizer se essa carta é mais alta ou mais baixa que a anterior. Após a resposta confirmar se está correcta ou não. 4 – Apresentar recipiente transparente contendo moedas (por exemplo, 1 cêntimo) e pedir para que cada elemento diga o número de moedas existentes no frasco. No final, verificar qual dos elementos se aproximou mais do número correcto.

Encerramento Resumir e obter feedback sobre a actividade realizada. Agradecer individualmente a participação. Cantar novamente a "canção temática". Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Jogos com Palavras). Despedidas.

13ª Sessão - Jogos com palavras

Apresentação Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Relembrar nome do grupo e qual a "canção temática". Escrever no quadro. Relembrar sessão anterior (Jogos com Números). Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo o nome de um artista (actor, cantor) e o nome de quem deve receber a bola. Parar

jogo, após a 2ª ronda. Cantar a "canção temática". Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados. Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Actividade Principal 1 – Jogo da Forca (por exemplo, usar palavras relacionadas com as actividades já desenvolvidas ao longo das sessões, como o nome do grupo, o nome da "canção temática", etc.) – se necessário dar pistas. 2 – Sopa de Letras (por exemplo, as palavras a procurar podem ser os nomes dos membros do grupo). Utilizar o quadro para fazer a sopa de letras, tendo por base uma feita anteriormente em papel. Utilizar as canetas ou giz de cor para assinalar as palavras que vão sendo encontradas.

Encerramento Resumir e obter feedback sobre a actividade realizada. Agradecer individualmente a participação. Cantar novamente a "canção temática". Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Quiz em Equipa). Despedidas.

14ª Sessão - Quiz em equipa

Apresentação Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Relembrar nome do grupo e qual a "canção temática". Escrever no quadro. Relembrar sessão anterior (Jogos com Palavras). Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo coisas que tenham sido realizadas/abordadas em sessões anteriores, como sejam jogos, entre outros, e o nome de quem deve receber a bola. Parar jogo, após a 2ª ronda. Cantar a "canção temática". Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados. Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Actividade Principal 1 – Fazer duas equipas (dar-lhes nomes – pedir a colaboração das equipas neste processo). Realizar um jogo de perguntas, dando três hipóteses de resposta para

cada uma. Fazer alternadamente uma pergunta a uma equipa e depois a outra. Ganha a equipa que responder correctamente a mais perguntas. 2 – Trazer e apresentar materiais usados/criados em sessões anteriores. 3 – Atribuir prémios a todos (por exemplo, uma cópia para cada participante da fotografia de grupo usada na Sessão 8 – Ser Criativo).

Encerramento Resumir e obter feedback sobre a actividade realizada. Agradecer individualmente a participação. Cantar novamente a "canção temática". Despedidas. (Nota: Caso seja para continuar com sessões de manutenção, referir qual a data, a hora e o tema da primeira sessão de manutenção – Infância)