

# **EFEITO DE UM PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

**Maria José da Silva Rodrigues**

Trabalho de projeto apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação.

**Orientado por:**

Professora Doutora Natália Vara

Professora Doutora Maria José Gomes

Bragança, maio de 2019

## **EFEITO DE UM PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

**Maria José da Silva Rodrigues**

“Trabalho realizado pela mestranda Maria José da Silva Rodrigues, no âmbito da unidade curricular - Estágio II/Trabalho de Projeto, lecionada no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança”

Bragança, maio de 2019

## RESUMO

**Introdução:** No processo de envelhecimento surgem as alterações cognitivas que causam incapacidades e limitações, nomeadamente, diminuição da mobilidade, tomada de decisão, perda de memória, dificuldade na gestão das rotinas diárias, entre outras. Alguns estudos mostram que a institucionalização pode afetar negativamente a função cognitiva, sendo o resultado do sedentarismo ou falta de incentivo. Contudo, a “estimulação cognitiva” associada à participação em atividades de grupo e discussões procuram melhorar o funcionamento cognitivo.

**Metodologia:** Estudo descritivo, quantitativo e longitudinal, com uma metodologia que envolveu a aplicação de um programa de intervenção na população idosa, com dois momentos de avaliação (antes e após a intervenção de seis semanas) por forma a observar se ocorreram mudanças com o programa aplicado. A questão de investigação procura perceber “Em que medida o declínio cognitivo pode ser minimizado/evitado com um programa de estimulação cognitiva durante a institucionalização?”.

**Objetivos:** 1) Conhecer a capacidade cognitiva, o funcionamento e a qualidade de vida relacionada com a saúde dos idosos institucionalizados, antes e pós aplicação do programa de estimulação cognitiva; 2) Conhecer a prevalência do declínio cognitivo em função das variáveis sociodemográficas; 3) Verificar a associação entre a idade, o tempo de institucionalização e o declínio cognitivo; 4) Explorar a relação entre qualidade de vida relacionada com a saúde e o declínio cognitivo.

**Resultados:** Observou-se um impacto positivo e melhorias significativas entre o antes e após a implementação do programa, especialmente no mini exame do estado mental, no teste do relógio, na escala de medição de qualidade de vida e escala visual analógica do seu estado de saúde (EQ 5D 3L).

**Conclusões:** A intervenção constitui um momento de estimulação, partilha e aprendizagem que se refletiu na qualidade de vida dos idosos.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Institucionalização, Declínio cognitivo, Reabilitação.

## ABSTRACT

**Introduction:** In the aging process, cognitive changes that cause disabilities and limitations, such as decreased mobility, decision making, loss of memory, difficulty in managing daily routines, and other problems arise. Some studies show that institutionalization can negatively affect cognitive function, being the result of sedentarism or lack of incentive. However, "cognitive stimulation" associated with participation in group activities and discussions seek to improve cognitive functioning.

**Methodology:** Descriptive , quantitative and longitudinal study, with a methodology that involved the application of an intervention program in the elderly population, with two moments of evaluation (before and after the intervention of six weeks) in order to observe if they occurred changes with the program applied. The research question attempts to understand: "To what extent can cognitive decline be minimized / avoided with a cognitive stimulation program during institutionalization?"

**Objectives:** 1) To know the cognitive capacity, the functioning and the quality of life related to the health of the institutionalized elderly before and after the implementation of a cognitive stimulation program; 2) To determine the prevalence of cognitive decline in the light of demographic variables; 3) To verify the association between the age, the time of institutionalization and the cognitive decline; 4) To explore the relationship between quality of life related to health and cognitive decline.

**Results:** There was a positive impact and significant improvements between before and after the implementation of the program, especially in the mini mental state examination, the clock test, the quality of life measurement scale and the visual analog scale of his health status (EQ 5D 3L).

**Conclusions:** The intervention constitutes a moment of stimulation, sharing and learning that is reflected in the quality of life of the elderly.

**Key words:** Aging, Institutionalization, Cognitive decline, Rehabilitation.

*Ao meu marido e aos meus filhos.*

## **AGRADECIMENTOS**

A concretização deste trabalho não seria possível sem a colaboração, apoio e orientação de várias pessoas e amigos, por isso não posso deixar de agradecer;

À Professora Doutora Maria José Gomes e à Professora Doutora Natália Vara pela orientação científica, pela transmissão de conhecimentos, incentivo, disponibilidade e por nunca me deixarem desistir;

À instituição que autorizou a realização deste trabalho, a todas as colaboradoras da instituição pela disponibilidade;

Aos idosos que aceitaram participar neste estudo, sem eles o estudo não seria concretizável, o meu agradecimento pela simpatia e generosidade de partilhar comigo a sua sabedoria e experiências de vida;

Às Enfermeiras do Lar da Santa Casa da Misericórdia de Macedo de Cavaleiros pela ajuda na colaboração nas sessões, pela sua estratégia de ajuda a cativar os idosos, a disponibilidade e o seu apoio incondicional.

## **LISTA DE ABREVIATURAS SIGLAS E ACRÓNIMOS**

**%** - Percentagem

**AVD** - Atividades de Vida Diárias

**D.G.S.** - Direção Geral da Saúde

**DP** - Desvio Padrão

**EEER** - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**EQ 5D 3L** - Instrumento genérico de medição da qualidade de vida

**EQ-VAS** - Escala visual analógica do seu estado de saúde

**INE** - Instituto Nacional de Estatística

**IPB** - Instituto Politécnico de Bragança

**M1** - Momento um

**M2** - Momento dois

**MEEM** - Mini Exame do Estado Mental

**n** - Tamanho da Amostra

**O.E** - Ordem dos Enfermeiros

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

***p*** - Significância Estatística

**p.** - Página

**PEC** - Programa de Estimulação Cognitiva

**PRN** - Programa de Reabilitação Neuropsicológica

**SPSS** - Statistical Package for the Social Sciences

**TDR** - Teste de Desenho do Relógio

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>13</b>
1.1. O ENVELHECIMENTO E FUNCIONALIDADE.....	14
1.2. DECLÍNIO COGNITIVO E INSTITUCIONALIZAÇÃO .....	16
1.3. QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE.....	19
1.4. ESTIMULAÇÃO COGNITIVA NO IDOSO.....	21
1.5. O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....	25
<b>PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....</b>	<b>29</b>
2.1. MÉTODO.....	30
2.2. PARTICIPANTES.....	31
2.3. INSTRUMENTOS .....	32
2.4. PROCEDIMENTO.....	36
2.4.1. Procedimentos Éticos .....	37
<b>3. RESULTADOS .....</b>	<b>39</b>
<b>4. DISCUSSÃO .....</b>	<b>47</b>
<b>5. CONCLUSÃO.....</b>	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>63</b>
ANEXO I - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA DOS INSTRUMENTOS DE DADOS E APLICAÇÃO DO ESTUDO.....	64
ANEXO II – CONSENTIMENTO INFORMADO .....	65
ANEXO III – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS .....	66
ANEXO IV – PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA.....	73

## ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM A CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA. SEXO, ESTADO CIVIL E ESCOLARIDADE.....	31
TABELA 2. ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA IDADE E TEMPO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO .....	31
TABELA 3. CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE AO PERFIL COGNITIVO, FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE. ....	40
TABELA 4. RESULTADOS DOS TESTES DO MEEM NO MOMENTO 1 E MOMENTO 2.....	41
TABELA 5. RESULTADOS DO TESTE DO RELÓGIO NO MOMENTO 1 E MOMENTO 2. ....	41
TABELA 6. RESULTADOS DOS TESTES DO INSTRUMENTO EQ-5D-3L NO MOMENTO 1 E MOMENTO 2. ....	42
TABELA 7. RESULTADOS DOS TESTES DA ESCALA DE PERCEÇÃO INDIVIDUAL DE SAÚDE NO MOMENTO 1 E MOMENTO 2.....	42
TABELA 8. COMPARAÇÃO, NO SEXO FEMININO, DAS DIMENSÕES DO MINI MENTAL ANTES E APÓS APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA. ....	43
TABELA 9. COMPARAÇÃO, NO SEXO FEMININO, DAS DIMENSÕES DO TESTE DO RELÓGIO ANTES E APÓS APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA. ....	43
TABELA 10. COMPARAÇÃO, DO ESTADO CIVIL VIÚVO, DOS RESULTADOS OBTIDOS NO MEEM ANTES E APÓS APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA. ....	44
TABELA 11. COMPARAÇÃO, DA ESCOLARIDADE - ANALFABETO, DOS RESULTADOS OBTIDOS NO MEEM ANTES E APÓS APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA. ....	45
TABELA 12. COMPARAÇÃO, DA ESCOLARIDADE – SABE LER E ESCREVER, DOS RESULTADOS OBTIDOS NO MEEM ANTES E APÓS APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA. ....	45
TABELA 13. CORRELAÇÃO (TAU DE KENDALL) ENTRE A IDADE, O TEMPO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO E O DECLÍNIO COGNITIVO .....	46

## INTRODUÇÃO

Associado ao processo de envelhecimento surgem as alterações cognitivas que causam incapacidades e limitações, nomeadamente, diminuição da mobilidade, tomada de decisão, perda de memória, dificuldade na gestão das rotinas diárias, entre outras. Relacionado, com esta fase da vida, observa-se também uma menor participação na sociedade que conseqüentemente aumenta a solidão e diminui os laços familiares, o que leva à institucionalização. Estas são algumas das razões que tornam vital a promoção do envelhecimento ativo para a inserção do idoso no meio, na vida social (Sequeira, 2010).

Alguns estudos mostram que a institucionalização pode afetar negativamente a função cognitiva, sendo o resultado do sedentarismo ou falta de incentivo (Fernandes, 2014). Na maior parte das vezes, as perdas cognitivas existentes nos idosos resultam da inexistência, ou pouco treino do estímulo mental. Assim, desenvolver programas de treino mental auxilia e potencia um envelhecimento ativo e saudável (Fernandes, 2014). De acordo com o mesmo autor, existem três riscos possíveis no decurso da institucionalização: a) decréscimo da habilidade cognitiva, dificuldade na tomada de decisões, depressões e demências; b) inaptidão física, principalmente de mobilização, diminuição das atividades da vida diária, aumento de doenças crónicas, entre outros; c) mudanças afetivas, sociais e económicas tais como a viuvez, a solidão, as dificuldades nas relações familiares e o apoio social (Fernandes, 2014). Assim, é muito importante que estas instituições prestem cuidados especializados e cuidados de qualidade, pois a qualidade das instituições depende muito das pessoas que trabalham nessa mesma instituição.

Os conceitos “treino cognitivo”, “estimulação cognitiva” e “reabilitação cognitiva” surgem, por vezes como sinónimos, embora sejam reconhecidas diferenças entre estas abordagens. A “estimulação cognitiva” mais vezes associada à participação em atividades de grupo e discussões que visam a melhoria do funcionamento cognitivo. Atendendo às evidências encontradas na literatura que apontam para melhorias no desempenho cognitivo global após aplicação de programas de treino cognitivo (Gonçalves, 2012, Carneiro, 2016). Bem como no impacto que estes programas têm ao

nível da funcionalidade e melhoria da qualidade de vida (Kinsella et al., 2009), percepção sobre saúde, qualidade de vida e capacidade para fazer face ao dia a dia por parte dos idosos (Neves, 2012). Tendo, ainda, por referência que a estimulação cognitiva contribui para o aumento da densidade sináptica e da plasticidade cerebral, o que requer novas aprendizagens ou o desenvolvimento de novas estratégias cognitivas (Souza e Chaves 2005; La Rue, 2010). Em Portugal, têm-se observado algumas intervenções neste sentido, ou seja, a implementação de programas de estimulação cognitiva com vista a prevenir ou minimizar o declínio cognitivo associado à institucionalização e outras perdas sociais e psicológicas. A grande maioria dos estudos apontam para melhorias estatisticamente significativas após a exposição ao treino cognitivo em diferentes áreas: memória, cálculo, atenção entre outras (Castro 2011; Fernandes, 2014; Nunes, 2017; Santos; 2015; Sousa 2012). É neste contexto que se enquadra o presente projeto de intervenção e investigação, visando potencializar as habilidades cognitivas e funcionais dos idosos institucionalizados, procurando criar e dinamizar atividades que colocam o idoso como agente de promoção de aprendizagens, estimulando o encontro e a partilha.

Partindo do pressuposto que a Enfermagem de “Reabilitação envolve a utilização de técnicas e ações interdisciplinares, como o esforço conjunto de todos os profissionais e familiares, dentro e fora das instituições e que deve ter como objetivo comum, a melhoria e a reabilitação das funções diminuídas ou perdidas, preservando a capacidade de viver de cada pessoa e a envolver no seu autocuidado” (Figueiredo, citado por Faro, 2006, p.129). Consideramos que compete, também, ao EER monitorizar a implementação e os resultados dos programas de reabilitação, avaliando e efetuando os ajustamentos necessários no processo da prestação de cuidados, que lhe permitem analisar a eficácia da sua intervenção, para poder transmitir ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, promovendo as práticas mais seguras e eficazes, junto da pessoa, família, sociedade e na instituição (Rocha, 2011).

Portanto, a questão de investigação deste estudo é “Em que medida o declínio cognitivo pode ser minimizado/evitado com um programa de estimulação cognitiva durante a institucionalização?”

Assim, tendo em conta a questão de investigação, e considerando os pressupostos da área da reabilitação, podem-se definir os seguintes objetivos específicos: 1) Conhecer a capacidade cognitiva, o funcionamento e a qualidade de vida relacionada com a saúde dos idosos institucionalizados, antes e pós aplicação do programa de estimulação cognitiva; 2) Conhecer a prevalência do declínio cognitivo em função das variáveis sociodemográficas; 3) Verificar a associação entre a idade, o tempo de institucionalização e o declínio cognitivo; 4) Explorar a relação entre qualidade de vida relacionada com a saúde e o declínio cognitivo.

Em síntese, torna-se pertinente estudar e intervir, nesta população, não só pelas evidências observadas nos estudos empíricos realizados, mas também porque a intervenção em si, constitui um momento de estimulação, partilha, aprendizagem que em última análise se reflete na qualidade de vida dos idosos.

A dissertação inicia-se com uma introdução e divide-se em três partes; a primeira contempla o enquadramento teórico que engloba cinco subcapítulos, nomeadamente: o envelhecimento e funcionalidade; o declínio cognitivo e a institucionalização; a qualidade de vida e saúde; a reabilitação cognitiva no idoso e por fim o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. A segunda parte diz respeito ao estudo empírico, apresentando o contexto, a pertinência do estudo, a finalidade, os objetivos e a metodologia utilizada. Na terceira parte, apresentam-se e discutem-se os resultados obtidos. O trabalho finaliza-se com as conclusões retiradas do estudo.

## **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### 1.1. O ENVELHECIMENTO E FUNCIONALIDADE

A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que em 2025 existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 65 anos (United Nations Population Fund, 2012). A redução da taxa de fecundidade e natalidade têm originado uma redução da população ativa e jovem do país, prevendo-se um futuro onde os idosos predominam, o que reflete uma crescente preocupação com o apoio que esta população necessitará (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

O envelhecimento aparece associado a uma perspectiva patológica, principalmente porque as abordagens tendem a centrar aspectos biomédicos (como doença e dependência funcional). Neste contexto, o envelhecimento tem sido ligado a estereótipos negativos (dependência, doença, incapacidade, inutilidade, solidão) que se refletem no autoconceito da pessoa idosa (como por exemplo, tentar negar a velhice e/ou negligenciar as suas necessidades, vontades ou desejos) (Paschoal, 2006). Segundo os censos, existe um decréscimo da atividade nos idosos e que tem implicações no processo de envelhecimento (Pordata, 2014).

Com o aumento da longevidade os profissionais de saúde têm que ter uma maior atenção e capacidade para resolver o problema que o processo de envelhecimento acarreta para o indivíduo idoso, sociedade e instituições de saúde. É cada vez mais importante estar atento à problemática da qualidade de vida, bem como aos aspectos da independência, autonomia para as atividades de vida diárias, a segurança social e ambiental da pessoa idosa (Rebelatto & Morelli, 2004).

O envelhecimento afeta de forma significativa a capacidade funcional, ou seja, a autonomia da pessoa para a realização de tarefas que fazem parte do seu dia-a-dia e lhe asseguram a possibilidade de viver sozinha em contexto domiciliário. Verificam-se alterações a nível músculo-esquelético, visual, vestibular e somatosensorial que comprometem a marcha e o equilíbrio. Assim, regista-se uma maior probabilidade de quedas, declínio da capacidade funcional e conseqüente perda da independência (Begate, Ricardo, & Sawazki, 2009). Estas alterações dificultam a realização das atividades de vida diária, como por exemplo: caminhar, andar, subir e descer degraus, levantar-se e manter o equilíbrio postural. Esta perda de funcionalidade acarreta, na

maioria das vezes, uma diminuição da qualidade de vida do idoso e um declínio da capacidade física e mental (Silva, Freitas, Monteiro, & Borges, 2010). De acordo com a autora Tânia Catarino (2015) a capacidade funcional, em especial o domínio motor, é um dos importantes marcadores de um envelhecimento bem-sucedido e de qualidade de vida dos idosos.

Na literatura encontram-se referências a inúmeras alterações biológicas ligadas ao envelhecimento, nomeadamente, a reduzida capacidade de utilizar o oxigénio, capacidade cardiovascular e de adaptação respiratória débil, deterioração do sistema nervoso (forma, número e velocidade de condução dos potenciais evocados) e diminuição da massa muscular com uma redução do diâmetro das fibras (Doria et al., 2012). A senescência tem também inerentes alterações a nível celular. Visualmente, observam-se as primeiras alterações no aspeto exterior com o aparecimento dos cabelos brancos, lentificação dos movimentos, diminuição da força muscular, tempos de reação e alterações ao nível do equilíbrio.

A vida humana compreende o processo de envelhecimento e com ele uma série de deteriorações endógenas da estrutura e funcionalidade de vários órgãos e tecidos, existindo também a contribuição de fatores extrínsecos, nomeadamente, do meio onde se insere o idoso, atuando ao nível da forma como se envelhece (Nobre, 2016). Associado ao processo de envelhecimento surgem as alterações cognitivas que causam incapacidades e limitações, nomeadamente, diminuição da mobilidade, tomada de decisão, perda de memória, dificuldade na gestão das rotinas diárias, entre outras. Relacionado, com esta fase da vida, observa-se também uma menor participação na sociedade que conseqüentemente aumenta a solidão e diminui os laços familiares, o que leva à institucionalização. Estas são algumas das razões que tornam vital a promoção do envelhecimento ativo para a inserção do idoso no meio, na vida social (Sequeira, 2010).

Quando se fala em envelhecimento, não podemos deixar de frisar a importância dos fatores psicológicos. Cada vez mais, nos últimos anos esta dimensão faz parte do envelhecimento com qualidade. De acordo com Zimerman (2000) os idosos demonstram dificuldades em adaptar-se a novos papéis, a novas situações e a mudanças

rápidas; gerir as perdas afetivas e sociais; preservar o humor; manter um estado psíquico normal, tendem a presenciar alterações psíquicas; têm baixa auto-estima e diminuição da auto-imagem. A diminuição dos laços afetivos e das relações com as pessoas da sua esfera pessoal, promovem no idoso uma percepção de perda, de afastamento e um sentimento de solidão. A motivação interna do idoso, também, tem tendência a diminuir. O idoso quando está consciente, em geral, aumenta a sua preocupação com a diminuição das suas capacidades mentais, físicas e sociais (Mazo, et al., 2001 cit in, Santos, 2015).

Os autores Jacob e Fernandes (2011), salientam a capacidade de lidar com situações, o controlo interno, o pensamento positivo, a autoeficácia, como condições psicológicas da personalidade que aparecem associadas à longevidade e ao envelhecimento ativo. Segundo estes autores qualquer modelo de abordagem ao envelhecimento deve integrar uma componente psicológica, de forma a promover a saúde, a adaptação às limitações físicas; otimizando e melhorando as funções cognitivas, a componente afetiva e envolvimento social. Por conseguinte, qualquer programa de treino cognitivo deverá contemplar uma abordagem global do envelhecimento e das necessidades que este acarreta.

## **1.2. DECLÍNIO COGNITIVO E INSTITUCIONALIZAÇÃO**

O envelhecimento é um processo adaptativo, lento e contínuo que trás consigo uma vasta sequência de alterações marcadas por fatores biológicos, psicológicos e sociais é um processo universal e complexo que decorre ao longo de toda a vida, a maneira como envelhecemos depende de sujeito para sujeito, cada indivíduo interpreta as vivências, os estímulos e aprendizagens de maneira diferente. Algumas capacidades cognitivas podem deteriorar-se mas, com treino podem ser recuperadas e enriquecidas (Fernandes, 2014).

Alguns estudos mostram que a institucionalização pode afetar negativamente a função cognitiva, sendo o resultado do sedentarismo ou falta de incentivo (Fernandes, 2014). Na maior parte das vezes, as perdas cognitivas existentes nos idosos resultam da inexistência, ou pouco treino do estímulo mental. Assim, desenvolver programas de

treino mental auxilia e potencia um envelhecimento ativo e saudável (Fernandes, 2014).

As funções cognitivas do idoso estão relacionadas com o envelhecimento ativo e com a qualidade de vida (Yassuda & Abreu, 2006). O envelhecimento ativo depende de uma multiplicidade de fatores e determinantes onde estão abrangidos determinantes da esfera pessoal; comportamental; económica; sociais, meio físico e, por último, os do domínio da disponibilização dos serviços sociais e de saúde (Ribeiro & Paúl, 2011). Santos (2015) refere que, a solidão está relacionada com problemas mentais, a qual poderá ser um preditor para promover no idoso quadros de depressão e ansiedade. Segundo o autor, os idosos que têm mais capacidades cognitivas têm tendência a perceberem menor sentimento de solidão, visto que conseguem estabelecer mais contatos sociais e conservar mais a sua autonomia.

Vários autores apontam como alterações cognitivas mais afetadas nos idosos: a atenção, a concentração e o raciocínio indutivo (Schaie, Willis e Caskie, 2004; Fabrício, Lima-Silva, Kissaki, Vieira, Ordonez, Oliveira, Aramaki, Souza e Yassuda, 2012). O declínio cognitivo pode afetar não só a estrutura física como também a cognição, porém, nem todas as mudanças no cérebro são negativas. Por vezes algumas sinapses surgem, o que ajuda a explicar a capacidade de regeneração do cérebro. (Papalia & Olds, 2000). Tendo em conta o Estudo Longitudinal de Seattle (Schaie, 1996) e o estudo Base (Baltes & Mayer, 1999), Baltes e Smith (2003), citados por Fonseca (2006), explicam que conforme a idade avança, o deterioro cognitivo é maior e a velocidade com que este acontecimento se dá, depende de indivíduo para indivíduo.

Ribeiro (2012) salienta que no curso do processo de envelhecimento se verifica a diminuição gradual das capacidades cognitivas e físicas arrastando consigo formas potenciadoras de isolamento social e solidão, sendo que, os maiores receios deste grupo etário é a perda progressiva da saúde, medo da perda da independência e serem abandonados pela sua família. Carvalho e Dias (2011), referem, ainda, que o envelhecimento é um fenómeno complexo que não envolve somente aspetos demográficos da população, mas também aspetos de cariz sociocultural, económico e político, estando estes em permanente interação com a dimensão biológica e subjetiva de cada pessoa.

A manutenção da cognição é importante para a autonomia e funcionalidade das pessoas idosas. A cognição é modificável, os estímulos cognitivos podem alterar a plasticidade e

as tarefas cognitivas. O idoso pode e deve ser capaz de ter um papel ativo na sociedade. Uma boa qualidade de vida passa por fatores biológicos, psicológicos e sociais, relativamente aos quais são relevantes a interação e adaptação ao meio. O envelhecimento não é acompanhado necessariamente pela doença ou pelo afastamento da sociedade, mas isso implica haver um trabalho de integração por parte do idoso e da sociedade que o acolhe (Silva, Pereira, Gonçalves, Vieira, Medeiros, Altermann e Carpes 2011).

De acordo com Fernandes (2014), existem três riscos possíveis no decurso da institucionalização: a) decréscimo da habilidade cognitiva, dificuldade na tomada de decisões, depressões e demências; b) inaptidão física, principalmente de mobilização, diminuição das atividades da vida diária, aumento de doenças crónicas, entre outros; c) mudanças afetivas, sociais e económicas tais como a viuvez, a solidão, as dificuldades nas relações familiares e o apoio social.

Frequentemente, os idosos que estão institucionalizados possuem um autoconceito mais baixo e um maior índice de depressão do que os idosos que vivem em suas casas. Isto pode dever-se ao facto do reduzido número de atividades que os idosos institucionalizados efetuam e também ao facto de se sentirem sós e da modificação da vida pessoal a que o idoso fica sujeito quando entra para uma instituição (Marrachinho, 2014). Assim, é muito importante que estas instituições prestem cuidados especializados e cuidados de qualidade, pois a qualidade das instituições depende muito das pessoas que trabalham nessa mesma instituição. Os trabalhadores têm tarefas importantes a cumprir, nomeadamente, a criação de um ambiente institucional favorável ao idoso, onde a vida deve ser valorizada e a dignidade do idoso reconhecida. Segundo Winnicott (Pinhel, 2011), o ambiente institucional deve ser adaptado às necessidades emocionais da pessoa idosa, onde esta possa demonstrar a sua própria personalidade e onde usufrua de uma base segura, evitando, deste modo, possíveis sentimentos de solidão, ou seja, o ambiente institucional deve centralizar-se na pessoa. Pegando nas palavras de Neto e Côrte Real (2012), “As instituições têm uma função social indiscutível, por vezes vital, na organização e no funcionamento da sociedade” (p.3).

### 1.3. QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

Nos anos 90, a Organização Mundial de Saúde, adota o termo envelhecimento ativo e reconhece que existem outros determinantes para um verdadeiro envelhecimento saudável que engloba muito mais do que os cuidados de saúde (Jacob & Fernandes, 2011). De acordo com estes autores, ter uma boa qualidade de vida, significa possuir autonomia, manter uma boa relação familiar, ter os recursos económicos e executar atividades recreativas e lúdicas.

Para Fernández-Ballesteros (2009), a saúde e uma qualidade de vida percebida e satisfeita são os principais indicadores de um envelhecimento ativo. De acordo com outros autores, um bom envelhecimento depende do compromisso social e satisfação com a vida (Jacob & Fernandes, 2011). Assim, podemos depreender que um envelhecimento ativo está diretamente associado à qualidade de vida e deve envolver as dimensões biológicas e psicológicas, em conjunto com a família e a sociedade.

O conceito de qualidade de vida não é de fácil definição. A Direção-Geral da Saúde - Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004, p. 6), citando a OMS, corrobora a dificuldade em definir qualidade de vida, visto considerar que se trata de uma “perceção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjetivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente”.

Para compreender a qualidade de vida dos idosos institucionalizados devemos ter em conta vertentes de natureza material, emocional, social e de saúde, tentando não sobrevalorizar a saúde em detrimento dos restantes, visto a qualidade de vida não ser uma consequência direta do estado de saúde (Paúl & Fonseca, 2008). As influências ambientais são fatores que também determinam o envelhecimento bem-sucedido.

Simões (2006) citado por Silva (2014), considera que um idoso com 90 anos de idade cronológica, pode ser mais jovem socialmente e intelectualmente que outro idoso com 65 anos, portanto, ser idoso não pode ser avaliado apenas pelos anos de vida da pessoa no tempo, mas deve ser medido pelo aspeto social, mental e físico.

A qualidade de vida, na perspetiva do idoso, inclui baixa probabilidade de adoecer, a manutenção da capacidade cognitiva e física, funcionamento social e bem-estar (Fontaine, 2000). A satisfação com a vida, o controle e a produtividade social são também indicadores de qualidade de vida de acordo com o mesmo autor. Nesta linha de pensamento, também Sequeira (2010), refere a satisfação e o bem-estar psicológico como estando associados ao envelhecimento bem-sucedido. A qualidade de vida e o bem-estar psicológico contemplam domínios como a satisfação pessoal, as emoções, a sensibilidade, os sentimentos e os desejos de acordo com a subjetividade de cada indivíduo. A história de vida, o sistema de valores e o contexto social assumem desta forma uma importância significativa na obtenção do envelhecimento ativo. (Nobre, 2016).

Na opinião de Ribeiro e Paúl (2011) existem formas diferentes de envelhecer e com um contacto diário com as pessoas mais velhas podemos constatar isso mesmo. Um envelhecimento bem-sucedido, satisfatório ou ativo não depende de fatores como a sorte, mas sim de cada um de nós, das nossas ações e responsabilidades individuais, bem como dos contextos promotores dessas formas de envelhecimento. Silva (2014) considera que o idoso pode ter uma vida saudável, desde que adote um estilo de vida dinâmico e que evite situações sedentárias no seu dia a dia, através da realização de tarefas do quotidiano que lhe promovam satisfação e prazer de viver. De acordo com este autor manter algumas atividades na sua rotina habitual seria uma forma de manter a sua identidade e atrasar o aparecimento de determinadas incapacidades, quer a nível físico, mental e social.

Autores têm vindo a defender a importância de concretizar ações que potenciam o envelhecimento positivo promovendo nos indivíduos as condições que otimizem um envelhecimento satisfatório (Jacob & Fernandes, 2011). Desta forma, os autores

aplicaram um questionário numa amostra de cem participantes selecionados de uma população de 670 indivíduos de 65 anos e mais. Os resultados do estudo revelaram uma correlação positiva entre o número de atividades realizadas e a adaptação dos indivíduos. Concluindo, assim, que as pessoas idosas que são mais ativas vivenciam a sua velhice com maior qualidade de vida (Jacob & Fernandes, 2011).

Outros autores têm também observado melhorias no desempenho cognitivo global após aplicação de programas de treino cognitivo (Gonçalves, 2012, Carneiro, 2016). Kinsella e colaboradores (2009) destacam o papel que estes programas têm ao nível da funcionalidade e melhoria da qualidade de vida. Também no estudo conduzido por Neves (2012), foram observadas uma perceção boa ou razoável por parte dos idosos ao nível da perceção sobre saúde, qualidade de vida e capacidade para fazer face ao dia a dia.

#### **1.4. ESTIMULAÇÃO COGNITIVA NO IDOSO**

A cognição é entendida como raciocínio, consciência, perceção e julgamento crítico. O desenvolvimento cognitivo envolve procedimentos de perceção, atenção, ação, solução de problemas, memória, formação de imagens mentais e representações sociais (Umphred, 2009). Spar e la Rue (2005) apontam algumas variáveis como mediadoras da cognição no envelhecimento normal, entre os quais se destaca: fatores genéticos, saúde, escolaridade, atividade mental, atividade física, personalidade e humor, meio social e cultural, treino cognitivo, sexo e conhecimentos especializados. No entanto importa referir que as alterações cognitivas, quando não compensadas com outros mecanismos, interferem na globalidade das funções do idoso, entre as quais se destacam o processamento de informação e a memória de trabalho.

Os conceitos “treino cognitivo”, “estimulação cognitiva” e “reabilitação cognitiva” surgem, por vezes como sinónimos, embora sejam reconhecidas diferenças entre estas abordagens. Analisando alguns exemplos: encontramos a terminologia “estimulação cognitiva” mais vezes associada à participação em atividades de grupo e discussões que visam a melhoria do funcionamento cognitivo e social; enquanto que o “treino

cognitivo” baseia-se na prática repetida e padronizada de tarefas para melhorar a função cognitiva afetada, o que, por vezes, desconsidera as necessidades individuais da pessoa doente (Clare e Woods, 2004 cit in Apóstolo, Cardoso, Marta e Amaral 2011). O treino cognitivo envolve a prática guiada sobre um conjunto de tarefas padrão e é projetado para melhorar funções cognitivas particulares, como memória, atenção, linguagem ou função executiva (Ballard, Khan, Clack e Corbett 2011). Por sua vez, a reabilitação cognitiva reconhece os níveis biológicos, psicológicos e sociais, tratando-se por isso de uma abordagem biopsicossocial (Apóstolo, et al., 2011), envolvendo situações e problemas do quotidiano. As intervenções são realizadas numa base individual e tentam melhorar a capacidade funcional em contextos diários, em vez de melhorar o desempenho em tarefas cognitivas (Apóstolo, et al., 2011; Roca, Gleichgerrcht, Torralva e Manes 2010). Os objetivos da reabilitação são: o tratamento e otimização das incapacidades, desvantagens e deficiências cognitivas, alcançar ou manter um nível ideal de funcionamento físico, psicológico e social, visando a melhor readaptação neuropsicológica, neurobiológica e social (Apóstolo, et al., 2011; Roca et al., 2010; Miotto, Serrão, Guerra, Lúcia e Scaff 2008).

Muitos autores mostram a importância de estudar o funcionamento intelectual da pessoa idosa. No seu quotidiano, o idoso precisa da inteligência para executar as suas tarefas e o seu nível operativo ou funcional diminui conforme a idade. Com o envelhecimento vem a regressão das funcionalidades mentais (Fontaine, 2000). A literatura é clara relativamente à importância que a participação ativa na sociedade possui na estimulação cognitiva, é uma forma de reintegração e conservação da inteligência. No que concerne ao processamento de informação, este está em grande parte dependente da capacidade do idoso para receber e reter informação, sendo fundamental efetuar a distinção entre os dois tipos de inteligência envolvidos no processo, a inteligência fluída e a cristalizada. Estes dois tipos de inteligência sofrem diferentes influências e alterações durante o processo de envelhecimento. Por um lado, a inteligência cristalizada, consiste na aquisição de conhecimentos centrados na educação (cultura), no conhecimento e na experiência que os indivíduos acumulam ao longo da vida (Sequeira, 2010). Por outro lado, a inteligência fluída, isto é, a capacidade de raciocinar, perceber a relação entre os objetos, criar novas ideias, adaptar-se a

mudanças, sofre um declínio com a idade, diminuindo a velocidade e a precisão no processamento de informação (Sequeira, 2010).

Quanto à memória, esta é uma das queixas mais frequentes associadas ao processo de envelhecimento. De facto, a memória constitui uma das funções cognitivas fundamentais à manutenção de um envelhecimento ativo, sendo fundamental à manutenção do quotidiano, da orientação, da comunicação, da execução de tarefas, etc., e com a idade ocorre uma diminuição da velocidade de recuperação dos vários recursos da memória, especialmente ao nível da memória de trabalho (memória a curto prazo ou imediata). Relativamente à memória a longo prazo (memória de recordação), esta mantém-se relativamente estável ou declina muito pouco com a idade (Spar & La Rue, 2005).

A necessidade de melhorar a qualidade de vida dos idosos e das suas famílias, tem contribuído para o desenvolvimento de programas de intervenção para idosos com alguma incapacidade e de programas de reabilitação (Guerreiro, 2012 cit in Pinho 2012). Os autores referem que o interesse científico pela reabilitação nesta área é relativamente recente, sendo a maioria dos trabalhos publicados a partir dos anos 90. Roca et al. (2010) acrescentam que a melhoria substancial percebida pelo doente e familiares sugere a possibilidade intrigante de que a reabilitação cognitiva pode melhorar, pelo menos temporariamente, os problemas quotidianos causados por esta doença.

A Reabilitação Cognitiva apoia-se no pressuposto da capacidade plástica do cérebro (Marques, Queirós e Rocha, 2006). De facto sabe-se que o cérebro tem uma importante neuroplasticidade e capacidade adaptativa inclusive quando está deteriorado (Franco-Martín et al., 2006 cit in Pinho, 2012). De acordo com os autores, a plasticidade cerebral é uma das questões centrais das neurociências. É nesse cenário que se estabelece a relação de reciprocidade entre o organismo e o meio ambiente, e, por conseguinte, a possibilidade da aplicação de um programa de reabilitação neuropsicológica (PRN) gerar impacto plástico cerebral. Sabe-se que a plasticidade cerebral, bastante reduzida em idosos, limita as possibilidades de reabilitação cognitiva. Entretanto o envelhecimento normal está associado com a sua redução e não com a sua perda completa. Desta forma,

a reabilitação cognitiva em doentes idosos tem objetivos mais modestos, que são, manter as funções existentes e permitir que elas compensem as funções comprometidas com menor expectativa da sua recuperação (Holderbaum et al., 2006 cit in Pinho, 2012).

Alguns investigadores consideram que a estimulação cognitiva contribui para o aumento da densidade sináptica e da plasticidade cerebral, o que requer novas aprendizagens ou o desenvolvimento de novas estratégias cognitivas (Souza e Chaves 2005; La Rue, 2010). No contexto desta problemática, surgiu a pertinência da criação de um projeto que potenciase as habilidades cognitivas e funcionais dos idosos institucionalizados, que criasse e dinamizasse atividades que colocassem o idoso como agente de promoção de aprendizagens, estimulando o encontro e a partilha.

É comum observar-se o uso do Mini exame do estado mental e o teste do relógio como instrumentos de avaliação no que diz respeito a avaliação de programas de estimulação cognitiva. Embora o teste do relógio possa parecer uma tarefa simples, este exige que múltiplos domínios cognitivos funcionem de forma precisa. Exige que a pessoa compreenda as instruções, consiga recuperar informação relacionada com o conceito, com diferentes tipos de processos de memória, que relacione esse conhecimento através de processos visuoperceptivos e visuomotores, e ainda que consiga monitorizar através das funções executivas o resultado que vai obtendo ao desenhar (Peres & Pinto, 2008). De acordo com Tuokko e O'Connell (2006) a natureza multifatorial dos processos por detrás do ato de desenhar um relógio é o que o torna altamente sensível a défices cognitivos.

No estudo conduzido por Nery de Sousa e Chaves (2003) visando investigar o efeito da estimulação da memória recorrendo ao MEEM, em que foram usadas diversas atividades, nomeadamente, apresentação de palestras, aplicação de jogos, atividades de treino de raciocínio, compostas por resolução de problemas, cálculos, leitura e memorização visual. Concluíram que os resultados pós estimulação cognitiva, apresentaram melhorias estatisticamente significativas. Outro estudo, datado de 2011, dos investigadores Lima, Coelho e Günther, visando também testar a eficácia do treino

cognitivo, obtiveram resultados similares, observando particularmente melhorias significativas ao nível da memorização de listas de palavras e ao nível da fluência verbal.

Em Portugal, têm-se observado algumas intervenções neste sentido, ou seja, a implementação de programas de estimulação cognitiva com vista a prevenir ou minimizar o declínio cognitivo associado à institucionalização e outras perdas sociais e psicológicas. A grande maioria dos estudos apontam para melhorias estatisticamente significativas após a exposição ao treino cognitivo em diferentes áreas: memória, cálculo, atenção entre outras (Castro 2011; Fernandes, 2014; Nunes, 2017; Santos; 2015; Sousa 2012).

### **1.5. O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Efetivamente, este ciclo de vida apresenta-se como sendo o mais frágil do ponto de vista físico e mental, pressupondo com alguma evidência a formação de equipas multidisciplinares, onde se deverão juntar vários profissionais, especialistas em áreas muito diferentes, capacitados em prestar cuidados primários e secundários aos idosos mais dependentes física e psicologicamente (Zagher, Pierezan, & Claudino, 2009).

Neste contexto surge a importância da reabilitação enquanto função da enfermagem que busca a independência para a realização do autocuidado. De acordo com a literatura a reabilitação neurológica em enfermagem é um processo dinâmico, envolvendo orientações para a saúde que auxiliam os indivíduos doentes e/ou com incapacidades a obterem uma melhor recuperação em todos os sentidos: físico, mental, espiritual e social. Isto possibilita uma melhor qualidade de vida, que inclui a recuperação da dignidade, do auto-respeito e independência (Smeltzer e Bare 2005).

A prática profissional e os vários documentos científicos salientam o profissional de enfermagem como sendo ao mesmo tempo, executor, conselheiro, terapeuta, supervisor, pesquisador, educador do idoso e da família e, quando necessário, um grande apoio para o cuidador. Este deve, ainda, possuir formação e experiência, gosto na investigação para exercer segundo a evidência, ser assertivo, flexível e respeitar os

direitos de escolha dos utentes, ser sensível, consciente de si próprio, confiante e compassivo. Requisitos que lhe permitem prestar cuidados de enfermagem, de qualidade, aos idosos com problemas típicos da terceira idade (1º Encontro Psicogeriátrico do Porto, 2009).

A Enfermagem de Reabilitação surge em Portugal na década de sessenta, resultante da necessidade de especializar um conjunto de profissionais de saúde, entre os quais enfermeiros e construir um centro de reabilitação capaz de dar resposta às necessidades dos grandes deficientes motores, tal como já vinha acontecendo em outros países do mundo. Este centro incluiria uma equipa multiprofissional e multidisciplinar, onde o enfermeiro de reabilitação privilegiaria os aspetos que dizem respeito ao autocuidado e atividades da vida diária, perspetivando-os num paradigma de recuperação funcional tendencialmente dirigido para a recuperação da autonomia nas atividades de vida (O.E., 2003). Esta especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Pressupõe como objetivos gerais: melhorar a função, promover a independência a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima. A sua intervenção e visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (por doença ou acidente) (Portugal, 2011).

Se nos debruçarmos sobre o Regulamento das Competências Específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (O.E., 2019), os programas de cuidados no âmbito da reabilitação cognitiva inserem-se na competência número um - “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”. Os planos de intervenção em Enfermagem de Reabilitação devem ser personalizados e adaptados às necessidades reais da pessoa. De acordo com Rodrigues (2012) e com base nas unidades de competência dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (O.E.,

2019), é necessário quando se prestam cuidados aos idosos com risco de declínio funcional cognitivo durante o internamento, atender ao seguinte:

- a) Avaliar o risco de alteração da funcionalidade a nível cognitivo;
- b) Recolher informação pertinente e utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar a função cognitiva;
- c) Avaliar os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade;
- d) Fazer o diagnóstico das respostas humanas desadequadas a nível cognitivo;
- e) Identificar as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função a nível cognitivo;
- f) Discutir as práticas de risco com a pessoa, conceber planos, selecionar e prescrever as intervenções para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível cognitivo;
- g) Discutir as alterações da função a nível cognitivo com a pessoa/cuidador e definir com ela quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida;
- h) Conceber planos, selecionar e prescrever as intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e elaborar programas de reeducação funcional cognitiva;
- i) Implementar planos de intervenção para a redução do risco de alterações da função ao nível cognitivo;
- j) Implementar programas de reeducação funcional cognitiva;
- k) Monitorizar a implementação e os resultados dos programas de: Redução do risco; Otimização da função; Reeducação funcional; Treino.

Assim sendo, podemos entender o papel do enfermeiro como o profissional que procura promover o cliente como um agente de autocuidado, fomentando a tomada de decisão, o controle do comportamento e a aquisição de conhecimento e capacidades (Taylor, 2004). A autora entende autocuidado Universal como autocuidado natural, que existe para suprir, satisfazer necessidades inerentes ao processo de vida ao longo do ciclo vital. A estas necessidades de autocuidado, a pessoa responde com um conjunto de recursos pessoais e sociais e exigências do meio. Quando os recursos existentes não permitem a auto satisfação dessas necessidades, a capacidade de autocuidado diminui e surge a

exigência de auto cuidado terapêutico, podendo tornar-se imperioso a ajuda de terceiros, os agentes, que fornecem autocuidado.

Sendo assim, a reabilitação intervém para maximizar a funcionalidade, a independência física, emocional e social, dirigindo a sua ação para a prevenção e tratamento, contextualizando o indivíduo, a família e a comunidade numa perspetiva mais social e menos biológica. O cuidar não é entendido pela enfermagem de reabilitação como um ato individual, é antes um ato de reciprocidade, em que o projeto de saúde é construído em parceria, para desta forma contribuir decisivamente para a autodeterminação da Pessoa na construção do seu projeto de saúde de forma livre e responsável (Hesbeen, 2001).

## **PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

## 2.1. MÉTODO

A metodologia de investigação assentou num conjunto de etapas de investigação que contemplaram a seleção da amostra, os instrumentos aplicados e a descrição dos procedimentos metodológicos e éticos para que o estudo empírico fosse operacionalizado.

Neste capítulo iremos identificar o tipo de estudo, os participantes, os materiais utilizados na recolha de dados e implementação do programa e os respetivos procedimentos, bem como as técnicas adotadas no tratamento estatístico.

Qualquer investigação inicia-se pela formulação dum problema, que acaba por levar à formulação da questão de investigação (Fortin, 1999). “Em que medida o declínio cognitivo pode ser minimizado/evitado com um programa de estimulação cognitiva durante a institucionalização?” sendo este o objetivo geral ou a questão principal.

Como objetivos específicos temos:

- Conhecer a capacidade cognitiva, o funcionamento e a qualidade de vida relacionada com a saúde dos idosos institucionalizados, antes e pós aplicação do programa de estimulação cognitiva;
- Conhecer a prevalência do declínio cognitivo em função das variáveis sociodemográficas;
- Verificar a associação entre a idade, o tempo de institucionalização e o declínio cognitivo;
- Explorar a relação entre qualidade de vida relacionada com a saúde e o declínio cognitivo.

Esta investigação consiste num descritivo, quantitativo e longitudinal, com uma metodologia que envolveu a aplicação de um programa de estimulação cognitiva na população idosa, com dois momentos de avaliação (antes e após a intervenção de seis semanas) por forma a observar se ocorreram mudanças com o programa aplicado.

Após a recolha dos dados, estes foram introduzidos e analisados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 24, nomeadamente através de análises descritivas, teste não paramétricos, (qui quadrado, teste wilcoxon) e a correlação de Tau de Kendall.

## 2.2. PARTICIPANTES

Foi selecionada uma amostra por conveniência constituída por 14 idosos dos quais cinco (36%) são do sexo masculino e nove (64%) do sexo feminino com média de 84 anos (DP = 4,69). No que diz respeito ao Estado Civil foi dividido em três categorias, casados (n = 3; 21%), viúvos (n = 7; 50%) e solteiros (n = 4; 29%). A amostra a nível da escolaridade, está dividida em Analfabetos (n = 5; 36%), sabem ler e escrever (n = 8; 57%), e 4º ano de escolaridade (n = 1; 7%) (Tabela 1).

**Tabela 1. Distribuição da amostra de acordo com a caracterização sociodemográfica. Sexo, estado civil e escolaridade**

	Frequência	Porcentagem
<b>Sexo</b>		
Masculino	5	35,7
Feminino	9	64,3
<b>Estado civil</b>		
Casado	3	21,4
Viúvo	7	50,0
Solteiro	4	28,6
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	5	35,7
Sabe ler e escrever	8	57,1
4ºano	1	7,1

A idade média dos participantes é de 84 anos, com idades compreendidas entre 79 e 93 anos (tabela 2). Em relação ao tempo de institucionalização podemos verificar que a média é de 4,93 anos, sendo o tempo mínimo de institucionalização um ano e o máximo treze anos.

**Tabela 2. Estatística descritiva da idade e tempo de institucionalização**

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade	79	93	84.0	4.69
Tempo institucionalização	1	13	4.93	4.05

### 2.3. INSTRUMENTOS

Tendo em consideração o tipo de estudo e o que se pretende analisar, procedeu-se à seleção de instrumentos que permitissem dar resposta à questão inicial do estudo.

Construiu-se um questionário que incluiu variáveis de carácter sociodemográfico, como a idade, escolaridade, sexo, estado civil e tempo de institucionalização, permitindo assim dar resposta ao primeiro objetivo específico do estudo, e uma segunda parte constituída pelos Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Teste do Relógio, Escala EQ-5D-3L, Índice de Barthel (Anexo III).

A Mini Exame do Estado Mental (MEEM; Folstein, Folstein, e McHugh, 1975) é naturalmente o instrumento mais utilizado mundialmente para avaliar as funções cognitivas. É um teste cuja aplicação é relativamente rápida, entre 5 a 10 minutos que fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos. O MEEM está agrupado em 7 categorias distintas: orientação espacial (5 pontos), orientação temporal (5 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), retenção de 3 palavras (3 pontos), evocação das 3 palavras (3 pontos), capacidade construtivo visual (1 ponto) e linguagem (8 pontos). A pontuação do MEEM pode variar de um mínimo de 0 pontos (elevado grau de défice cognitivo) a um máximo de 30 pontos, equivalente à melhor capacidade cognitiva (Folstein, Folstein, e McHugh, 1975). É um teste de rastreio para o défice cognitivo e não um teste de diagnóstico de demência (Folstein et al., 1975). O ponto de corte mais utilizado para indicar défice cognitivo é 24, sendo sugerido por alguns autores para aumentar a sensibilidade para o défice cognitivo leve, o ponto de corte 25 (Kay, Henderson, Scott, Wilson, Richwood e Grayson, 1985). O ponto de corte passou a ser definido conforme a escolaridade, para reduzir a perda de casos entre as pessoas de educação mais elevada e gerar menos falsos positivos entre os que possuem um grau educacional inferior (Murden, McRae, Kaner, e Bucknam, 1991). Para a população portuguesa os pontos de corte referenciados para se considerar que manifesta défice cognitivo são de menos ou igual a 15 para analfabetos, menos ou igual a 22 para indivíduos com 1 ou 11 anos de escolaridade e menor ou igual a 27 para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos (Folstein et al., 1975). De acordo com Lezak, Howieson e Loring (2004), o MEEM apresenta alta fidedignidade teste-reteste (após um período

de quatro semanas) ( $r = 0,99$ ) e boa concordância interavaliadores (entre clínicos gerais e entre neuropsicológicos) ( $\kappa = 0,86$ ) (Pezzoti, Scalmana, Mastromattei e Di Lallo, 2008).

O teste do relógio pode também ser utilizado na identificação da presença de défice cognitivo. É de fácil aplicação e não sofre grande influência do grau de alfabetização. Avalia diversas funções cognitivas, como a memória semântica, a função executiva (planeamento), a linguagem (compreensão do comando), praxia e função visuo-espacial. É um teste com grande especificidade e sensibilidade para detetar Doença de Alzheimer (Jean, et al., 2010). De acordo com Ismail e Shulman (2006) umas das grandes vantagens deste teste consiste na relativa independência da interferência de fatores intelectuais, culturais ou de linguagem. Estudos desenvolvidos por Samton, Stephen, Sanelli, Karimi, Raiteri e Barnhill, (2005) demonstraram que o teste do relógio foi sensível ao ponto de detetar défices cognitivos frontais/executivos em pessoas com resultados normais no MEEM. A interpretação do teste é eminentemente qualitativa. O teste do relógio constitui um bom instrumento para rastreio de demência ou défice cognitivo (Agrell e Dehlin, 1998). O teste considera-se bastante alterado quando o resultado é 0,1 ou 2 (Apóstolo et al., 2011) ou abaixo de 3 (Shulman, Gold, Cohen, Zuccherro, 1993), podendo ser relacionado com o MEEM (Agrell e Dehlin, 1998).

O EQ-5D-3L é um instrumento genérico de medição da qualidade de vida que permite gerar um índice representando o valor do estado de saúde de um indivíduo. Desenvolvido pelo grupo EuroQoL (1990), é composto por um sistema classificativo que descreve a saúde em cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Cada uma destas dimensões tem três níveis de gravidade associados, correspondendo a sem problemas (nível 1), alguns problemas (nível 2) e problemas extremos (nível 3) vividos ou sentidos pelo indivíduo. Para além do preenchimento deste sistema descritivo é pedido ao respondente que registre a avaliação que faz do seu estado de saúde em geral numa escala visual analógica de 0 (pior estado de saúde imaginável) a 100 (melhor estado de saúde imaginável) denominada frequentemente por termómetro EQ-VAS. As respostas ao sistema descritivo podem ser agregadas através de um algoritmo sensível aos valores da sociedade, isto é, aos valores que os indivíduos associam a cada um dos estados de saúde, produzindo um índice de valor. Este valor situa-se numa escala de 1 (saúde

perfeita) a 0 (morte), admitindo ainda valores negativos, correspondentes a estados de saúde considerados como piores do que morte.

O Índice de Barthel, que é um instrumento que avalia o nível de autonomia do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida: 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 e Barthel, cit. por Araújo, F., Ribeiro, J.L. P., Oliveira, A. e Pinto, C., 2007). Cada uma destas atividades apresenta dois a quatro níveis de dependência, em que zero “corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com níveis de diferenciação” (Sequeira, 2007: p.141/142). A sua pontuação total é de 100 pontos, sendo que quanto menor a pontuação obtida, maior o grau de dependência (Idem) 90-100 Pontos – independente; 60-90 Pontos – ligeiramente dependente; 40-55 Pontos – moderadamente dependente; 20-35 Pontos – severamente dependente; < 20 Pontos – totalmente dependente. Para proceder ao tratamento estatístico atribuiu-se a seguinte escala a cada ponto de corte: < 20 Pontos – totalmente dependente – 1; 20-35 Pontos – severamente dependente – 2; 40-55 Pontos – moderadamente dependente – 3; 60-90 Pontos – ligeiramente dependente – 4; 90-100 Pontos – independente – 5; para ser viável trabalhar com a média dos itens.

Relativamente ao programa de estimulação cognitiva, este integrou doze sessões que resumidamente passamos a apresentar, a versão mais detalhada é apresentada em anexo (anexo IV):

**Sessão 1** – Aplicação de jogos de apresentação e integração. Avaliação inicial cognitiva (mini exame do estado mental, teste do relógio); funcional (índice de Barthel) e qualidade de vida (EQ-5D-3L). Preenchimento do questionário sociodemográfico. Objetivo: apresentar o programa de estimulação cognitiva, integrar e conhecer os participantes do grupo. Avaliar a cognição, a funcionalidade e a qualidade de vida dos participantes.

**Sessão 2** – Realização de jogos (como por exemplo: descobrir a profissão, função do objeto, associação de imagens, entre outros), jogo da memória, etc. Objetivo: Estimular a memória a curto prazo e a memória visual. Estimular a memória por associação.

**Sessão 3** – Realização de jogos sócio recreativos (dominó, cartas, bingo). Operações aritméticas simples; triângulos matemáticos; decompor números; resolução de problemas com desenhos e ordens crescente e decrescente. Objetivo: Estimulação da atenção e concentração. Estimular a interação social e a competitividade.

**Sessão 4** – Realização de exercícios: compreensão de ordens; praxia ideativa; ordenar palavras por categoria/procurar palavras; sinónimos; exercícios de evocação. Objetivo: Estimular as capacidades cognitivas. Estimular a memória a curto e a longo prazo.

**Sessão 5** – Realização de jogos teatrais. Copiar e completar texto; provérbios populares; jogo de sons; comunicar através do corpo; transformar afirmação em negação; “histórias loucas”. Objetivo: Estimular a partilha de experiências, a comunicação, o trabalho em equipa, o bem-estar e a criatividade.

**Sessão 6** – Copiar imagens; desenhos criativos; manchas; teste do relógio. Objetivo: Estimular a criatividade e expressão artística dos participantes.

**Sessão 7** – Jogos de autorretrato; jogos de seleção; nomeação de objetos/ordem de dedos; mapas/orientação temporal; “Onde estou”, “Quem sou”. Objetivo: Promover a orientação temporal e espacial.

**Sessão 8** – Diferenças; memorização de palavras; repetição de palavras e números; lista de palavras, lista de imagens; jogo da memória; associação de imagens. Realização de jogos (como por exemplo: descobrir a profissão, função do objeto, associação de imagens, entre outros). Objetivo: Estimular a memória a curto prazo e a memória visual. Estimular a memória por associação.

**Sessão 9** – Realização de jogos sócio recreativos (dominó, cartas, bingo). Operações aritméticas simples; triângulos matemáticos; decompor números; resolução de problemas com desenhos e ordens crescente e decrescente. Objetivo: Estimulação da atenção e concentração. Estimular a interação social e a competitividade.

**Sessão 10** – Realização de exercícios: compreensão de ordens; praxia ideativa; ordenar palavras por categoria/procurar palavras; sinónimos; exercícios de evocação. Objetivo: Estimular as capacidades cognitivas. Estimular a memória a curto e a longo prazo.

**Sessão 11** – Realização de jogos teatrais. Copiar e completar texto; provérbios populares; jogo de sons; comunicar através do corpo; transformar afirmação em negação; “histórias loucas”. Objetivo: Estimular a partilha de experiências, a comunicação, o trabalho em equipa, o bem-estar e a criatividade.

**Sessão 12** – Avaliação final cognitiva (mini exame do estado mental, teste do relógio); funcional (índice de Barthel) e qualidade de vida (EQ-5D-3L). Jogos de finalização. Objetivo: Avaliar a cognição, a funcionalidade e a qualidade de vida dos participantes. Estimular os participantes para a importância da continuidade na participação em atividades de estimulação cognitiva. Avaliar o PEC.

## 2.4. PROCEDIMENTO

A recolha de dados ocorreu entre Outubro e Novembro de 2017 junto de idosos institucionalizados no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Macedo de Cavaleiros. Foi solicitada autorização ao Provedor da Instituição (Anexo I), para aplicação do estudo. Após autorização foram realizados os contactos com os idosos.

Para a seleção dos participantes foram considerados os seguintes critérios de inclusão:

- Idade superior ou igual a 65 anos;
- Idosos institucionalizados de forma permanente;
- Idosos sem demências diagnosticadas;
- Idosos com capacidade cognitiva para compreender e responder às questões formuladas.

Numa primeira etapa e para uma melhor compreensão do estado dos idosos e se estes cumpriam os critérios de inclusão para aplicação do programa, entendeu-se que seria útil recolher informação mais detalhada sobre as capacidades cognitivas e funcionais, para participarem no estudo. Esta informação, tendo em conta a ausência de registos escritos, foi recolhida junto dos colaboradores do lar, nomeadamente, enfermeiras e animador sociocultural. O contacto diário que estes profissionais estabelecem com os idosos, permitiu a colheita da informação e a seleção dos participantes.

Para aplicação deste tipo de programas é necessário que o idoso demonstre a capacidade de compreensão das tarefas que lhe vão ser solicitadas, que a sua memória não esteja ainda muito afetada, que não existam lesões ou doenças que comprometam a linguagem ou capacidade de se expressarem oralmente. Foram selecionados 15 idosos que cumpriam todos os critérios de inclusão. Após a primeira sessão com a desistência de um participante ficaram 14, que se mantiveram até ao final do programa.

Foi definido dia e horário fixo para a realização de cada uma das 2 sessões semanais. Cada sessão teve a duração de uma hora aproximadamente, seguindo uma planificação, objetivos gerais, específicos e materiais definidos previamente. Ao longo da implementação do plano de intervenção todas as fases éticas foram cumpridas desde os pedidos de autorização para aplicação dos instrumentos de avaliação psicológica até aos direitos de autor.

O respetivo Plano de intervenção foi devidamente explicado a todos os participantes e devidamente acompanhados com a carta de Consentimento Informado e Esclarecido e Termo de Responsabilidade (Anexo II). Seguimos todas as regras da não invasão da privacidade do outro, ou seja, as questões aplicadas aos instrumentos de avaliação psicológica seguem regras que respeitam a lei e os direitos da pessoa e estão devidamente validados.

#### **2.4.1. Procedimentos Éticos**

A avaliação inicial decorreu depois da assinatura do consentimento informado pelo idoso, com o preenchimento do questionário sociodemográfico e a aplicação dos testes: o índice de Barthel, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para a deteção de défice cognitivo; o Teste do relógio e a escala EQ-5D-3L.

Todas as informações recolhidas no âmbito desta investigação são confidenciais, sendo apenas usada para fins da mesma investigação. Em nenhum momento a identificação dos participantes será revelada ou disponibilizada para outras finalidades.

Tendo em consideração que a investigação aplicada em seres humanos pode eventualmente causar prejuízo dos direitos e liberdades da pessoa torna-se fundamental tomar todas as precauções necessárias de forma a proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações (Fortin, 2003).

Deste modo, a presente investigação teve como pressupostos éticos a garantia do anonimato e confidencialidade dos dados, ou seja, os resultados são “apresentados de tal forma que nenhum dos participantes num estudo possa ser reconhecido nem pelo investigador, nem pelo leitor do relatório de investigação” (Fortin, 2003, p.117).

O consentimento livre e esclarecido foi outro dos procedimentos éticos adotados, por meio da disponibilização de informação relativa à descrição do estudo, objetivos e da recolha do consentimento escrito, livre e esclarecido, por parte dos sujeitos (Fortin, 2003). Neste sentido, foi disponibilizado a todos os inquiridos, um documento relativo ao consentimento livre, informado e esclarecido de participação na presente investigação. Na utilização de instrumentos e escalas durante este estudo teve-se a preocupação de recorrer a escalas que são do domínio público e estão em livre acesso, ou que tem a sua utilização autorizadas para fins clínicos e de investigação, por forma, a não colidir com direitos de autor.

### 3. RESULTADOS

Na apresentação dos resultados começaremos por analisar descritivamente as dimensões das variáveis em estudo para, posteriormente, procedermos a uma análise comparativa entre o momento um e o momento dois após a aplicação do programa e por fim a análise e correlacional. Através da análise descritiva das dimensões das escalas aplicadas (tabela 3) verificou-se que a média do Índice de Barthel foi de 4,43 (DP = 1,089) variando de 1 a 5, no momento 1 e no momento 2, não havendo alteração na funcionalidade dos participantes.

Em relação ao Mini Exame do Estado Mental no momento 1 observou-se uma média de 3,07 (DP = 0,616) variando de 2 a 4, no momento 2 a média observada foi de 3,93 (DP = 0,267) variando de 3 a 4.

No Teste do Relógio no momento 1 a média foi de 1,50 (DP = 1,698) variando de 0 a 5, no momento 2 a média é de 2,64 (DP = 1,598) variando de 0 a 5.

Nas dimensões do instrumento EQ 5D 3L, a escala para cada dimensão pode variar de 1 a 3. Observa-se na dimensão da mobilidade uma média de 2,14 (DP = 0,363) no momento 1 e um ligeiro aumento para 2,43 (DP = 0,514) no momento 2. Na dimensão dos cuidados pessoais verifica-se no momento 1 uma média de 2,21 (DP = 0,802) e no momento 2 média de 2,36 (DP = 0,745). Na dimensão das atividades habituais observa-se no momento 1 uma média de 2,50 (DP = 0,519) aumentando ligeiramente no momento 2 a média para 2,86 (DP = 0,363). Verifica-se na dimensão da dor/mal-estar no momento 1 uma média de 2,07 (DP = 0,616), no momento 2 a média aumenta levemente para 2,29 (DP=0,469). Na ansiedade/depressão a última dimensão a média observada é de 2,29 (DP=0,469) no momento 1, aumentando para uma média de 2,50 (DP = 0,519) no momento 2.

Na Escala de percepção individual de saúde no momento 1 a média foi de 3,07 (DP = 0,475) variando de 2 a 4, no momento 2 média de 3,86 (DP = 0,363) variando de 2 a 4.

**Tabela 3. Caracterização da amostra relativamente ao perfil cognitivo, funcional e qualidade de vida relacionada com a saúde.**

Dimensões/Escalas	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Índice de Barthel M1	1	5	4,43	1,089
Índice de Barthel M2	1	5	4,43	1,089
MEEM M1	2	4	3,07	,616
MEEM M2	3	4	3,93	,267
TDR M1	0	5	1,50	1,698
TDR M2	0	5	2,64	1,598
Mobilidade M1	2	3	2,14	,363
Mobilidade M2	2	3	2,43	,514
Cuidados Pessoais M1	1	3	2,21	,802
Cuidados Pessoais M2	1	3	2,36	,745
Atividades Habituais M1	2	3	2,50	,519
Atividades Habituais M2	2	3	2,86	,363
Dor/Mal-estar M1	1	3	2,07	,616
Dor/Mal-estar M2	2	3	2,29	,469
Ansiedade/Depressão M1	2	3	2,29	,469
Ansiedade/Depressão M2	2	3	2,50	,519
Escala de perceção individual de saúde M1	2	4	3,07	,475
Escala de perceção individual de saúde M2	3	4	3,86	,363
N válido (listwise)				

A tabela 4, apresenta os resultados referentes ao Mini Exame do Estado Mental, onde é possível verificar diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos e que de um modo geral existe uma evolução positiva nos resultados do momento 2 (final) em relação ao momento 1 (inicial). Os resultados permitem observar que 10 participantes melhoraram, passando de 3 para 13 os participantes com funções cognitivas preservadas.

**Tabela 4. Resultados dos testes do MEEM no Momento 1 e Momento 2.**

	M1		M2		Teste wilcoxon	<i>p</i>
	Frequência	%	Frequência	%		
Prejuízos cognitivos moderados	2	14,3			55.00	.003
Prejuízos cognitivos leves	9	64,3	1	7,1		
Funções cognitivas preservadas	3	21,4	13	92,9		
Total	14	100	14	100		

No teste do relógio verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na comparação do momento 1 e do momento 2, observando-se melhoria dos níveis cognitivos.

**Tabela 5. Resultados do Teste do Relógio no Momento 1 e Momento 2.**

	M1		M2		Teste wilcoxon	<i>p</i>
	Frequência	%	Frequência	%		
Inabilidade	5	35,7	1	7,1	52.00	.011
Desorganização visuo-espacial grave	4	28,6	2	14,3		
Desorganização visuo-espacial moderada	2	14,3	5	35,7		
Distribuição visuo-espacial correta com hora errada	0	0	2	14,3		
Pequenos erros espaciais	2	14,3	1	7,1		
Relógio perfeito	1	7,1	3	21,4		
Total	14	100	14	100		

Na avaliação da qualidade de vida e saúde (tabela 6), que integra 5 dimensões, apenas se observaram diferenças estatisticamente significativas ao nível das dimensões: Mobilidade em que 4 dos participantes apresentaram melhorias, os restantes 10 mantiveram a condição; na dimensão, atividades habituais, observou-se uma melhoria em 5 participantes os restantes mantiveram a condição. Não se observaram diferenças significativas ao nível das dimensões: cuidados pessoais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão.

**Tabela 6. Resultados dos testes do instrumento EQ-5D-3L no momento 1 e momento 2.**

	M1				M2				Teste wilcoxon	<i>p</i>
	Sem problemas		Alguns problemas		Sem problemas		Alguns problemas			
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%		
Mobilidade	2	14,3	12	85,7	6	42,9	8	57,1	10.00	.046
Atividades habituais	7	50	7	50	12	85,7	2	14,3	15.00	.025
Total	14 (100)									

Nos resultados obtidos na escala de percepção de saúde (tabela 7), no momento 1, dos 14 participantes, 1 tinha a percepção de saúde má, 11 consideram razoável e 2 consideram muito boa. No momento 2, 2 participantes consideram razoável a percepção de saúde e 12 consideram muito boa. Há a referir que 10 participantes melhoraram e 4 mantiveram a percepção sobre a sua saúde.

**Tabela 7. Resultados dos testes da escala de percepção individual de saúde no momento 1 e momento 2.**

	M1		M2		Teste wilcoxon	<i>p</i>
	Frequência	%	Frequência	%		
Má	1	7,1	--			
Razoável	11	78,6	2	14,3	55.00	.002
Muito boa	2	14,3	12	85,7		
Total	14	100	14	100		

Relativamente à análise comparativa em função de diferentes variáveis sociodemográficas, no que se refere ao género (tabela 8) foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na aplicação do mini mental entre o momento 1 e o 2. Observando-se sete mulheres que apresentam funções cognitivas preservadas após participação no programa, comparativamente ao momento inicial que apenas identificava duas. No sexo masculino não se verificaram diferenças estatisticamente significativas

**Tabela 8. Comparação, no sexo feminino, das dimensões do Mini Mental antes e após aplicação do programa de estimulação cognitiva.**

Dimensões	Sexo feminino				Teste wilcoxon	p
	M1		M2			
	Frequência	%	Frequência	%		
Prejuízos cognitivos moderados	1	11,1			28.00	0.11
Prejuízos cognitivos leves	6	66,7				
Funções cognitivas preservadas	2	22,0	9	100		
Total	9	100	9	100		

Na comparação dos resultados obtidos no teste do relógio nos participantes do sexo feminino verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, mostrando melhorias dos níveis cognitivos nas mulheres que participaram no estudo. No momento um, três participantes apresentam inabilidade, quatro conseguiram no Teste do relógio desorganização visuo-espacial grave, um participante apresenta pequenos erros espaciais e um participante com o relógio perfeito. No momento dois, dois participantes apresentam desorganização visuo-espacial grave, três participantes apresentam desorganização visuo-espacial moderada, dois participantes apresentam distribuição visuo-espacial correta com hora errada e 2 participantes apresentam o relógio perfeito. Os resultados obtidos dos participantes do sexo masculino não estão apresentados por não haver diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 9. Comparação, no sexo feminino, das dimensões do Teste do Relógio antes e após aplicação do programa de estimulação cognitiva.**

	Sexo feminino				Teste wilcoxon	p
	M1		M2			
	Frequência	%	Frequência	%		
Inabilidade	3	33,3			25.00	.048
Desorganização visuo-espacial grave	4	44,4	2	22,2		

Desorganização visuo-espacial moderada			3	33,3
Distribuição visuo-espacial correta com hora errada			2	22,2
Pequenos erros espaciais	1	11,1		
Relógio perfeito	1	11,1	2	22,2
Total	9	100	9	100

Na tabela 10 comparamos os resultados que obtivemos no MEEM com o estado civil dos participantes e só obtivemos diferenças estatisticamente significativas na condição de viúvo, verificando-se melhorias do nível cognitivo em 4 dos participantes. Nos solteiros e casados não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Na comparação dos resultados do teste do relógio com o estado civil dos participantes não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 10. Comparação, do estado civil viúvo, dos resultados obtidos no MEEM antes e após aplicação do programa de estimulação cognitiva.**

Estado civil: viúvo						
	M1		M2		Teste wilcoxon	p
	Frequência	%	Frequência	%		
Prejuízos cognitivos moderados						
Prejuízos cognitivos leves	5	71,4	1	14,3	10,00	.046
Funções cognitivas preservadas	2	28,6	6	85,7		
Total	7	100	7	100		

Na tabela 11 observamos uma melhoria a nível cognitivo na totalidade dos participantes com analfabetismo nos resultados obtidos no MEEM comparando o momento 1 com o momento 2.

**Tabela 11. Comparação, da escolaridade - analfabeto, dos resultados obtidos no MEEM antes e após aplicação do programa de estimulação cognitiva.**

	Escolaridade – Analfabeto				Teste wilcoxon	<i>p</i>
	M1		M2			
	Frequência.	%	Frequência.	%		
Prejuízos cognitivos moderados	1	20				
Prejuízos cognitivos leves	4	80			15.00	.034
Funções cognitivas preservadas			5	100		
Total	5	100	5	100		

Na tabela 12 verificamos que, dos resultados obtidos no MEEM, 5 dos participantes que sabem ler e escrever apresentaram melhorias a nível cognitivo no momento 2 em relação ao momento 1.

**Tabela 12. Comparação, da escolaridade – sabe ler e escrever, dos resultados obtidos no MEEM antes e após aplicação do programa de estimulação cognitiva.**

	Escolaridade – Sabe ler e escrever				Teste wilcoxon	<i>p</i>
	M1		M2			
	Frequência	%	Frequência	%		
Prejuízos cognitivos moderados	1	12,5				
Prejuízos cognitivos leves	5	62,5	1	12,5	15.00	.034
Funções cognitivas preservadas	2	25	7	87,5		
Total	8	100	8	100		

Ainda na escolaridade, mas em relação ao 4ºano comparativamente ao MEEM, não houve diferenças estatisticamente significativas. Quanto à comparação do teste do relógio com a escolaridade não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Não se observa (tabela 13) relação estatística significativa entre o funcionamento cognitivo, avaliado pelo Mini Mental, e a idade, nem com o tempo de institucionalização.

**Tabela 13. Correlação (tau de Kendall) entre a idade, o tempo de institucionalização e o declínio cognitivo**

	Idade	Tempo de institucionalização
Mini Mental M1	,359	,147
Mini Mental M2	,453	,801

Não se observou qualquer relação estatisticamente significativa entre o funcionamento cognitivo e as várias dimensões da qualidade de vida relacionada com a saúde. Por esta razão optou se por não apresentar em tabela os resultados.

Terminada a apresentação dos resultados segue-se a discussão.

#### 4. DISCUSSÃO

Considerando o enquadramento teórico apresentado, discutimos seguidamente os resultados obtidos de acordo com os objetivos formulados. No que se refere ao primeiro objetivo (Conhecer a capacidade cognitiva, o funcionamento e a qualidade de vida relacionada com a saúde dos idosos institucionalizados, antes e pós aplicação do programa de estimulação cognitiva), observaram-se melhorias estatisticamente significativas entre os dois momentos. De acordo com a literatura (Fernandes, 2014) refere que, algumas capacidades cognitivas podem deteriorar-se mas, com treino podem ser recuperadas e enriquecidas. Foi o que se verificou com a implementação do programa de estimulação cognitiva, pois no momento dois observamos que a maioria dos participantes se situaram na dimensão funções cognitivas preservadas, deixou de surgir a categoria de prejuízos cognitivos moderados e apenas um participante pontuou na dimensão prejuízos cognitivos leves. Os nossos resultados vêm de encontro a outros estudos onde também foram promovidos programas de estimulação cognitiva, nomeadamente, os estudos de Nery de Sousa e Chaves (2003) de Lima e colaboradores (2011) e, Santos (2015) que encontraram melhorias estatisticamente significativas após a intervenção em que foi aplicado o Mini Mental.

Vários autores apontam como alterações cognitivas mais afetadas nos idosos: a atenção, a concentração e o raciocínio indutivo (Schaie, Willis e Caskie, 2004; Fabrício, Lima-Silva, Kissaki, Vieira, Ordonez, Oliveira, Aramaki, Souza e Yassuda, 2012). O teste do relógio também foi outra das provas onde se verificaram melhorias e diferenças estatisticamente significativas após a operacionalização do programa de intervenção. Este teste exige que múltiplos domínios cognitivos funcionem de forma precisa, pois implica que a pessoa compreenda as instruções, recupere informação relacionada com o conceito de relógio, operacionalize processos visuoperceptivos e visuomotores, entre outros (Peres & Pinto, 2008). À semelhança do estudo de Nunes (2017), apesar de alguns défices apresentados no teste do relógio, de um modo geral, houve diferenças significativas no desempenho cognitivo dos participantes após a implementação do programa de estimulação cognitiva.

Ao compararmos a qualidade de vida e suas dimensões observamos diferenças estatisticamente significativas ao nível da dimensão: mobilidade e atividades habituais entre os dois momentos. Também ao nível da escala de percepção de saúde se observou uma melhoria na avaliação realizada após a intervenção. De acordo com a literatura, na maior parte das vezes, as perdas cognitivas existentes nos idosos resultam da inexistência, ou pouco treino do estímulo mental. Assim, desenvolver programas de treino mental auxilia e potencia um envelhecimento ativo e saudável (Fernandes, 2014). Assim, a manutenção da cognição é importante para a autonomia e funcionalidade das pessoas idosas. A cognição é modificável, os estímulos cognitivos podem alterar a plasticidade e as tarefas cognitivas. O idoso pode e deve ser capaz de ter um papel ativo na sociedade. Uma boa qualidade de vida passa por fatores biológicos, psicológicos e sociais, relativamente aos quais são relevantes a interação e adaptação ao meio. Resultados similares foram também observados por Neves (2012), que verificou uma percepção boa ou razoável por parte dos idosos ao nível da percepção sobre saúde, qualidade de vida e capacidade para fazer face ao dia a dia.

Outros autores têm também observado melhorias no desempenho cognitivo global após aplicação de programas de treino cognitivo (Gonçalves, 2012, Carneiro, 2016). Kinsella e colaboradores (2009) salientam, em particular, o papel que estes programas têm ao nível da funcionalidade e melhoria da qualidade de vida.

Em relação ao objetivo dois (Conhecer a prevalência do declínio cognitivo em função das variáveis sociodemográficas) verificaram-se algumas diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente, melhorias observadas no Mini Mental e no teste do relógio após a implementação do programa de estimulação cognitiva, sendo as mulheres as que apresentaram diferenças significativas.

Foram ainda observadas diferenças com significado estatístico, no mini mental, ao nível do estado civil sendo os viúvos os que apresentaram diferenças. Por fim, a escolaridade também revelou ser uma variável com impacto no declínio cognitivo, neste caso, observou-se que os participantes analfabetos e os que apenas sabiam ler e escrever como sendo os grupos que apresentaram melhorias entre o momento um e dois.

Embora outros estudos tenham sido consultados, não foram analisadas as variáveis sociodemográficas com este detalhe, não sendo por isso possível comparar, se os resultados vão ou não de encontro a outros estudos longitudinais em que foram implementados programas de estimulação cognitiva. Apenas constatámos nos autores consultados que existe uma relação entre analfabetismo, baixa escolaridade e profissões indiferenciadas, em particular nas faixas etárias mais idosas, como sendo um fator de risco relacionado com o aparecimento de demência, consequentemente com o declínio cognitivo (Pinho, 2012).

Relativamente ao terceiro objetivo (verificar a associação entre a idade, o tempo de institucionalização e o declínio cognitivo) não se verificou qualquer associação entre o declínio cognitivo e as variáveis idade e tempo de institucionalização. Autores referem que a vida em comunidade pode ser vista como cognitiva, física, social e afetivamente mais estimulante comparativamente à vida numa instituição (Castro, 2011; Vaz, 2009). De acordo com a literatura são apontados três principais riscos decorrentes da institucionalização, nomeadamente, a) Decréscimo da habilidade cognitiva, dificuldade na tomada de decisões, depressões e demências; b) Inaptidão física, principalmente de mobilização, diminuição das Atividades de Vida Diária (AVD), aumento de doenças crónicas, entre outros; c) Mudanças afetivas, sociais e económicas tais como a viuvez, a solidão, as dificuldades nas relações familiares e o apoio social.

Embora estudos apontem para a questão da institucionalização afetar negativamente a função cognitiva, derivada do sedentarismo, falta de incentivo, ou pouco treino do estímulo mental (Fernandes, 2014), não se conseguiu no nosso estudo observar essa relação, possivelmente, tendo em conta que a média de tempo de institucionalização é relativamente baixa (4.93 anos) sendo o mínimo de um ano e o máximo de 13 anos, esta pode ser eventualmente uma das razões para não se terem verificado associações entre o declínio cognitivo e tempo de permanência na instituição. Contudo, a nossa pesquisa bibliográfica e os estudos analisados permitiram concluir o quanto os programas de treino mental são relevantes para promover um envelhecimento ativo e saudável.

Por fim, analisando o nosso último objetivo (explorar a relação entre qualidade de vida relacionada com a saúde e o declínio cognitivo) e cuja literatura tende a salientar que as

funções cognitivas do idoso estão relacionadas com o envelhecimento ativo e com a qualidade de vida (Yassuda & Abreu, 2006), no nosso estudo, não se encontrou qualquer relação significativa. Embora alguns investigadores refiram melhorias no desempenho cognitivo global após aplicação de programas de treino cognitivo (Gonçalves, 2012, Carneiro, 2016) e apontem para o papel que este tipo de intervenção desempenha ao nível da funcionalidade e melhoria da qualidade de vida (Kinsella et al., 2009). Possivelmente, uma boa qualidade de vida passa por fatores biológicos, psicológicos e sociais, relativamente aos quais são relevantes a interação e adaptação ao meio. Podendo não ser suficiente a análise da relação entre a perceção de qualidade de vida relacionada com a saúde e as capacidades cognitivas. A compreensão mais global desta relação poderá implicar o cruzamento de outras variáveis e informações, nomeadamente, através de entrevistas. Uma vez que a literatura refere que a qualidade de vida, na perspetiva do idoso, inclui baixa probabilidade de adoecer, a manutenção da capacidade cognitiva e física, funcionamento social e bem-estar (Fontaine, 2000). Outros indicadores, identificados por este autor, são: a satisfação com a vida, o controle e a produtividade social. A qualidade de vida e o bem-estar psicológico contemplam domínios como a satisfação pessoal, as emoções, a sensibilidade, os sentimentos e os desejos de acordo com a subjetividade de cada indivíduo. A história de vida, o sistema de valores e o contexto social assumem desta forma uma importância significativa na obtenção do envelhecimento ativo (Nobre, 2016).

## 5. CONCLUSÃO

Procuramos com este estudo, verificar se a implementação de um programa de estimulação cognitiva poderia minimizar ou mesmo evitar o declínio cognitivo. Os objetivos estabelecidos foram alcançados, uma vez que se observou um impacto positivo e melhorias significativas entre o antes e após a implementação do programa de estimulação cognitiva, especialmente no mini exame do estado mental, no teste do relógio e na EQ-5D-3L que para além de manter, foi possível melhorar a capacidade cognitiva dos idosos institucionalizados. Desta forma, a reabilitação cognitiva em idosos tem objetivos mais modestos, que são, manter as funções existentes e permitir que elas compensem as funções comprometidas com menor expectativa da sua recuperação (Holderbaum et al., 2006 cit in Pinho, 2012).

Para conseguirmos a motivação dos participantes nas atividades realizadas foi necessário utilizar algumas estratégias, uma das estratégias muito importante foi o diálogo, deixar que os idosos falassem individualmente dos seus problemas e das suas preocupações, ou em grupo daquilo que os rodeia. A comunicação promoveu a confiança com a investigadora o que contribuiu para o bom desenvolvimento do programa de estimulação cognitiva e para os resultados positivos obtidos. Em síntese, o presente estudo traz-nos conclusões importantes acerca da vivência dos idosos institucionalizados, em particular, estes participantes, pois, podemos perceber que a reabilitação cognitiva pode influenciar o desempenho cognitivo e conseguir uma melhoria significativa da capacidade cognitiva. Os resultados obtidos neste projeto confirmam esta realidade e promovem a intervenção com os idosos institucionalizados. A maneira como envelhecemos depende de sujeito para sujeito, cada individuo interpreta as vivências, os estímulos e aprendizagens de maneira diferente.

As principais limitações que podemos identificar neste estudo reportam-se a amostra ser reduzida e a seleção dos participantes estar condicionada e não ser aleatória. Outra limitação que podemos apontar prende-se com a duração das sessões quer no tempo e no espaço. Uma sugestão para futuras intervenções neste âmbito seria aumentar o

número de sessões, a sua frequência e sistematização ao longo do tempo para eventualmente tornar mais duradouros os efeitos do treino.

Atendendo que não se encontraram estudos longitudinais com foco no impacto das variáveis sociodemográficas, poderá ser pertinente em estudos futuros alargar o programa de estimulação cognitiva a outras instituições abarcando assim mais participantes onde se possam analisar a possível relação das variáveis sociodemográficas, a preservação ou o declínio do funcionamento cognitivo, a qualidade de vida, entre outras.

Todo o investimento e o esforço tiveram êxito e foram reconhecidos, considera-se um desafio para o futuro pessoal e profissional da autora.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1º Encontro Psicogeriatrico do Porto Organizado pelo Hospital de S. João (s/d) acedido em 27 de dezembro de 2018 em: <https://docplayer.com.br/6921502-1o-encontro-psicogeriatrico-do-porto-organizado-pelo-hospital-de-s-joao-14-de-fevereiro-hotel-sheraton.html>

Agrell B.; Dehlin, O. (1998). The clock-drawing test. *Age and Ageing*. 27, pp. 399-403.

Apóstolo, J. L. A., Cardoso, D.F.B., Marta, L.M.G. e Amaral, T.I.O. (2011). Efeito da estimulação cognitiva em idosos. *Revista de Enfermagem Referência*. Série III. Nº5. P.193-205.

Araújo, F.; Ribeiro, J.L.P.; Oliveira, A.; Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa Saúde Pública*. Vol. 25, nº2, pp. 59-66.

Ballard, C., Khan, Z., Clack, H., Corbett, A. (2011) Nonpharmacological Treatment of Alzheimer Disease. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 589-595. Consultado em 28 dezembro 2018 em: <http://scholar.qsensei.com/content/1r340j>.

Baltes, P.B. and Mayer, K.U. (1999) *The Berlin aging study. Aging from 70 to 100*. Cambridge University Press, Cambridge.

Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New Frontiers in the Future of Aging: From Successful Aging of the Young Old to the Dilemmas of the Fourth Age. *Gerontology*, 49,123-135. <http://dx.doi.org/10.1159/000067946>

Begate, P., Ricardo, A., & Sawazki, G. (2009). Avaliação do desempenho funcional de idosos institucionalizados e não institucionalizados através do teste Timed Up and Go (TUG). *Revista Funcional*, pp. 43-52.

Castro, A. E. M. (2011). *Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de mestre em Psicologia. Aveiro.

Carneiro, S. S. (2016). *Estimulação cognitiva em idosos institucionalizados após acidente vascular cerebral*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde. Porto.

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

Catarino, T. C. (2015). Avaliação do perfil funcional dos idosos do conselho de Monchique: fundamentos com vista à intervenção do fisioterapeuta. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve. Obtido de SAPIENTIA: <http://hdl.handle.net/10400.1/8008>.

Chaves, E.; Doria, (2012) M. F. (2009). Testes de avaliação cognitiva: Mini-Exame do Estado Mental. Brasil.

D.G.S., (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Circular Normativa. Nº13/DGCG. Ministério da Saúde.

Doria, E.; Buonocore, D.; Focarelli, A. e Marzatico, F. (2012). Relationship between Human Aging Muscle and Oxidative System Pathway. Hindawi Publishing Corporation. Oxidative Medicine and Cellular Longevity. Volume 2012, Article ID 830257. doi:10.1155/2012/830257.

EuroQol Group (1990). EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy. Dec; 16(3):199-208.

Fabício, A. T., Lima-Silva, T. B., Kissaki, P. T., Vieira, M. G., Ordonez, T. N. Oliveira, T. B., Aramaki, F. O., Souza, P. F. e Yassuda, M. S. (2012). Treino cognitivo em adultos maduros e idosos: impacto de estratégias segundo faixas de escolaridade. *Psico-USF*. Volume 17. Nº1. P. 85-95.

Faro, A. C. M. (2006). Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40 (1), 128-133.

Fernandes, S. D. (2014). Estimulação Cognitiva em Idosos Institucionalizados. Dissertação de Mestrado. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança. Obtido de Biblioteca Digital do IPB: <http://hdl.handle.net/10198/11546>.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Fonseca, A. M. (2006). O Envelhecimento Uma Abordagem Psicológica (2 ed.). Lisboa: Universidade Católica.

Fontaine, R. (2000). Psicologia do Envelhecimento. Lisboa: Climepsi Editores.

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, M. (2003). O processo de investigação. Loures: Lusociência, 3ª Edição.

Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.

Franco-Martín, M. A. e Orihuela-Villameriel, T. (2006). A reabilitação das funções cognitivas superiores na demência. In Firmino, H. *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica. Edições Almedina. P. 471-487. ISBN: 9789892003146.

Gonçalves, C. (2012). Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. *O Portal dos Psicólogos*. 18. P. 1-18.

Gonçalves, L., Silva, A., Mazo, G., Benedetti, T., Santos, S., Marques, S., Rezende, T. (2010). O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, pp. 1738-1746.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: pensamento e ação na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Holderbaum, C. (et al.) (2006). A intervenção cognitiva para pacientes portadores de demência do tipo Alzheimer. In Parente, M. A. (et al.) – Cognição e Envelhecimento. Porto Alegre: Artmed, 2006. 311p. ISBN 978-85-363-0689-6.

Instituto Nacional de Estatística (2011). Censos 2011 - Resultados Provisórios. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.

Ismail, Z.; Shulman, K. (2006). Avaliação cognitiva breve para a demência. [autor do livro] Firmino. *Psicogeriatría*. Coimbra : Psiquiatria Clínica.

Jacob, L., & Fernandes, H. (2011). Ideias para um Envelhecimento Activo. Almeirim: RUTIS.

Kay, D., Henderson, A., Scott, R., Wilson, J., Richwood, D., Grayson, D. (1985). Dementia and depression among the elderly living in the Hobart community: the effect of the diagnostic criteria on the prevalence rates, *Psychol Med*; 15:771-88.

Kinsella, G. J., Mullaly, E., Rang, E., Ong, B., Burton, C., Price, S., Phillips, M. e Storey, E. (2009). Early intervention for mild cognitive impairment: a randomised controlled trial. *Journal Neurol Neurosurg Psychiatry*. Vol.80.

La Rue, A. (2010). Healthy brain aging: Role of cognitive reserve, cognitive stimulation and cognitive exercises. *Clinics in Geriatric Medicine*. Vol. 26. Nº1. P. 99-111.

Lezak, M. D., Howieson, D. B. e Loring, W. (2012). Observational methods rating scales, and inventories. Em M. D. Lezak, D. B. Howieson, E. D. Bigler e D. Tranel (Eds.), *Neuropsychological Assessment* (5.ª ed., pp. 698–709). Oxford University Press.

Lima, D. L., Lima, M. A., & Ribeiro, C. (2010). Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, pp. 346-356.

Lima, P., Coelho, V., & Günther, (2011). I. Envolvimento vital: um Desafio da Velhice. *Revista de Geriatria e Gerontologia*. 5(4): 261-8 Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Marques, A.; Queirós, C. & Rocha, N.(2006). Metodologias de reabilitação cognitiva num programa de desenvolvimento pessoal de indivíduos com doença mental e desempregados de longa duração. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (1), 109-116.

Marrachinho, A. V. (2014). Qualidade de vida e solidão do idoso institucionalizado. Dissertação de Mestrado. Obtido de Sapientia: <http://hdl.handle.net/10400.1/8267>.

Miotto, E., Serrão, V., Guerra, G., Lúcia, M., Scaff, M. (2008) - Cognitive rehabilitation of neuropsychological deficits and mild cognitive impairment: A review of the literature. *Dementia & Neuropsychologia*. 139-145. Consultado em 28 Dezembro 2018 em [http://www.demneuropsy.com.br/detalhe\\_artigo.asp?id=55](http://www.demneuropsy.com.br/detalhe_artigo.asp?id=55).

Murden, R. A., McRae, T.D., Kaner, S., Bucknam, M.E. (1991) Mini-Mental State Exam scores vary with education in blacks and whites. *J Am Geriatr Soc*; 39:149 -155.

Nery de Sousa, J. e Chaves, E. C. (2003). O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. *Revista Escola de Enfermagem*. Universidade São Paulo.

Neto, M. & Côrte-Real, J. (2012). A Pessoa Idosa Institucionalizada: Depressão e Suporte Social. 26ª Reunião do GEECD, Tomar.

Neves, P.N. (2012). Caracterização Cognitiva e Funcional de Idosos com Idades entre os 65 e os 75 anos inscritos numa Unidade Saúde Familiar. Trabalho apresentado à Escola Superior de Enfermagem do Porto para obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Nobre, R. (2016). Envelhecimento Ativo no Idoso Institucionalizado. Trabalho apresentado à Universidade do Algarve para obtenção do grau de mestre em Gerontologia Social.

Nunes, C. A. (2017). Impacto de um Programa de Treino Cognitivo em Idosos Institucionalizados. Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Reabilitação.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). História da Enfermagem de Reabilitação. *Ordem dos enfermeiros*, 9, 12-13.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. In: *Ordem do Enfermeiros*. Acedido em 21 de Dezembro de 2018 em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03

Organização Mundial de Saúde (2004). *CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*.

Organização Mundial de Saúde (2015). *Resumo - Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. WHO/FWC/ALC/15.01. Geneva: OMS.

Paschoal, S. (2006). *Qualidade de vida na velhice*. In Freitas, E. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Paúl, C., & Fonseca, A. (2008). Saúde e qualidade de vida ao envelhecer; perdas, ganhos e um paradoxo. *Geriatrics e Gerontologia*, pp. 32-37.

Papalia, D. & Olds, S. (2000). Desenvolvimento físico e cognitivo na Terceira-idade. In *Desenvolvimento Humano (7ª ed.)*. Porto Alegre. Artmed 491-520.

Peres, R., Pinto, E. (2008). Literature review of the Clock drawing test as a tool for cognitive screening. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. Londres.

Pinhel, M. J. (2011). A solidão nos idosos institucionalizados em contexto de abandono familiar. Dissertação de Mestrado. Obtido de Biblioteca Digital do IPB: <http://hdl.handle.net/10198/6863>.

Pinho, A. M. G. (2012) Efeitos de um Programa de Reabilitação Cognitiva em Pessoas com Demência em Contexto Hospitalar. Trabalho apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Reabilitação.

Pordata. (2014). Número de indivíduos em idade ativa segundo os censos. Consultado a 27 de Dezembro de 2018, em:

<http://www.pordata.pt/Portugal/Esperanca+de+vida+aos+65+anos+total+e+po>

Portugal, (2011). Regulamento n.º 125/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (D.R. 2ª Série, N.º35, p. 8658-8659).

Rebellato, J. R. & Morelli, J. G. S. (2004). *Fisioterapia Geriátrica – A prática da assistência ao idoso*. Barueri-SP: Manole, 2004.

Ribeiro, A. S. L. (2012). “Solidão e qualidade de vida em idosos”. Trabalho apresentado à Faculdade de Ciências da Saúde do Porto. Acedido dia 29-12-2018

Ribeiro, Ó., & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel.

Ribeiro, O., & Paúl, C. (2012). *Manual de Gerontologia - Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel.

Roca, M.; Gleichgerrcht, E.; Torralva, T. & Manes, F. (2010). Cognitive rehabilitation in posterior cortical atrophy. *Neuropsychological rehabilitation. Neuropsychol Rehabil.*; 20(4):528-540. doi: 10.1080/09602011003597408

Rocha, B. (2011). *Gestão em Enfermagem: O Papel do Enfermeiro especialista de Reabilitação*. In Associação Portuguesa do Enfermeiros de Reabilitação. Acedido em 3 de Janeiro de 2019 em [http://www.aper.com.pt/index\\_ficheiros/Page4078.htm](http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/Page4078.htm).

Rodrigues, J. P. (2012). Declínio Funcional Cognitivo e Risco de Quedas em Doentes Idosos Internados. Trabalho apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação.

Samton, J.; Stephen, F.; Sanelli, P; Karimi, S.; Raiteri, V. e Barnhill, J. (2005). The Clock Drawing Test: Diagnostic, Functional, and Neuroimaging Correlates in Older Medically Ill Adults. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 17, pp. 533-540.

Santos, M. N. (2015). "Solidão e saúde mental em idosos institucionalizados". Trabalho apresentado à Universidade de Lisboa para obtenção do grau de mestre em psicologia. Acedido dia 29-12-2018

Schaie, K. (1996). *Intellectual development in adulthood: The Seattle Longitudinal Study*. Nova York: Cambridge University Press.

Schaie, K. W., Willis, S. L., e Caskie, G. I. L. (2004). The Seattle longitudinal study: relation between personality and cognition. *Aging, Neuropsychology and Cognition*. Volume 11. P304-234.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

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

Shulman K.I.; Gold, D.P.; Cohen, C.A.; Zuccherro, C.A. (1993). Clock drawing and dementia in the community: a longitudinal study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 8, pp. 487-496.

Shulman, K.I. (2000). Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? *J. Geriatr. Psychiatry*. 15(6), pp. 548-561.

Silva, A. O., Pereira, A. P., Gonçalves, D. R., Vieira, A. d., Medeiros, R. F., Altermann, C. D., Carpes, P. B. (2011). Perfil Cognitivo de Idosos Institucionalizados de Uruguaiana/RS. *Revista Contexto & Saúde*, pp. 1185-1190.

Silva, B. L.T. Oliveira, A. C. V. Paulo, D. L.V.; Malagutti, M. P.; Danzini, V. M. P. & Yassuda, M. S. (2011). Cognitive training for elderly adults based on categorization strategies and calculations similar to everyday tasks. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*.

Silva, C. M. D. (2014). "Construção de uma boa morte numa Estrutura residencial". Trabalho apresentado à escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, para a obtenção do 2º Mestrado em Cuidados Paliativos. Acedido dia 30-12-2018.

Silva, T., Freitas, R., Monteiro, M., & Borges, S. (2010). Avaliação da capacidade física e quedas em idosos ativos e sedentários da comunidade. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, pp. 392-398.

- Simões, A. (2006). *A nova velhice. Um novo público a Educar*. Porto: Ambar.
- Smeltzer, S.; Bare, B. (2005). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 9ª ed. Vol 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 507p. ISBN 85-277-0721-7.
- Sousa, L. R. (2012). *Programa de Intervenção na Memória para Idosos com Défice Cognitivo Ligeiro*. Trabalho apresentado à Escola Superior de Enfermagem do Porto para obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.
- Souza, J. & Chaves, E. (2005). O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, Vol. 1, nº 39, p. 13-19. Disponível em WWW:<URL:<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/40.pdf>>.
- Spar, J., & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi.
- Taylor, S. (2004). *Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem in Teóricas de Enfermagem e sua Obra*. Loures: Lusociência.
- Tuokko, H., O'Connel, M. E. (2006). A review of quantified approaches to the qualitative assessment of clock drawing. In Poreh, M. (2006) *The Quantified process approach to Neuropsychological Assessment*. New York. Taylor e Francis. P. 173-206.
- Umphred, D. A. (2009). *Reabilitação Neurológica*. Edição Elsevier. São Paulo. ISBN: 9788535231250.
- United Nations Population Fund. (2012). *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge*. New York & London: United Nations Population Fund. Obtido de:  
<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-ExecSummary.pdf>.
- Vaz, S. (2009). *A depressão do idoso institucionalizado: estudo em idosos residentes nos Lares do Distrito de Bragança*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Porto.

Yassuda, M. & Abreu, V. (2006). Avaliação Cognitiva. In: Freitas, E., Py, L., Cançado, F., Doll, J., & Gorzoni, M. Tratado de Geriatria e Gerontologia (2ª ed.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1250-1259.

Zagher, M., Pierezan, P., & Claudino, R. (2009). Avaliação da qualidade de vida dos profissionais da saúde que prestam assistência a pacientes geriátricos. Obtido de Efdeportes.com:

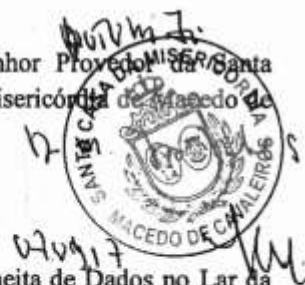
<http://www.efdeportes.com/efd135/qualidade-de-vida-nosprofissionais-da-saude.htm>.

Zimerman, G. I. (2000). Velhice- Aspectos Biopsicossociais. São Paulo: Artmed Editora.

## **ANEXOS**

**ANEXO I - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA DOS INSTRUMENTOS DE DADOS E APLICAÇÃO DO ESTUDO.**

Exmo. Senhor Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Macedo de Cavaleiros



Assunto: Pedido de autorização para a aplicação dos Instrumentos de Colheita de Dados no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Macedo de Cavaleiros.

Maria José da Silva Rodrigues, Enfermeira na ULS do Nordeste, na qualidade de aluna do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, pretende elaborar um trabalho de investigação sobre, **Impacto de um Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos Institucionalizados** com os seguintes objetivos:

- Caracterizar a função cognitiva dos idosos institucionalizados com recurso a instrumentos validados para a população portuguesa;
- Implementar um programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados e avaliar a sua eficácia.

O trabalho tem a orientação da Professora Doutora Maria José Gomes e da Professora Doutora Natália Vara, docentes da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

O desenho do estudo será o seguinte: numa primeira etapa será avaliada a função cognitiva dos idosos, com recurso a instrumentos que se anexam, posteriormente será instituído um programa de estimulação cognitiva ao longo de 6 semanas, no final do qual serão aplicados os mesmos instrumentos para avaliar a sua eficácia.

Assim sendo, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência que autorize a aplicação dos Instrumentos de Colheita de Dados e implementação do programa ao conjunto de idosos que será selecionado para o efeito.

Todos os dados recolhidos serão tratados de forma confidencial.

Agradecemos desde já toda a sua compreensão, e comprometendo-nos, no final do estudo, em enviar-lhe um exemplar do mesmo.

Com os melhores cumprimentos.

Macedo de Cavaleiros, 06 de setembro de 2017

Luís Rufino.  
31 59 { 27/09/17

Pede deferimento

A aluna  
Maria José da Silva Rodrigues  
(Maria José da Silva Rodrigues)

## ANEXO II – CONSENTIMENTO INFORMADO

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Conforme a “declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial” (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983).

DESIGNAÇÃO DO ESTUDO: Impacto de um programa de treino cognitivo em idosos institucionalizados.

Eu, abaixo assinado \_\_\_\_\_  
compreendi a explicação que me foi facultada acerca do programa em que estou a participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

Tomei também conhecimento que a informação que me foi dada incluiu os objetivos do programa, bem como a duração e organização das sessões que o compõem, o local e datas de realização das sessões, o tipo de atividades a realizar durante as sessões e a necessidade de avaliação inicial e final.

Fui esclarecido(a) que a minha participação neste estudo é voluntária, que será assegurado o anonimato da minha identidade e que poderei desistir da minha participação em qualquer altura do estudo, sem que daí advenham quaisquer consequências.

Por isso, consinto a minha participação neste programa e permito que os resultados obtidos com este estudo possam vir a ser apresentados em futuros eventos científicos.

Macedo de Cavaleiros, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura:

\_\_\_\_\_

Pelo investigador responsável

Assinatura:

\_\_\_\_\_

### ANEXO III – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

## Questionário Sociodemográfico

Nº \_\_\_\_\_

1. Idade: \_\_\_\_\_

#### 2. Sexo:

Masculino .....

Feminino .....

3. Institucionalizado há quanto tempo: \_\_\_\_\_

#### 4. Estado civil:

Casado(a) / União de Facto .....

Solteiro(a) .....

Divorciado(a) .....

Viúvo(a) .....

#### 5. Habilitações Literárias/ Escolaridade:

Analfabeto(a) .....

Sabe ler e escrever .....

Instrução Primária.....

Ensino Secundário .....

Curso Médio .....

Curso Superior .....

**Mini Exame Mental de Folstein, adaptado por Guerreiro e colaboradores (1994)**

**1-Orientação** (contar 1 ponto por cada resposta correta) (0-10 pontos)

	Certo	Errado
1.1 Em que ano estamos?		
1.2 Em que mês estamos?		
1.3 Em que dia do mês estamos? (quantos são hoje)		
1.4 Em que estação do ano estamos?		
1.5 Em que dia da semana estamos?		
1.6 Em que país estamos?		
1.7 Em que distrito vive?		
1.8 Em que terra vive?		
1.9 Em que casa estamos?		
1.10 Em que andar estamos		

Total de pontos "Orientação"

**2 Retenção** - (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida) (0-3 pontos)

Vou dizer três palavras: queria que as repetisse mas só depois de eu as dizer todas. Procure ficar a sabelas de cor.

	Certo	Errado
2.1 Pêra		
2.2 Gato		
2.3 Bola		

Total de pontos "Retenção"

**3- Atenção e Cálculo**– (1 Ponto por cada resposta correta) Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas (0-5 pontos). Agora peço que me diga quantos são 30 menos 3 depois do numero encontrado voltar a tirar 3 e repete-se assim até eu mandar parar.

Ex. 30- (3) \_\_\_\_ 27- (3)\_\_\_\_ 24-(3)\_\_\_\_ 21-(3)\_\_\_\_ 18-(3)\_\_\_\_

Total de pontos de "atenção e Cálculo"

**4- Evocação** (1 ponto por cada resposta correta) (0-3 pontos) Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedidas anteriormente para decorar:

	Certo	Errado
2.1 Pêra		
2.2 Gato		
2.3 Bola		

Total de pontos “evocação”

**5- Linguagem-** (1 ponto por cada resposta correta) (0- 8 pontos)

5.1- Como se chama isto? (mostrar objetos) (0-2 pontos)

	Certo	Errado
5.1.1 Relógio		
5.2.2 Lápis		

Total de pontos

5.2- Repita a frase (contar 1 ponto)

“ O rato roeu a rolha” Total de pontos

5.3- Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue pela mão direita, dobre-a ao meio e coloque a sobre a mesa, dar a folha com as duas mãos.

	Certo	Errado
5.3.1- Pega com a mão direita		
5.3.2- Dobra ao meio		
5.3.3 - Coloca onde deve		

Total de pontos

5.4- Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz (mostrar cartão com letra bem legível.(Se fora analfabeto ler a frase ) (0-1 pontos)

5.4.1- Fechou os olhos

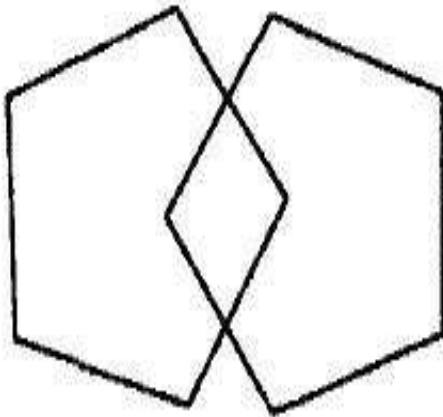
Certo	Errado

Total de pontos

5.5- Escreva uma frase inteira aqui. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido. Os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. (0-1 pontos)

Total de pontos

**6- Habilidades construtiva-** (1 ponto pela cópia correta) (0-1 pontos) Deve copiar um desenho. Dois pentágonos substancialmente sobrepostos cada um deve ficar com 5 lados dos quais intersetados. Não valorizar os tremores ou rotação.



Total de pontos de “habilidades construtiva”

### **Pontuação MME (Máximo 30 Pontos)**

Classificação: varia entre os 0 e 30 pontos sendo os valores de corte para a população portuguesa a partir dos quais se considera com defeito cognitivos os seguintes:

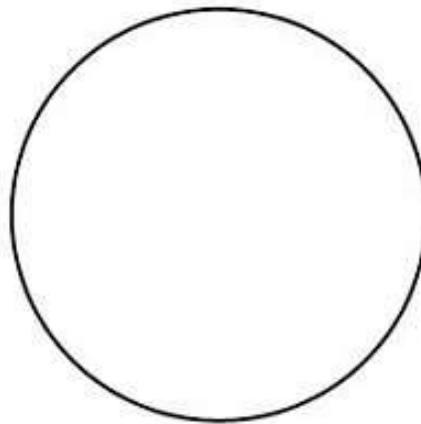
Analfabetos:  $\leq 15$

1 a 11 anos de escolaridade:  $\leq 22$

Escolaridade superior a 11 anos:  $\leq 27$

**Teste Relógio (Schuman et al., 1993)**

<b>TESTE DE DESENHO DO RELÓGIO</b> <i>(score de shulman)</i>	0	Inabilidade para representar o relógio
	1	O desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuo-espacial grave
	2	Desorganização visuo-espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, números faltando, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiros em excesso
	3	Distribuição visuo-espacial correta com marcação errada da hora
	4	Pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos
	5	Relógio perfeito



## **Índice de Barthel**

### **\_\_\_ Higiene pessoal**

0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal

5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

### **\_\_\_ Eliminação intestinal**

0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)

5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)

10 = Contínente (não apresenta episódios de incontinência)

### **\_\_\_ Eliminação vesical**

0 = Incontinente ou algaliado

5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)

10 = Contínente (por mais de 7 dias)

### **\_\_\_ Ir à casa de banho (uso de sanitário)**

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho

10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)

### **\_\_\_ Alimentar-se**

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.

10 = Independente (a comida é providenciada)

### **\_\_\_ Transferências (cadeira /cama)**

0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se

5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se

10 = Pequena ajuda (verbal ou física)

15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)

### **\_\_\_ Mobilidade (deambulação)**

0 = Imobilizado

5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.

10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)

### **\_\_\_ Vestir-se**

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda

10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

### **\_\_\_ Escadas**

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão

10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)

### **\_\_\_ Banho**

0 = Dependente

5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)

\_\_\_\_\_ Total (0 - 100)

## EQ-5D-3L - Questionário que avalia a qualidade de vida relacionada com a saúde

Tabela 1 – Sistema descritivo do EQ-5D.

Dimensão	Nível
<b>Mobilidade</b>	(1) Não tenho problemas em andar (2) Tenho alguns problemas em andar (3) Tenho de estar na cama
<b>Cuidados pessoais</b>	(1) Não tenho problemas em cuidar de mim (2) Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me (3) Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a
<b>Atividades habituais</b>	(1) Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais (2) Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais (3) Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais
<b>Dor/mal-estar</b>	(1) Não tenho dores ou mal-estar (2) Tenho dores ou mal-estar moderados (3) Tenho dores ou mal-estar extremos
<b>Ansiedade/depressão</b>	(1) Não estou ansioso/a ou deprimido/a (2) Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a (3) Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a

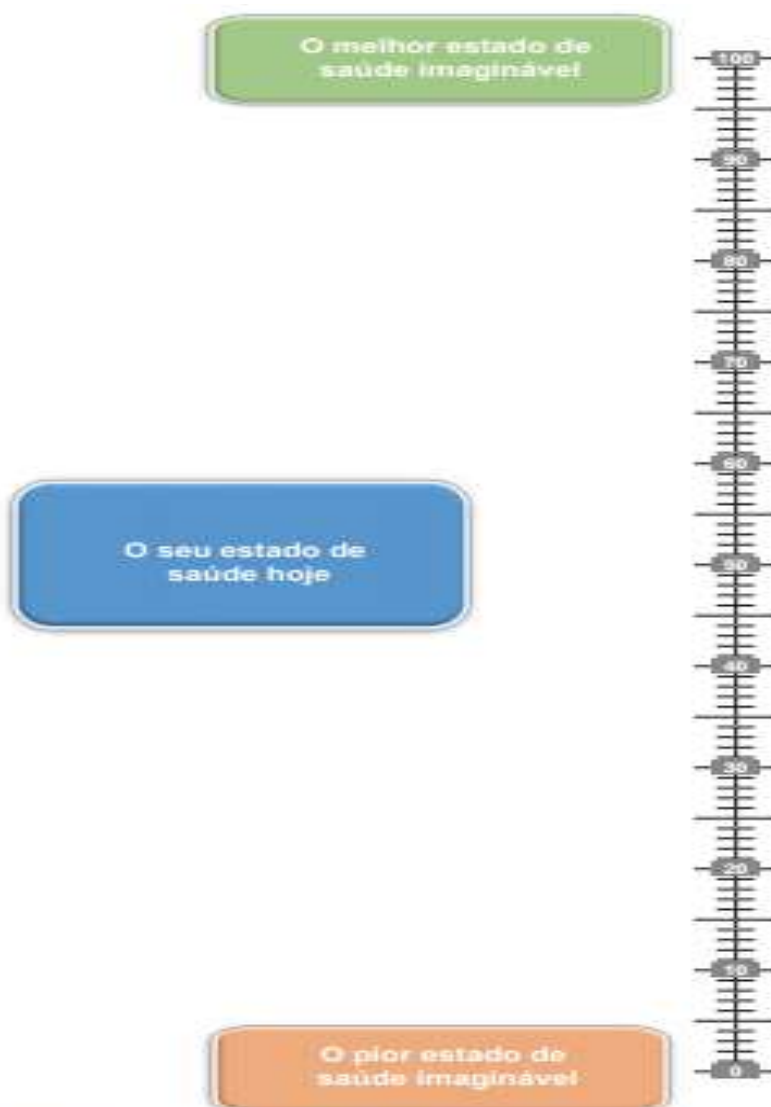


Figura 1 – Termómetro EQ-VAS.

## ANEXO IV – PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

Sessões	Habilidade / Capacidade	Objetivo:	Exercícios/Treinios
<p><b>Sessão nº 1</b>  <b>Data: 03.10.2017</b>  <b>Local: Lar Santa Casa da Misericórdia de Macedo de Cavaleiros</b>  <b>Duração: 1h 30m</b></p>	Orientação e Atenção	<p>Apresentar o programa de estimulação cognitiva.</p> <p>Integrar e conhecer os participantes do grupo.</p> <p>Avaliar a cognição, a funcionalidade e a qualidade de vida dos participantes.</p>	<p>Assinatura do consentimento livre e informado.</p> <p>Avaliação inicial e caracterização dos participantes, através de um questionário que contém a caracterização sociodemográfica; a avaliação cognitiva (mini exame do estado mental, teste do relógio); avaliação funcional (índice de Barthel) e avaliação da qualidade de vida (EQ-5D-3L).</p> <p>Jogos de apresentação e integração.</p>
<p><b>Sessão nº 2</b>  <b>Data: 05.10.2017</b>  <b>Local: Lar Santa Casa da Misericórdia de Macedo de Cavaleiros</b>  <b>Duração: 1h</b></p>	Retenção	<p>Estimular a memória a curto prazo e a memória visual.</p> <p>Estimular a memória por associação.</p> <p>Informar sobre estratégias compensatórias de memória e incentivar o seu uso.</p>	<p>Diferenças; memorização de palavras; repetição de palavras e números; lista de palavras, lista de imagens; jogo da memória; associação de imagens. Realização de jogos (como por exemplo: descobrir a profissão, função do objeto, associação de imagens, entre outros)</p>
<p><b>Sessão nº 3</b>  <b>Data: 10.10.2017</b>  <b>Local: Lar Santa Casa da Misericórdia de Macedo de Cavaleiros</b>  <b>Duração: 1h</b></p>	Atenção e cálculo	<p>Estimular a atenção e concentração.</p> <p>Estimular a interação social e a competitividade.</p> <p>Promover a interação em grupo.</p> <p>Treinar as estratégias de compensação de memória.</p>	<p>Operações aritméticas simples; triângulos matemáticos; decompor números; resolução de problemas com desenhos e ordens crescente e decrescente. Jogos sócio recreativos (dominó, cartas, bingo).</p>
<p><b>Sessão nº 4</b>  <b>Data: 12.10.2017</b>  <b>Local: Lar Santa Casa da Misericórdia de Macedo de Cavaleiros</b>  <b>Duração: 1h</b></p>	Evocação	<p>Estimular as capacidades cognitivas.</p> <p>Estimular a memória a curto e a longo prazo.</p> <p>Treinar as estratégias de compensação de memória.</p> <p>Promover a interação em grupo.</p>	<p>Compreensão de ordens; praxia ideativa; ordenar palavras por categoria/procurar palavras; sinónimos; exercícios de evocação.</p>
<p><b>Sessão nº 5</b>  <b>Data: 17.10.2017</b></p>	Linguagem/ Praxia	<p>Estimular a partilha de experiências, a comunicação, o trabalho em equipa, o</p>	<p>Copiar e completar texto; provérbios populares; jogo de sons; comunicar através do corpo; transformar afirmação em</p>

<p><b>Local: Lar Santa Casa da Misericórdia de Macedo de Cavaleiros</b> <b>Duração: 1h</b></p>		<p>bem-estar e a criatividade. Promover a interação em grupo. Treinar as estratégias de compensação de memória.</p>	<p>negação; “histórias loucas”. Realização de jogos teatrais.</p>
<p><b>Sessão nº 6</b> <b>Data: 19.10.2017</b> <b>Local: Lar Santa Casa da Misericórdia de Macedo de Cavaleiros</b> <b>Duração: 1h</b></p>	Habilidade construtiva	<p>Estimular a criatividade e expressão artística dos participantes. Promover a interação em grupo. Treinar as estratégias de compensação de memória.</p>	<p>Copiar imagens; desenhos criativos; manchas; teste do relógio.</p>
<p><b>Sessão nº 7</b> <b>Data: 24.10.2017</b> <b>Local: Lar Santa Casa da Misericórdia de Macedo de Cavaleiros</b> <b>Duração: 1h</b></p>	Orientação e Atenção	<p>Promover a orientação temporal e espacial. Promover a interação em grupo. Treinar as estratégias de compensação de memória.</p>	<p>Jogos de autorretrato; jogos de seleção; nomeação de objetos/ordem de dedos; mapas/orientação temporal; “Onde estou”, “Quem sou”.</p>
<p><b>Sessão nº 8</b> <b>Data: 26.10.2017</b> <b>Local: Lar Santa Casa da Misericórdia de Macedo de Cavaleiros</b> <b>Duração: 1h</b></p>	Retenção	<p>Estimular a memória a curto prazo e a memória visual. Estimular a memória por associação. Treinar as estratégias de compensação de memória. Promover a interação em grupo.</p>	<p>Diferenças; memorização de palavras; repetição de palavras e números; lista de palavras, lista de imagens; jogo da memória; associação de imagens. Realização de jogos (como por exemplo: descobrir a profissão, função do objeto, associação de imagens, entre outros)</p>
<p><b>Sessão nº 9</b> <b>Data: 31.10.2017</b> <b>Local: Lar Santa Casa da Misericórdia de Macedo de Cavaleiros</b> <b>Duração: 1h</b></p>	Atenção e cálculo	<p>Estimulação da atenção e concentração. Estimular a interação social e a competitividade. Treinar as estratégias de compensação de memória. Promover a interação em grupo.</p>	<p>Operações aritméticas simples; triângulos matemáticos; decompor números; resolução de problemas com desenhos e ordens crescente e decrescente. Jogos sócio recreativos (dominó, cartas, bingo).</p>
<p><b>Sessão nº 10</b> <b>Data: 02.11.2017</b> <b>Local: Lar Santa Casa da Misericórdia de Macedo de Cavaleiros</b> <b>Duração: 1h</b></p>	Evocação	<p>Estimular as capacidades cognitivas. Estimular a memória a curto e a longo prazo. Treinar as estratégias de compensação de memória.</p>	<p>Compreensão de ordens; praxia ideativa; ordenar palavras por categoria/procurar palavras; sinónimos; exercícios de evocação.</p>

		Promover a interação em grupo.	
<p><b>Sessão nº 11</b>  <b>Data: 07.11.2017</b>  <b>Local: Lar Santa Casa da Misericórdia de Macedo de Cavaleiros</b>  <b>Duração: 1h</b></p>	<p>Linguagem/                  Praxia</p>	<p>Estimular a partilha de experiências, a comunicação, o trabalho em equipa, o bem-estar e a criatividade.                  Treinar as estratégias de compensação de memória.                  Promover a interação em grupo.</p>	<p>Copiar e completar texto; provérbios populares; jogo de sons; comunicar através do corpo; transformar afirmação em negação; “histórias loucas”. Realização de jogos teatrais.</p>
<p><b>Sessão nº 12</b>  <b>Data: 09.11.2017</b>  <b>Local: Lar Santa Casa da Misericórdia de Macedo de Cavaleiros</b>  <b>Duração: 2h</b></p>	<p>Orientação e                  Atenção</p>	<p>Avaliar a cognição, a funcionalidade e a qualidade de vida dos participantes.                  Estimular os participantes para a importância da continuidade na participação em atividades de estimulação cognitiva.                  Avaliar o PEC.</p>	<p>Avaliação final cognitiva (mini exame do estado mental, teste do relógio); funcional (índice de Barthel) e qualidade de vida (EQ-5D-3L).                  Jogos de finalização.</p>