



Treino Cognitivo em Idosos sem Demência

Estudo em idosos residentes no lar da Santa Casa da Misericórdia de Mondim de Basto

Zélia Maria Faria Pereira

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a
obtenção do grau de mestre em Envelhecimento Ativo

Orientado por
Professora Doutora Emília Eduarda Rodrigues de Magalhães

Bragança, 2012

Treino Cognitivo em Idosos sem Demência

Estudo em idosos residentes no lar da Santa Casa a Misericórdia de Mondim de Basto

Zélia Maria Faria Pereira

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a
obtenção do grau de mestre em Envelhecimento Ativo

Orientado por
Professora Doutora Emília Eduarda Rodrigues de Magalhães

Bragança 2012

Resumo

O envelhecimento da população é um fenómeno demográfico a nível mundial que teve lugar na segunda metade do século XX, sendo considerado a expressão da inteligência humana e do desenvolvimento social e também um desafio para a ciência e a sociedade (Fernández-Ballesteros et al, 2009). Nesta perspetiva a velhice não constitui um problema. Deve antes ser encarada como uma oportunidade de continuação do desenvolvimento através da construção e incrementação de programas de intervenção cognitiva em idosos com envolvimento dos próprios especialistas em gerontologia, das famílias e da sociedade.

Alguns estudos documentam declínio cognitivo ao longo do envelhecimento. No entanto, outras investigações apontam que o treino cognitivo gera um aumento significativo no desempenho cognitivo dos idosos (Yassuda 2006).

O presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto do programa de estimulação cognitiva no desempenho dos idosos. Aplicou-se o Mini Exame Mental para avaliar a função cognitiva dos participantes.

Optou-se por realizar um estudo longitudinal, quasi experimental e quantitativo.

O estudo foi realizado em utentes do lar da Santa Casa de Misericórdia de Mondim de Basto, em idosos sem diagnóstico prévio de demência.

Como instrumento de recolha de dados utilizou-se o questionário sócio demográfico e aplicou-se o Mini Exame Mental.

Os resultados desta investigação apontam no sentido de existir uma melhoria no rendimento cognitivo. No pré-teste a média global foi de 20,7 pontos e na avaliação posterior foi de 23,8 pontos. Assim, os resultados indiciam um efeito positivo deste tipo de intervenção cognitiva. Como tal, a aplicação de tais programas em instituições (como lares, centros de dia, entre outras) podem contribuir para prevenir ou a retardar problemas cognitivos, permitindo-lhes um envelhecimento ativo.

Palavras- chave: Envelhecimento Ativo, Plasticidade cognitiva, Intervenção cognitiva.

Abstract

Population aging is a world demographic phenomenon that started during the second half of the xx century; it is considered the expression of human intelligence and social development, as well as a challenge opportunity for science and society (Fernandez-Ballesteros et al, 2009).

In this perspective old age is not a problem, it must be faced as a chance to keep developing through the construction and implementation of cognitive intervention programs with elder people, involving them, gerontology specialists, families and society.

Researches show memory loss through the aging process, meanwhile, other studies show that training and practice improves their performance (Yassuda 2006).

Decision was made to do a descriptive longitudinal study, to include a memory training program, with the objective of analyzing the impact of the memory stimulation program with the use of the Mini Mental Exam (MEM) after the training.

We opted for conduct a longitudinal, quasi experimental and quantitative, consisting of a cognitive training program.

The study was done at the Santa Casa da Misericordia de Mondim de Basto home, with old people without dementia pre diagnosis.

The socio demographic questioner was used as the research data base to identify the ones without dementia.

The results of this study show a better cognitive performance. On the pre-test, the global average was 20, 7 points while on the following evaluation the average was 23, 8 points. Therefore, the results show a positive effect of this type of cognitive intervention, in institutions such as (old folks homes, day care centers and others) in a way to prevent and delay the cognitive problems in elder people, allowing them an active aging.

Key words: Active aging, cognitive plasticity, cognitive intervention.

Lista de Abreviaturas

OMS	Organização Mundial de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
MEM	Mini Exame Mental
SOC	Modelo de Seleção, Otimização e Compensação

Índice

Introdução.....	1
Parte I - Enquadramento Teórico	3
1. Envelhecimento Demográfico.....	5
2. Noções gerais sobre o envelhecimento	8
2.1. Paradigma Contextualista.....	11
2.2. Envelhecimento Ativo	13
2.3. Teorias do envelhecimento.....	16
3. Institucionalização	21
4. Cognição.....	23
4.1. Memória	23
4.2. Atenção.....	26
4.3. Inteligência	27
4.4. Plasticidade cognitiva.....	27
5. Estratégias de treino cognitivo.....	30
6. Treino cognitivo: revisão de alguns estudos.....	32
Parte II - Estudo empírico	37
1. Metodologia	39
1.1. Questão de Investigação	39
1.2. Objetivo da investigação	39
1.3. Tipo de estudo	39
1.4. Seleção da amostra	39
1.5. Critérios de inclusão	40
1.6. Caracterização da Amostra.....	40
1.7. Instrumentos de recolha de dados.....	42
2. Procedimentos	44
2.1. Recolha de dados	44
2.2. Procedimentos éticos e deontológicos.....	44
3. Plano de intervenção	45
4. Apresentação e discussão de resultados	47
5. Discussão dos resultados.....	58

Conclusões da investigação	59
Limitações do estudo	59
Implicações para futuras investigações.....	60
Referências Bibliográficas	63
Anexos.....	73
Anexo I - Cronograma de atividades	
Anexo II - Questionário por Entrevista.....	
Anexo III - Mini Exame Mental de Folstein.....	
Anexo IV - Termo de Esclarecimento Livre e Informado	
Anexo V - Exercícios de cálculo Mental	
Anexo VI - Atenção visual.....	
Anexo VII - Exercícios de Memória a curto prazo.....	
Anexo VIII - Exercícios de Evocação.....	
Anexo IX Libro de La Memória (História de Vida)	

Índice de Tabelas

	Pág.
Tabela 1- Resultados de alguns estudos.....	34
Tabela 2 – Caracterização da amostra.....	40

Índice de Gráficos

	Pág.
Gráfico 1 - Caracterização dos participantes em função do género.....	41
Gráfico 2 - Caracterização dos participantes em função da idade.....	41
Gráfico 3 - Caracterização dos participantes em função da escolaridade.....	41
Gráfico 4 - Caracterização dos participantes em função da profissão exercida.....	42
Gráfico 5 - Caracterização dos participantes em função das atividades.....	42
Gráfico.6- Caracterização dos participantes em função dos anos de institucionalização.....	42
Gráfico 7 - Pontuações obtidas na orientação pré – teste do MEM.....	47
Gráfico 8 –Pontuações obtidas na orientação pós-teste do MEM.....	47
Gráfico 9 –Pontuações obtidas na retenção pré – teste do MEM	48
Gráfico 10 -Pontuações obtidas na retenção pós-teste – teste do MEM.....	48
Gráfico 11- Pontuações obtidas na atenção /cálculo pré-teste do MEM.....	48
Gráfico 12 - - Pontuações obtidas na atenção /cálculo pós-teste do MEM.....	48
Gráfico 13 - Pontuações obtidas na evocação no pré-teste do MEM.....	49
Gráfico 14- Pontuações obtidas na evocação no pós-testeMEM.....	49
Gráfico 15- Pontuações obtidas na linguagem no pré-teste do MEM.....	49
Gráfico16- Pontuações obtidas na linguagem no pós-teste do MEM.....	49
Gráfico 17- Pontuações total obtidas pré – teste do MEM.....	50
Gráfico 18- Pontuações total obtidos pós – teste do MEM.....	50
Gráfico 19 - Análise das médias - orientação pré e pós –teste.....	50
Gráfico 20 - Análise de médias da retenção vs Fases.....	52
Gráfico 21 - Análise de médias da atenção/ Cálculo vs Fases.....	53

Gráfico 22 - Análise de médias da evocação vs Fases.....	54
Gráfico 23- Análise de médias da linguagem vs Fases.....	55
Gráfico 24- Análise de médias do pré e pós teste	56

Índice de Figuras

	Pág.
Figura 1 -Determinantes do envelhecimento ativo (de acordo com OMS, 2005).....	14
Figura2 -Domínios comportamentais e psicológicos do envelhecimento ativo(adaptado Fernandez-Ballesteros, 2003).....	15
Figura 3 - Esquema geral dos sistemas de Memória de Pousada & Fluente (2007).....	
.....	24

Introdução

A evolução que ocorreu na psicologia do desenvolvimento deixou de se restringir apenas à infância e à adolescência e encarou o envelhecimento como um fenómeno que ocorre ao longo de todo o ciclo vida (Fonseca, 2007).

De acordo Magalhães (2011) o modelo atual de desenvolvimento humano ao longo do ciclo da vida, com a evolução das diferentes capacidades, para as quais contribuem vários fatores, não é unidirecional, nem universal, nem irreversível. Apesar de algumas capacidades se poderem deteriorar, outras mantêm-se e podem ser inclusive enriquecidas.

A memória é a função superior mais estudada no âmbito do envelhecimento normal e se umas capacidades declinam com o passar dos anos, outras mantêm-se bem preservada ,de acordo com Garcia (2009).

Os estudos sobre a plasticidade cognitiva demonstram que o cérebro tem a capacidade de modificação e de adaptação e que através dos programas de treino cognitivo se pode preservar um bom nível de eficiência nas pessoas idosas bem como possibilitar a recuperação dos processos cognitivos.

Em Portugal, os estudos sobre o treino da memória em idosos institucionalizados ainda são escassos. Deste modo, o presente estudo pretende responder à pergunta qual o efeito de um programa de treino cognitivo em idosos institucionalizados sem diagnóstico de demência?

O estudo foi realizado no lar da Santa Casa de Misericórdia de Mondim de Basto, com idosos sem diagnóstico prévio de demência. Como instrumento de recolha de dados utilizou-se o questionário sócio demográfico e aplicou-se o MEM. A amostra foi de catorze indivíduos.

A presente investigação foi dividida em duas partes. Na primeira refere-se o enquadramento teórico que, de alguma forma, deu suporte à investigação realizada. Para tal, no primeiro ponto, abordou-se o processo Envelhecimento Humano, designadamente os aspetos relacionados com o envelhecimento demográfico, tanto a nível internacional como a nível nacional. Segue-se a descrição do que é a velhice e o envelhecimento, bem como teorias explicativas do envelhecimento as biológicas e as

psicossociais e a institucionalização. Por fim, explanou-se a cognição, com referência aos sistemas da memória e às alterações provocadas pela idade, a nível cognitivo. De seguida abordou-se a inteligência, atenção, a plasticidade cognitiva, bem como atividades que podem ser realizadas ao nível do treino cognitivo e, por fim, fez-se a revisão de alguns estudos.

Na segunda parte, referente ao estudo empírico, onde se expõe e justifica a metodologia utilizada para alcançar o objetivo da presente investigação, apresentam-se e analisam-se os resultados obtidos, seguindo-se a discussão dos mesmos, pretendeu-se dar conta das principais conclusões retiradas dos resultados analisados.

ParteI- Enquadramento Teórico

1. Envelhecimento Demográfico

De acordo com Fernandez-Ballesteros, Pinqarty eTorpdalh (2009), o envelhecimento da população não é apenas um fenómeno demográfico da europa mas sim um fenómeno mundial.

Na atualidade, o envelhecimento populacional tem-se vindo a construir como um tema fundamental não apenas pela relevância do processo, mas também pelas consequências multidimensionais que o encerra(Dias & Rodrigues, 2012).

A longevidade, o limite máximo de vida e a expectativa de vida são três conceitos básicos, apontados por Vega & Martinez (2000), para se referir ao tempo que vive um indivíduo. Quanto à longevidade, esta é uma característica que define as pessoas que vivem muitos anos e que superam a expectativa média de vida. O citado conceito diz respeito à expectativa de uma determinada população, relativamente à esperança média de vida. Uma pessoa longeva é aquela que tem uma idade entre a expectativa média de vida da sua população e o limite máximo de vida da espécie (Vega & Martinez 2000). Em relação ao segundo conceito, o limite máximo de vida, ele refere-se ao número máximo de anos que já viveu um indivíduo da espécie e pode ser designado de período de vida ou expectativa de vida máxima potencial (Vega & Martinez 2000). No que concerne ao terceiro e último conceito, a expectativa de vida diz respeito ao número de anos que se prevê que um indivíduo irá viver. De acordo com os autores citados em último, a expectativa de vida também pode denominar-se por esperança média de vida e o valor da mesma pode depender dos fatores ambientais, de acontecimentos externos ao indivíduo, da incidência de doenças, dos avanços médicos e tecnológicos. A esperança média de vida não deixou de aumentar, incrementando, assim, o envelhecimento demográfico que se regista, em quase todos os países do mundo (Nações Unidas, 2010).

De acordo com Nações Unidas (2010), em 2000, havia 600 milhões de pessoas com mais de 60 anos, número três vezes superior ao ano de 1950, e em 2009 havia cerca de 700 milhões de pessoas idosas. No ano de 2050, estima-se que chegará a 2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, o que significa que vai triplicar num espaço de cinquenta anos (Nações Unidas, 2010). Esta estimativa também é apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011).

De acordo com o INE (2002), o envelhecimento demográfico é definido pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Aumento esse que se consegue em detrimento da população jovem e/ou em detrimento da população em idade ativa, o que tem vindo a aumentar em Portugal. Nazareth (2009) considera que o envelhecimento demográfico se divide em dois tipos: envelhecimento na base da pirâmide e envelhecimento no topo da mesma. Enquanto o primeiro diz respeito à diminuição da percentagem de jovens, o segundo refere-se ao aumento da percentagem de pessoas de idade mais avançada. No entanto, estes fenómenos de envelhecimento estão interligados, uma vez que quando a população mais jovem começa a diminuir (base da pirâmide), os restantes grupos de idades aumentam a sua importância (Nazareth, 2009). Como tal, leva a um duplo envelhecimento (INE, 2011). Portugal, em 1970, tal como a maioria dos países europeus, apresentava um duplo envelhecimento, apesar de nesta altura ser um dos países mais jovens do contexto europeu, envelhecimento, esse, que ocorreu no período a seguir ao fim da Segunda Guerra Mundial (Nazareth, 2009). Consequentemente, as pirâmides etárias em Portugal têm vindo a sofrer alterações. Em 1981, 25% da população pertencia ao grupo etário mais jovem e a população mais idosa (com mais de 65 anos) representava 11,4%. Mas esta tendência inverteu-se e, em 2011, o grupo etário dos mais jovens (0-14 anos) representava 15% da população e a faixa etária dos idosos representava cerca de 19 % (INE, 2011). Segundo as previsões do INE (2009), em 2060, residirão em Portugal 271 idosos por cada 100 jovens, mais do dobro do valor projetado para 2009 (116 idosos por cada 100 jovens). O envelhecimento populacional a nível geográfico não se processou uniformemente segundo os resultados provisórios do INE (2012) pois cerca de um terço dos idosos encontra-se na região Norte, sendo de 31% do total da população idosa, seguindo-se as regiões Centro e Lisboa, ambas com pesos próximos de 26%. Nas regiões do Alentejo, Algarve, Autónomas da Madeira e dos Açores encontram-se, respetivamente 9,1%; 4,4%; 2%; 1,6% dos idosos residentes no país.

Em relação à fertilidade, as Nações Unidas (2010) consideram que é improvável que volte a alcançar os altos níveis que foram característicos do passado e, ainda, que os países em desenvolvimento terão menos tempo para se adaptar às consequências deste fenómeno de envelhecimento. Os níveis de fecundidade na sociedade portuguesa caíram drasticamente, permanecendo a níveis inferiores para renovar as gerações futuras (Carrilho & Patrício 2010). Este facto e a longevidade, segundo os mesmos autores, repercutem-se na composição etária da população e assinalam um processo de

envelhecimento demográfico. Projeções recentes de Portugal indiciam que os idosos têm vindo a aumentar significativamente ao longo dos tempos, sendo que, em 2011, a proporção de população com 65 ou mais anos era de 19%, contrastando com os 8 %, em 1960 e os 16% na década anterior (INE, 2011).

O envelhecimento demográfico acompanha alterações a vários níveis na sociedade, de acordo Fontaine (2000), Oliveira (2005) e INE (2011). A nível económico, o consequente aumento dos reformados implica menos receitas para o estado; a nível social, envolve a necessidade de criar infraestruturas adequadas, tais como redes de apoio a idosos; a nível cultural, surge a necessidade de criar de condições no sentido de que os idosos otimizem as oportunidades e capacidades, uma vez que têm um aumento significativo do tempo de lazer; por fim, a nível médico exige-se mais cuidados e gastos com medicação. O envelhecimento da população torna-se um fator determinante para a necessidade de tomar medidas para aumentar o seu impacto positivo e diminuir o impacto negativo que esteja subjacente(Sequeira, 2010).

2. Noções gerais sobre o envelhecimento

A palavra velhice deriva de velho, do latim *veclus*, *vetulus*, que por sua vez, é definida por uma pessoa de muita idade (Fernández-Balesteros, 2004). Hamilton (2002) expõe que a velhice era extremamente rara nos tempos pré-históricos. Para Spar e La Rue (2005) a delimitação do período que corresponde à velhice não é consensual. O mesmo autor considera que o envelhecimento apresenta várias alterações, tanto a nível psicológico como biológico, sucedendo de forma gradual, ao longo do ciclo vital e, como consequência, não é possível delimitar uma data exata para que a pessoa possa ser considerada velha. No entanto, a OMS delimita a idade dos 65 anos como um marco cronológico para a definição de pessoa idosa, correspondendo à idade da reforma.

Ao longo da história o envelhecimento não foi das áreas que mais atenção mereceu, o que resultou, em parte, das estruturas sociais vigentes, nas quais o número de crianças e jovens eram, na maioria das vezes, ultrapassado pelo número de idosos (Vega & Martinez, 2000). De acordo com autores supracitados o envelhecimento representa para alguns indivíduos a entrada num ciclo que pode ter uma elevada duração, tendo em conta que a expectativa de vida tem aumentado neste último século.

Módenes e Cabaco (2008) referem que o envelhecimento pode ser descrito como um processo universal que afeta todos os seres humanos. Tem origem na concepção do ser, desenvolve-se aos longos dos anos e termina, inevitavelmente, na morte. Uma das consequências forçadas dos seres vivos é o envelhecimento, variando de indivíduo para indivíduo, o qual é um processo contínuo de degradação (Fontaine 2000). Não sendo uma característica específica dos tempos modernos, como expõe Hamilton (2002), nos últimos anos, ganhou grande importância. Foi a década de 80 que marcou um ponto importante no estudo do envelhecimento (Fonseca 2006). Ainda neste período, começou a ganhar um estatuto científico, com abordagem transversal de uma multiplicidade de ciências, como a bioquímica, a medicina, a demografia, o direito, a psicologia, a sociologia e a política (Fonseca, 2006). Este estudo é justificado pelo aumento significativo de pessoas com mais de 65 anos de idade na sociedade atual e, como referem as estatísticas demográficas, o envelhecimento populacional continuará a aumentar, o que torna pertinente criar estratégias, ações reabilitativas e preventivas que

possam retardar problemas decorrentes do avançar da idade (Módenes & Cabaco, 2008).

De acordo com Spar e La Rue (2005), envelhecer é um processo constante ao longo da vida, que não ocorre apenas em determinada época da vida, pelo que, definir quando somos velhos nem sempre é um processo fácil. No entanto, o envelhecimento pode ser definido de várias formas, não existindo apenas uma única forma de o descrever. De várias definições possíveis destacaram-se as seguintes:

Yates (1993), referido por Fonseca (2006, p.58), define o envelhecimento

como um processo termodinâmico de quebra de energia, geneticamente determinado e condicionado sob o ponto de vista ambiental, deixando para trás resíduos que progressivamente aumentam a probabilidade de ocorrência de doenças e outras situações de instabilidade dinâmica, que por fim resultam na morte.

O Ministério da Saúde (2004) define envelhecimento como um “processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, desenvolve-se ao longo da vida” (p.3)

Fontaine (2000 p. 23) faz referência ao envelhecimento como sendo

um processo diferencial (muito variável de indivíduo para indivíduo) que revela simultaneamente dados objetivos (degradações físicas, diminuição tendencial dos funcionamentos perceptivos e mnésicos etc.) e também dados subjetivos que constituem de fato a representação que cada pessoa faz do seu envelhecimento.

Fonseca (2010) define envelhecimento “como um período do ciclo de vida em que a generalidade das características pessoais (biológicas, psicológicas e sociais) muda de uma forma relacionada entre si, orientando-se progressivamente para a construção de uma imagem de si mesmo como idoso” (p.125).

Do que é indicado por Fontaine (2000) e Oliveira (2008) resulta que cada indivíduo pode ter diversas idades, sendo elas: idade cronológica, idade biológica, idade psicológica e idade social e cultural. Para Fontaine (2000), a idade cronológica diz respeito à idade que está presente no bilhete de identidade e a idade biológica está ligada ao envelhecimento orgânico. A idade social é determinada por aspetos culturais e

históricos que influenciam as expectativas da sociedade e dos familiares relativamente à pessoa (Oliveira, 2008; Fontaine, 2000). A idade psicológica está relacionada com competências comportamentais a que cada pessoa recorre para responder às alterações ambientais, a qual “compreende as capacidades mnésicas (memória), as capacidades intelectuais (inteligência) e motivações para o empreendimento” (Fontaine, 2000, p.25). Oliveira (2008) expõe que a idade cultural apresenta diferentes particularidades, pois enquanto nas sociedades africanas a pessoa velha adquire uma grande valorização social, nas ocidentais verifica-se precisamente o contrário.

Schroots e Bierren (1980), referidos por Fonseca (2006), identificam três componentes do envelhecimento: a componente biológica (senescência), que resulta da vulnerabilidade crescente de uma maior probabilidade de morrer; o envelhecimento social relativo “aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para este nível etário” (p.55) e o envelhecimento psicológico definido “pela sua capacidade de autorregulação do indivíduo face ao processo de envelhecimento” (p.56).

O envelhecimento pode ser encarado como a ocorrência de uma série de processos, com padrões diferenciados, pelo que Busse (1999) os separa em primário e secundário: o envelhecimento primário é descrito como um processo intrínseco ao organismo e depende de fatores adquiridos ou hereditários e o secundário depende de fatores ambientais que provocam traumas ou doenças. Neste sentido, o envelhecimento secundário, apesar de estar relacionado com a idade, pode não ser causado diretamente por ela, o que leva a que seja reversível (Busse, 1999). Tal distinção também é feita por Berger (2001) e Mailloux-Poirier (1995), os quais acrescentam, ainda, que envelhecimento e doença não são sinónimos. Aos padrões de envelhecimento, Bierren Schroots, (1996), referidos por Fonseca (2006), acrescentam um novo padrão de envelhecimento, o envelhecimento terciário, referindo-se às rápidas alterações que ocorrem na velhice, é rápido, antecede a morte.

Para Fernández-Balestreros (2009), a última fase da vida que se vive é a velhice. Viver implica estar inserido num meio, ao qual torna-se necessário a adaptação ao mesmo. Nessa existência ocorrem alguns acontecimentos negativos, mas também um conjunto de oportunidades. De acordo com o autor citado em último, a evolução da espécie humana trouxe também a possibilidade de nos adaptarmos com flexibilidade, diversidade e mudanças a novas situações. Posada (2005) refere que a psicologia evolutiva estuda a evolução e alterações que ocorrem no comportamento ao longo da vida. Na maior parte das vezes, apenas referem alterações positivas até à meia-idade, a

partir daí poucos autores dedicaram atenção, referindo apenas em alguns casos como uma época onde apenas se vivenciam perdas. Esta perspectiva, já em desuso, considera que o ciclo de vida humano pode ser representado por uma curva em forma de “U” invertido, na qual assistimos a ganhos desde que nascemos, estabilizando pela meia-idade, e no final de vida ocorre um declínio, onde predominam, na sua maioria, perdas. Nos finais dos anos 70 surge, na psicologia evolutiva, o ciclo vital onde se estudam as mudanças que ocorrem independentemente da idade na qual o indivíduo se encontra (Posada, 2005). Neste ponto, destaca-se Erikson (1997) que considera que o ciclo de vida humana é constituído por oito estádios psicossociais, em que cada etapa se baseia sempre na anterior, estes estádios permanecem ligados a sistemas somáticos, no qual se mantêm pendentes de processos psíquicos da personalidade e do domínio moral do processo social. A última crise dos oito estádios, segundo Erikson (1997), designa-se por integridade vs. desespero, na qual se pretende alcançar sabedoria. O desespero resulta, na maioria das vezes, da ausência do envolvimento dos idosos em algumas atividades, nas quais participar assume importância para o idoso, evitando que este não se sinta estagnado na vida, daí ser fundamental que o idoso mantenha o papel de avô. Na perspectiva do ciclo vital a manutenção e regulação da perda são dois aspetos que dominam o desenvolvimento na velhice, contribuindo para a importância de ter em conta que ganhos e perdas não acontecem apenas nas idades anteriores mas sim ao longo da vida (Cardoso & Rocha, 2010).

Na opinião de Neri (2006), a forma mais completa para encarar o envelhecimento é a noção de curso de vida ou life-span, uma vez que permite observar o desenvolvimento como um “processo contínuo, multidirecional de mudanças genético-biológicas e socioculturais de natureza normativa e não normativa, marcada por perdas e ganhos concorrentes e por interatividade entre o indivíduo e a cultura” (Neri, 2006, p. 19). Para um envelhecimento com êxito é importante apresentar níveis elevados de bem-estar psicológico (Paúl & Fonseca, 2005).

2.1. Paradigma Contextualista

Fonseca (2007) descreve quatro teorias que procuram explicar o desenvolvimento humano no decurso da vida, sendo elas: abordagem ecológica de Bronfenbrenner (1979), contextualismo desenvolvimental de Dixon, Lerner (1992), teoria da ação e do controle de de Brandtstadter (1984) e perspectiva desenvolvimental do ciclo da vida de Baltes

(1987, 1993, 1997, 1999, 2005). Quanto à abordagem ecológica, ela indica que o desenvolvimento decorre na sequência de mudanças duradouras e estáveis, resultantes da interação do indivíduo com o meio, responsabilizando o indivíduo pelo seu próprio desenvolvimento. No contextualismo desenvolvimental, os indivíduos são produtores do seu próprio desenvolvimento, sobressaindo as ideias de plasticidade e de natureza interativa do desenvolvimento (indivíduo – cultura). Por outro lado, a teoria da ação e do controle refere que é a ação individual e social, que regula o desenvolvimento e o indivíduo, esforça-se para atingir determinados fins ou objetivos desenvolvimentais criando “condições ecológicas artificiais” de acordo com as suas capacidades e competências. Na perspectiva desenvolvimental do ciclo da vida, o desenvolvimento resulta da interação entre os fatores biológicos, culturais e históricos, dando relevo a um desenvolvimento por oscilações através de uma alternância permanente entre ganhos e perdas desenvolvimentais.

De acordo com Fonseca (2010), o recurso a mecanismos de seleção, otimização e compensação (SOC), funciona como uma forma de o indivíduo continuar o seu desenvolvimento de uma forma adaptativa na sua interação com o meio, maximizando os ganhos e minimizando as perdas.

De acordo com Fonseca (2010), o modelo SOC procede da convicção de que o curso da vida supõe alterações regulares em termos de objetivos e do sentido da própria vida, requerendo, tais alterações, que se façam mudanças sistemáticas na distribuição de recursos.

O ciclo de vida decorre em duas fases, nas quais se processam alterações de objetivos e sentido da própria vida. Enquanto na primeira fase da vida se investe em ganhos desenvolvimentais, na segunda fase centram-se na manutenção dos mesmos e na reparação de eventuais perdas Fonseca (2010).

Os mecanismos do modelo SOC são considerados processos universais de regulação do desenvolvimento que podem variar na expressão do fenótipo e depender do contexto socio-histórico e cultural (Freund & Baltes, 2009). Os mesmos autores referem que a seleção tem a ver com a especificação de uma determinada via, ou conjunto de vias, para o desenvolvimento. Esta especificação seletiva supõe a limitação de uma série de alternativas dentro das possibilidades da plasticidade, determinadas por condicionantes biológicos e culturais. A seleção também tem em conta o facto dos recursos como o tempo e a energia serem limitados ao longo do ciclo vital. Assim, tais recursos servem para estabelecer limitações que permitem a especificação e a

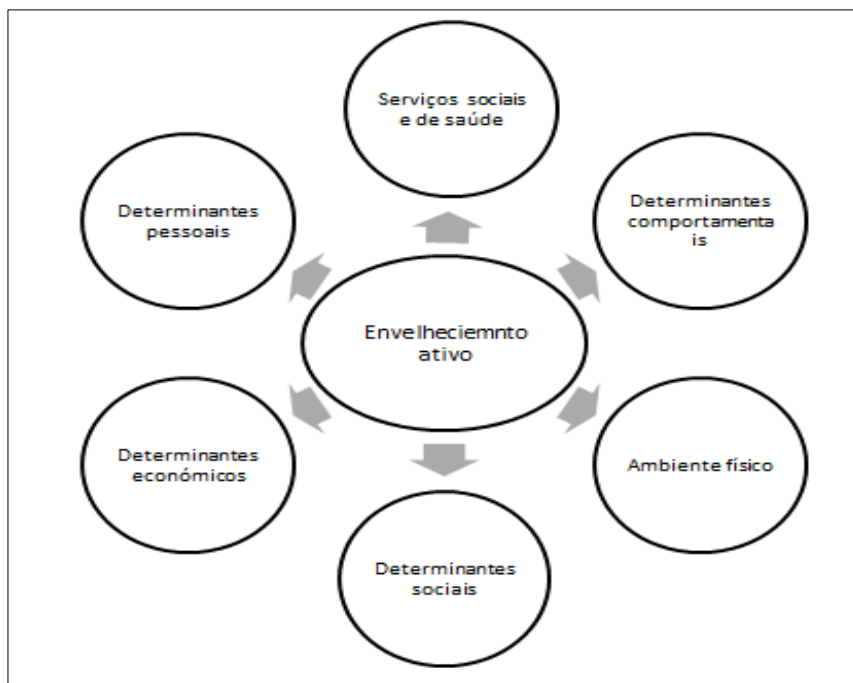
diferenciação. Fonseca (2010) salienta que a seleção é quando o indivíduo seleciona um dado percurso desenvolvimental de entre um leque de oportunidades, base para a aquisição de novos recursos. Para Freund e Baltes (2009), a otimização refere-se à aquisição, aplicação e integração de recursos implicados na concretização para alcançar níveis de desempenho mais elevados. Na velhice, a otimização das potencialidades é uma das razões para investir tempo e energia em programas de aprendizagem ao longo da vida, sendo este um requisito para envelhecer com êxito e ativamente (Freund & Baltes, 2009). A compensação diz respeito à gestão das perdas, ou seja, ao balanço entre os ganhos e as perdas com o recurso aos meios disponíveis (Freund & Baltes, 2009), o que vai de encontro da opinião de Fernández-Ballesteros (2009), quando refere que a compensação é um mecanismo para equilibrar as perdas sofridas e, apesar disso, manter um bom desempenho. Dado que tanto a compensação como a otimização requerem um esforço individual e envolve um processo cuidadoso e seletivo, antes de decidir o que se deve otimizar e o que se deve compensar, este processo complexo requer a tomada de decisões e a resolução de problemas (Fernández-Ballesteros, 2009). Para Oliveira (2005), o modelo referenciado anteriormente permite um envelhecimento bem-sucedido, uma vez que possibilita a seleção do que é mais importante, otimizando-o e usando eventuais compensações. Para Neri (2006) “significa simplesmente fazer e ser o melhor possível com os recursos que se dispõe” (p. 27). Para Baltes e Smith (2004), citado por Fonseca (2010) o “modelo SOC adquire a sua expressividade mais significativa na meia-idade, altura em que a perceção do envelhecimento começa a fazer-se sentir de forma irremediável” (p.30). Assim em cada caso de envelhecimento bem-sucedido, existe uma apropriação criativa, individualizada, e socialmente apropriada, dos mecanismos de seleção, otimização e compensação (Baltes & Baltes, 1990 citado por Fonseca 2010).

2.2. Envelhecimento Ativo

Quando a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, adotou o termo Envelhecimento Ativo definindo-o como “um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2002, p.12). Nessa altura ainda poucos reconheciam a importância que hoje universalmente se atribuiu ao envelhecimento. O Parlamento Europeu e a Comissão Europeia determinaram que o ano

de 2012 fosse o ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações(Fonseca, 2012).A expressão ativoalude à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais e civis, não só das pessoas saudáveis e fisicamente ativas, mas também daquelas que apresentam alguma doença ou sejam fisicamente incapacitados (OMS, 2002). Como mencionamBauzá eBennassar(2010), o envelhecimento ativo baseia-se essencialmente nos direitos humanos das pessoas idosas e nos princípios das Nações Unidas de independência, participação, dignidade,assistência e realização das suas aspirações.

Figura 1- Determinantes do envelhecimento ativo



Fonte: *Envelhecimento Ativo uma Política de Saúde* (p.19), Organização Mundial de Saúde (2005), Organização Pan-Americana da Saúde.

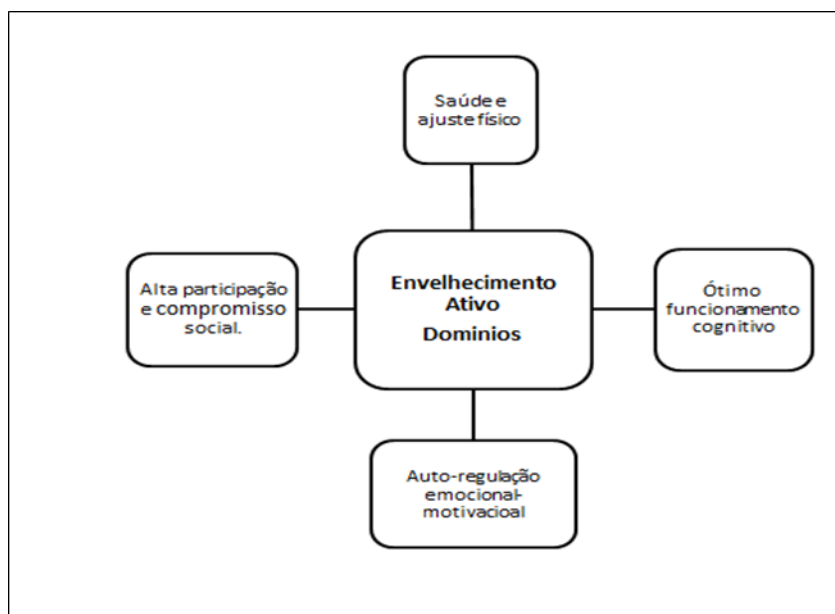
A figura 1 apresenta um conjunto de fatores que interferem no envelhecimento ativo estabelecidos pela OMS (2002), representados de modo circular, uma vez que indicam as várias direções em que os múltiplos sistemas atuam (Fernández-Ballesteros 2009).

O envelhecimento ativo depende, segundo Ribeiro & Paúl (2011), de uma diversidade de fatores assinalados de determinantes, onde se incluem os determinantes da esfera pessoal; comportamental; económica; meio físico; sociais e, por último, os da esfera da disponibilização dos serviços sociais e de saúde. A Organização Mundial de Saúde (2002) expõe que, quer a cultura, quer o género são fatores determinantes transversais. Os valores culturais e as tradições determinam muito como uma sociedade

encara as pessoas idosas e o processo de envelhecimento. Por outro lado, encontra-se o género, pois em muitas sociedades as mulheres jovens e adultas têm um estatuto social inferior ao dos homens.

A figura 2 apresenta os quatro domínios do envelhecimento ativo em que se organizam as condicionantes psicológicas e comportamentais, como: a saúde comportamental e boa forma física; ótimo funcionamento cognitivo; autorregulação emocional e motivacional; alto funcionamento social.

Figura 2 – Domínios comportamentais e psicológicos do envelhecimento ativo



Fonte: *Envejecimiento Activo Contribuciones de la Psicología*, Fernández-Ballesteros, R. (2009). Madrid: Pirámide.

Em Portugal têm sido desenvolvidos programas de envelhecimento ativo, como o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, emitido em 2004, pela Direção Geral de Saúde com finalidade de adequação dos cuidados às necessidades das pessoas idosas e à promoção do desenvolvimento de ambientes capacitadores (MS, 2004). O Programa de Ação 2012, incluído no Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações (2012), tem como principais medidas e iniciativas as “Oportunidades e Ganhos em Saúde ao Longo da Vida; Acessibilidade para Todos/as Dentro e Fora de Casa; Segurança Social Perante Eventualidades da Vida; Conhecer, Ganhar Mais Sabedoria e Divertir-se; Novas Tecnologias de Informação e

Comunicação Informação útil e Oportuna, Voluntariado e o diálogo entre Gerações (GP, 2012).

Em suma, o envelhecimento ativo pode ser considerado como o produto do processo de adaptação que ocorre ao longo da vida, através do qual se pode alcançar um ótimo funcionamento físico, cognitivo, emocional-motivacional e social (Fernández-Ballesteros, 2009). Para o caminho do envelhecimento ativo devem-se conjugar as experiências universais do envelhecimento com estratégias individuais de compensação e prevenção que otimizem o equilíbrio entre ganhos e perdas na vida adulta tardia (Ribeiro & Paúl, 2011).

2.3. Teorias do envelhecimento

As teorias que explicam o envelhecimento, na opinião de Vega e Martinez (2000), Rossel, Herrera & Rico (2004) e Mailloux-Poirier (1995), são múltiplas e envolvem teorias biológicas e teorias psicossociais. Assim sendo, de forma a entender o processo de envelhecimento, serão apresentadas algumas teorias divididas em duas categorias: as biológicas e as psicossociais, as quais referem uma série de etapas ou estádios na vida do ser humano.

Teorias Biológicas

De acordo com Busse e Blazer (1996), o envelhecimento biológico não diz respeito apenas aos últimos anos da vida, pois pode iniciar-se logo na concepção. Este tipo de envelhecimento envolve as alterações físicas que se manifestam na idade adulta, tendo como consequência um decréscimo na eficiência do funcionamento e termina na morte. Para Fonseca (2006), o envelhecimento biológico “é um processo cujos efeitos são visíveis mas cujo mecanismo interno permanece, em grande medida, desconhecido” (p.56).

Mailloux-Poirie (1995) e Vega e Martinez (2000) agrupam as teorias biológicas do envelhecimento em: Teoria imunitária; Teoria genética; Teoria do erro na síntese proteica; Teoria do desgaste; Teoria dos radicais livres; Teoria neuro-endócrina. Segundo a Teoria Imunitária, o envelhecimento resulta de alterações que levam o sistema imunitário a atacar as células do próprio organismo (Mailloux-Poirie, 1995). O mesmo é apontado por Busse e Blazer (1999) quando referem que no envelhecimento se

verifica uma diminuição na eficiência dos mecanismos de proteção, o que diminui a vigilância do sistema imunitário. A destruição do sistema imunológico resulta numa maior incidência de doenças na população idosa (Busse & Blazer, 1999). Hamilton (2002) sintetiza esta teoria com o facto do sistema imunitário ter uma menor capacidade de produzir anticorpos, o que diminui a sua capacidade de combater as infeções. O sistema imunitário identifica de forma errada células do corpo como agentes infecciosos, acabando por atacá-las.

No que concerne à Teoria genética, o envelhecimento é encarado como tendo uma base genética e a vida do indivíduo vem programada na célula ou nos genes da espécie. Assim, o limite máximo da vida encontra-se geneticamente programado (Mailloux-Poirie, 1995; Vega & Martinez, 2000). Esta programação, ou estes processos, encontram-se nas moléculas do ADN dos genes dos indivíduos. Rossel, Herrera & Rico (2004) referem que existe um certo número de divisões celulares predefinido, o que implica uma limitação na reprodução celular (limite de Hayflick).

A Teoria do erro na síntese proteica, explica o envelhecimento como consequência da morte celular, a qual resulta da acumulação de mudanças acidentais que acontecem num determinado lugar ao longo da vida nas células (Mailloux-Poirie, 1995; Vega & Martinez, 2000). Estas mudanças aleatórias ou mutações podem afetar as moléculas de ADN que deixam de se reparar ou acontecem de uma forma muito rápida que não podem reparar-se. Estas mutações acumulam-se no corpo celular e a célula perde a capacidade para funcionar e para dividir-se. Os erros podem também produzir-se na transcrição do ADN para o ARN ou na tradução do ARN para as proteínas (Mailloux-Poirie, 1995; Vega & Martinez, 2000).

Segundo a Teoria do Desgaste, o organismo é encarado como uma máquina que sofre um desgaste natural, indo de encontro ao que acontece com o envelhecimento humano. Existem aspetos como a atividade, o trabalho e o exercício, que não aceleram o envelhecimento ou a morte. No entanto existem alguns aspetos que podem estar relacionados com o desgaste natural, como a exposição solar, a exposição à radiação ou o álcool (Mailloux-Poirie, 1995 e Vega & Martinez, 2000).

Uma subteoria do envelhecimento biológico é a dos radicais livres (Vega & Martinez, 2000). Tendo por base a citada subteoria, Vega e Martinez (2000) salientam, que o radical livre reduz a eficácia celular e causa a acumulação de resíduos na célula. Estes radicais livres podem ser produzidos pelo calor extremo, pelas interações oxidativas ou pela radiação. De acordo com o autor supracitado, o processo de

envelhecimento e a morte prematura do organismo devem-se ao facto de existir uma acumulação excessiva de radicais livres que danificam a membrana e outros componentes da célula, acelerando o processo de envelhecimento e produzindo uma morte prematura do organismo (Vega & Martinez, 2000).

Segundo a Teoria Neuro-endócrina, o envelhecimento está relacionado com o fracasso ou insuficiência do sistema endócrino, no que se refere à coordenação das diferentes funções do corpo e grande parte das funções neuro - endócrinas diminuem com idade (Mailloux-Poirie, 1995). Vega & Martinez (2000) referem que o sistema endócrino controla as atividades do corpo através das hormonas, as quais regulam muitos processos metabólicos, são produzidos nas glândulas endócrinas e transportadas através da corrente sanguínea. Enquanto estes mecanismos hemostáticos não estão deteriorados, o corpo consegue manter a sua capacidade de raciocinar em situações que implicam *stress*. A morte pode acontecer pela incapacidade do organismo autorregular as mudanças que se produzem no corpo (Vega & Martinez, 2000).

A Teoria Geodinâmica (Yates, 1998), destacada por Vega e Martinez (2000), consta duma aproximação alternativa às teorias anteriores. Não inclui apenas as teorias celulares, mas refere-se ao envelhecimento em geral. De acordo com os mesmos autores, esta teoria explica o envelhecimento pela acumulação da entropia, ou seja a desordem perante a ordem. O envelhecimento definido desta forma, ainda de acordo com Vega e Martinez (2000), é um processo oposto ao desenvolvimento. Vega & Martinez (2000) ainda referem que a destruturação, a desorganização, o desequilíbrio, entre outros, não se estruturam, organizam ou equilibram, como acontece com o desenvolvimento, mas acumula-se. Esta acumulação de desordem é uma força, uma energia negativa que constitui a base do envelhecimento.

Tomando por base a Teoria do sistema nervoso, Vega e Martinez (2000) explicam o envelhecimento com a perda de eficiência de alguns mecanismos. Assim, pode-se distinguir envelhecimento normal e envelhecimento patológico do sistema nervoso. Em relação ao envelhecimento citado em último, ele acarretar o aparecimento de certo tipo de demências, mas só algumas pessoas são afetadas. O envelhecimento do sistema nervoso deteta-se a vários níveis, entre eles está: alteração do número e tamanho dos neurónios e do tamanho dos mesmos, da estrutura neuronal, do núcleo dos neurónios, da morfologia das dendrites, do peso e morfologia do cérebro, dos sistemas de saída e entrada de informação, das sinapses, dos neuro - transmissores, das estruturas intracelulares.

Teorias Psicossociais

De acordo com a Teoria da desvinculação, com o envelhecimento ocorre separação física, psicológica e social (Rossell, 2004e Mailloux-Poirie, 1995). O envelhecimento implica um afastamento recíproco do idoso relativamente à sociedade em que está inserido e esta, por sua vez, também o rejeita. Neste sentido, a sociedade força o idoso a isolar-se, o que o leva a desligar-se do mundo, a diminuir as obrigações e atividades, circunscrevendo-se à família e aos amigos. Os princípios básicos desta teoria são: o envelhecimento implica um afastamento do idoso relativamente à sociedade e da sociedade em relação ao mesmo; o envelhecimento tem uma vertente psicológica, uma vertente social e a desvinculação é saudável para o indivíduo (Mailloux-Poirie, 1995). Busse& Blazer (1999) são da opinião que os idosos acabam por ter um desvio da atenção do mundo exterior para o mundo interno, para os próprios sentimentos e pensamentos. No entanto, existe também uma separação social, que tem por base um decréscimo das suas relações sociais, relações que mantinham com a família, com igreja e com a comunidade em que está inserido (Busse& Blazer (1999).

Segundo a Teoria da atividade Havighurst (1987) os idosos devem-se manter ativos, de modo a conseguirem uma melhor qualidade de vida (Mailloux-Poirie, 1995). Neri (2001) aborda esta teoria referindo que o indivíduo ao envelhecer se depara com alterações relacionadas com as suas condições anatómicas, psicológicas e de saúde que são específicas desta etapa da vida. No entanto, as suas necessidades sociais e psicológicas permanecem as mesmas de antes. Para envelhecer com êxito, de acordo com a teoria citada em último, a pessoa deve permanecer ativamente na sociedade. Enquadrado na referenciada teoria, Rossell (2004) expõe os princípios básicos do envelhecimento, sendo eles a satisfação da vida vincula-se a papéis familiares, sociais e laborais; o prolongamento da atividade prolonga a idade adulta e a meia-idade; é preciso valorizar a atividade e atribuir ao idoso papéis apreciados socialmente; a atividade depende do estado de ânimo; por fim, a satisfação está vinculada com o tipo de atividade.

Tendo em consideração a Teoria da continuidade, Mailloux-Poirie (1995) fazem referência à existência de uma continuidade no comportamento do idoso.

De acordo com a Teoria da subcultura, Rossel, Herrera e Rico (2004), consideram que os idosos interacionam mais com os indivíduos da mesma idade ou próxima, de que

com indivíduos de outras idades, pois apresentam mais afinidades, desde a forma de pensar, sentir, executar e perspetivar a vida.

Segundo a Teoria do grupo minoritário, Rossel, Herrera e Rico (2004) são da opinião que os idosos vêm-se obrigados a ingressar num grupo, o qual apresenta características negativas como os de todas as minorias, segregação, pobreza e auto estima baixa, entre outros.

Na Teoria das tarefas, o desenvolvimento é entendido de modo a ter um envelhecimento bem-sucedido(Rossel, Herrera & Rico,2004). Esta teoria apresenta os períodos: início da idade adulta(30-40 anos), onde ocorre concentração das energias na consolidação profissional, social e familiar;maturidade (40-50anos), etapa em que o indivíduo se afirma, continuando com as suas responsabilidades sociais e cívicas e fortalece as suas relações sociais; últimos anos da maturidade (50-60 anos), aqui os indivíduos retificam a sua posição e corrigem os seus papéis, existem perdas, papéis novos e adequação ao seu novo grupo idade.

3. Institucionalização

Em Portugal os idosos representam, cada vez mais, uma faixa etária significativa, como apontam as estatísticas do envelhecimento demográfico. Assim, Lemos (2000) declara que as sociedades desenvolvam mecanismos que possam assegurar qualidade de vida dos que envelhecem. Neste sentido, Paúl (1997) classifica as redes de apoio ao idoso classificando-as em redes de apoio formais e informais. Será feita a referência às redes formais pois o estudo desenvolve-se numa instituição dessas redes formais (lar de idosos).

A Segurança Social, em 1996, definiu os lares de idosos como uma resposta social de alojamento coletivo, de carácter coletivo, em que este pode ser de carácter permanente ou temporário, destinado a idosos que perdem a sua autonomia/independência. A definição de Lar de Idoso está consagrada no Despacho Normativo nº 12/98 de 25 de Fevereiro. Considera-se lar o estabelecimento em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas, através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, com fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes (Bonfim, Garrido, Saraiva, & Veiga, 1996). É ainda objetivo dos lares proporcionar aos idosos serviços para o seu bem-estar biopsicossocial, fornecer condições que permitam um retardar do envelhecimento, devem fomentar as relações interfamiliares e potenciar a integração social.

Os autores Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) referem que a institucionalização ocorre com base em três parâmetros. O primeiro, após a morte do conjugue, o idoso passa a viver sozinho e teme necessitar de auxílio e não o ter. Em segundo, quando o idoso sofre de uma doença ou queda e a casa não se encontra adequada para a nova situação. Por fim, quando a sua localização geográfica fica num local isolado e este pensa em morar num local mais adequado, como, por exemplo, a casa do filho. A casa representa para o idoso uma dimensão global de independência pessoal de segurança, privacidade, identidade entre outras. Inserido numa comunidade também está associado as rotinas e sair implica alterações nos costumes de vida. A casa

pode também surgir como um local de vulnerabilidade (Sousa, Figueiredo & Cerqueira 2004) Para os autores supracitados, a institucionalização é para o idoso, uma etapa que fica marcada pela saída da sua casa. De acordo com Hernandis e Martinez (2005), nesta fase o idoso tem que se adaptar a novas situações, a novas relações sociais, bem como a uma estruturação das rotinas diárias, em que as atividades dependem das normas que regulam a vida dos residentes e existe maior controlo sobre os aspetos vitais e perda de certas liberdades individuais. Ainda de acordo com os últimos autores, no processo de institucionalização o idoso é confrontado com alguns desafios inerentes à institucionalização, existindo um abandono do seu lugar, diminui o contacto com os seus familiares e vizinhos, dos seus animais de estimação e muitos dos seus pertences. Torna-se, assim, fundamental dar especial atenção à institucionalização, de forma a proporcionar uma melhor qualidade de vida do idoso. Para Módenes e Cabaco (2008), é importante criar programas que apontem para a manutenção das capacidades cognitivas e funcionais nos idosos institucionalizados, permitindo ter uma melhor auto estima e qualidade de vida. Estes programas devem ter um carácter multidisciplinar e, na opinião de Calero(2003), a implementação de programas cognitivos numa instituição (centro de dia, lares, entre outros) requer poucos recursos e tem consideráveis benefícios.

4. Cognição

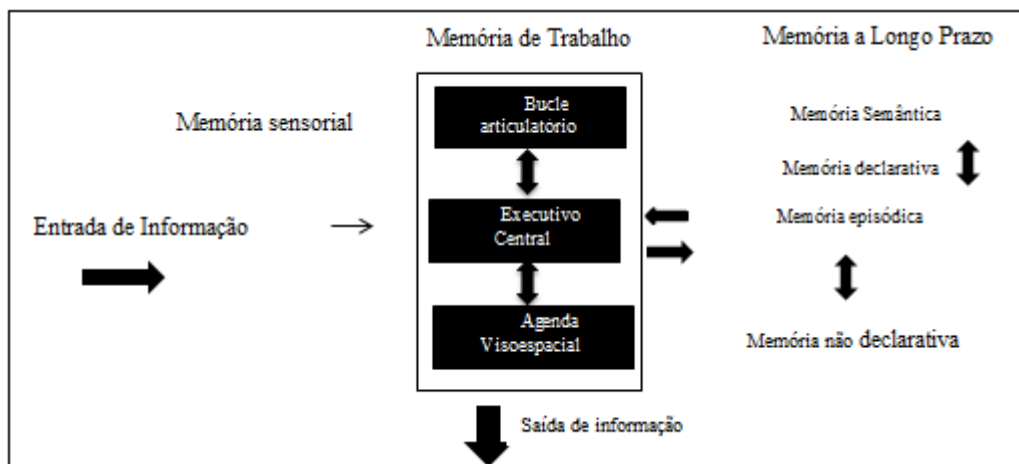
4.1. Memória

A memória é a função superior mais estudada no âmbito do envelhecimento normal e se umas capacidades declinam com o passar dos anos, outras mantêm-se bem preservada de acordo com Garcia (2009).

De acordo com Fernandez& Fluente (2005), a memória é um sistema que permite ao organismo obter e representar a informação, mantê-la durante períodos variáveis de tempo, recuperá-la e usá-la de forma adequada, no momento oportuno. A memória pode-se definir como a capacidade dos animais para adquirir, reter e utilizar conhecimentos e habilidades(Ruiz-Vargas, 2008). Segundo Belsky (2001), mais do que qualquer outro problema, a memória é o que mais personifica a velhice. Yanguas, Leturia, Leturia e Uriarte(2002) destacam que as funções cognitivas são aquelas funções e processos pelos quais o indivíduo recebe, armazena e processa a informação relativa a si mesmo e aos outros que estão em seu redor. De entre as várias funções destacam-se a atenção, a percepção, a memória, a orientação e o juízo. Os autores supracitados em último referem que a memória é a função cognitiva mais importante, pois está relacionada com as mudanças globais e intelectuais das pessoas idosas e desempenha cada vez mais um papel importante, sendo básica para a resolução de problemas e para a adaptação ao meio. É necessário diferenciar vários tipos de memória, como funcionam e como são afetadas com a idade porque não se pode falar de um deterioro de memória unívoco (Yanguas, Leturia, Leturia&Uriarte2002). Schaie e Willis(2003),referenciam três grandes sistemas que configuram a memória humana: a memória sensorial, a memória a curto prazo e memória a longo prazo.De acordo com Marchand(2001), a distinção entre os sistemas de memória baseia-se na duração da informação armazenada e na capacidade de armazenamento.

A figura 3 resume as estruturas do sistema de memória.

Figura 3 - Esquema geral dos sistemas de Memória



Fonte: *Psicología De La Vejez* (2007) In: Triadó, Carmen y Villar, Feliciano, *Psicología De La Vejez*. Madrid. Alianza Editorial.

A Memória sensorial, de acordo com Pousada & Fluente (2007), regista o estímulo do exterior, durante frações de segundos e antes de desaparecer. Na opinião de Mailloux-Poirier (1995), é o sistema responsável pela receção inicial da informação pois “é um mecanismo sensitivo que permite conservar uma cópia do estímulo durante dois segundos”(p.177). Este sistema de memória, com o envelhecimento, sofre algumas transformações, atingido particularmente a fixação das impressões sensoriais (Mailloux-Poirier, 1995).

A Memória Curto Prazo, para Baddeley (2009) e Schaie e Wills (2003), está relacionado com a retenção de pequenas quantidades de informação e mantém-na de forma consciente. Berger (1995) refere que este sistema de memória é muito limitado e permite reter um número de telefone durante poucos segundos, os necessários para o marcar. O mesmo autor refere que a “capacidade de memória é aproximadamente de cinco palavras ou sete números consecutivos”(Berger, 1995, p. 178). Para García, González, Ceballos, Díaza, Carbonell e García (2008), no processo de envelhecimento, a memória a curto prazo parece não ter demonstrado um declive associado à idade, na ausência de demência. No entanto, Baddeley (2009) defende que as “pessoas mais velhas têm especial dificuldade de armazenar diversos itens de novas informações na mente enquanto analisam de maneiras complexas, principalmente quando aparece material que

desvie a sua atenção” (p. 418).Schaie eWills(2003)aludem que a memória a curto prazo pode ser dividida em memória primária e memória de trabalho.Memória primária implica manter na mente uma pequena quantidade de informação como um número de telefone, tendo uma capacidade muito pequena e sendo muito breve. Se for necessário recordar a informação mais tarde, então esta informação tem que passar a memória de trabalho. A memória de trabalho, conforme refereBaddeley (2009),“é um sistema de memória que serve de base à nossa capacidade de manter as coisas em mente ao realizarmos tarefas complexas” (p. 22).A memória de trabalho também está implicada quando é necessário manipular a informação para resolver um problema ou tomar uma decisão (Schaie & Wills, 2003).O envelhecimento, neste tipo de memória, está associado a um declínio das aptidões, nomeadamente quando é essencial a manipulação ativa da informação, por exemplo quando se pede para repetir os números por ordem inversa(Spar & La Rue, 2005).

A memória a longo prazo possui uma grande capacidade de armazenamento de informação, a qual pode reter-se durante longos períodos de tempo (Schaie & Wills, 2003), ou mesmo durante uma vida inteira (Berger, 1995).Quando a informação é codificada é transferida para a memória a longo prazo e onde se mantém até que seja necessária(Vega & Martinez, 2000).Triadó&Villar(2007) referem que o sistema de memória a longo prazo é constituído por dois subsistemas: a memória declarativa e a memória não declarativa. O estudo com pessoas mais velhas tem demonstrado resultados impressionantes, como é o caso dum estudo em que os idosos recordaram nomes ou fotografias de mais de 70% dos colegas da escola, passado quase 50 anos(Spar & La Rue, 2005).A memória episódica é uma memória virada para o passado, não se verificando em mais nenhum sistema de memória, e permite aos seres humanos lembrar-se do seu passado e das experiências(Tulving, 2002).De acordo Belsky(2001) e Rossell (2004)a memória episódica permite recordar acontecimentos específicos.Na opinião deGarcía, Gonzáleza, Ceballos, Díaza, Carbonell &García (2008), parece existir uma deterioração associada à idade, na recordação dos acontecimentos recentes. Esta deterioração verifica-se essencialmente quando a tarefa da memória episódica a que se propõe a pessoa implica um esforço de recuperação e codificação da informação importante, isto é quando a execução desta tarefa requer a memória de trabalho (García, Gonzáleza, Ceballos, Díaza, Carbonell &García, 2008).

Baddelye(2009)definiu a memória semântica como o sistema que permite armazenar o conhecimento sobre o mundo. ParaFernández-Ballesteros, Zamarrón, Calero&

Tárraga (2009), a memória semântica é a parte do sistema da memória humana que se refere aos conhecimentos de temas, como conceitos, o significado das palavras e o conhecimento do mundo que nos rodeia, como atos, ações, eventos e pessoas. Em relação à memória semântica, esta mantém-se de maneira estável (Ruiz-Vargas, 2008). Para Belsky (2001), a memória procedimental ou implícita está relacionada com a informação que memorizamos e recordamos automaticamente, sem refletir nem pensar de forma consciente. Este sistema de memória inclui vários tipos de aprendizagens como as emoções e muitas destrezas físicas. Uma vez que se aprende uma destreza básica (por exemplo, andar de bicicleta), este tipo de memória torna-nos capazes de recordar automaticamente essa atividade, sem necessitar dum esforço consciente, quando este estímulo se apresenta de novo (Belsky 2001). A Metamemória, de acordo com Yanguas, Leturia, Leturia, e Uriarte, (2002), consiste na forma como cada pessoa percebe a sua memória. Nas pessoas idosas ocorre um fenómeno de retroalimentação, o feedback e auto-justificação nas dificuldades da execução. A metamemória é um fenómeno multidimensional que implica quatro áreas principais: o conhecimento real sobre o funcionamento da memória, o uso das estratégias de memória, a autoeficácia da memória e a afetividade relacionada com a memória (depressão, ansiedade) (Schaie & Willis, 2003).

4.2. Atenção

Para os autores Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Calero e Tarraga (2009), a memória e atenção formam parte do que se denomina de cognição, ou seja do conjunto dos processos mentais que permitem elaborar a informação que se recebe e utiliza para dar respostas às necessidades. Vega e Martinez (2000) definem a atenção como a energia ou a capacidade necessárias para apoiar o processamento cognitivo, sendo a mesma dividida em quatro categorias diferentes: atenção mantida, atenção dividida, atenção seletiva e mudança de atenção. A atenção mantida consiste em manter a atenção na tarefa que se está a realizar durante um determinado período de tempo; a atenção dividida quando se está a realizar duas tarefas ao mesmo tempo; a atenção seletiva quando se selecionam sinais importantes, de um conjunto de estímulos, isto é encontrar, de forma seletiva, a informação que é relevante e ignorar aquela que não se considera um requisito prévio para o desenvolvimento de uma conduta realmente adaptativa e afetiva; a mudança de atenção onde se alterna entre duas fontes de informação. Todas

estas categorias são importantes em qualquer etapa da vida. A atenção é um processo complicado e onde intervêm muitos fatores, como, por exemplo, os idosos precisam de mais tempo para processar a informação, mas com um tempo adequado de preparação, muitas diferenças de idade nas tarefas de atenção desaparecem (Vega & Martínez, 2000). Oliveira (2008) e (Módenes & Cabaco, 2008) são da opinião que para memorizar é necessário prestar atenção, por isso, os idosos devem realizar exercícios de forma a treinar a atenção e a controlar os distratores, porque uma memória eficaz depende do nível de atenção adequado.

4.3. Inteligência

Wechsler (1939) citado por Rossell (2004) descreveu a inteligência como a capacidade global do sujeito para atuar adequadamente, pensar razoavelmente e relacionar-se efetivamente com o meio envolvente. “A inteligência implica a capacidade para adaptar-se, ou aprender a adaptar-se, a novas situações através de respostas adequadas” (Fernández- Ballesteros et al (2003 pág.50).

De acordo com Horn (1970), citado por Belsky (2001) a inteligência cristalizada ou pragmática: refere-se à categoria de inteligência que reflete a base de conhecimentos de uma pessoa, a sua cultura, experiência, ou seja a quantidade de informação acumulada. . Esta depende da experiência acumulada e não se deteriora com o passar do tempo, mas pode ser melhorada (Hernández & Martínez, 2005).

A inteligência fluida ou mecânica é a categoria de inteligência que reflete a capacidade de raciocinar, bem como a rapidez perante problemas novos, ou seja as destrezas não estão tão dependentes da experiência. À medida que o tempo passa as estruturas nervosas vão-se deteriorando, observando-se um declínio ao nível do funcionamento da inteligência fluida.

4.4. Plasticidade cognitiva

A OMS (2005) refere que no processo de envelhecimento normal, algumas capacidades cognitivas, como a aprendizagem e a memória diminuem, com a idade. No entanto, os avanços das neurociências mostraram evidências favoráveis à plasticidade neuronal (Oliva, Dias & Reis 2009). De acordo com LeDoux (2002),

referenciado pelos autores citado em último, o cérebro humano é composto por um grande número de neurónios intrinsecamente interligados que permitem a regulação de funções básicas, como respiração e tarefas elaboradas.

Para Klautau, Winograd e Bezerra (2009), o conceito de plasticidade cerebral “refere-se às alterações criativas produzidas no sistema nervoso como resultado da experiência, de lesões ou de processos degenerativos” (p. 556). Estaneuroplasticidade, na opinião de Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Calero e Tárraga (2009), está presente ao longo de toda a vida, dado que a aprendizagem produz mudanças no cérebro. A plasticidade resulta, assim, de novos arranjos, modificações e funcionamento das estruturas do sistema nervoso, em função das experiências vividas pelo indivíduo (Klautau, Winograd & Bezerra, 2009; Oliva, Dias & Reis, 2009). Neste sentido, a capacidade de plasticidade, que a maioria das estruturas do cérebro possui, permite-lhe, perante estímulos, adaptar-se ao meio (Oliva, Dias & Reis 2009). A epigénese expressa o facto de o cérebro não ser indiferente às condições ambientais, uma vez que este é um sistema que se transforma a partir da relação do corpo com o meio, reorganizando-se perante desafios e alterações impostas em seu entorno (Klautau, Winograd & Bezerra, 2009). Neste sentido, com as experiências, ocorre aquisição de conhecimentos e informações pelo sistema nervoso, o que provoca modificações em diferentes locais do cérebro, como salienta Oliva, Dias, e Reis (2009). De acordo com os autores citados em último, a plasticidade manifesta-se, assim, nos comportamentos de aprendizagens, mas também nos de memória. Azevedo e Teles (2011) referenciam que existem alterações neuronais (a perda ou mau funcionamento de neurónios) decorrentes do processo normal de envelhecimento ou de doenças. Assim sendo, para os mesmos autores, o cérebro não é uma estrutura rígida, mas tem plasticidade, que possibilita a recuperação do “mau funcionamento dos neurónios criando novas conexões entre estes, ou levando outros neurónios a tomarem o lugar daqueles que morreram” (Azevedo & Teles, 2011, p. 78).

Pelo facto do cérebro ter capacidade de modificação e de adaptação, Yanguas, Leturia e Leturia (2002) salientam que é característica importante para realização de programas de treinamento cognitivo. Neste sentido, a plasticidade cerebral, por meio dos citados programas, pode preservar um bom nível de eficiência nas pessoas idosas e possibilita a recuperação dos processos cognitivos (Fontaine, 2000; Peña, 2009). Como expõem Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Calero & Tárraga (2009), as investigações sobre a plasticidade cognitiva são baseadas em modelos experimentais que adotam o

formato do préteste - treino - pós teste e têm sido desenvolvidos principalmente com idosos saudáveis. Os principais resultados, de tais investigações apontam que os idosos saudáveis melhoram substancialmente o rendimento cognitivo depois do treinamento nas áreas cognitivas. Para os mesmos autores, aspetos da vida diária, ao longo da vida, como a estimulação física e social, a escolarização e a carreira profissional são determinantes tanto para a capacidade de reserva cerebral, como para a reserva cognitiva.

5. Estratégias de treino cognitivo

À medida que se tem um maior conhecimento sobre o funcionamento da memória é possível desenvolver programas que permitem aos idosos melhorar a sua memória(Fernández-Ballesteros, Fresnedo, Martinez& Zamarrón, 1999).Para Azevedo & Teles(2011) apesar de existir um declínio cognitivo associado à idade este pode ser revertido, ou retardado, através do uso de programas de treino cognitivo, com diferentes exercícios para cada função cognitivacom o refere Triadó & Villar(2007). Os programas de treinamento cognitivo têm como objetivo levar a cabo uma intervenção global, para o qual são criados exercícios que colocam em ação os diferentes processos mentais, como percepção, linguagem, atenção e memória, de forma a mantê-los ativos, fortalecer as conexões e as redes neuronais subjacentes (Triadó & Villar, 2007).Estes programas são geralmente estruturados na base dos mecanismos da memória, nas capacidades intelectuais com que se relacionam e nos fatores que influenciam o seu desempenho(Montorio & Izal, 2000).O treinamento cognitivo consiste num conjunto de estratégias e técnicas que se ensinam, praticam e aplicam, com o objetivo de otimizar os processos e as atividades que foram ensinadas (Hernandis, 2010). Deste modo, o cálculo mental é uma das funções que, sem estar alterada, é a mais resistente à perda de uso (Serrano, S/D).De acordo com Kawashima (2005)as tarefas simples (fichas de cálculo tipo tabuada) estimulam mais o cérebro do que a resolução de um problema de cálculo complicado. O mesmo autor no seu livro apresenta um conjunto de imagens obtidas por (imagiologia) onde se pode ver através das cores que quase todas as regiões do cérebro estão ativadas. Ao contrário na resolução de problemas complicados as imagens mostram o cérebro apagado.

Nos idosos os recursos para as tarefas de atenção parecem estar diminuídos (Pena, et al.,2001),pelo facto de a atenção ser um pré-requisito para qualquer processamento de informação, justifica-se realizar algumas sessões nos programas de treino cognitivo(Fernández-Ballesteros, Fresnedo, Martinez & Zamarrón, 1999). Por sua vez, torna-se pertinente a realização de exercícios de linguagem que consistem no processo de codificar a informação na memória e na recuperação da mesma.Mas com o

envelhecimento ocorrem alterações no processo de compreensão e há diminuição da fluidez verbal (Triadó & Villar, 2007). Assim a realização de exercícios de linguagem tem como objetivo aumentar a fluidez verbal e favorecer a evocação através da linguagem (Penaet al 2001). É importante treinar, por meio de exercícios, a função cognitiva relacionada com a orientação espacial e temporal para que seja mantida ou estimulada, uma vez que é uma das funções que facilmente são afetadas por certos transtornos cognitivos (Triadó & Villar, 2007). Existem exercícios que permitem manter ou estimular esta capacidade (Serrano, S/D). De acordo com Belsky (2001), as mnemotécnicas são estratégias para a estimulação da memória com a função de facilitar a memorização e a recordação, convertendo a informação com mais significado. São técnicas de diversos tipos, como, por exemplo, a elaboração de uma lista em categorias significativas. Outra técnica consiste em utilizar a imaginação para memorizar uma informação marcante. Pode-se, ainda, recorrer a ajudas externas que consiste em lembretes externos, como, por exemplo, calendários e listas, que ajudam a recordar. Para trabalhar a estimulação da memória a longo prazo pode-se recorrer a exercícios de memória autobiográfica, através da técnica da reminiscência, que permite o acesso à informação armazenada no cérebro (Serrano S/D). A reminiscência, constitui uma técnica terapêutica com o objetivo de ativar e atualizar a memória episódica a longo prazo. A reminiscência através do livro autobiográfico, tem por base o desenvolvimento de um livro estruturado que permite recorrer aos dados mais importantes da biografia da pessoa, ao longo do seu ciclo vital (Peña, 2009). De acordo com Triadó e Villar (2007) pode utilizar técnicas gerais como específicas que tratam de otimizar os três processos básicos que implicam a recordação, sendo eles: a codificação da informação, a sua retenção e manutenção na memória e a sua recuperação posterior, no momento em que os indivíduos precisam. Estas estratégias gerais são utilizadas de forma combinada, dando lugar a técnicas que permitem, por exemplo, aprender a reter informações específicas (Triadó & Villar 2007).

6. Treino cognitivo: revisão de alguns estudos

As alterações que ocorrem na memória, decorrentes do envelhecimento estão bem documentadas. Existem cada vez mais programas de treino de memória em idosos e vários estudos apontam os seus benefícios. De seguida, expõem-se alguns estudos que envolveram programas de treino de memória, bem como algumas das suas conclusões.

Souza e Chaves (2003) concretizaram um estudo, com o objetivo de analisar o efeito da estimulação da memória sobre o desempenho do Mini Exame do Estado Mental (MEM) e observar a correlação sociodemográfica com o desempenho cognitivo. A amostra envolveu quarenta e seis idosos saudáveis. O treino da memória baseou-se em atividades como palestras, aplicação de jogos, atividades e exercícios de raciocínio de diferentes tipos de memória. Os exercícios foram essencialmente compostos por resolução de problemas, cálculos, memorização visual e leitura. Foi realizado em oito sessões, com a duração de duas horas cada. Os resultados indicam que a maioria dos participantes apresentou um aumento estatisticamente significativo nos pontos do MEM após o treino de memória.

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

Um outro estudo foi levado a cabo por Yassuda, Batistoni, Fortes e Neri (2006) com o objetivo de estudar os efeitos de um programa de treino de memória episódica. O estudo envolveu uma amostra de sessenta e nove idosos saudáveis. Os resultados deste estudo insinuaram que os idosos que participaram no treino intensificaram o uso de estratégias ensinadas.

Um estudo concretizado por Souza, Borges, Vitória e Chiappetta, (2009) vem reforçar a importância do treino da memória em idosos institucionalizados. Realizaram uma investigação prospectiva, observacional e transversal, com idosos cujas idades estavam compreendidas entre os 65 e 98 anos. Para avaliar a capacidade cognitiva foram utilizadas lista de palavras, fluência verbal, evocação de lista de palavras e reconhecimento da lista de palavras. Os resultados do estudo sugerem que as mulheres têm melhor desempenho em atividades que envolviam habilidades. Já na prova relacionada com a evocação, os resultados apontam para que sejam os idosos mais jovens a ter melhor desempenho. Por fim, os idosos com maior escolaridade que parecem ter melhor o desempenho nas habilidades que envolvam linguagem.

Carvalho, Neri e Yassuda (2010) realizaram um estudo com objetivo de verificar o efeito do treino de memória em idosos. A amostra reuniu cinquenta e sete idosos saudáveis. Os resultados indicam que o treino de memória episódica, envolvendo a aprendizagem e a prática com a estratégia de categorização, promoveu a melhoria significativa no desempenho em tarefa da memória episódica e um maior uso da estratégia treinada.

Em Portugal a investigação sobre a estimulação cognitiva ainda é diminuta. No entanto, alguns estudos têm sido realizados. Rodrigues (S/D) realizou um estudo com objetivo de verificar se a exposição a um programa de estimulação cognitiva tem efeitos a nível das capacidades de memória, de abstração lógica, de rapidez psicomotora e de organização. O programa de treino foi constituído por um total de sete sessões estruturadas, onde foram trabalhadas competências cognitivas várias, como a memória, a atenção, a coordenação motora e as competências de abstração lógica. A amostra englobou 47 idosos, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 65 e 89 anos e de diferentes níveis de escolaridade (0 a 3 anos e 4 a 7 anos). Os resultados apontaram para melhorias significativas no desempenho dos idosos, após a realização do programa de treino de memória.

Castro (2011), realizaram um estudo com o objetivo de verificar o impacto do programa de estimulação cognitiva no desempenho cognitivo e na sintomatologia depressiva, de um grupo de idosos institucionalizados. O programa decorreu em dezasseis sessões de estimulação cognitiva. Este estudo embarcou uma amostra constituída de quinze idosos, divididos pelo grupo experimental e grupo controlo, sendo que o primeiro composto por 8 participantes e o segundo por 7. No qual obtiveram melhorias significativas no desempenho cognitivo dos idosos.

Para simplificar a comparação entre alguns estudos realizados sobre o treino de memória, com pretensões semelhantes à do presente estudo, foi realizado um quadro síntese, que a seguir se expõe.

Tabela 1- Resultados de alguns estudos do treino cognitivo.

Autores	Participantes	Resultados
Sousa & Chaves (2003) “Perfil das Habilidades cognitivas no Envelhecimento Normal”	46 idosos sem demência	Melhora significativa na pontuação do MEM.
Garcia& Gonzales (2005) “Eficacia de un programa de entrenamiento en memoria en el mantenimiento de ancianos con y sin deterioro cognitivo”	98 idosos sem demência	Melhoraram ou mantiveram o rendimento cognitivo
Calero& Navarro (2006) “Perfil das habilidades cognitivas no envelhecimento normal”	133idosos sem demência	Melhora para os participantes do grupo experimental significativa na execução cognitiva e memória de trabalho. Controle piora nos testes
Yassuda, Batistoni, & Andréa Garofe Fortes (2006) “Treino de Memória no Idoso Saudável: Benefícios e Mecanismos”	69 idosos sem demência	No pós-teste o Grupo Experimental apresentou melhor desempenho na recordação de texto e maior uso de estratégias.
Sousa, Borges, Vitória & Chiappetta (2009) “Perfil das habilidades cognitivas no envelhecimento normal”	98 idosos sem demência	As mulheres mostraram melhor desempenho, nas habilidades, já na evocação foram os idosos mais jovens que tiveram melhor pontuação, enquanto os idosos com mais escolaridade tiveram melhor desempenho na habilidade e na linguagem.
Carvalho, Neri, & Yassuda, (2010)	57 idosos sem demência	Melhoria significativa no desempenho da memória episódica.
Rodrigues (2008) “Efeito da estimulação cognitiva em Idosos”	47 idosos sem demência	Melhorias significativas no desempenho dos idosos após a realização do programa de treino das capacidades cognitivas.
Castro (2011) “Programa de estimulação cognitiva em idosos Institucionalizados”	15 idosos sem demência	Melhorias significativas no desempenho cognitivo.

Em suma, os estudos acima referenciados indicam que a plasticidade cognitiva permanece no envelhecimento. Os idosos, quando estimulados, podem apresentar melhor desempenho em tarefas cognitivas.

Parte II - Estudo empírico

Treino cognitivo em Idosos Institucionalizados sem Demência.

1. Metodologia

1.1. Questão de Investigação

Qual o efeito de um programa de treino de cognitivo em idosos institucionalizados sem diagnóstico de demência?

1.2. Objetivo da investigação

Tendo em conta a revisão bibliográfica que sustenta este trabalho, propôs-se a realização de uma investigação com o seguinte objetivo geral:

- Avaliar o efeito do programa de estimulação cognitiva com a aplicação do Mini Exame Mental (MEM) após treino.

1.3. Tipo de estudo

O presente estudo é quantitativo, longitudinalquasi-experimental de acordo com Pais Ribeiro (2007).

1.4. Seleção da amostra

Numa amostra não probabilística, a probabilidade de qualquer elemento ser incluído na amostra é desconhecida (Ribeiro 1999).

A amostra dos idosos participantes no estudo foi obtida através do tipo de amostragem não probabilística. Os casos que participaram no estudo foram selecionados através da aplicação do Mini Exame Mental. No decorrer do programa de treino, seis indivíduos desinteressaram-se, pelo que a amostra ficou apenas com catorze indivíduos.

1.5. Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão determinados tiveram em conta a escolha do treino que nos propusemos a efetuar:

- Ter idade ≥ 65 anos;
- Estar institucionalizado;
- Não apresentar diagnóstico de demência
- Estar capacitado em atividades que envolvam cálculo.

1.6. Caracterização da Amostra

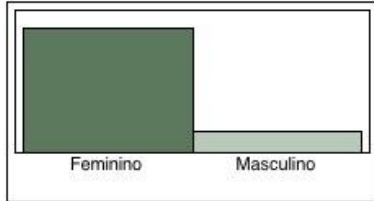
Na tabela 2 caracteriza-se sumariamente a situação pessoal dos idosos participantes no estudo.

Tabela 2- caracterização da amostra

Característica	Escala	f
Género	Masculino	2
	Feminino	12
Idade	70-75	2
	76-80	4
	81-95	8
	95 ou mais anos	0
Escolaridade	Nenhuma	10
	Ensino Primário	12
	Ensino Secundário	0
	Ensino Superior	0
Profissão Exercida	Agricultor (a)	8
	Comerciante	1
	Doméstica	5
Atividades	Física	1
	Manuais	2
	Física e outros	3
	Manuais e outros	5
	Atividade social	1
	Outros	2
Institucionalização	1-2	5
	3-4	2
	5-6	2
	7-8	2
	9 ou mais	3

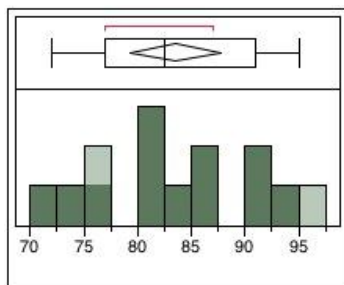
A amostra foi constituída maioritariamente por elementos do sexo feminino, doze e dois do sexo masculino(ver gráfico1).

Gráfico 1 - Caracterização dos participantes em função do género



Relativamente à idade dos elementos envolvidos na amostra a média de idades é de 83,5 (ver gráfico2)

Gráfico 2 - Caracterização dos participantes em função da idade



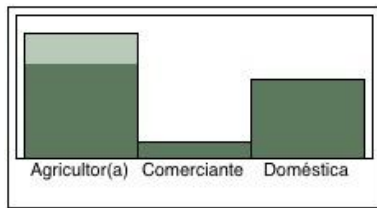
A amostra apresentou uma maior preponderância da não escolaridade, doze, e dois tinham o primeiro ciclo (ver gráfico3).

Gráfico 3 - Caracterização dos participantes em função da escolaridade



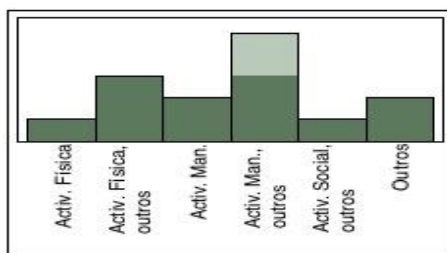
O grupo é predominantemente representado por domésticas e agricultores, sendo respetivamente cinco e nove elementos (ver gráfico 4).

Gráfico 4 - Caracterização dos participantes em função da profissão exercida



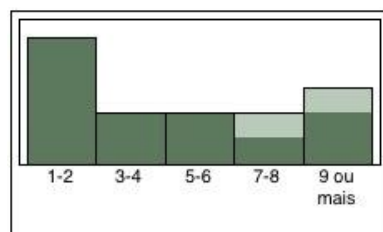
Os participantes realizam essencialmente atividades manuais (ver gráfico 5).

Gráfico 5 - Caracterização dos participantes em função das atividades



Pode-se verificar que a maioria, cinco participantes, está entre um e dois anos institucionalizado, seguido de três idosos que estão há mais de nove anos. Os restantes idosos estão entre os três e oito anos institucionalizados (ver gráfico 6).

Gráfico 6 - Caracterização dos participantes em função dos anos de institucionalização



1.7. Instrumentos de recolha de dados

Considerando que a maioria dos participantes não era alfabetizada, para recolha de dados demográfico, optou-se pela técnica de inquérito por entrevista (estruturada), uma vez que Marconi & Lakatos (1999) referem que se trata de uma técnica que pode ser utilizada em todos os segmentos da população, nomeadamente em não alfabetizados. A

recolha dos dados foi realizada pela investigadora, a qual registou as respostas dos entrevistados e cuja duração, em média, foi de trinta minutos.

De seguida, expõe-se uma breve descrição de cada instrumento utilizado. Para alcance do objetivo do presente estudo, tornava-se pertinente a recolha de dados que possibilitassem caracterizar os sujeitos na sua dimensão pessoal, social e profissional. Neste sentido, construiu-se um instrumento que incluiu: questões fechadas com várias opções de resposta, para dar possibilidade aos inquiridos de emitirem opiniões particulares e, no caso de serem diferentes das previstas, acrescentou-se a opção outras. As questões referiam-se à idade, estado civil, habilitações literárias, profissão exercida, ocupação/ ócio, problemas de saúde, necessidade de tomar algum medicamento, os anos e motivos e iniciativa de institucionalização.

O instrumento utilizado para o rastreio cognitivo foi o Mini Exame Mental, como já foi exposto. De acordo com Sequeira (2010), o Mini Exame Mental (1975) é o instrumento de rastreio cognitivo mais utilizado mundialmente. Este instrumento foi validado para a população portuguesa por Guerreiro e colaboradores (1994). É um instrumento de referência para os idosos, o que possibilita o despiste cognitivo, de acordo com o grau de escolaridade (Guerreiro e colaboradores 1994). Designa-se Mini por se concentrar apenas em aspetos cognitivos das funções mentais, excluindo aspetos que estão relacionados com o humor e o pensamento, demonstrando apenas o estado cognitivo do sujeito (Cardoso & Rocha, 2010). Este exame está construído para um total de trinta pontos, sendo atribuídos cinco pontos, respetivamente, à orientação temporal, à orientação espacial, à atenção e cálculo; três pontos à memória e retenção e à memória de evocação; oito pontos à linguagem oral e escrita; por fim, um ponto à construção (Cardoso & Rocha, 2010). De acordo com Verissimo (2006), o citado instrumento tem a vantagem de ser desimplese rápida aplicação (10 a 15 minutos), sendo utilizado para a avaliação do estado cognitivo, avaliando as funções mentais da memória (antiga e recente), atenção, cálculo, linguagem e orientação. Verissimo (2006) destaca que, num total de trinta pontos, é considerado défice uma pontuação que seja inferior ou igual a quinze, em analfabetos, inferior ou igual a vinte e dois, em idosos com escolaridade de um a onze anos e pontuação menor ou igual a vinte e sete, em idosos que tenham escolaridade superior a onze anos.

2. Procedimentos

2.1. Recolha de dados

Foi pedida a respetiva autorização ao Provedor da instituição, a qual foi concedida oralmente. Antes da intervenção foi criada cumplicidade com os idosos, o que proporcionou uma relação de empatia e confiança que simplificou a execução do programa de treino a realizar.

O questionário por entrevista foi aplicado antes de qualquer intervenção. O programa foi concretizado com idosos sem demência, entre os meados do mês de março e abril de 2012. As intervenções do treino da memória tiveram uma duração de dois meses, com dez sessões, as quais se desenvolveram uma vez por semana com exceção de duas semanas com duas sessões, sempre no mesmo horário. Cada sessão teve uma duração de noventa minutos, sempre da parte da tarde.

2.2. Procedimentos éticos e deontológicos

Foi elaborado e assinado, por cada participante, um consentimento informado, o qual explicava os objetivos do estudo, o tempo de duração, além de ter caráter voluntário e confidencial.

3. Plano de intervenção

Recorreu-se ao programa de treino cognitivo, tendo em consideração o que anteriormente foi apontado sobre a plasticidade cognitiva e o que destacam Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Calero, e Tárraga (2009), sobre o facto de frequentemente ser usado com idosos saudáveis. Este programa de treino cognitivo é baseado num pré-teste, treino e pós-teste e é constituído por uma parte teórica, onde se explica a tarefa a realizar, e uma parte prática, onde se ensinam e realizam as atividades de treino de memória. Como tal, implica uma metodologia ativa e participativa.

Tendo em conta que não há uma técnica específica mas antes várias, utilizou-se diversas técnicas de forma alcançar o objetivo. Entre elas recorreu-se ao cálculo mental, exercícios de atenção, linguagem, orientação espacial e temporal. Antes da realização do programa foi aplicado o pré-teste através do Mini Mental State Folstein (1987) adaptado por Guerreiro (1994) para avaliar as capacidades cognitivas de memória (recente e antiga): atenção, orientação, cálculo e linguagem. A realização do programa, cuja descrição detalhada se encontra em anexo (Anexo D) implicou o recurso às estratégias de seguida descritas. Realizaram-se exercícios para encontrar diferenças, com vista ao treino da atenção, o que vai ao encontro do que é indicado por Serrano (S/D) e Triadó e Villar (2007). Outra estratégia utilizada foi a concretização de exercícios de linguagem para promover a evocação, tal como é indicado por Pena et al (2001). Assim, cada participante evocou o máximo de palavras começadas por uma determinada sílaba (ani; prof e trans). Tendo em consideração o que referem Serrano (S/D) e Kawashima (2005), recorreu-se à estratégia do cálculo mental. Cada participante recebeu uma folha com cálculos simples que incluíam as quatro operações básicas (adição, subtração, multiplicação e divisão). Triadó & Villar (2007) destacam que os programas de estimulação cognitiva devem trabalhar a orientação espacial e temporal, pelo que foi pedido a cada participante que recordassem o dia da semana e a data do próprio dia. Relativamente à orientação espacial os participantes tiveram que recordar seis momentos do dia vividos em diferentes lugares e a hora aproximada em que ocorreram. Utilizou-se também o *El Libro de La Memoria* (História de Vida) do autor

Casanova (1999) que continha questões relacionadas ao ciclo de vida. Este livro em Para responder às questões existiam espaços em branco que o investigador preencheu pois os participantes não podiam preencher.

4. Apresentação e discussão de resultados

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa informático *software* JMP v 10 Basic Analysis and Graphing.

Passa-se, de seguida, a apresentar os resultados obtidos pelos participantes que integraram o programa de treino de memória. A análise passa pelas pontuações obtidas em cada sub-prova do Mini Exame Mental.

No que concerne à prova de orientação, de acordo com os gráficos 7 (pré-teste) e 8 (pós-teste), a média das respostas é, respetivamente, de 7,7 pontos e de 9,1 pontos, a variar entre 0 (significa que não houve nenhuma resposta correta) e 10 pontos (correspondendo à totalidade de respostas corretas). Verifica-se que houve um aumento da média.

Gráfico 7 - Pontuações obtidas na Orientação (pré-teste) do MEM.

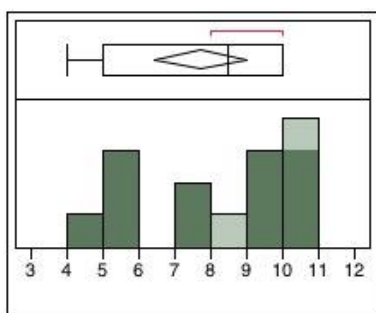
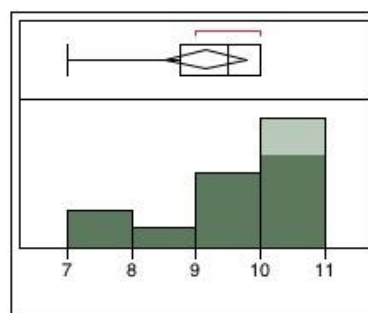


Gráfico 8 - Pontuações obtidas na Orientação (pós-teste) do MEM.



Analisando os gráficos 9 (pré-teste) e 10 (pós-teste), relativos à sub-prova da retenção, pode-se constatar que a média de respostas obtidas é, respetivamente, de 2,9 pontos e de 2,8 pontos, a variar num intervalo de 0 (ausência de respostas corretas) e 3 pontos (totalidade de respostas corretas). Nesta sub-prova houve uma diminuição da pontuação média.

Gráfico9 - Pontuações obtidas na Retenção (pré-teste) do MEM.

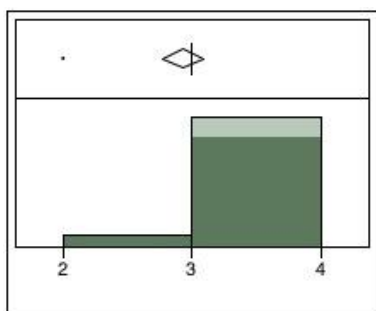
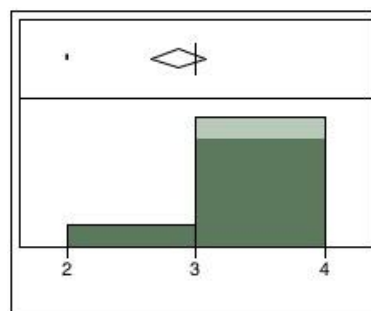


Gráfico 10 - Pontuações obtidas na Retenção (pós- teste) do MEM.



Segundo os gráficos 11 e 12, referentes à sub-prova de atenção / cálculo, as médias de repostas obtidas foram de 1,9 pontos, no pré-teste e de 3,2 pontos, no pós-teste, a variar entre 0 (ausência de repostas corretas) e 5 pontos (totalidade de repostas corretas). Houve um aumento da pontuação média, o que implica uma melhoria no desempenho desta sub-prova.

Gráfico11 - Pontuações obtidas na Atenção/ Cálculo (pré-teste) do MEM.

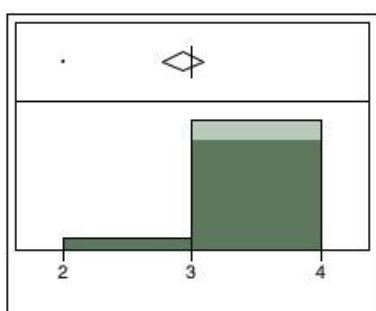
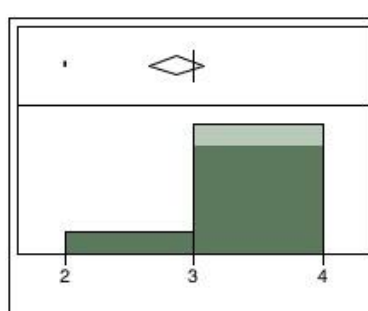


Gráfico 12 - Pontuações obtidas na Atenção/ Cálculo (pós- teste) do MEM.



Relativamente ao gráfico 13 e 14, alusivos à sub-prova da evocação, pode-se constatar que a média foi de 1,6 pontos, no pré-teste e de 2,3 pontos, no pós-teste, a variar num intervalo de 0 (ausência de repostas corretas) e 5 pontos (totalidade de repostas corretas). Pode-se constatar que houve um aumento da pontuação média, o que implica uma melhoria no desempenho desta sub-prova.

Gráfico 13 - Pontuações obtidas na Evocação (pré-teste) do MEM.

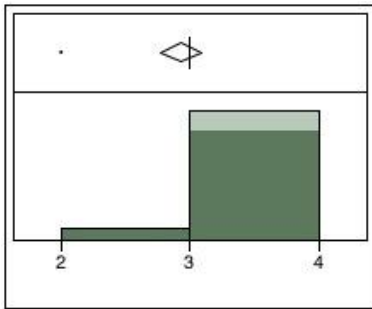
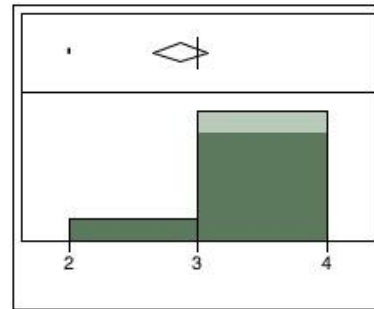


Gráfico 14 - Pontuações obtidas na Evocação (pós-teste) do MEM.



Pela análise do gráfico 15 (pré-teste) e 16 (pós-teste), respeitantes à sub-prova da linguagem, verifica-se que a pontuação média de respostas obtidas foi, respetivamente, de 6,5 pontos e de 6,2 pontos, a variar entre 0 (ausência de respostas corretas) e 9 (corresponde à pontuação máxima possível para esta sub-prova). Pode-se concluir que nesta sub-prova não se verificou melhoria das pontuações,

Gráfico 15 - Pontuações obtidas na Linguagem (pré-teste) do MEM.

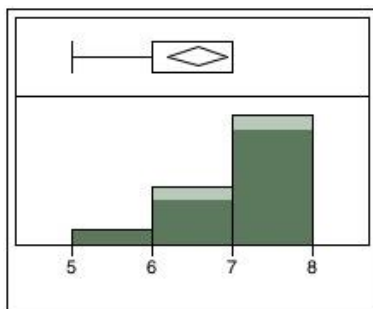
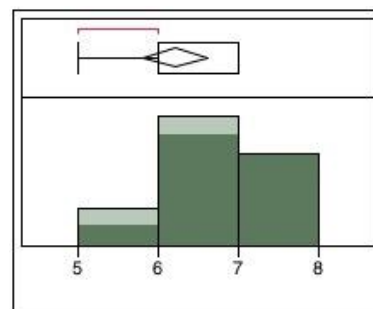


Gráfico 16 - Pontuações obtidas na Linguagem (pós-teste) do MEM.



Na sub-prova da habilidade construtiva pontuação do pré do pós teste foi de zero pontos no pós-teste (zero pontos), pelo que se optou por não representar em gráfico.

Pela análise dos gráficos 17 e 18, relativos à média de pontuações antes e após as atividades estimuladoras do sistema cognitivo, constatou-se que a média foi é, respetivamente, de 20,7 pontos e de 23,8 pontos. O valor de *Alpha* é de 0,1. Com 90% de confiança, pode-se verificar que a comparação das médias são significativamente diferentes, indiciando uma melhoria nos valores das médias.

Gráfico17 - Pontuações obtidas no pré-teste do MEM.

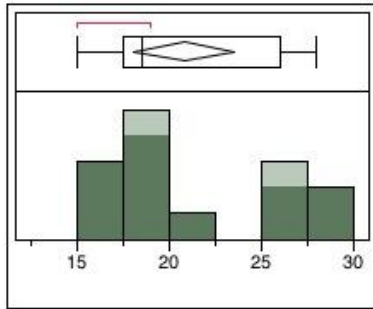
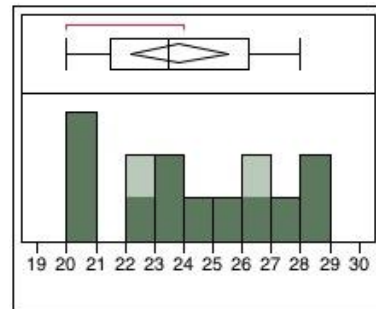


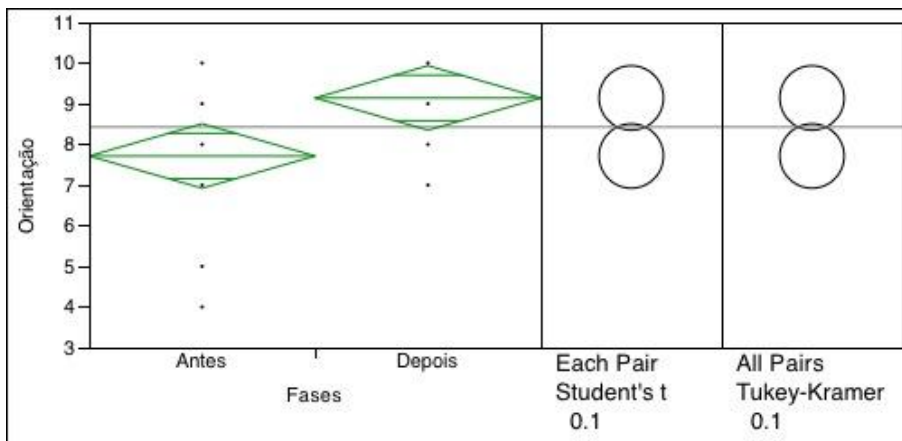
Gráfico 18 - Pontuações obtidas no pós-teste do MEM.



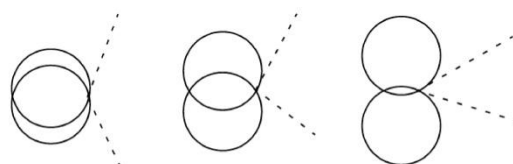
Aplicaram-se os testes de t de Student e de Tukey-Kramer HSD, com $\alpha = .10$ admitindo a normalidade da amostra e ainda o não paramétrico Wilcoxon. SAS (2012) pp. 148-153.

Pela análise do gráfico 19 verificou-se que na sub-prova da orientação a pontuação média é significativamente diferente.

¹**Gráfico 19** - Análise das médias - Orientação pré e pós -teste



ângulo maior que 90° ângulo igual a 90° ângulo menor que 90°



¹não significativamente diferentes

na transição

significativamente diferentes

Comparação de Médias
 Comparação para cada par usando t de Student's
 ConfidenceQuantile

t	Alpha
1.70562	0.1

Comparação para todos os pares usando Tukey-Kramer HSD
 Confidence Quantile

q*	Alpha
1.70564	0.1

LSD Threshold Matrix

Abs(Dif)-HSD	Depois	Antes
Depois	-1.1207	0.3079
Antes	0.3079	-1.1207

Valores positivos mostram pares de médias que são significativamente diferentes

ConnectingLettersReportLevel		Mean
Depois	A	9.1428571
Antes	B	7.7142857

Níveis não ligados pela mesma letra são sigificativamente diferentes.

Wilcoxon / Kruskal-Wallis Tests (Rank Sums)

Level	Count	Score Sum	Expected Score	Score Mean (Mean-Mean0)/Std0	
Antes	14	166.500	203.000	11.8929	-1.724
Depois	14	239.500	203.000	17.1071	1.724

2-Sample Test, Normal Approximation

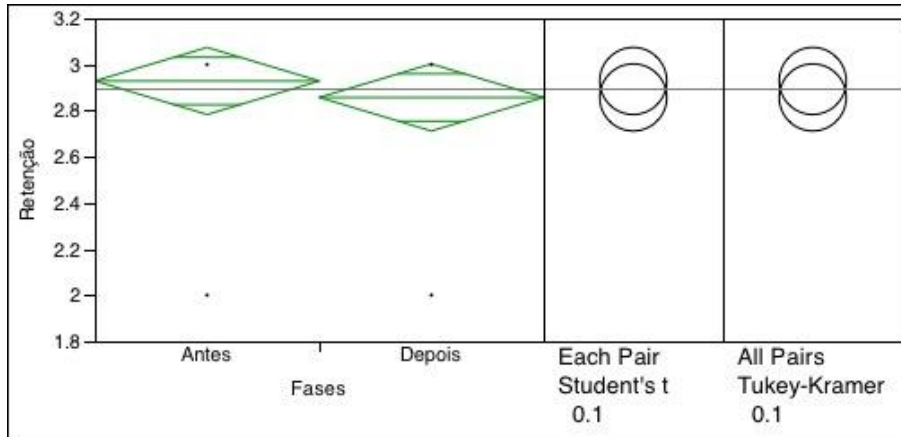
S	Z	Prob> Z
239.5	1.72420	0.0847

1-way Test, ChiSquare Approximation

ChiSquare	DF	Prob>ChiSq
3.0560	1	0.0804

Após a análise do gráfico 20, verificou-se que na sub-prova da retenção a diferença da pontuação média entre o pré-teste e pós-teste não é significativa.

Gráfico 20- Análise de Médias da RetençõovsFases



Comparação de Médias

Comparação para cada par usando t de Student's

ConfidenceQuantile

T	Alpha
1.70562	0.1

LSD ThresholdMatrix

Abs(Dif)-LSD	Antes	Depois
Antes	-0.20553	-0.13411
Depois	-0.13411	-0.20553

Valores positivos mostram pares de médias que são significativamente diferentes.

Comparação para todos os pares usando Tukey-Kramer HSD

ConfidenceQuantile

q*	Alpha
1.70564	0.1

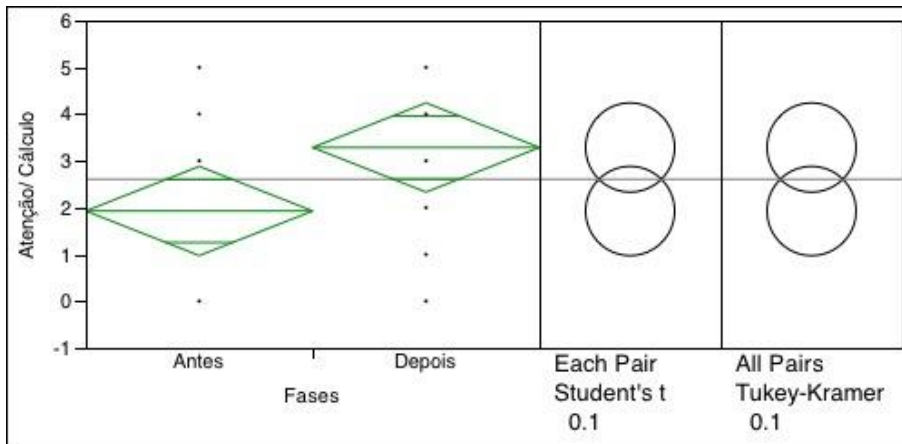
ConnectingLettersReport

Level	Mean
Antes A	2.9285714
Depois A	2.8571429

Níveis não ligados pela mesma letra são significativamente diferentes.

Pela análise do gráfico 21 verifica-se que, na sub-prova da atenção/cálculo, a diferença de pontuação média é estatisticamentesignificativa entre o pré-teste e o pós-teste.

Gráfico 21 -Análise de Médias da Atenção/ CálculosFases



Comparação de Médias

Comparação para cada par usando t de Student's
Confidence Quantile

t	Alpha
1.70562	0.1

Comparação para todos os pares usando Tukey-Kramer HSD

Confidence Quantile

q*	Alpha
1.70564	0.1

LSD Threshold Matrix

Abs(Dif)-HSD	Depois	Antes
Depois	-1.3486	0.0085
Antes	0.0085	-1.3486

Valores positivos mostram pares de médias que são significativamente diferentes.

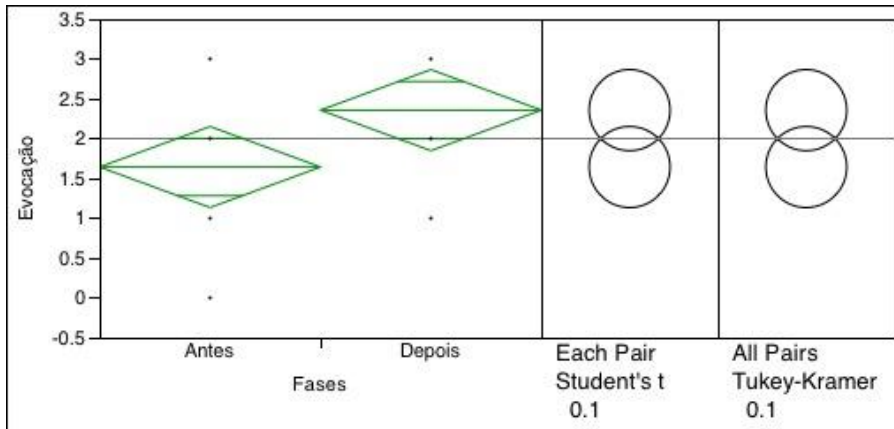
Connecting Letters Report

Level	Mean
Depois A	3.2857143
Antes B	1.9285714

Níveis não ligados pela mesma letra são significativamente diferentes.

A análise do gráfico 22 mostra que, na sub-prova da evocação, a pontuação média do pré-teste e a do pós-teste não é significativamente diferentes.

Gráfico 22- Análise de médias da EvocaçõesFases



Comparação de Médias

Comparação para cada par usando t de Student's

ConfidenceQuantile

T	Alpha
1.70562	0.1

LSD ThresholdMatrix

Abs(Dif)-LSD	Depois	Antes
Depois	-0.71996	-0.00568
Antes	-0.00568	-0.71996

Valores positivos mostram pares de médias que são significativamente diferentes.

Comparação para todos os pares usando Tukey-Kramer HSD

ConfidenceQuantile

q*	Alpha
1.70564	0.1

ConnectingLettersReport

Level	Mean
Depois A	2.3571429
Antes A	1.6428571

Níveis não ligados pela mesma letra são significativamente diferentes.

Wilcoxon / Kruskal-Wallis Tests (Rank Sums)

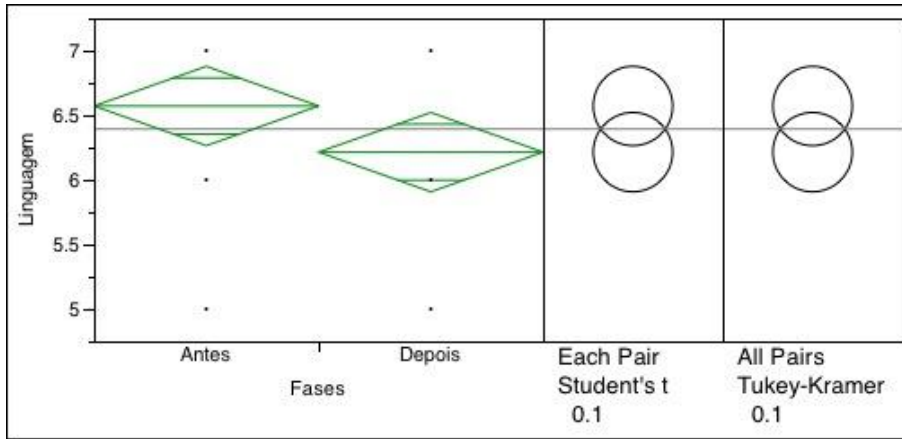
Level	Count	Score Sum	Expected Score	Score Mean	(Mean-Mean0)/Std0
Antes	14	170.000	203.000	12.1429	-1.610
Depois	14	236.000	203.000	16.8571	1.610

2-Sample Test, Normal Approximation

S	Z	Prob> Z
236	1.60987	0.1074

No gráfico 23, relativo à sub-prova da linguagem, não se evidencia uma diferença estatisticamente significativa no pré e pós- teste.

Gráfico 23-Análise de médias da Linguagem vs Fases



Comparação de Médias

Comparação para cada par usando t de Student's

ConfidenceQuantile

t Alpha
1.70562 0.1

LSD ThresholdMatrix

Abs(Dif)-LSD	Antes	Depois
Antes	-0.43403	-0.07689
Depois	-0.07689	-0.43403

Valores positivos mostram pares de médias que são significativamente diferentes.

Comparação para todos os pares usando Tukey-Kramer HSD

ConfidenceQuantile

q* Alpha
1.70564 0.1

ConnectingLettersReport

Level	Mean
Antes A	6.5714286
Depois A	6.2142857

Níveis não ligados pela mesma letra são significativamente diferentes.

Wilcoxon / Kruskal-Wallis Tests (Rank Sums)

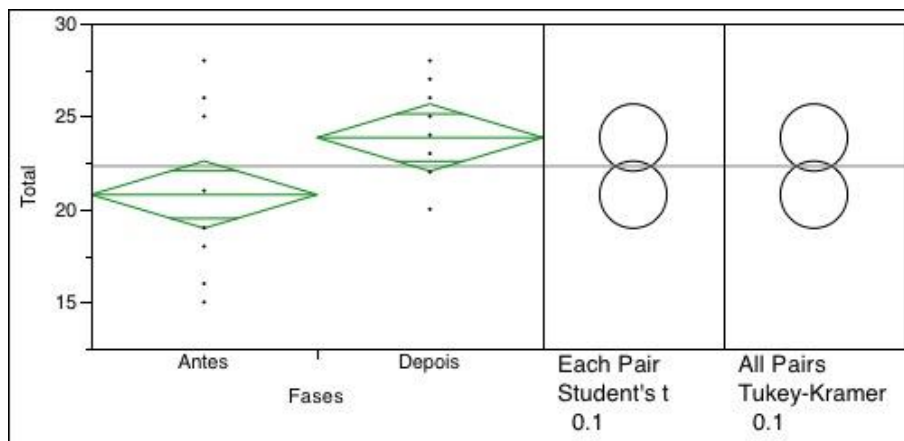
Level	Count	Score Sum	Expected Score	Score Mean	(Mean-Mean0)/Std0
Antes	14	231.500	203.000	16.5357	1.426
Depois	14	174.500	203.000	12.4643	-1.426

2-Sample Test, Normal Approximation

S	Z	Prob> Z
174.5	-1.42581	0.1539

Pela análise do gráfico 24 pode-se constatar que os resultados do pré-teste e do pós-teste são significativamente diferentes.

Gráfico 24- Análise de médias do pré e pós teste



Comparação de Médias

Comparação para cada par usando t de Student's

ConfidenceQuantile

T	Alpha
1.70562	0.1

LSD ThresholdMatrix

Abs(Dif)-LSD	Depois	Antes
Depois	-2.5540	0.5175
Antes	0.5175	-2.5540

Valores positivos mostram pares de médias que são significativamente diferentes.

Comparação para todos os pares usando Tukey-Kramer HSD

ConfidenceQuantile

q*	Alpha
1.70564	0.1

ConnectingLettersReport

Level	Mean
Depois A	23.857143
Antes B	20.785714

Níveis não ligados pela mesma letra são significativamente diferentes.

Wilcoxon / Kruskal-Wallis Tests (Rank Sums)

Level	Count	Score Sum	Expected Score	Score Mean	(Mean-Mean0)/Std0
Antes	14	162.500	203.000	11.6071	-1.848
Depois	14	243.500	203.000	17.3929	1.848

2-Sample Test, Normal Approximation

S	Z	Prob> Z
243.5	1.84754	0.0647

De modo global, os resultados obtidos indiciam que os participantes no estudo melhoraram ou mantiveram o rendimento cognitivo.

5. Discussão dos resultados

O envelhecimento populacional constitui um fenómeno cada vez mais evidente, nas sociedades atuais. Os especialistas na área da Gerontologia consideram que envelhecer ativamente permite manter as capacidades físicas, sociais e cognitivas. Com esta investigação procurou-se analisar uma eventual melhoria da capacidade de memória, após aplicação de um programa de treino.

Procurou-se, neste ponto, confrontar os resultados obtidos com neste estudo com resultados alcançados em estudos já efetuados. Estes resultados vão de encontro com alguns resultados de alguns estudos, nomeadamente o de Carvalho, Neri & Yassuda (2010), cujos resultados, após treino, apontam para melhoria significativa no desempenho na tarefa da memória episódica e um maior uso da estratégia treinada, bem como os da investigação de Souza e Chaves (2003), cujos resultados sugerem que a estimulação cognitiva melhora significativamente na pontuação do MMS.

De modo global, os resultados obtidos indiciam que todos os participantes no estudo melhoraram ou mantiveram o rendimento cognitivo. Melhorias evidenciadas quando a comparação entre a pontuação obtida no pré e pós-teste. Esta tendência está em conformidade com algumas das conclusões apontadas em alguns estudos, com objetivo semelhante mas com diferente programa de estimulação cognitiva, nomeadamente o de Souza & Chaves (2003), que, após a aplicação do programa “Oficina de Memória”, revelou uma melhoria no desempenho cognitivo. Alude-se também os estudos realizados em Portugal, por Rodrigues (2008) e Castro (2011), onde também foi aplicado um programa de treino cognitivo e cujos resultados também apontaram para melhorias no desempenho cognitivo. Os resultados também reforçam o que é apontado por Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Calero & Tárraga (2009), quando referem que os principais resultados de investigações sobre a plasticidade cognitiva apontam para que os idosos saudáveis melhorem substancialmente o rendimento cognitivo, depois do treinamento, nas áreas cognitivas.

Conclusões da investigação

As conclusões deste estudo apresentam-se tendo em consideração o objetivo de investigação, apresentado no capítulo I e são oriundos da análise dos dados recolhidos pelo MEM.

Os resultados apresentados apontam para uma melhoria do desempenho cognitivo, o que vai de encontro com os resultados apresentados em diversos estudos nacionais e internacionais. Neste sentido, os resultados indicam que os programas de treino de memória contribuem para manutenção ou melhoria do desempenho cognitivo dos idosos e melhoria a qualidade de vida.

Outra conclusão do estudo é que a implementação do programa memória na instituição no que toca a metodologia utilizada, consideramos que foi apropriada ao público-alvo e às suas necessidades, no entanto ao longo do percurso do programa foi sendo necessário ajustar algumas atividades uma vez que a maioria dos idosos não sabia ler nem escrever.

Algumas das atividades inicialmente propostas não se concretizaram por desadequação ao público-alvo, situação que só ao longo do programa de treino de memória foi possível constatar. É no entanto, de salientar a grande motivação e empenho por parte do público-alvo, para com a maioria das atividades.

Limitações do estudo

Uma das limitações deste estudo foi o reduzido número de elementos que abarcou a amostra, que condicionou a possibilidade de considerar variáveis como a idade, o género, o estado civil, a profissão exercida e o tempo de institucionalização a influenciar o desempenho cognitivo. Assim, uma amostra que englobe maior número de participantes poderá permitir obter resultados mais fiáveis e possíveis de extrapolar. Contudo, deve-se ter em conta as dificuldades de trabalhar com esta faixa etária da população (idosos), nomeadamente a analfabeta, pois há questões importantes a ter em conta, tais como: a possível falta de familiaridade com as atividades apresentadas, bem

como a falta de técnicos disponíveis, na instituição, para possibilitar o trabalho com uma amostra de maior dimensão.

Implicações para futuras investigações

O programa de treino de memória contribuiu, assim, para uma melhoria da capacidade cognitiva dos idosos e para uma melhor qualidade de vida. Como tal, poderá, eventualmente, retardar um quadro de demência. Neste sentido, acha-se pertinente a implementação de programas de treino de memória em idosos institucionalizados de modo a manterem as suas capacidades funcionais de forma a trabalhar a prevenção da deterioração cognitiva e proporcionar uma melhor qualidade de vida aos idosos.

Este trabalho de investigação contribuiu para reforçar, ainda que ligeiramente, resultados apontados noutros estudos com pretensões semelhantes. Contudo, e tendo em atenção as limitações encontradas no decurso do presente estudo, futuros trabalhos de investigação poderão ser desenvolvidos com o fim de alcançar a exaustividade. Como tal, sugere-se a aplicação destes programas de treino de memória em amostras que abarquem maior número de elementos, bem como proceder às adaptações necessárias para aplicar aos indivíduos sem escolaridade. Além disto, torna-se pertinente o acompanhamento a longo prazo no sentido de indagar a manutenção, ou não, dos efeitos do programa de treino cognitivo.

Este tipo de investigação deve continuar a ser desenvolvido para que se possa alcançar e aumentar o conhecimento acerca das pessoas institucionalizadas, bem como o aperfeiçoamento da metodologia do treino de cognitivo. Como tal, torna-se relevante investigações na área de estimulação cognitiva para que, de algum modo, forneçam dados indicadores da possibilidade de intervenção para uma melhoria da capacidade de memória dos idosos, no sentido de aumentar ou manter a capacidade funcional e, conseqüentemente, possibilitar a independência, bem como melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa.

De acordo com Fonseca (2007) deve-se adotar técnicas de investigação inovadoras, na pesquisa desenvolvimental humano procurando resistir ao “ estudo laboratorial” das variáveis implicadas no processo de envelhecimento e “ insistindo na criação de uma

nova agenda de investigação psicológica” (pág. 287), dando um maior destaque às histórias de vida e aos percursos individuais de envelhecimento.

Referências Bibliográficas

- Azevedo, M. J., & Teles, R. (2011). Revitaliza a sua mente. In O. R. Paúl, *Envelhecimento Ativo* (pp. 77-112). Lisboa: Lidel.
- Baddelye, A. (2009). O que é a memória. In A. Baddeley, M. C. Anderson, & M. W. Eysenck, *Memória* (pp. 13-25). São Paulo: Artemed.
- Bandeira, M. L. (S/D de 06 de 2003). *Associação Portuguesa de Demografia*. Obtido em 18 de 11 de 2011, de http://www.apdemografia.pt/ficheiros_boletins/208156283.pdf
- Bauzá, J. C., & Bennassar, M. d. (2010). Envejecimiento Y Sociedad: Una Propuesta de Optimización. *International Journal of Developmental and Educational Psychology; INFAD Revista Portuguesa de Psicologia*, 617-224.
- Belsky, J. (2001). *Picologia del Envejecimiento*. Madrid: Thomson.
- Berger, K. S. (2001). Idade Adulta Avançada. In K. S. Berger, *O desenvolvimento da Pessoa da Infancia à Trceira Idade* (5º ed., pp. 395-435). Rio de Janeiro : LTC.
- Berger, L. (1995). Aspectos Psicológicos e Cognitivos do Envelhecimento. In M. Louise Berger, & M. Danielle Mailloux- Poirier, *Pessoas Idosas Uma abordagem Global Processo de Enfermagem por Necessidades* (pp. 157-196). Lisboa: Lusodidacta.
- Birren, J. E., & Schaie, K. W. (2006). *Handbook of the Psychology of Aging*. London: Elsevier.
- Bize, P., & C.Vallier. (1985). *Uma Vida Nova: A terceira Idade*. Lisboa : Verbo.
- Boada, M., Buz, J., Bueno, B., Conde, J. L., Facal, D., de la Fuente, J., et al. (2007). *Psicología de la Vejes*. Madrid: Fernández Ciudad, S.L.
- Bonfim, C. d., Garrido, M. M., Saraiva, M. E., & Veiga, S. M. (S/D de 12 de 1996). *Segurança Social*. Obtido em 26 de 11 de 2011, de Direcção-Geral da Acção Social Lar para Idosos: http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=17187&m=PDF
- Busse, E. W., & Blazer, D. G. (1999). *Psiquiatria Gerátrica* (2 ed.). São Paulo: Editora Artmed.
- Calero. (2003). *La utilidad de los programas de intervención cognitiva en personas mayores*. Obtido em 15 de 12 de 2011, de Revista Geriatrics Y Gerontologia: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13056958

&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=124&ty=82&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=124v38n06a13056958pdf001.pdf

- Cardoso, C. L., & Rocha, M. C. (2010). O Idoso institucionalizado - Rastreamento das Funções cognitivas e prevalência da sintomatologia depressiva em pessoas idosas residentes num lar. *II congresso Internacional da SPESM*. Casa da Saúde de Barcelos.
- Carrilho, M. J., & Gonsalves, C. (n.d.). *Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos de 91 e 2001*. Obtido em 17 de Outubro de 2011, de Instituto Nacional de Estatística: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106187&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1
- Carrilho, M. J., & Patrício, L. (30 de 11 de 2010). *Revista de Estudos Demográficos*. (I. Instituto Nacional de Estatística, Ed.) Obtido em 15 de Novembro de 2011, de Revista de Estudos Demográficos: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=83358831&DESTAQUESmodo=2
- Carvalho, F. C., Neri, A. L., & Yassuda, M. S. (2010). *Treino de Memória Episódica com Ênfase em Categorização para Idosos sem Demência e Depressão*. Obtido em 2 de Outubro de 2011, de Psicologia Reflexão Crítica : <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=18815256014>.
- Casanova, J. P. (1999). *El Libro de La Memoria (Historia de Vida)*. Obtido em 12 de Setembro de 2012, de Fundación La Caixa : http://www.fundacio1.lacaixa.es/webflc/wpr0pres.nsf/wurl/alndream1pcos_esp%5EOpenDocument/index.html
- Castro, A. E. (2011). *Programa de estimulação cognitiva em idosos*. Obtido em 12 de Outubro de 2012, de (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Aveiro: ria.ua.pt/bitstream/10773/7007/1/5218.pdf
- Choque, S., & Choque, J. (2000). *Actividades de Animación para la Tercera edad*. Barcelona: paidotribo.
- Comissão Europeia. (07 de 09 de 2010). Obtido em 20 de Novembro de 2011, de Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre Gerações 2012:

<http://ec.europa.eu/social/ey2012main.jsp?langId=pt&catId=970&newsId=860&furtherNews=yes>

- Dias, I., & Rodrigues, E. V. (2012). Demografia e Sociologia do Envelhecimento. In C. Paúl, & Ó. Ribeiro, *Manual de Gerontologia Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 179-203). Lisboa: Lidel.
- Erikson, J. M. (1998). *O Ciclo de Vida Completo*. São Paulo: Editora Artes Médicas Sul LTDA
- Ewald W. Busse, M. D. (1999). *Psiquiatria Geriátrica* (2º ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Fernandez, M. P., & Fluente, J. d. (2005). Envejecimiento e Cambio Cognitivo. In S. P. Hernandis, & M. S. Martinez, *Gerontologia. Actualización, innovación e propuestas* (pp. 205-213). Madrid: PEARSON.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Ediciones Pirámide .
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento Activo Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2009). Psicogerontología. Cuestiones Demográficas, sociopolíticas, e históricas . In R. Fernandez-Ballesteros, *Psicogerontología Perspectivas europeas para un mundo que envejece* (pp. 27-43). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Fresnedo, R. M., Martínez, J. Í., & Zamarrón, M. D. (1999). *Qué Psicología de La Vejez* . Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fernández-Ballesteros, R., María Dolores Zamarrón, M. D., & Tarraga, L. (2009). Plasticidade Cognitiva y Deterioro Cognitivo. In R. Fernández-Ballesteros, *Psicogerontología Perspectivas Europeas para um Mundo que Envejece*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Pinguarty, M., & Torpdahl, P. (2009). Psicogerontología Cuestiones Demográficas, Sociopolíticas e Históricas. In R. Fernández-Ballesteros, *Psicogerontologia* (pp. 27-43). Pirámide .
- Fernandez-Ballesteros, R., Pinguarty, M., & Torpdalh, P. (2009). Psicogerontología. Cuestiones Demográficas, sociopolíticas, e históricas. In R. Fernandez-Ballesteros, *Psicogerontologia Perspectivas europeas para un mundo que envejece* (pp. 27-43). Madrid: Pirámide.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2004). *Gerontologia Social* .Madrid: Pirámide.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Fonseca, A. M. (2006). *O Envelhecimento Uma Abordagem Psicológica* (2 ed.). Lisboa: Universidade Católica.
- Fonseca, A., (2007). Subsídios para uma leitura desenvolvimental do processo de envelhecimento. *Psicologia Reflexão e Crítica* (pp. 277-289), vol. 20, nº 002
- Fonseca, A. M. (2010). *Promoção do desenvolvimento psicológico*. Obtido em 12 de Outubro de 2012, de *Periodos eletrónicos em psicologia*: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1983-34822010000200006&script=sci_arttext
- Fonseca, A. M. (2012). *Envelhessomos*. Porto: Universidade Católica.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento* (1º ed.). Lisboa: CLIMEPSI.
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2009). Hacia una Teoria del envejecimiento con éxito. Selección, Optimización y Compensación. In R. Fernandez-Ballesteros, *Psicogerontologia: Perspetivas europeias para um mundo que envelhece* (pp. 313-329). Madrid: Pirámid.
- García, M. D. (2009). Psicologia de la Veje: el funcionamiento cognitivo. In R. Fernandez-Ballesteros, *Gerontologia Social* (pp. 201-227). Madrid: Piramides.
- García, M. D., & Gonzáles, E. N. (2005). *Eficacia de un Programa de Entrenamiento en el Mantimiento de Ancianos con y sin detrioro cognitivo*. Obtido em 13 de Dezembro de 2011, de *Clinica e Salud* : <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1806/180613872004.pdf>
- García, M. D., González, E. N., Ceballos, L. G., Díaza, Á. L., Carbonell, I. T., & García, M. J. (2008). Olvidos y memoria: relaciones entre memoria objetiva y subjetiva en la vejez. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 299-307.
- Governo de Portugal. (Janeiro de 2012). Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da solidariedade entre gerações. Obtido em 4 de Agosto de 2012, de europa.eu/ey2012/ajax/BlobServlet?docId=7343&langId=pt
- Hamilton, I. S. (2002). *A psicologia do Envelhecimento : uma introdução* (3º ed.). São Paulo: ARTEMED.
- Hernandis, S. P. (2010). Programa para Trabajar la Memoria. In L. B. Garcia, *Envejecimiento Activo Y Actevidades Socioeducativas Con Personas Mayores* (pp. 170-177). Madrid: panamaricana.
- Hernandis, S. P., & Martinez, M. S. (2005). *Gerontologia Actualizacion, Innovación y Propuesta*. Madrid: PEARSON EDUCACIÓN.

- Herrera, S., Montório, I., & Cabrera, I. (2010). Relación entre los estereotipos sobre el envejecimiento y el rendimiento en un programa de estimulación cognitiva. *Revista Espanhola de Geriatria Y Gerontologia*, 339-342.
- Instituto Nacional de Estatística. (08 de 04 de 2002). *O Envelhecimento em Portugal Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Obtido em 16 de Novembro de 2011, de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=71107&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística. (08 de 04 de 2002) *O Envelhecimento Em Portugal - situações demográfica sócio-económica recente das pessoas idosas*. Obtido em 16 de Novembro de 2011 de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=71107&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística. (10 de 19 de 2009). *Projeções da População Residente em Portugal*. Obtido em 16 de Novembro de 2011 www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui...
- Instituto Nacional de Estatística, I. (Ed.). (2011). *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Obtido em 05 de Janeiro de 2011, http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=122073978&PUBLICACOESmodo=2
- Kawashima, R. (2008). *Train Your Brain* (4º ed.). Sebenta.
- Klautau, P., Winograd, M., & Bezerra Jr., B. (Junho de 2009). *Normatividade e plasticidade: algumas considerações sobre a clínica psicanalítica com pacientes neurológicos*. Obtido em 10 de Fevereiro de 2012, de Revista Mal- Estar e Saúde: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=27112273008>
- Lemos, M. d. (2000). *Os idosos Dependentes: o caso das Misericórdias*. Maia: Observatório de Idosos e Grandes Dependentes.
- Magalhães, E. E. (2011). Envelhecimento Ativo: Uma perspectiva psicossocial. In L. Jacob, & H. Fernandes, *Ideias para um Envelhecimento Ativo* (pp. 11- 39). Almeirim: Rutis.
- Mailloux-Poirie, D. (1995). Teorias do Envelhecimento. In M. D.-P. Louise Berger, *Pessoas Idosas Uma Abordagem Global Processos de Enfermagem por Necessidade* (pp. 99-105). Lisboa: Lusodiacta.

- Marchand, H. (2001). *Temas de Desenvolvimento Psicológico e Adulto*. Coimbra : Quarteto Editora.
- Martinez, M. d., & Vega, J. L. (1994). Atención, Aprendizage y Memoria en la Vejez. In V. Bermejo, *Dessarollo Cognitivo* (pp. 479- 493). Madrid: Sintesis.
- Ministério da Saúde - Direccção-Geral da Saúde. (2004). Obtido em 18 de Novembro de 2011, de Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- Ministério do Trabalho e de Segurança social . (25 de Fevereiro de 1998). Obtido em 10 de Janeiro de 2011, de Despacho Normativo nº12/98 Normas Reguladoras das Condições de Instalações dos Lares Para Idosos. Diário da República, 1ª Série B: http://195.245.197.202/preview_documentos.asp?r=21871&m=PDF
- Módenes, P. F., & Cabaco, A. S. (S/D de S/D de 2008). *Aber Envejecer: Aspectos Positivos y Nuevas Perspectivas*. Obtido em 15 de 11 de 2011, de Foro de Educación : <http://www.forodeeducacion.com/numero10/022.pdf>
- Molina, M. à., Schettini, R., Bravo, M. D., Zamarrón, M. D., & Fernandes-Balesteros, R. (2010). Actevidade Cognitivas y Funcionamento Cognitivo en Personas Muy Mayores. *Revista Espanhola de Geriatria y Gerontologia*, 297-302.
- Montorio, I., & Izal, M. (2000). *intervencion psicologia en lea vejez Aplicaciones en el Ambito Clinico y de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Nazareth, J. M. (2009). *Crescer e Envelhecer Constrangimentos e Oportunidades do Envelhecimento* (1ª ed.). Lisboa: Presença.
- Neri, A. L. (2001). *Desenvolvimento e Envelhecimento Perspectivas Biológicas, Psicológicas, e Sociológicas*. Campinas: PAPIRUS.
- Neri, A. L. (2001). Paradigmas Contemporâneos sobre o Desenvolvimento Humano em Psicologia e Sociologia. In A. L. Neri, *Desenvolvimento e Envelhecimento perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (p. 17). Campinas: Papirus Editores.
- Neri, A. L. (2006). *O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento*. Obtido em 15 de 09 de 2012, de Periodicos Eléctricos em Psicologia: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v14n1/v14n1a05.pdf>
- Olabuénaga, J. I. (2003). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto Bilbao.

- Oliva, A. D., Dias, G. P., & Reis, R. A. (S/D de S/D de 2009). *Plasticidade sináptica: natureza e cultura moldando o Self*. Obtido em 13 de 11 de 2011, de Psicologia Reflexao e Crítica: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=18815253016>
- Oliveira, J. H. (2008). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso* (3 ed.). Porto: Legis Editora.
- Oliveira, J. H. (2008). *Psicologia do Idoso Temas Complementares* . Porto: Legis Editora.
- Organização das Nações Unidas. (2010). Obtido em 18 de Novembro de 2011, de World Population Ageing 2009: <http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009-report.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Active Ageing, A Policy Framework*. Obtido em 02 de Agosto de 2012, de http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf
- Organização Mundial de Saúde, (2005). *Envelhecimento Ativo uma Política de Saúde*. Obtido em 19 de Outubro de 2012, de Organização Pan-Americana da Saúde: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (S/D). *Definition of an older or elderly person*. Obtido em 10 de 09 de 2012, de Organização Mundial de Saúde: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal* (1º ed.). Lisboa: Climepsi.
- Paúl, M. C. (1996). *Psicologia dos Idosos: o envelhecimento em meios hurbanos*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, LDa.
- Paúl, M. C. (1997). A relação entre as redes sociais do apoio aos idosos e Bem-Estar . In M. C. Paúl, *lá Para o Fim da Vida Idosos, Família e Meio Ambiente* (pp. 128-133). Coimbra: Almedina .
- Peña, A. S. (2009). *Estimulación Cognitiva para adultos*. Obtido em 8 de 10 de 2012, de Portal Mayores: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/sardinero-guia-01.pdf>
- Pena, M., Garcia, A. R., Montes, M. A., Martín, M. C., & Carrasco, M. (2001). *Programas de entrenamiento de memoria Método U.M.A.M*. Obtido em 21 de Dezembro de 2011, de Cuadernos de Trabajo Social:

- http://www.infogerontologia.com/documents/estimulacion/memoria/progr_entre_n_memoria_umam.pdf
- Posada, F. V. (2005). El Enfoque del Ciclo Vital: Hacia un Abordaje Evolutivo del Envejecimiento. In S. P. Hernandis, & M. S. Martínez, *Gerontología* (pp. 147-148). Madrid: Fareso, S.A.
- Pousada, M., & Fluente, J. d. (2007). Memória e Atención. In C. Tridó, & F. V. (Coords.), *Psicología de la Vejez* (pp. 115-240). Madrid: Alianza.
- Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa : Climepsi.
- Ribeiro, J. L. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto : Legis.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). Enbelhecimento Ativo. In O. Ribeiro, & C. Paúl, *Manual de Envelhecimento Ativo* (pp. 1-11). Lisboa: Lidel.
- Rodrigues, M. R. (S/D). *Efeitos de uma Intervenção Psico-Educativa nas Competências Cognitivas e Satisfação de Vida em idosos*. Obtido em 12 de Outubro de 2012, de (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti : http://repositorio.esepf.pt/bitstream/handle/10000/106/Cad_3IntervencaoPsico.pdf?sequence=1
- Rossel, N. Y., Herrera, R. R., & Rico, M. A. (2004). *Introducción a La Psicogerontología*. Madrid: Ediciones Piramides .
- Rossell, N. Y. (2004). Hipótesis psicológicas, biológicas y sociológicas. In N. Y. Rossel, R. R. Herrera, & M. A. Rico, *Introducción a La Psicogerontología* (pp. 81-84). Madrid: Ediciones Piramides.
- Ruiz-Vargas, J. M. (2008). Envejecimiento y memoria: ¿cómo y por qué se deteriora la memoria con la edad? *Revista Espanhola Geriatria Gerontologia.*, 268-270.
- Sanches Yassuda, M., Tavares Batistoni, S. S., & Garofe Fortes, A. L. (2006). *Treino de Memória no Idoso Saudável: Benefícios e Mecanismos*. Obtido em 2 de Outubro de 2011, de *Psicologia: Reflexão e Crítica*: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/188/Resumenes/18819316_Resumo_5.pdf
- Sánchez, C. V. (S/D de S/D de 2005). *Memória e Envejecimento; Programas de Estimulación* . Obtido em 03 de 12 de 2011, de *Irsersomayores*: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/boletin/2005/numero-26/art-05-05-01.pdf>

- SAS Institute, Inc. (2012). JMP® 10 Basic Analysis and Graphing (S. I. Inc. Ed. 1st ed. Vol. 1). Cary, NC 27513, USA: SAS Institute Inc.
- Schaie, K. W., & Willis, S. L. (2003). *Psicología de la Edad Adulta y la Vejes* (5 ed.). (P. E. S.A., Ed.) Madrid.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas,LDA.
- Serrano, G. P. (2004). *Calidad de Vida en Personas Mayores* (3 ed.). Madrid: Dykinson.
- Serrano, M. Á. (S/D). *La memoria Programa de estimulación y mantenimiento cognitivo*. Obtido em 13 de 12 de 2011, de Servicio de Promoción de la Salud Instituto de la Salud Pública Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/maroto-memoria-01.pdf>
- Setemberg, R. J. (2000). *Psicologia Cognitiva*. Porto Alegre: Artemed.
- Simões, A. (2006). *A Nova Velhice Um Novo Publico a Educar* . Lisboa: Ambar.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Familia* (1 ed.). Porto: Ambar.
- Souza, J. N., & Chaves, E. C. (12 de Dezembro de 2003). *O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis*. Obtido em 3 de Janeiro de 2011, de Revista da Escola de Enfermagem da USP: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a02v39n1.pdf>
- Souza, V. L., Borges, M. F., Vitória, C. M., & Chiappetta, A. L. (08 de 03 de 2009). Perfil das Habilidades cognitivas no Envelhecimento Normal. Obtido em 10 de Novembro de 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n2/98-08.pdf>
- Spar, J. E., & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psequeiatria e Geriatria* (1º ed.). Lisboa: Climepsi.
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *A Psicologia do Envelhecimento: uma introdução* (3 ed.). (M. A. Veronese, Trad.) São Paulo: Artemed Editora S.A.
- Triadó, C., & Villar, F. (2007). *Psicología de la Vejez*. Madrid: Alianza Editorial.
- Tulving, E. (2002). Episodic Memory: From Mind to Brain. *Psychology, Annual Review of*. Obtido em 0 de Janeiro de 2012, de <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.53.100901.135114?prevSearch=tulving&searchHistoryKey=>

- Vega, J. L., & Martínez, B. B. (2000). *Desarrollo Adulto y Envejecimiento* (2º ed.). Madrid: EditorialL Síntesis, S.A.
- Verissimo, M. T. (2006). *Avaliação Multidimensional do Idoso*. Coimbra.
- Yanguas, J. J., Leturia, F. J., & Leturia, M. (2002). *Intervención Psicosocial En Gerontología: manual práctico* (2 ed.). Madrid: Cáritas Española.
- Yanguas, J. J., Leturia, F. J., Leturia, M., & Uriarte, A. (2002). *Intervención Psicosocial En Gerontología - Manual Práctico* (2 ed.). Madrid: Cáritas Espanhola.
- Yassuda, M. S. (2006). Memória e Envelhecimento Saudável. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de Gerontologia e Geriatria* (2º ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Kooogan S.A.
- Yassuda, M. S., Batistoni, S. S., Fortes, A. G., & Neri, A. L. (2006). *Treino de Memória no Idoso Saudável: Benefícios e Mecanismos*. Obtido em 2 de Outubro de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=18819316> de [Psicología](#) [Reflexao](#) e [Crítica:](#)

Anexos

Anexo I -Cronograma de atividades

Nº sessão	Objetivos e/ou capacidades a desenvolver	Atividades	Descrição das atividades
Sessão nº1	<ul style="list-style-type: none"> •Explicar em que consiste o programa e quais os seus objetivos; 	<ul style="list-style-type: none"> •Palestra de apresentação 	<ul style="list-style-type: none"> •O Investigador faz a apresentação do programa, expondo como vai decorrer, as atividades e respetivo calendário; •Esclarece algumas dúvidas que possam surgir.
Sessão nº2	<ul style="list-style-type: none"> •Descrever o funcionamento da memória e o envelhecimento e a memória. 	<ul style="list-style-type: none"> •Sessão expositiva 	<ul style="list-style-type: none"> •O Investigador faz uma apresentação sobre os princípios básicos de aprendizagem e memória, processos de memorização estratégias e técnicas; •Perda de memória associada à idade: esquecimento, queixas mais frequentes.
Sessão nº3	<ul style="list-style-type: none"> •Exercitar a atenção 	<ul style="list-style-type: none"> •Exercícios de atenção, concentração e perceção 	<ul style="list-style-type: none"> •O Investigador explica a atividade, que cada participante realiza sozinha.
Sessão nº4	<ul style="list-style-type: none"> •Exercitar a orientação temporal e espacial 	<ul style="list-style-type: none"> •Exercícios de orientação espacial e temporal 	<ul style="list-style-type: none"> •O Investigador explica e aplica as atividades que cada participante realiza individualmente.
Sessão nº 5 e nº6	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar o Livro de História de Vida (Livro de Memória) 	<ul style="list-style-type: none"> •Preenchimento do livro (História de Vida) 	<ul style="list-style-type: none"> •O Investigador dá um livro a cada um que realiza individualmente.
Sessão nº 7	<ul style="list-style-type: none"> •Aprender estratégias e técnicas na área do cálculo numérico, lógica e resolução de problemas 	<ul style="list-style-type: none"> •Fichas de cálculo, lógica e resolução de problemas 	<ul style="list-style-type: none"> •O Investigador explica e aplica as fichas de cálculo que cada participante realiza individualmente.
Sessão nº8	<ul style="list-style-type: none"> •Estimular a capacidade de retenção. 	<ul style="list-style-type: none"> •Realização de exercícios que permitem favorecer a retenção. 	<ul style="list-style-type: none"> •O investigador aplica exercícios de retenção, com números e palavras
Sessão nº 9	<ul style="list-style-type: none"> •Favorecer a criação de atitudes novas para a aprendizagem 	<ul style="list-style-type: none"> •Estratégias mnemotécnicas 	<ul style="list-style-type: none"> •O investigador expõe algumas ajudas mnemotécnicas
Sessão nº 10	<ul style="list-style-type: none"> •Avaliar se houve evolução da capacidade de memória. 	<ul style="list-style-type: none"> •Realização do Pós-teste 	<ul style="list-style-type: none"> •O investigador aplica o pós-teste aos idosos individualmente.

Anexo II - Questionário por Entrevista

Questionário sócio- demográfico

A fim de recolher dados para a elaboração do Trabalho Projeto, cujo tema se intitula: O Treino da Memória em Idosos sem Demência Institucionalizados, agradeço que me sejam fornecidos os dados a seguir se solicitados. Note-se que estes dados são de carácter estritamente profissional.

1. Género:

1.1. Masculino

1.2. Feminino

2. Idade: _____

3. Estado civil:

3.1. Solteiro (a)

3.2. Casado (a) /União de Facto

3.3. Divorciado (a)/ Separado

3.4. Viúvo (a)

3.5. Outro. Qual _____

4. Habilitações Literárias?

4.1. Nenhuma

4.2. Ensino Primário

4.3. Ensino secundário

4.4. Ensino Superior

4.5. Outra. Qual? _____

5. Qual a profissão que exercia antes da reforma?

6. Realiza alguma ocupação de lazer:

6.1. Sim

6.2. Não

6.3. Se sim, qual?

6.3.1. Televisão

6.3.2. Rádio

6.3.3. Música

6.3.4. Leitura

6.3.5. Atividades Manuais

6.3.6. Jornais/ Revistas / Livros

6.3.7. Passear

6.3.8. Renda

6.3.9. Jogos

6.3.10. Outra. Qual?

6.3.10. Outra. Qual? _____

7. Tem algum problema de saúde:

7.1. Sim. Qual? _____

7.2. Não.

8. Atualmente usa algum tipo de medicação:

8.1. Sim

8.2. Não

9. Acha que a sua memória mudou com a idade:

9.1. Sim

9.2. Não

10. Tempo de Institucionalização:

10.1. 1 a 2

10.2. 3a 4

10.3. 5a 6

10.4. 7 a 8

10.5. Outros: Quantos? _____

11. Motivo de Institucionalização

11.1. Falta de Recursos Económicos

11.2. Falta de Apoio Familiar

11.3. Prevalência de Doenças

11.4. Falta de Família

12. Iniciativa da institucionalização

12.1. Por Iniciativa Própria

12.2. Trazido (a) por Técnicos de ação social

12.3. Trazido (a) por Amigos

12.4. Trazido (a) por Familiares

Obrigada pela sua colaboração!

Anexo III- Mini Exame Mental de Folstein

Mine 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- Pera		
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
4.1- Pera		
4.2- Gato		
4.3- 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		
5.1.2- Lápis		

Total de pontos

5.2- Repita a frase (contar 1 ponto)

Total de pontos

“ O rato roeu a rolha”

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

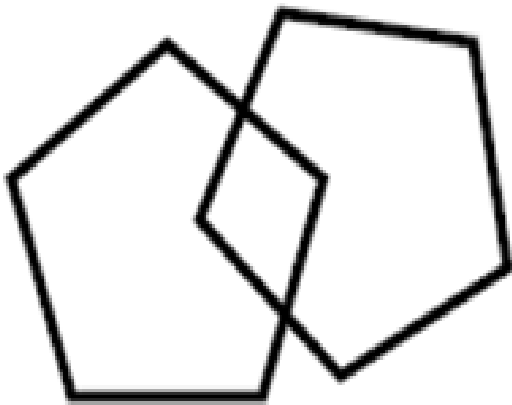
Total de pontos

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 dois 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: ≤ 15

1 a 11 anos de escolaridade: ≤ 22

Escolaridade superior a 11 anos: ≤ 27

Anexo IV - Termo de Esclarecimento Livre e Informado

Termo de Esclarecimento Livre e Informado

O senhor (a) está a ser convidado (a) a participar no seguinte projeto e concordar com os termos a autorizar a participação na pesquisa da dissertação de mestrado intitulada de “ Treino de Memória em Idosos Institucionalizados sem Demência” o estudo será realizado pela Investigadora Zélia Pereira, mestranda do curso de Envelhecimento Ativo, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

O objetivo desta pesquisa consiste em investigar se após a aplicação de um programa de treino há alteração na memória dos idosos institucionalizados sem demência.

A pesquisa não acarretará nenhum risco direto para o participante. A (o) participante poderá interromper a sua participação a qualquer momento, assim como retirar o seu consentimento, se for da sua vontade.

Esta investigação tem um carácter sigiloso e confidencial de qualquer informação prestada por parte do (a) participante.

Eu _____, aceito participar voluntariamente, nesta pesquisa, e que autorizo a utilização destas informações prestadas por mim para este estudo.

Assinatura da investigadora

Assinatura do (a) participante

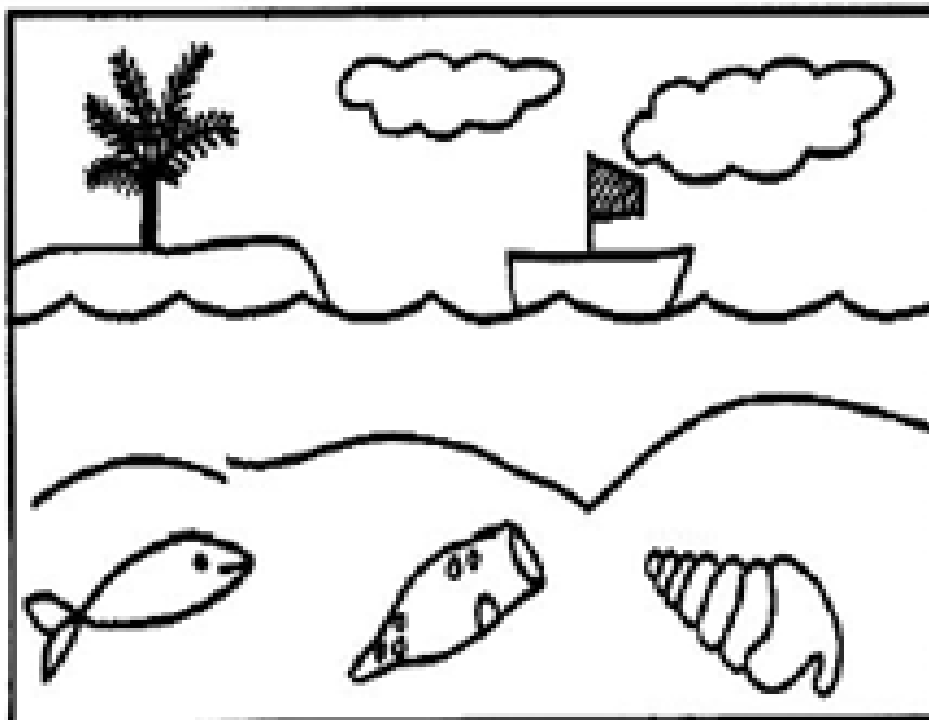
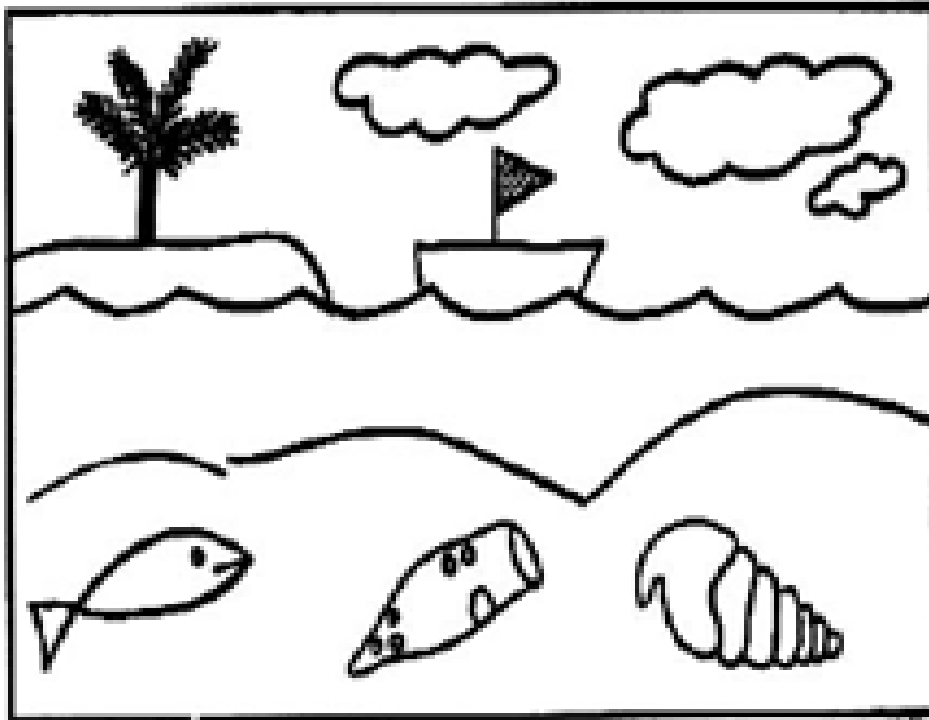
Mondim de Basto _____ de _____ 2011

Anexo V- Exercícios de cálculo Mental

Contas simples

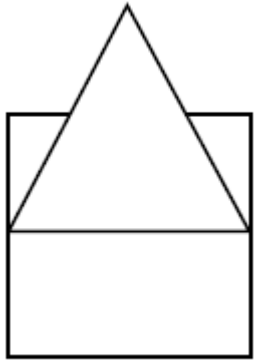
$4 \times 6 =$	$4 \times 3 =$
$2 + 9 =$	$5 - 4 =$
$11 - 3 =$	$8 \times 9 =$
$9 \times 8 =$	$8 - 5 =$
$2 - 2 =$	$7 + 8 =$
$6 + 7 =$	$1 + 6 =$
$13 - 5 =$	$13 - 9 =$
$3 + 9 =$	$3 \times 6 =$

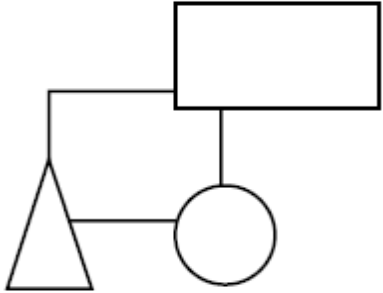
Anexo VI- Atenção visual



Exercícios de Atenção e Memória Visual

Instruções: Observe a figura do lado esquerdo e sem olhar tentar copiar o desenho para o lado direito.

<p>FIGURA1</p> 	<p>Cópia</p>
--	---------------------

<p>Figura 2</p> 	<p>Cópia</p>
--	---------------------

Anexo VII - Exercícios de Memória a curto prazo

Repita a seguinte lista de palavras

- Fantástico
- Verão
- Lápis
- Sapatos
- Luta
- Chocolate

Repita a seguinte lista de números

- 25
- 40
- 39
- 72
- 60

Anexo VIII -Exercícios de Evocação

Anexo IX Libro de La Memória (História de Vida)

Activemos la mente

*El libro de
la memoria*
(Historia de vida)

salir créditos índice

