

Elizabeth Filomena Candeiro Francisco Lousa

BENEFÍCIOS DA ESTIMULAÇÃO COGNITIVA EM IDOSOS: UM ESTUDO DE CASO



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

**Dissertação apresentada ao ISMT para
obtenção do grau de Mestre em Psicologia
Clínica Ramo das Terapias Cognitivo-
Comportamentais**

COIMBRA, 2016



Elizabeth Filomena Candeiro Francisco Lousa

Benefícios da Estimulação Cognitiva em Idosos:

Um Estudo de Caso

Dissertação apresentada ao ISMT para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica Ramo das Terapias Cognitivo Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Margarida Pocinho

Coimbra, setembro 2016

Agradecimentos

A investigação para a presente dissertação foi desenvolvida no ano letivo 2015/16, resultante do protocolo entre o Instituto Superior Miguel Torça e a Santa Casa da Misericórdia de Cantanhede, às quais agradeço desde já. Em função do protocolo estabelecido por ambas as entidades foi possível implementar um programa de estimulação cognitiva na Estrutura Residencial para Idosos, Centro de Dia e na Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Cantanhede, a dois grupos de idosos e que deu origem a um relatório de estágio e a esta dissertação. Para que este documento pudesse ter visibilidade, vários agradecimentos são devidos:

À orientadora, docente do Instituto Superior Miguel Torça, Professora Doutora: ***Margarida Tenente dos Santos Pocinho***, que deu o seu cunho científico na presente dissertação ao longo do meu percurso académico esteve sempre e pronta para ajudar e reforçar as minhas ideias, agradeço-a com muita consideração e admiração.

Aos participantes do estudo: todos os idosos e funcionários que se disponibilizaram a ajudar sempre que precisei. . .

À supervisora de estágio docente do Instituto Superior Miguel Torça, Professora Doutora: ***Sónia Catarina Simões*** e a orientadora Dra. ***Ana Raquel Roseiro*** psicóloga da Santa Casa da Misericórdia de Cantanhede agradeço-as por toda a atenção e compreensão prestada em prol dos objetivos para obter os resultados esperados. . .

Aos meus filhos: ***Elnalda Santos, Denise Santos e Manuel Cunha*** pelo carinho, atenção e pela força que recebi ao longo destes anos de formação.

Ao meu companheiro: ***João Carlos Cunha***, pela força em especial na reta final da minha formação, sempre pronto para ajudar nos momentos mais difíceis e pela motivação diária. . .

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso, existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”

Fernando Pessoa

RESUMO

O projeto de investigação denominado PLENAMENTE composto por um programa de estimulação cognitiva, foi implementado através de estudo de caso Quasi-Experimental.

Neste estudo participaram 21 idosos de ambos os sexos, 11 dos participantes permaneceram até o fim do programa proposto no projeto de investigação – PLENAMENTE, que com recurso a alguns instrumentos de avaliação psicológica como o Minimal State Examination (MMSE) para a deteção de défice cognitivo; a *Escala Geriátrica da Depressão* (GDS-27) para os sintomas depressivos; o Teste das figuras para as dificuldades viso-espaciais e despiste cognitivo para o diagnóstico de défices de memória; e a *Escala de Solidão* (UCLA) para os sentimentos subjetivos de solidão ou isolamento social. Os idosos foram avaliados no início do programa e reavaliados no fim do programa. Antes da implementação do programa PLENAMENTE, a maioria dos pacientes não apresentava défices na perceção visual correta, nem na nomeação correta, nem na recordação cinco minutos após (memória tardia).

A maioria dos participantes apresenta défices na memória imediata e na memória episódica. Após a aplicação do programa 18,2% dos idosos melhoraram na Perceção Visual Correta e na Memória Episódica 45,5% melhoraram na Memória Tardia, mas 9,1% piorou na Memória Tardia, 27,3% na Memória Episódica e 18,2% na Memória Tardia. Contudo, não foi possível verificar alterações estatisticamente significativas entre os valores dos idosos antes do programa e após três meses de aplicação daí não podermos concluir que o programa PLENAMENTE teve eficácia neste grupo.

Palavras-chave: Envelhecimento; Estimulação cognitiva; Benefícios.

ABSTRACT

The research project called PLENAMENTE consists of a cognitive stimulation program. This pre-post intervention studies as implemented through Quasi-experimental study design.

In this study participated 21 elderly, 11 participants stay until the end of this research project. For that, we using the Mini-Mental State Examination (MMSE) to cognitive impairment detection; the Geriatric Depression Scale (GDS-27) for depressive symptoms; the test of figures for the visuospatial difficulties and cognitive screening for the diagnosis memory deficits; and UCLA Loneliness Scale for subjective feelings of loneliness or social isolation. The elderly were assessed at the beginning of the program and evaluated at the end of the program. Before the implementation of the Plenamente program the majority of patients did not show deficits in the correct visual perception, neither in the correct appointment, or in five minutes after recordation (delayed recall).

Most participants shows deficits in the short-term memory and episodic memory. After the implementation of the program 18.2% of older people have improved in Correct Visual Perception and Episodic Memory, 45.5% improved in the Late memory, but 9.1% worsened in the Late memory, 27.3% in Episodic Memory and 18 2% in delayed Memory. However, it was not possible to verify changes statistically significant between values of the elderly before the program and three months after of application then we cannot conclude that the PLENAMENTE program was effective in this group.

Keywords: Aging; cognitive stimulation; Benefits

1. INTRODUÇÃO

1.1. O Envelhecimento

O envelhecimento humano é um processo universal, progressivo e gradual. Trata-se de uma experiência diversificada entre os indivíduos, para a qual concorre uma multiplicidade de fatores de ordem genética, biológica, social, ambiental, psicológica e cultural. Não há uma correspondência linear entre idade cronológica e idade biológica.

O desenvolvimento humano é um processo que decorre desde a concepção até à morte do indivíduo, estando atualmente ultrapassada a ideia de que a pessoa só se desenvolve até à adolescência e a partir daí se inicia um processo de estagnação até declínio progressivo (Knapp et al., 2013).

O envelhecimento decorre do desenvolvimento normal e envolve alterações neurobiológicas estruturais, funcionais e bioquímicas. Incidem sobre o organismo, aos fatores ambientais e socioculturais (qualidade e estilo de vida, dieta, sedentarismo e exercício físico) intimamente ligados quer ao envelhecimento saudável quer ao patológico. Contudo, na presença de disfunções cognitivas e outras, o diagnóstico e a intervenção precoce podem propiciar melhor qualidade de vida nos idosos e as suas famílias/cuidadores (Santos, Andrade, & Bueno, 2009).

A velhice também é um constructo social que depende do contexto em que o indivíduo está inserido, das experiências e oportunidades a que se teve ou tem acesso. Do ponto de vista biológico é um fenómeno único, do ponto de vista social é uma pluralidade de fenómenos. Por isso definir esta população alvo apenas em termos cronológicos pode ser um erro comum (Garcia, 2014).

O Percurso de vida é heterógeno e resulta de diferentes experiências ao longo da vida dos indivíduos, tais experiências dependem das oportunidades a que o indivíduo acedeu, como a educação familiar e o acesso à escola; a socialização em diversos grupos primários e secundários; o trabalho e o emprego; o acesso à cultura e ao lazer; a organização dos tempos livres; as escolhas e prioridades; a organização da sua própria família; a organização da entrada na reforma e a estruturação do seu quotidiano (Garcia, 2014).

Alguns autores como Santos, Andrade e Bueno (2009), têm investigado sobre o envelhecimento humano no sentido de o perceber de que modo se concretizam os diversos percursos de envelhecimento e quais os fatores que influenciam a qualidade do processo de envelhecimento, tornando-o apenas, em mais uma etapa da vida adulta, com desafios e oportunidades desenvolvimentais, ou, por oposição, num processo patológico, com a degeneração de várias funções orgânicas. Tais estudos e investigações têm, assim, dado um contributo para desafiar e desmistificar vários estereótipos relacionados com o envelhecimento e com a pessoa idosa. Por outro lado, torna-se possível identificar os fatores de risco e de proteção no processo de envelhecimento, que têm ajudado a que se construam programas e se adotem novas práticas relativamente aos idosos e que se constituem como promotoras do ajustamento psicológico ajudando a prevenir processos patológicos de declínio cognitivo (Nunes, 2009).

O envelhecimento populacional e conseqüentemente a mudança no perfil demográfico e epidemiológico deve-se ao avanço da promoção de saúde nas últimas décadas, à diminuição da taxa de mortalidade da natalidade infantil (Argimon, 2006).

Em relação às habilidades cognitivas dos 65 aos 75 anos surgem algumas mudanças cognitivas no indivíduo que podem ser subtis ou até inexistentes como é o caso da perda de vocabulário. Contudo, decorrem declínios importantes na medida que envolvem velocidade ou habilidades não exercitadas (Argimon, 2006).

1.1.1. Tipos de Envelhecimento

Existem vários tipos de envelhecimento desde o envelhecimento normal, o patológico, o ativo, bem-sucedido e/ou saudável. O envelhecimento patológico vem acompanhado de défices físicos, cognitivos e comportamentais, que resultam de um conjunto de alterações biológicas que desencadeiam cascatas de eventos moleculares e celulares, as quais geram apoptose, radicais livres, mudanças proteicas e outros danos secundários. Ocorrem mudanças cerebrais em diversos âmbitos neurobiológicos e neurofisiológicos (sinapses diminuídas, lentidão do fluxo exoplasmático, decréscimo na plasticidade), neuroquímicos (alterações na circuitaria colinérgica; ao nível das monoaminas) e estruturais: neocórtex, complexo hipocampal e núcleos da base (Santos et al., 2009).

Em termos ótimos, estima-se que o ser humano “está programado “para viver no máximo entre 110 e 120 anos. O ciclo vital do ser humano atinge a maturidade biológica (o pico da vitalidade) por volta dos 25 aos 30 anos, dos 25 até os 40 anos o indivíduo pode ser considerado um adulto inicial; até 65 anos, adulto médio ou de meia-idade, dos 65 até 75 anos, adulto tardio ou na velhice precoce, e desta idade em diante, vem a chamada velhice tardia (Santos et al., 2009).

O conceito de envelhecimento ativo é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem” (WHO, 2002, p. 12). Este conceito tem determinismos económicos, sociais, comportamentais e pessoais, onde o ambiente físico, os serviços sociais e de saúde também se devem envolver, e por conseguinte, deve ser compreendido de forma multidisciplinar, contextualizado culturalmente e no género (Garcia, 2014).

Cardoso (2012) defende que é possível reconhecer se o envelhecimento é normal ou patológico analisando o funcionamento das memórias de curto e de longo prazo, o autor acrescenta que o envelhecimento tem dois momentos:

1º - O envelhecimento primário (está relacionado com o passar do tempo) e engloba dois processos:

- Processo (velho sadio) com baixo prejuízo devido à idade funcional;
- Processo (demências) com alto prejuízo devido à idade funcional.

2º - O envelhecimento Secundário (consequências da doença):

- Memória de curto prazo (memória de operação e memória sensorial) com défices;
- Memória de longo prazo (memória episódica, semântica e memória de procedimento) com défices.

As memórias sensoriais, semântica e de procedimento são as menos afetadas com o processo de envelhecimento (em situação normal). A memória de operação funciona bem até aproximadamente aos 40 anos. Contudo, quando acrescentamos anos à vida temos de acrescentar vida aos anos, adiando o declínio cognitivo que como Cardoso (2012) aponta de ser bastante mais tarde (os bons hábitos de vida contribuem para a promoção da saúde e chama-se envelhecimento ativo ou bem-sucedido) este conceito tem como objetivo a promoção do envelhecimento saudável e pressupõe promover a manutenção da

saúde ao longo de todo o ciclo de vital, visa combater as desigualdades na saúde associadas aos fatores sociais, económicos e ambientais, inscritas em setembro de 2007, pela Comissão Europeia no Livro Branco com o título “***Juntos para a Saúde***”: uma abordagem estratégica para a UE (2008 – 2013). Este documento reflete a necessidade de definir novas estratégias políticas, com base no princípio de que a saúde é fundamental na vida das pessoas e deve ser consolidada através de dispositivos de ações eficazes. Os pressupostos assentam nos princípios enunciados e fundem-se na necessidade de repensar as políticas à luz de novos e urgentes desafios, em termos de saúde das populações e que requerem novas abordagens estratégicas (Fernandes e Botelho, 2007).

De um modo geral, a senescência é definida por muitos autores como sendo um envelhecimento primário, que tem início com alterações do aspeto exterior como o aparecimento de cabelos grisalhos, lentidão dos movimentos, alteração ao nível do equilíbrio, redução da força muscular, diminuição da velocidade de processamento no campo emocional e cognitivo (Sequeira, 2010). Segundo o mesmo autor, o envelhecimento secundário decorre quando existem lesões associadas às diferentes alterações normais do processo de envelhecimento, o que altera ainda mais a capacidade de adaptação do indivíduo. Já (Robert, 1994) refere que o envelhecimento apresenta duas etapas: o envelhecimento dos tecidos e o envelhecimento dos órgãos. A segunda etapa corresponde a perspectiva biológica e é um conjunto de mudanças que ocorrem na fase pós-reprodutora da vida, originando limitações no funcionamento ao nível orgânico (Matimba, 2014).

A velhice bem-sucedida tem forte componente cultural e é referido alternativamente como velhice saudável, ativa e produtiva, também como veículo de qualidade de vida (Ribeiro, Neri, Cupertino, e Yassuda, 2009) defendem que o envelhecimento saudável tem subjacente na sua própria etiologia a noção de saúde, contudo, refere-se a alterações na saúde da população e não ao nível do indivíduo (Almeida, 2007). Este conceito está intrinsecamente relacionado com o conceito de envelhecimento ativo que emerge como paradigma para as políticas públicas no sentido de ampliar o foco de atenção para dimensões positivas da saúde, além do controlo de doenças em especial as demências (Assis, 2005).

A noção de envelhecimento bem-sucedido não significa ausência de *handicap* mas também considera-se a existência dos défices cognitivos e fisiológicos associados à idade que são geneticamente determinados com o pressuposto de que algumas condições que

podem ser modificadas e relacionadas a mudanças possíveis, nos níveis e padrões da função física pela influência de fatores potencialmente modificáveis, tais como: atividades físicas, suporte social e senso de auto eficácia, independentemente de doenças crônicas e diferenças nas características sociodemográficas (Teixeira e Neri, 2008).

As demências são doenças orgânicas do cérebro manifestam-se gradualmente (quando uma pessoa idosa torna-se confusa) e ou apresenta uma mudança de personalidade, isso deve ser encarado como uma emergência. Os testes de diagnóstico são realizados para determinar a causa, a confusão nunca é normal ou esperada do envelhecimento (Argimon, 2006; Siewert, 2008).

As demências podem ser causadas por uma série de doenças subjacentes, relacionadas às perdas neuronais e danos à estrutura cerebral. O padrão central da demência é o prejuízo da memória. Além disso, pode-se observar prejuízos de algumas capacidades de cognição (atenção, imaginação, compreensão, concentração, raciocínio, julgamento, afetividade, percepção), bem como se verificam afasias, apraxias, agnosias e perturbações nas funções executivas como, no planejamento, na organização, na sequência e abstração (Siewert, 2008).

1.2. Estimulação Cognitiva

Cognição é o processo intelectual ou mental através do qual um organismo toma conhecimento do mundo. A CID – 10 Classificação Internacional das Doenças: inclui no mesmo código da cognição, a percepção, o estado emocional, o comportamento e relaciona os sintomas e sinais relativos a cognição com a consciência. Esta classificação distingue claramente as habilidades cognitivas (ou a falta delas) das patologias do fórum mental.

No envelhecimento seja saudável ou patológico, os indivíduos beneficiam sempre de uma estimulação neuropsicológica. A estimulação cognitiva permite o desenvolvimento das habilidades cognitivas necessárias para controlar e regular os nossos pensamentos, emoções e ações. As funções executivas envolvem estritamente as habilidades cognitivas como a capacidade de fazer cálculos (apenas com a mente). A regulação das emoções, reflete a capacidade de controlar a raiva, os impulsos, os medos, etc. (Knapp et al., 2013).

O recurso da estimulação cognitiva através da avaliação da memória, mais precisamente o efeito das chamadas “oficinas de memória” têm um desempenho mnemónico, que pode ser avaliado através de testes de avaliação psicológica precisos e específicos para memória. Estes testes quantificam e avaliam o grau de envolvimento das pessoas e especialmente dos idosos em atividades específicas. É indispensável o uso dos métodos terapêuticos e de importante valor para população mais idosa que se encontra em risco de défices de memória, a que se acrescenta uma baixa qualidade de vida (Souza e Chaves, 2005).

O funcionamento cognitivo do idoso está relacionado com a sua saúde e com o seu bem-estar psicológico, sendo considerado um indício importante de envelhecimento ativo e de longevidade. A cognição, de um modo geral, pode ser caracterizada como um conjunto de capacidades mentais que permitem a aquisição, o acesso e a manutenção de conhecimentos (Irigaray, Trentini, Gomes, e Scheneider, 2011).

O bem-estar psicológico está relacionado com o ajustamento emocional e social, na medida em que engloba o cumprimento de tarefas evolutivas e de expectativas sociais, considerando-se os atributos físicos, cognitivos, afetivos, idade e género. O bem-estar psicológico refere-se à capacidade do indivíduo possuir uma visão positiva sobre si, sobre os outros e sobre a vida, é o senso de domínio e de autonomia, o cultivo de relações interpessoais de qualidade, senso de propósito, de significado de vida e ter um desenvolvimento continuado na velhice (Irigaray et al., 2011).

Funções executivas são responsáveis pela adequação do comportamento para a resolução de problemas do dia-a-dia e a execução de um objetivo futuro. É esperado que os idosos com melhor funcionamento executivo apresentem melhoria no bem-estar psicológico (propósito de vida, crescimento pessoal e manter a autoaceitação). Os prejuízos das componentes das funções cognitivas, como o planeamento, a tomada de decisões, a organização e flexibilidade, estão frequentemente associados a consequências desastrosas na rotina diária, nas finanças e em outras dificuldades (Irigaray et al., 2011).

No que diz respeito às habilidades associadas às funções executivas, são extremamente importantes para o desenvolvimento pessoal, pelo facto de que, as diferenças iniciais nas funções executivas prognosticam ao longo do tempo resultados significativos no desenvolvimento, no autoconceito, na memória de trabalho na flexibilidade cognitiva (Knapp et al., 2013). O controlo inibitório e a atenção executiva, mantêm a compreensão

emocional (de si mesmo e dos outros) e na regulação emocional como o bem-estar psicológico/subjetivo (Rueda & Paz-alonso, 2014).

O autocontrole de acordo com Knapp et al., (2013) é a capacidade de resistir à uma tentação para poder fazer aquilo que é certo. Essa capacidade ajuda a pessoa a prestar atenção, agir com menos impulsividade e a manter a concentração numa determinada tarefa. A memória de trabalho é a capacidade de manter as informações na mente, onde as mesmas podem ser manipuladas, essa habilidade é necessária para realizar tarefas cognitivas, tais como estabelecer uma relação entre dois assuntos, fazer cálculos apenas com a mente e estabelecer uma ordem de prioridades entre várias tarefas. Já a flexibilidade cognitiva é a capacidade de usar o pensamento criativo e ajustes flexíveis para se adaptar às mudanças, essa habilidade auxilia as pessoas a utilizar sua imaginação e criatividade para resolver problemas.

1.2.1. Benefícios da Estimulação Cognitiva

A área da saúde procura saber e evoluir os seus métodos clínicos, para a promoção da qualidade de vida dos pacientes e o aumento da esperança de vida da população, este propósito foi possível devido à procura incessante de metodologias clínicas mais avançadas. Neste contexto surge a aliança entre as áreas da saúde e as novas tecnologias de informação, numa cooperação cada vez mais importante e que tem abrangido a reabilitação física e a neuropsicológica (Fernandes & Botelho, 2007).

A Neuropsicologia é uma subárea das Neurociências, exercida por psicólogos, que buscam a compreensão da relação entre os danos cerebrais, os efeitos na cognição e o comportamento dos indivíduos. É ainda a Neuropsicologia que se predispõe na realização de atividades que visam à recuperação ou amenização dos défices neurocognitivos, através do processo conhecido como Reabilitação Neurocognitiva (Cunha & Novaes, 2004).

A estimulação cognitiva é realizada através de programas de reabilitação neurocognitiva como os jogos e outras atividades interativas e ocupacionais que exercem grande importância na colaboração com a área da saúde mental, pela capacidade de orientação. Os jogos têm duas variantes: a aprendizagem ou a reaprendizagem e proporcionam si-

multaneamente uma terapia aliciente para os pacientes em especial nos idosos. O propósito dos jogos aplicados à reabilitação neurocognitiva é auxiliar na reabilitação das funções cognitivas afetadas, resultado de lesões ou doenças (viso-espaciais, a atenção, a memória e as funções executivas), consagrando o aumento da funcionalidade e melhoria da qualidade de vida (Miranda, 2012).

1.2.2. Estudos Acerca da Estimulação Cognitiva

São diversos os estudos nesta dinâmica segundo alguns autores como Belleville (2008), Belleville, Gilbert, Fontaine, Gagnon, Ménard e Gauthier (2006), Belleville, Clément, Mellah, Gilbert, Fontaine e Gauthier (2011), Gagnon e Belleville (2012), Gross, Rebok, Unverzagt e Brandt (2011), têm corroborado a hipótese de que a utilização da estimulação cognitiva em idosos é eficaz e trás muitos benefícios independentemente da idade dos mesmos ou no caso de serem portadores de alguma patologia ou défices cognitivos. A estimulação cognitiva oferece várias mudanças, tanto ao nível cognitivo quanto ao nível neuropsicológico, incluindo idosos saudáveis e ou em condições de funcionamento normal (Chariglione e Janczura, 2013).

Segundo Guerreiro e Caldas (2001) e Yassuda, (2002) as intervenções complexas que envolvem técnicas de memorização, relaxamento e atenção podem gerar efeitos positivos e duradouros em idosos, especialmente quando empregadas em grupos. Alguns pesquisadores encontraram uma relação positiva entre o desempenho cognitivo do idoso e uma estimulação cognitiva continuada, comprovam que exercício diário da mente promove a vivacidade mental e as atividades promotoras de estimulação mental contribuem para a prevenção do declínio cognitivo (Chariglione & Janczura, 2013).

Os resultados da estimulação cognitiva na população em geral tem sido muito proveitosa. Os programas de reabilitação neurocognitiva têm como objetivos, melhorar a qualidade de vida dos pacientes e familiares, maximizando o aproveitamento do funcionamento cerebral, total ou parcialmente preservado por meio do ensino de *“estratégias compensatórias, aquisição de novas habilidades e a adaptação às perdas permanentes”*. O processo de reabilitação neuropsicológica promove uma conscientização do paciente a

respeito das suas capacidades remanescentes, produzindo uma mudança na auto-observação e possivelmente, uma aceitação de sua nova realidade (Chariglione e Janczura, 2013).

A estimulação cognitiva visa capacitar os pacientes e familiares a conviver com a situação atual do paciente e a diminuir e ou superar as deficiências cognitivas derivadas de lesões neurológicas, focando-se principalmente, na melhoria das funções cognitivas administrando treinos cognitivos. Já a reabilitação neuropsicológica trata dos défices cognitivos e das alterações emocionais e comportamentais, melhorando a qualidade de vida do paciente (Chariglione & Janczura, 2013).

É nosso objetivo conhecer/perceber a eficácia dos benefícios da estimulação cognitiva em idosos e verificar se a promoção de competências cognitivas tem benefícios ao nível da saúde mental. Com efeito, considera-se que uma psicoeducação bem-sucedida diminui os sentimentos de solidão e que a promoção de competências cognitivas diminui os sintomas de depressão.

2. METODOLOGIA

2.1. Desenho da Investigação

Utilizámos como metodologia básica de recolha dos dados questionários de resposta direta administrados numa amostra de idosos institucionalizados de várias respostas sociais de Coimbra. Relativamente ao tipo de amostra, e de acordo com Freedman (2008), estamos perante uma amostra de resposta voluntária. Quanto ao desenho de estudo, escolhemos quase-experimental, já que viabiliza o teste das hipóteses, embora saibamos que não respeita todas as condições exigidas a um estudo experimental, com relevo para a falta de controlo e aleatoriedade na seleção da amostra.

Trabalhamos com grupos de comparação, sendo que cada indivíduo é controlo experimento e como se avaliam os parâmetros antes e após a estimulação cognitiva fica controlada e eliminam-se as variáveis parasitas. Através da inexistência de diferenças individuais já que é sempre o mesmo sujeito em ambas as avaliações (emparelhamento) evitando desta forma o viés que poderá por em causa a validade interna.

A validade externa (generalização) não é um objetivo deste estudo pelo que se dispensa a representatividade/tamanho da amostra.

2.2. Âmbito Geral do Estudo

Este estudo insere-se no projeto de investigação proposto para a presente dissertação utilizando o programa de estimulação cognitiva em grupo o **PLENAMENTE** – Programa para a Promoção de Competências Cognitivas, Emocionais, Interpessoais e Promoção do Ajustamento Psicológico no Idoso, implementado na Estrutura Residencial para Idosos e Centro de Dia e na Unidade de Cuidados Continuados Integrados – UCCI da Santa Casa da Misericórdia de Cantanhede

Nesta perspetiva se enquadram algumas das atividades propostas aos idosos, direcionadas para a estimulação cognitiva, estimulação sensorial, a motricidade, a expressão corporal, a expressão de emoções e promoção do relacionamento interpessoal. As atividades foram executadas em grupo. Ao nível das necessidades interpessoais que o trabalho em grupo preenche, encontramos as necessidades de inclusão, de controlo e afetivas:

- As necessidades de inclusão compreendem o se sentir aceite e integrado pelos outros ou no grupo;
- As necessidades de controlo dizem respeito à necessidade sentida por cada pessoa de se sentir responsável por tudo que constitui o grupo (estrutura, atividades, objetivos, etc.);
- As necessidades de afetivas se prendem com o sentir-se insubstituível e aceite incondicionalmente, no seu todo.

A terapia de grupo é muito vantajosa por oferecer muitos benefícios, é do nosso conhecimento que são inúmeras as vantagens das intervenções em grupos de idosos através de programas de estimulação cognitiva e ou de reabilitação neurocognitiva. Como tal, promovem a normalização/relativização das problemáticas; a estimulação das competências de comunicação; e o ajustamento da rede de suporte social (Lima e Oliveira, 2015).

As principais razões, na perspetiva de Chiu (1999), prendem-se com o facto das intervenções em grupos revelar a eficácia e eficiência, a longo prazo no sentido de promover, mais facilmente, a adesão dos idosos institucionalizados, isso ajuda na construção de uma opção de tratamento mais viável (dado o número crescente de pessoas idosas),

apresenta menor custo e são necessários menos profissionais e menos tempo para intervir com o mesmo número de pessoas. Possibilita o desenho de planos de investigação experimental sobre a intervenção e acarreta nalguns casos, ganhos a nível emocional e cognitivos, superiores às intervenções de cariz individual (Lima e Oliveira, 2015).

Na terapia ou intervenções em grupos também há desvantagens, podemos encontrar algumas dificuldades resultantes do curto tempo de foco da atenção, da persistência ideativa, das dificuldades de memória e dos estados confusionais de alguns idosos. Estes problemas têm sido contornados com algumas estratégias de motivação e persistência do terapeuta, com a introdução de algumas atividades mais intensas (sessões de grupo mais frequentes, coorientação para dar mais apoio e utilização das possibilidades transferenciais (Foster & Foster, 1989). Por outro lado, nem todos os pacientes estão à priori indicados para terapia de grupo a intervenção individual é recomendável quando temos pacientes com psicopatologias severas e perturbações cerebrais, pessoas agressivas em relação ao grupo ou ao terapeuta (Lima e Oliveira, 2015). Contudo, a aplicação do PLENAMENTE foi efetuado em dois momentos distintos com dois grupos de idosos com e sem demências. Para a promoção de competências cognitivas e interpessoais.

Após a aplicação do programa pretende-se verificar se existem alterações significativas ao nível:

- Das relações interpessoais;
- Da sintomatologia psicopatológica;
- Dos sentimentos de solidão.

Verificar em que medida a aplicação do programa possibilita:

- A conservação das capacidades cognitivas dos idosos;
- A recuperação das capacidades cognitivas dos idosos;
- A melhoria das capacidades cognitivas dos idosos.

Em termos de hipóteses prevê-se que:

H1: O programa Plenamente é eficaz ao nível da alteração e melhoria das relações interpessoais, da sintomatologia psicopatológica e dos sentimentos de solidão.

H2: A aplicação do programa possibilita a conservação, recuperação e melhoria das capacidades cognitivas dos idosos.

2.3. Procedimentos

A avaliação inicial decorreu depois da assinatura do consentimento informado pelo idoso ou responsável e incluiu quatro testes de avaliação psicológica: o Mini-mental State Examination (MMSE) para a deteção de défice cognitivo; o Teste das figuras para as dificuldades viso-espaciais; e a Escala de Solidão (UCLA) para os sentimentos subjetivos de solidão ou isolamento social; a *Escala Geriátrica da Depressão (GDS-27)* para os sintomas depressivos.

Foi definido um dia e horário fixo para a realização de cada uma das 14 sessões semanais. Cada sessão teve a duração máxima de uma hora, seguindo uma planificação, objetivos gerais, específicos e materiais definidos previamente.

Ao longo da implementação do programa todas as fases éticas foram cumpridas desde os pedidos de autorização para aplicação dos instrumentos de avaliação psicológica até aos direitos de autor. O respetivo Programa foi devidamente explicado a todos os participantes e devidamente acompanhados com a carta de Consentimento Informado e Esclarecido e Termo de Responsabilidade.

Seguimos todas as regras da não invasão da privacidade do outro, ou seja, as questões aplicadas aos instrumentos de avaliação psicológica seguem regras que respeitam a lei e os direitos da pessoa e estão devidamente validados. Todas as informações recolhidas no âmbito desta investigação são confidenciais, sendo apenas usada para fins da mesma investigação. Em nenhum momento a identificação dos participantes será revelada ou disponibilizada para outras finalidades.

2.4. Instrumentos de Avaliação Psicológica

Para haver ganhos cognitivos são necessários a utilização de testes neuropsicológicos que aplicados na população idosa devem ser breves, simples e de fácil administração, para alcançar o seu objetivo principal, que é servir de instrumento rápido de avaliação, triagem e estratificação de risco, e para que possam ser aplicados em qualquer unidade básica de saúde. A escolha de um ou outro teste dependerá da familiaridade que o examinador tenha com a sua interpretação e da situação em que o paciente se encontra (Chariglione & Janczura, 2013).

Foram utilizados os supra referidos quatro instrumentos/testes de avaliação psicológica com questões claras e sucintas (simplificadas), relacionadas ao tema apresentado. Com uma linguagem cuidada e adaptada a cada situação/pessoa.

O Mini-mental State Examination (MMSE): é um instrumento extremamente útil na triagem cognitiva por ser simples e de fácil aplicação, com duração de 5 a 10 minutos. É o teste mais amplamente utilizado para triagem inicial de pacientes com défices cognitivo, em especial nos idosos em follow-up de pacientes demenciados e supervisão da resposta terapêutica (Folstein, Folstein, e McHugh, 1975).

O Teste das figuras: é um teste de aplicação rápida e interpretação simples e são de interesse em exames individual, mas são ainda mais importantes para estudos epidemiológicos de prevalência de demência, é folha de papel contendo 10 figuras e questiona-se ao paciente: “que figuras são estas?”. O teste de figura é também de simples aplicação e depende pouco do nível de escolaridade, são apresentadas 10 figuras e pergunte: “Que figuras são estas? O score é dado pelo número de figuras corretamente identificadas mesmo que não tenham sido adequadamente nomeadas (Percepção visual e nomeação) se não tiver identificado alguma figura, explique o que representa (Nitrini et al., 2004)

Escala de Solidão UCLA-loneliness: é uma escala de heteroadministração, constituída originalmente por 20 itens, todos elaboradas no sentido do constructo da solidão, com quatro alternativas de resposta, variando entre o nunca e frequentemente. Foi desenvolvida para avaliar os sentimentos subjetivos de solidão ou isolamento social. Os itens da versão original foram criados com frases utilizadas por indivíduos solitários para descrever sentimentos de solidão (Russel, Replau e Ferguson 1978). As questões estavam todas apresentadas na direção negativa ou dirigidas à solidão, às quais os indivíduos indicavam com que frequência tinham sentimentos de solidão, numa escala de medida que variava entre nunca (1) e o frequentemente (4). A versão portuguesa da escala UCLA com 16 itens; apresenta duas dimensões (isolamento social e afinidades); tem elevada consistência interna e uma pontuação global > 32 indicativa de sentimentos negativos de solidão (Pocinho, Farate, e Dias, 2010).

A **Escala Geriátrica da Depressão (GDS-27)** avalia a função psíquica busca, sobretudo, o diagnóstico de depressão, que representa uma importante causa de incapacidade no mundo e vem se constituindo em verdadeira "epidemia silenciosa". A repercussão da depressão no bem-estar geral e no funcionamento global do paciente é equivalente ou maior àquele observado nas doenças físicas (Pocinho, Farate, Dias, Lee, e Yesavage, 2009).

2.5. Tipo de Estudos e População Alvo

Estudo Quasi-Experimental para melhor compreensão das problemáticas da população-alvo, em idades superiores a 60 anos, com e sem autonomia.

2.6. Participantes

A amostra deste estudo incluiu no momento inicial 21 idosos com pelo menos um *follow-up*, contudo apenas 11 (52,4%) dos idosos tiveram dados válidos ao longo do tempo (Figura 1).

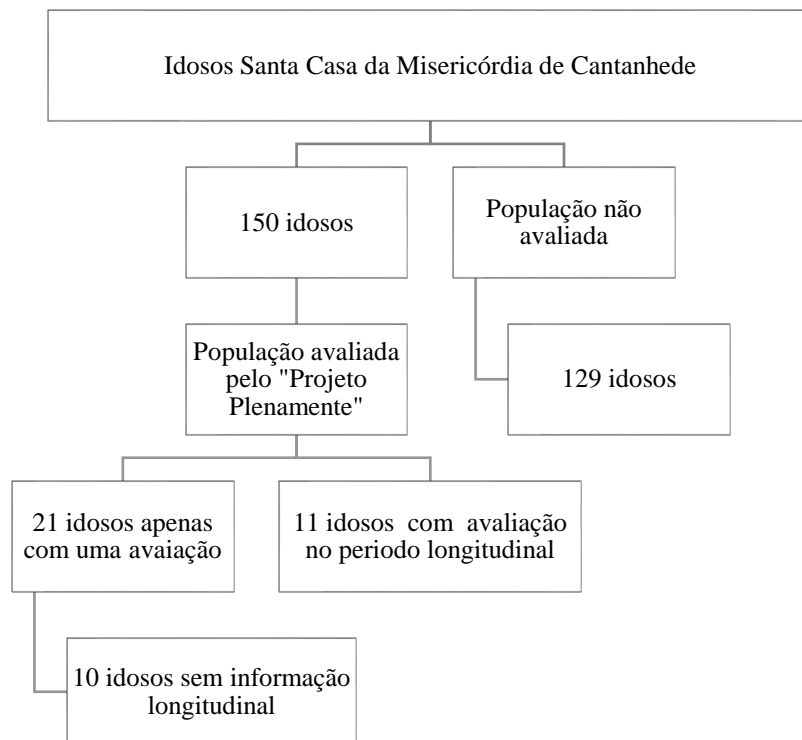


Figura 1 – Critérios de elegibilidade

Relativamente à caracterização sociodemográfica (Tabela 1), dos 11 idosos que se incluíram neste estudo 6 (54,5%) são do sexo masculino e 5 (45,5%) do sexo feminino, com idades médias de 64 anos ($DP = 92$ anos).

No que diz respeito às habilitações literárias, 2 (18,2%) idosos não têm escolaridade, 9 (81,8%) têm até 4º ano/ensino básico. Todos reformados.

Como seria de esperar 9 (81,8%) da amostra não tem companheiro e destes 5 (100%) são mulheres. No que diz respeito ao tratamento psicofarmacológico 8 (72,7%) dos idosos acompanhados tomavam psicotrópicos e 5 (45,5%) tinham défice cognitivo ligeiro.

Ainda, no que diz respeito à saúde mental, 6 (54,5%) apresentavam-se deprimidos com 12 sintomas em média, o que tendo em conta o ponto de corte (11) é revelador de depressão. Quanto à solidão 46% revelam este tipo de sentimentos com valores dignos de intervenção.

Tabela 1 – Caracterização Geral da Amostra

		Idosos ($n=6$)	Idosas ($n=5$)	Total
<i>Características Sociodemográficas</i>				
Idade, M (DP)		$M = 72,5$ (7,2)	$M = 84,2$ (10)	$M = 77,8$ (10,1)
Escolaridade n (%)	S/escolaridade	0 (-)	2 (40%)	2 (18,2%)
	Ensino Básico	6 (100%)	3 (60%)	9 (81,8%)
Estado Civil n (%)	Solteiro (a)	1 (16,7%)	1 (20%)	2 (18,2%)
	Casado (a)	2 (33,3%)	0 (-)	2 (18,2%)
	Viúvo (a)	3 (50%)	4 (80%)	7 (63,6%)

2.7. Análise dos Dados

Para realizar as análises estatísticas utilizámos o *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 23, SPSS Inc. Para a caracterização da nossa amostra, foi realizada a estatística descritiva com o cálculo das médias, desvios-padrão, e frequências. Na análise descritiva das pontuações dos instrumentos, estudámos a normalidade da distribuição das pontuações através de uma análise exploratória de dados para examinar se as variáveis estavam adequadas para o uso de testes paramétricos.

Depois de avaliados os três pressupostos subjacentes ao uso de estatística paramétrica: (a) variáveis intervalares, (b) normalidade da distribuição e (c) homogeneidade da variância - concluiu-se que foram cumpridos os pressupostos para utilização deste tipo de testes. Foi, então conduzida uma análise preliminar, comparando, num primeiro passo, as médias dos *scores* das medidas dependentes no momento pré-intervenção com as médias dos *scores* das mesmas medidas no momento de pós-intervenção, em ambos os grupos. Num segundo passo, foi examinado se existiam diferenças nas medidas dependentes entre o momento pré e pós-intervenção, utilizando testes de diferenças (testes paramétricos).

O pressuposto da normalidade foi validado com o teste de Shapiro-Wilks.

Calcularam-se também medidas de curtose (Achatamento) e assimetria (Simetria) para as variáveis em estudo:

Tabela 2 – Medidas de Assimetria no base line

	Achatamento	Simetria	Shapiro wilk's	p
Idade:	-1,3	-0,1	0,914	,273
UCLA base line:	-1,2	0,5	0,896	,164
GDS base line	0,8	-0,6	0,932	,430

Por ser um estudo prospetivo verificamos os pressupostos apos a intervenção. Os resultados podem ser observados na tabela que se segue:

Tabela 2 – Inspeção dos dados

	Achatamento	Simetria	Shapiro wilk's	p
--	-------------	----------	----------------	---

UCLA após intervenção:	-1,1	0,7	0,881	,108
GDS após intervenção	-0,6	-0,4	0,963	,807

A inspeção dos dados mostrou que foram cumpridos os pré-requisitos da estatística paramétrica pelo que sempre que deles necessitamos podemos recorrer à estudos indicados para efeito.

3. RESULTADOS

Os dados aqui apresentados, dizem respeito a seis meses de intervenção. Iniciamos com uma análise descritiva e de seguida analisados os resultados de duas formas: tendo em conta o número de sintomas numa primeira abordagem e de seguida, após calculados os pontos de corte, estes serão reavaliados e aqui reportados. A tabela 4 resume os dados descritivos e clínicos da amostra.

Como se pode observar, no início do PLENAMENTE, a maioria dos pacientes não apresentava défices na perceção visual correta, nem na nomeação correta, nem na recordação cinco minutos após (memória tardia). Contudo, a maioria apresenta défices na memória imediata e na memória episódica.

Tabela 3 – Características clínicas

		Idosos (n=6)	Idosas (n=5)	Total
Saúde mental				
Perceção visual correta	S/ défice	5 (83,3%)	2 (40,0%)	7 (63,6%)
	C/défice	1 (16,7%)	3 (60,0%)	4 (36,4%)
Nomeação correta	S/ défice	5 (83,3%)	3 (60,0%)	8 (72,7%)
	C/défice	1 (16,7%)	2 (40,0%)	3 (27,3%)
Memória imediata	S/ défice	4 (66,7%)	0 (0,0%)	4 (36,4%)
	C/défice	2 (33,3%)	5 (100,0%)	7 (63,6%)
Memória episódica	S/ défice	4 (66,7%)	1 (20,0%)	5 (45,5%)
	C/défice	2 (33,3%)	4 (80,0%)	6 (54,5%)
Recordação após 5'	S/ défice	5 (83,3%)	3 (60,0%)	8 (72,7%)
	C/défice	1 (16,7%)	2 (40,0%)	3 (27,3%)
Psicotrópicos n (%)	Não	2 (33,3%)	1 (20%)	3 (27,3%)
	Sim	4 (67%)	4 (80%)	8 (72,7%)
MMSE n (%)	S/ défice	4 (67%)	2 (40%)	6 (54,5%)
	C/défice	2 (33%)	3 (60%)	5 (45,5%)

GDS27	S/depressão	3 (50%)	2 (40%)	5 (45,5%)
	C/ depressão	3 (50%)	3 (60%)	6 (54,5%)
GDS27, <i>M (DP)</i>		<i>M</i> = 12,7 (8,4)	<i>M</i> = 10,8 (4,5)	<i>M</i> = 11,8 (6,7)
Solidão <i>n (%)</i>	S/ sentimentos	3 (50%)	3 (60%)	6 (54,5%)
	C/ sentimentos	3 (50%)	2 (40%)	5 (45,5%)
		<i>M</i> = 31,7 (8,7)	<i>M</i> = 30,4 (11,9)	<i>M</i> = 31,1 (9,7)

A tabela 5 apresenta os dados resultantes da aplicação dos pontos de corte que será analisada em conjunto com o cálculo da diferença do número de sintomas. Nela quatro (45,5%) dos idosos melhoraram em média três sintomas de depressão, contudo sete idosos pioraram em média cinco sintomas. No entanto este acontecimento está relacionado, essencialmente, com o caso de uma paciente de 92 anos da UCCI, que estava acamada por causa de um AVC, ocorrido antes do programa, e só saía da cama para a higiene pessoal e alimentação. Com o programa passou também a ser levantada para fazer as atividades prescritas no PLENAMENTE. Esta paciente teve um acréscimo de 6 sintomas de depressão (de 8 para 14). No caso da solidão a percentagem de idosos com e sem estes sintomas manteve-se, contudo, houve uma deslocação de um caso que não tinha solidão e passou a apresentar sintomatologia e outro que tinha sintomas de solidão e deixou de os ter em valores significativos. O outro caso foi um paciente de 75 anos, também da UCCI, que usava uma cadeira de rodas e encontrava-se com sentimentos de solidão antes do programa. Durante a aplicação do programa foi melhorando os seus sentimentos de solidão atingindo no momento da segunda avaliação menos quatro sintomas. Esta alteração pode, também, estar na origem do início de um relacionamento íntimo com outra utente.

O outro caso que passou a apresentar valores de sentimentos de solidão dignos de intervenção (aumentou em 11 a intensidade dos seus sentimentos) reporta-se a uma paciente de 90 anos da UCCI, com uma afilhada como sendo a sua única família. À data da primeira avaliação a mesma não apresentava sentimentos de solidão contudo, referia regularmente que a afilhada lhe prometeu que a levaria para ver a sua casa. A paciente esperava por isso há alguns meses mas o incumprimento daquela tarefa provocava nela

um desânimo constante, de tal forma que nas últimas semanas referia muitas vezes que a vida já não fazia sentido e desejava que Deus a levasse o mais rapidamente possível.

No teste MMSE, os défices mantiveram-se, o que seria expectável face à idade avançada destes pacientes (média=78 anos).

Tabela 4 – Efeito da implementação do programa Plenamente ao nível das emoções

		Antes da intervenção (n =11)	Após intervenção* (n = 11)
Saúde mental			
MMSE, n (%)	S/ défice cognitivo	6 (54,5%)	6 (54,5%)
	C/ défice cognitivo	5 (45,5%)	5 (45,5%)
GDS27, M (DP)		M = 11,8 (6,7)	M = 13,2 (5,7)
Depressão, n (%)	Sem	5 (45,5%)	4 (36,4%)
	Com	6 (54,5%)	7 (63,6%)
UCLA16, M (DP)		M = 31,1 (9,7)	M = 32,9 (14,2)
Solidão n (%)	S/ sentimentos	6 (54,5%)	6 (54,5%)
	C/ sentimentos	5 (45,5%)	5 (45,5%)

*p>0,05

No que diz respeito ao teste neuropsicológico para o diagnóstico de demência “RE-CONHECIMENTO DE FIGURAS de NITRINI, a maioria dos indivíduos que nomearam adequadamente pelo menos 9 das 10 figuras, as que se lembram de 5 ou mais figuras no teste de memória episódica e de pelo menos 6 no primeiro teste de memória imediata; os que se recordam de pelo menos 5 figuras no teste de memória tardia foram classificados sem défice em cada uma das dimensões. Os restantes tiveram a categoria “com défice”.

O resultado da aplicação do programa PLENAMENTE revelou que não existe evidências científicas na estatística, que permite dizer que o mesmo é eficaz apesar de em termos de treino neuropsicológico em todos os parâmetros com exceção da memória episódica e imediata. Na tabela 6 pode-se observar que 18,2% melhoraram na Perceção Visual Correta e na Memória Episódica 45,5% melhoraram na Memória Tardia, mas 9,1% piorou na Memória Tardia, 27,3% na Memória Episódica e 18,2% na Memória Tardia.

Tabela 5 – Efeito da implementação do programa Plenamente ao nível neuropsicológico

				Apos intervenção		Total
				sem défice	com défice	
Perceção visual correta	sem fice	dé- n (%)		7 (63,6%)	0 (0,0%)	7 (63,6%)
	com fice	dé- n (%)		2 (18,2%)	2 (18,2%)	4 (36,4%)
Total			n (%)	9 (81,8%)	2 (18,2%)	11 (100%)
Nomeação correta	sem fice	dé- n (%)		8 (72,7%)	0 (0,0%)	8 (72,7%)
	com fice	dé- n (%)		3 (27,3%)	0 (0,0%)	3 (27,3%)
Total			n (%)	11 (100%)	0 (0,0%)	11(100,0%)
Memória imediata	sem fice	dé- n (%)		3 (27,3%)	1 (9,1%)	4 (36,4%)
	com fice	dé- n (%)		1 (9,1%)	6 (54,5%)	7 (63,6%)
Total			n (%)	1 (9,1%)	7 (63,6%)	11(100,0%)
Memória episódica	sem fice	dé- n %		2 (18,2%)	3 (27,3%)	5 (45,5%)
	com fice	dé- n (%)		2 (18,2%)	4 (36,4%)	6 (54,5%)
Total			n (%)	4 (36,4%)	7 (63,6%)	11(100,0%)
Recordação após 5 minutos (Memória Tardia)	sem fice	dé- n (%)		5 (45,5%)	3 (27,3%)	8 (72,7%)
	com fice	dé- n (%)		1 (9,1%)	2 (18,2%)	3 (27,3%)
Total			n (%)	6 (54,5%)	5 (45,5%)	11(100,0%)

P>0,05 (teste exato de Fisher).

4. DISCUSSÃO

A revisão de literatura abordou aspetos relacionados a saúde mental e o envelhecimento cognitivo em idosos institucionalizados, população alvo estudada da presente dissertação. Utilizando a informação recolhida no âmbito do programa para a Promoção de Competências Cognitivas, Emocionais, Interpessoais e Promoção do Ajustamento Psicológico no Idoso – **PLENAMENTE**, implementado na Estrutura Residencial para Idosos, Centro de Dia e Unidade de Cuidados Continuados Integrados – UCCI da Santa Casa da Misericórdia de Cantanhede, tentou-se saber *Quais os benefícios da estimulação cognitiva em idosos?*

Neste estudo participaram 21 idosos de ambos os sexos, 11 dos participantes permaneceram até o fim do programa, foram utilizados alguns instrumentos de avaliação psicológica como o Mini-mental State Examination (MMSE) para a deteção de défice cognitivo; o Teste das figuras para as dificuldades viso-espaciais; e a Escala de Solidão (UCLA) para os sentimentos subjetivos de solidão ou isolamento social; a Escala Geriátrica da Depressão (GDS-27) para os sintomas depressivos. Os idosos foram avaliados no início do programa e reavaliados no fim do programa.

Não foi possível verificar alterações estatisticamente significativas entre os participantes apesar de serem visíveis algumas alterações daí concluímos que o programa **PLENAMENTE** não teve eficácia nestes grupos.

É possível verificar os benefícios da estimulação cognitiva neste grupo etário, mas tudo depende da planificação e das atividades propostas nos programas de reabilitação neurocognitiva, embora o fator idade também dificulta quando muito avançada, de algum modo. No entanto, a estimulação cognitiva é realizada através de programas de reabilitação neuropsicológica com recurso aos jogos e outra atividades ocupacionais e exercem grande impacto na memória de trabalho, nas habilidades, psicomotoras, importância na saúde mental. Isso promove a interação social, fortalece as relações interpessoais e melhora a qualidade de vida.

Nas últimas décadas as ciências humanas têm-se dedicado em estudos relativos ao processo do envelhecimento ativo e patológico, recorrendo ao uso de técnicas específicas para promover a eficácia do mesmo processo, recorrendo a estimulação cognitiva como forma de promover a saúde mental dos idosos, por exemplo, os estudos sobre a relação

entre a prática de exercícios físicos regulares e da estimulação cognitivas proporciona uma diminuição da incidência dos prejuízos cognitivos em idosos (Simoceli, Bittar, e Sznifer, 2008).

No desenvolvimento entre a interação cérebro e ambiente busca-se a noção de que as relações interpessoais, o meio social e outros contextos que promovem o bem-estar biopsicossocial estão ligados a estimulação cognitiva de um modo informal. No que diz respeito às habilidades associadas às funções executivas, também são extremamente importantes para o desenvolvimento pessoal. Esta última afirmação não se enquadra nos idosos que participaram no programa PLENAMENTE dado as suas idades, não se espera tanto apenas serve para reforçar as relações interpessoais e procura-se preencher o vazio dos tempos livres para reduzir os sentimentos de solidão.

Com os avanços da ciência no campo da saúde mental constata-se que, o conceito de qualidade de vida é amplo e complexo, esta relacionada a autoestima e ao bem-estar subjetivo, que abrange uma série de aspetos (a capacidade funcional, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, os hábitos de vida, o ambiente em que o sujeito esta inserido, etc.), a qualidade de vida reflete também a satisfação harmoniosa dos objetivos e desejos do indivíduo, associado aos fatores sociais, biológicos e psicológicos, com forte influência da percepção subjetiva, da história e do sujeito (Tavares, 2012).

Um facto fundamental na melhora desses idosos é, sem dúvida, o entendimento de sua doença ou a condição da sua saúde mental, daí a necessidade de criar estilos de vida saudável, incluindo exercícios físicos, hábitos de leitura para manter o cérebro ativo, assim retardando os défices de memória e potenciando um equilíbrio corpo-mente. Mais tem que se ter em conta a idade avançada, dependendo do grau de escolaridade e os problemas de saúde que eles apresentam.

Através de diversas pesquisas foi possível aprofundar vários estudos focados na estimulação cognitiva para encontrar resposta para a nossa questão de partida no projeto de investigação, contudo, encontramos informações que nos ajudam a compreender e a verificar os benefícios da estimulação cognitiva em idosos e também alguns obstáculos ou dificuldades que interferem na aplicação de qualquer programa para o mesmo efeito.

Quanto a eficácia do programa PLENAMENTE, e das atividades propostas aos idosos foram direcionadas para a estimulação cognitiva, estimulação sensorial, a motricidade, a expressão corporal, a expressão de emoções e promoção do relacionamento interpessoal. As atividades foram executadas em grupo para intervir na melhoria das relações interpessoais, na melhoria da sintomatologia psicopatológica nomeadamente na depressão e nos sentimentos de solidão, não ficou comprovado uma vez que existiram diferenças estatísticas ou clinicamente relevantes.

Com efeito o programa PLENAMENTE não está vocacionado para a avaliação psicopatológica em idosos e a estimulação neurocognitiva não possibilita de forma clara a conservação, recuperação e melhoria das capacidades cognitivas nestes idosos. Contudo, este tipo de atividades não deixam de ser úteis para a estimulação dos idosos em especial os institucionalizados. Aliais, Tavares, (2012) defende a importância que os programas de estimulação cognitiva têm na saúde mental em idosos institucionalizados, acrescenta que são essenciais mesmo em condições de normalidade promovendo a melhoria ou a manutenção das capacidades cognitivas da maioria dos utentes e até mesmo moderando o comprometimento cognitivo, é de salientar que, mesmo naqueles em que se constata comprometimento ou declínio cognitivo, os programas de estimulação neurocognitivas são necessários e urgentes com vistas a manter as funções existentes ainda não afetadas e permitir que elas compensem as funções comprometidas. Nesse caso devem ser tomadas medidas de curto ou de longo prazo que devem ser mantidas por um período mais extenso do que o proposto e realizado com os participantes do presente estudo.

Com efeito os nossos resultados mostraram que alguns idosos melhoraram, outros pioraram e outros mantiveram o seu estágio inicial, a falta de significância pode estar relacionado com baixo número de intervenientes ou como refere Katz (2008), o efeito placebo ou o efeito hawthorne podem explicar os poucos benefícios encontrados (Katz, 2008).

A manutenção da saúde mental em especial na área cognitiva, tem uma importância fundamental na prevenção do comprometimento cognitivo e no atraso da instalação do quadro demencial, da dependência e da incapacidade dos idosos para o seu autocuidado, ou seja, vários estudos sugerem que a estimulação cognitiva (EC) esta associada a diminuição do risco de declínio cognitivo, da perturbação depressiva, que melhora a autonomia dos idosos, aumentando a proteção contra o aparecimento das demências e deve ser

uma componente essencial para a manutenção da saúde dos idosos (Apóstolo, J.; Cardoso, D.; Marta, L.; Amaral, 2011).

Esta comprovada que nos idosos com declínio cognitivo, a estimulação cognitiva pode representar uma potencial e promissora intervenção para a redução dos sintomas depressivos e das vulnerabilidades depressiva. Adicionalmente, a intervenção com estimulação cognitiva tem um bom rácio de custo-benefício, no caso da demência, os benefícios em termos de cognição são comparáveis aos obtidos através da medicação com inibidores ou antidepressivos (Knapp et al., 2013).

5. CONCLUSÃO

O objetivo do presente estudo foi a aplicação da estimulação cognitiva em idosos através do programa PLENAMENTE, estruturado por 14 sessões cada uma com um propósito com diversas atividades viradas para a estimulação da memória para a verificação dos benefícios e a sua eficácia.

Os grupos estudados apresentavam latências normais para as idades na resposta a depressão e solidão o que denotou-se uma situação cognitiva desajustada em alguns participantes e outras comorbilidades. Após o programa implementado, alguns dos participantes apresentaram alterações do humor mais positivos, houve uma deslocação já exposta nos resultados em dois participantes e outros mantiveram os estádios depressivos também devido aos seus défices ou outros problemas do fórum familiar como referimos o caso da utente da UCCI que pelo nosso ponto de vista precisa de intervenção urgente, ou seja, houve algumas mudanças significativas entre os participantes do programa PLENAMENTE.

Em relação aos resultados da estimulação cognitiva mesmo seguindo o modelo tradicional e algumas técnicas atuais proposto pelos estudos de neuropsicologia, o presente estudo segue a tendência dos demais, demonstrando que as intervenções neuropsicológicas com recurso a estimulação cognitiva é eficaz para o treino da memória e o aumento do seu desempenho. As evidências desses efeitos são notadas mesmo em idosos com comprometimento cognitivo e demonstram que os programas de estimulação cognitiva melhoram ou abrandam as degenerações da memória e as funções executivas (psicomotora). No programa PLENAMENTE apesar de não alcançarmos os objetivos traçados,

mas foi possível observar melhores resultados na interação entre os participantes ao longo do programa e ficou a promessa de continuarem a criar encontros para interação, realização de atividades em comuns e participarem em futuras investigações caso seja possível.

Limitações do Estudo e Recomendações para Futuras Pesquisas

Os nossos resultados não foram o esperado e concluímos que esteve relacionado com o tempo, as idades, algumas debilidades e ou comorbilidades dos participantes, não foi possível efetuar as sessões em mais de uma hora, a planificação do programa foi determinada em uma hora para cada sessão dado que a rotina da instituição não nos permitiria mais do que isso e quanto as vulnerabilidades, mesmo que tivéssemos mais tempo também não seria muito proveitoso dado aos factos já referidos, porque alguns perdiam o foco da sua atenção esquecendo que estavam ali por um propósito.

Para futuras pesquisas é recomendável que programas destes sejam bem elaborados/estruturados tendo em conta vários a fatores (a população-alvo, as idades, a saúde física e mental, os défices cognitivos entre outras situações ou comorbilidades). Deve-se ter em conta também a escolha das técnicas e testes de avaliação psicológicas a serem utilizados.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J.; Cardoso, D.; Marta, L.; Amaral, T. (2011). *Efeito da estimulação cognitiva em idosos*. Revista de Enfermagem Referência, pp. 193–201. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/>
- Argimon, I. L. (2006). Aspetos Cognitivos em Idosos. *Avaliação Psicológica*, pp. 243–245. Rio Grande do Sul - Barasil. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v5n2/v5n2a15.pdf>
- Assis, M. (2005). *Envelhecimento Ativo e Promoção da Saúde: Reflexão Para as Ações Educativas com Idosos*. Revista de Atenção Primária Em Saúde, 8(1), 15–24. Retrieved from <http://www.ufjf.br/>
- Chariglione, P. F., & Janczura, G. A. (2013). *Contribuições de um treino cognitivo para a memória de idosos institucionalizados*, pp. 13–22. Bragança Paulista. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v18n1/v18n1a03.pdf>
- Cunha, P. J., & Novaes, M. A. (2004). *Avaliações neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: Implicações para o tratamento. / Neurocognitive assessment in alcohol abuse and dependence: Implications for treatment.*, 1–22. Retrieved from <http://www.uniad.org.br/>
- Fernandes, A. A., & Botelho, M. A. (2007). *Envelhecer Activo, Envelhecer Saudável: O Grande Desafio*, 17, 50–55. Retrieved from <http://ead.ipleiria.pt/>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”. *A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. Journal of Psychiatric Research, 12(3), 189–98. [http://doi.org/0022-3956\(75\)90026-6](http://doi.org/0022-3956(75)90026-6)
- Freedman, D. A. (2008). *Statistical Models and Causal Inference. In Statistical Models and Causal Inference: A Dialogue with the Social Sciences*.
- Garcia, R. G. B. (2014). *Programas de acção sobre estimulação cognitiva de idosos e formação em exercício de profissionais*. Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Retrieved from [http://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6631/1/Raquel Gomes Biltes Garcia.pdf](http://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6631/1/Raquel%20Gomes%20Biltes%20Garcia.pdf)
- Irigaray, T. Q., Trentini, C. M., Gomes, I., & Scheneider, R. H. (2011). *Funções cognitivas e bem-estar psicológico em idosos saudáveis*. Estudos Interdisciplinares E Envelhecimento, 16(2), 215–227.

- Katz, A. R. (2008). *Reduced falls in the elderly: Tai chi or placebo or Hawthorne effect?* Journal of the American Geriatrics Society, 56(4), 776–777. <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01651.x>
- Knapp, K., Morton, J. B., Munakata, Y., Michaelson, L., Barker, J., Chevalier, N., ... Blair, C. (2013, January). *Estimulação cognitiva (funções executivas) Síntese*. Retrieved from <http://www.encyclopedia-crianca.com/Pages/PDF/estimulacao-cognitiva-funcoes-executivas.pdf>
- Matimba, A. (2014). *Efeitos do Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos Institucionalizados na Unidade do Sagrado Coração com Défices Cognitivos Moderados-CSBJ*. Universidade Católica Portuguesa. Retrieved from <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/18096>
- Miranda, M. J. L. (2012). *Jogo Sério para Reabilitação Neurocognitiva : Cidade Virtual*. Universidade do Porto. Retrieved from [/scholar.google.pt](http://scholar.google.pt)
- Nitrini, R., Caramelli, P., Herrera Júnior, E., Porto, C. S., Charchat-Fichman, H., Carthery, M. T., ... Lima, E. P. (2004). *Performance of illiterate and literate nondemented elderly subjects in two tests of long-term memory*. Journal of the International Neuropsychological Society: JINS, 10(4), 634–638. <http://doi.org/10.1017/S1355617704104062>
- Nunes, M. (2009). *Envelhecimento Cognitivo: principais mecanismos explicativos e suas limitações*. Cadernos de Saúde, 2(2), 19–29.
- Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. (2010). *Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses*. Interações: Sociedade E Novas Modernidades, 18, 65–77. Retrieved from <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewArticle/304>
- Pocinho, M., Farate, C., Dias, C. A., Lee, T. T., & Yesavage, J. A. (2009). *Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders*. Clinical Gerontologist, 32(2), 223–236. <http://doi.org/10.1080/07317110802678680>
- Rueda, M. R., & Paz-alonso, P. M. (2014). *Função Executiva e Desenvolvimento Emocional*, 1–6.
- Santos, F. H., Andrade, V. M., & Bueno, O. F. A. (2009). *Envelhecimento: Um processo multifatorial*. Psicologia Em Estudo, pp. 3–10. <http://doi.org/10.1590/S1413->

73722009000100002

Siewert, M. J. S. (2008). *Demências na Terceira Idade* :, pp. 29–33. Retrieved from <http://joinville.ifsc.edu.br/>

Simoceli, L., Bittar, R. S., & Sznifer, J. (2008). *Eficácia dos Exercícios de Adaptação do Reflexo Vestibulo-ocular na Estabilidade Postural do Idoso*. *Arquivo Internacional de Otorrinolaringologia*, 12(2), 183–188. Retrieved from scholar.google.pt

Tavares, L. (2012). *"Fundamentos Psicologicos para um envelhecimento Ativo!"* Universidade Federal de Santa Catarina. Retrieved from repositorio.ufsc.br

Teixeira, I. N. D' a. O., & Neri, A. L. (2008). *Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida*. *Psicologia USP*, 19(1), 81–94. <http://doi.org/10.1590/S0103-65642008000100010>

ANEXOS

1. Consentimento Informado e Esclarecido;
2. Projeto de Investigação;
3. Cópias dos instrumentos de avaliação utilizados o programa “PLENAMENTE”;
4. Apresentação da Tese.