



# Treino Cognitivo em Idosos, em Contexto de Instituição, sem Diagnóstico de Demência ou com Déficit Cognitivo Ligeiro.

Carina Sofia Peres Martins

## **Orientadora**

Professora Doutora Cristina Maria Gonçalves Pereira

## **Coorientadora**

Professora Mestre Clotilde Alves Nunes Agostinho

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Castelo Branco do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Cristina Maria Gonçalves Pereira e da Professora Mestre Clotilde Alves Nunes Agostinho, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

**Maio de 2017**



## **Composição do júri**

### **Presidente do júri**

Doutora, Maria João Guardado Moreira

Professora Coordenadora da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco

### **Vogais**

Doutora, Rosa Marina Lopes Brás Martins Afonso

Professora Auxiliar da Universidade da Beira Interior na Covilhã

Mestre, Clotilde Alves Nunes Agostinho

Professora Ajunta da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco



## Dedicatória

Aos idosos participantes e colaboradores envolvidos neste projeto e a todos os idosos que apostam na aprendizagem ao longo da vida e no envelhecimento ativo.



## Agradecimentos

Empenho, dedicação e trabalho. Palavras-chave pelas quais me guiei ao longo de todo o percurso académico. Os alicerces de tudo o que alcancei até hoje.

Em paralelo a todo o trabalho individual, chegar ao término do mestrado tornar-se-ia mais difícil sem o apoio daqueles que me são indispensáveis. Por isso, é altura de agradecer.

À Escola Superior de Educação e a todos os docentes do Mestrado em Gerontologia Social, pelos conhecimentos que me concederam ao longo do curso.

Às docentes orientadoras, Professora Doutora Cristina Pereira e Professora Mestre Clotilde Agostinho, o meu bem-haja pela dedicação, disponibilidade e profissionalismo que sempre me transmitiram e demonstraram.

Tenho também a manifestar a minha palavra de apreço ao Presidente da instituição, Pároco José Manuel Figueiredo, à Diretora Técnica, Ana Filipa Ladeira e aos Recursos Humanos do Centro Social e Paroquial de Alameda pela disponibilidade e cooperação tornando possível a execução do projeto.

Um especial e enorme agradecimento a todos os idosos com quem tenho o privilégio de trabalhar diariamente, contribuindo de forma indelével para o sucesso deste projeto.

Aos meus pais e avós maternos, por terem sido o principal pilar nesta longa caminhada, por toda a confiança, carinho, amor, amizade e paciência cedida durante estes longos dois anos e por todos os ensinamentos e valores transmitidos ao longo da vida, bem-haja.

Ao Gil, meu namorado, por ter percorrido este caminho lado a lado comigo.



## Resumo

Nas últimas décadas, as sociedades têm suportado um grande desafio: o envelhecimento da população. As principais razões estão relacionadas com a diminuição da taxa de fecundidade, o aumento da esperança média de vida, a melhoria nos cuidados de saúde e a incorporação de hábitos de vida mais saudáveis. Assim, torna-se necessário criar condições para a promoção de um envelhecimento ativo. O presente Trabalho de Projeto descreve e analisa a implementação de um programa de treino cognitivo (PTC), numa amostra de idosos, em contexto de instituição, envolvendo um conjunto de sessões de estimulação cognitiva de forma a prevenir o declínio cognitivo. Nesta investigação participaram 11 idosos que frequentavam o Centro Social Paroquial de Alameda, com idades compreendidas entre os 70 e os 87 anos, de ambos os sexos (2 homens e 9 mulheres), sem diagnóstico de demência ou com défice cognitivo ligeiro, a quem foram aplicados os seguintes instrumentos: inquérito por questionário para a recolha de dados sociodemográficos, Mini Exame do Estado Mental (MEEM) antes e após o PTC e um conjunto de sessões de estimulação cognitiva com o objetivo de analisar a sua influência no desempenho cognitivo dos idosos. Os resultados do nosso estudo demonstraram que o PTC influenciou positivamente três das seis habilidades cognitivas estimuladas: Orientação, Evocação e Linguagem, apesar de não ter sido possível identificar diferenças estatisticamente significativas entre os resultados obtidos no MEEM entre o pré-teste e o pós-teste. Este dado deve ser interpretado no contexto dos limites subjacentes à realização do presente estudo e dos quais destacamos o reduzido número de sujeitos envolvidos no estudo e o tempo limitado de intervenção. Decorrente dos resultados obtidos e da revisão da literatura efetuada pensamos poder afirmar a pertinência da aplicação de programas de estimulação cognitiva junto de idosos institucionalizados, podendo ter um papel importante na prevenção ou estabilização das dificuldades cognitivas, permitindo-lhes, assim, um envelhecimento mais ativo e com melhor qualidade de vida. Destacamos a importância da realização de estudos sobre esta temática para que se possa aprofundar e validar o conhecimento acerca das pessoas institucionalizadas, bem como o aperfeiçoamento da metodologia do treino cognitivo.

## Palavras-chave

Envelhecimento, Défice cognitivo ligeiro, Idosos, Treino cognitivo, Institucionalização.



## **Abstract**

In the last decades, societies have faced a great challenge: the aging of the population. The main reasons are related to declining fertility rate, increased average life expectancy, improved health care and the incorporation of healthier living habits. Thus, it is necessary to create conditions for the promotion of active aging. The present Project Work describes and analyzes the implementation of a cognitive training program (PTC) in a sample of the elderly, in an institution context, involving a set of sessions of cognitive stimulation in order to prevent cognitive decline. In this investigation, 11 elderly people attending the Alameda Parish Social Center, aged between 70 and 87 years old, of both sexes (2 men and 9 women), without a diagnosis of dementia or with a slight cognitive deficit, were interviewed. The following instruments were applied: a questionnaire survey for the collection of sociodemographic data, Mini Mental State Examination (MMSE) before and after the PTC and a set of cognitive stimulation sessions with the objective of analyzing its influence on the cognitive performance of the elderly. The results of our study showed that PTC positively influenced three of the six cognitive abilities stimulated: Orientation, Evocation and Language, although it was not possible to identify statistically significant differences between the results obtained in the MEEM between the pre-test and the post-test. This data should be interpreted in the context of limits underlying the realization of this study and of which we highlight the small number of subjects involved in the study and the limited time of intervention. Based on the results obtained and the review of the literature, we believe we can affirm the relevance of the application of PTC to institutionalized elderly people, and may play an important role in the prevention or stabilization of cognitive difficulties, thus allowing them to be more active and better aged quality of life. We emphasize the importance of carrying out studies on this subject in order to deepen and validate the knowledge about institutionalized people, as well as the improvement of the methodology of cognitive training.

## **Keywords**

Aging, Mild cognitive deficit, Elderly, Cognitive training, Institutionalization.



# Índice Geral

Dedicatória .....	V
Agradecimentos .....	VII
Resumo .....	IX
Abstract.....	XI
Índice geral .....	XIII
Índice de figuras .....	XVIII
Índice de tabelas.....	XX
Índice de gráficos .....	XXII
Índice de quadros .....	XXIV
Índice de esquemas .....	XXVI
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos .....	XXVIII
Introdução .....	1
Capítulo 1 – O processo de envelhecimento .....	5
1.1. Envelhecimento demográfico .....	7
1.2. Definição de envelhecimento .....	9
1.3. Teorias sobre o envelhecimento.....	13
1.3.1. Teorias biológicas do envelhecimento .....	13
1.3.2. Teorias psicológicas do envelhecimento .....	14
1.3.3. Teorias sociológicas do envelhecimento .....	16
1.4. Modelos de envelhecimento .....	18
Capítulo 2 – O desempenho cognitivo do idoso .....	23
2.1. O desempenho cognitivo .....	24
2.1.1. Atenção .....	25
2.1.2. Perceção.....	26
2.1.3. Memória.....	27
2.1.4. Neuroplasticidade.....	29
2.1.5. Funções Executivas .....	30
2.1.6. Linguagem .....	31
2.2. Efeitos do envelhecimento no desempenho cognitivo.....	32
2.3. O idoso com Défice Cognitivo Ligeiro (DCL) .....	33

2.4. Avaliação da cognição no Défice Cognitivo Ligeiro (DCL).....	35
2.5. Treino cognitivo: revisão de alguns estudos .....	36
2.6. Estratégias de treino cognitivo .....	38
2.7. Intervenção na cognição e programas de estimulação cognitiva para idosos com DCL.....	39
Capítulo 3 – Envelhecimento e institucionalização.....	45
3.1. Institucionalização .....	47
3.1.1. O processo de institucionalização do idoso .....	48
3.1.2. Fatores de risco para a institucionalização .....	49
3.2. O papel das instituições na promoção de qualidade de vida nos idosos .....	50
Capítulo 4 – Metodologia de Investigação .....	53
4.1. Contextualização e objetivos do estudo .....	55
4.2. População e amostra.....	58
4.3. Procedimentos .....	58
4.4. Desenho do estudo .....	60
4.5. Instrumentos e técnicas de recolha de dados .....	60
4.5.1. Instrumentos .....	61
4.5.2. Técnicas de recolha de dados: observação participante e notas de campo.....	63
4.6. Análise e tratamento dos dados .....	63
4.7. Programa de treino cognitivo implementado .....	64
Capítulo 5 – Apresentação e análise dos resultados .....	69
5.1. Apresentação e análise dos inquéritos por questionário .....	71
5.2. Apresentação e análise dos resultados do MEEM antes e após o PTC.....	73
5.3. Inferência estatística dos resultados do MEEM.....	78
5.4. Análise descritiva dos resultados obtidos em relação ao PTC .....	78
5.5. Discussão dos resultados .....	81
Capítulo 6 – Considerações finais.....	85
a) Considerações gerais.....	87
b) Limitações do estudo.....	88
c) Propostas para investigações futuras .....	89
Referências bibliográficas .....	91
Apêndices .....	101
Apêndice A – Pedido de autorização à Diretora Técnica da Instituição .....	103

Apêndice B – Pedido de autorização ao Diretor da Instituição .....	107
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Informado aplicado aos idosos .....	111
Apêndice D – Inquérito por Questionário .....	115
Apêndice E – Mini Exame do Estado Mental .....	121
Apêndice F – Atividades implementadas no PTC: Atenção .....	127
Apêndice G – Atividades implementadas no PTC: Cálculo (enumeração de objetos) .....	133
Apêndice H – Atividades implementadas no PTC: Funções Executivas.....	139
Apêndice I – Atividades implementadas no PTC: Linguagem .....	145
Apêndice J – Atividades implementadas no PTC: Habilidade Construtiva .....	151
Apêndice K – Atividades implementadas no PTC: Memória .....	157
Anexos .....	177
Anexo A – Missão, Visão e Valores do CSPA.....	179
Anexo B – Organograma da Instituição .....	181
Anexo C – Regulamento interno de CD .....	185
Anexo D – Regulamento interno de SAD .....	211





## Índice de Figuras

Figura 1: População idosa (com 65 ou mais anos, em %), por NUTS III (2000, 2010, 2025, 2050). Fonte: INE (2005).....	9
Figura 2: Determinantes do EA. Fonte: Ribeiro e Paúl (2011:3).....	20



## Índice de Tabelas

Tabela 1: Estatística descritiva da idade dos participantes. ....	71
Tabela 2: Dados sociodemográficos dos idosos.....	71
Tabela 3: Tempo de Institucionalização vs. Motivo de Institucionalização.....	72
Tabela 4: Iniciativa da institucionalização.....	72
Tabela 5: Análise de questões sobre atividades diárias, estimulação cognitiva e desenvolvimento mental dos sujeitos. ....	73
Tabela 6: Resultados do MEEM.....	78
Tabela 7: Teste de Wilcoxon para comparar as médias do pré e do pós-teste do MEEM. Fonte: Adaptado de SPSS 20.....	78



## Índice de Gráficos

Gráfico 1: Estrutura etária da população residente por sexo, 2001 e 2011. Fonte: INE (2011) .....	8
Gráfico 2: Resultados da Orientação entre o pré e pós-teste do MEEM. ....	74
Gráfico 3: Resultados da Retenção entre o pré e pós-teste do MEEM .....	75
Gráfico 4: Resultados da Atenção e Cálculo entre o pré e pós teste do MEEM. ....	75
Gráfico 5: Resultados da Evocação entre o pré e pós-teste do MEEM. ....	76
Gráfico 6: Resultados da Linguagem entre o pré e pós-teste do MEEM.....	76
Gráfico 7: Resultados da Habilidade Construtiva entre o pré e o pós-teste do MEEM.	77



## Índice de Quadros

Quadro 1: Efeitos do envelhecimento do desempenho cognitivo. Fonte: Spar e La Rue (2005) .....	32
Quadro 2: Resultados de alguns estudos do treino cognitivo. Fonte: Adaptado de Pereira (2012) .....	38
Quadro 3: Habilidades mentais avaliadas no MEEM e desenvolvidas no programa de intervenção. ....	65



## Índice de Esquemas

Esquema 1: Contínuo cognitivo mostrando a sobreposição no limite entre envelhecimento normal, DCL e demência. Fonte: Adaptado de Peterson (2004), referido por Sousa (2012, p. 28).....	33
---	----



## **Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos**

**ADN** – Ácido Desoxirribonucleico

**AIVD's** – Atividades Instrumentais da Vida Diária

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**AVD's** – Atividades Básicas da Vida Diária

**CD** – Centro de Dia

**CSPA** – Centro Social Paroquial de Alameda

**DA** – Doença de Alzheimer

**DCL** – Défice Cognitivo Ligeiro

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**EA** – Envelhecimento Ativo

**ERPI** – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

**GC** – Grupo de Controlo

**GE** – Grupo Experimental

**INE** – Instituto nacional de estatística

**IPSS** – Instituições Particulares de Solidariedade Social

**MEEM**- Mini Exame do Estado Mental

**MoCA** – Montreal Cognitive Assessment

**MTSS** – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

**NUTS** – Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins estatísticos

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PEC** – Programas de Estimulação Cognitiva

**PRC** – Programas de Reabilitação Cognitiva

**PTC** – Programas de Treino Cognitivo

**QV** – Qualidade de Vida

**SAD** - Serviço de Apoio Domiciliário

**SOC** – Seleção, Otimização e Compensação

**SPSS** – Stastical Package for Social Science

**WHO** – World Health Organization

## Introdução

As últimas décadas têm sido marcadas por mudanças significativas na distribuição etária das populações assistindo-se, na maioria dos países, a uma realidade com poucos nascimentos, poucas defunções e um fraco crescimento natural. O século XXI é e será um século de populações que tendem a envelhecer, onde as pessoas mais velhas serão a presença abundante nas sociedades (Doblas, 2005, referido por Hernandis e Martinez, 2005).

Em Portugal, o envelhecimento populacional é uma evidência e o aumento do número de idosos tem vindo a acentuar-se. De salientar, também, que se verifica um envelhecimento dentro do grupo da população idosa, ou seja, os que têm 80 e mais anos de idade.

Mesmo que os níveis de fecundidade aumentem ligeiramente e que os saldos migratórios continuem positivos no futuro, em 2060, a população de Portugal poderá continuar próxima dos dez milhões de pessoas, mas será bem mais envelhecida do que hoje: o número de pessoas de 65 e mais anos poderá ser aproximadamente o triplo do número de jovens (índice de envelhecimento de 271); um em cada três residentes em Portugal (32%) poderá ter 65 ou mais anos (atualmente o valor é de 19%, portanto menos de um em cada cinco); a população com 80 e mais anos de idade poderá equivaler a 1,4 milhões de pessoas e representar cerca de 13% da população residente em Portugal. (Rosa, 2012). Face a este crescimento, colocam-se grandes desafios para a saúde pública, áreas humanas e educacionais (Fonseca, 2006).

Com o crescimento populacional desta faixa etária é de esperar que o quadro das dependências se agrave e, conseqüentemente, o risco de institucionalização aumente.

Segundo Vaz (2009), referido por Nordon et al. (2011), existem três riscos possíveis no decurso da institucionalização:

1. Diminuição da capacidade cognitiva devido à quebra da necessidade de tomar decisões; aumento do número de indivíduos com demências, problemas depressivos, entre outros;
2. Diminuição ou incapacidade física resultante das limitações de mobilidade, redução das atividades da vida diária (AVD's), diminuição da capacidade funcional física, aumento de doenças crónicas, entre outros;
3. Alterações socioeconómicas e afetivas como a viuvez, o aumento da idade, a solidão, ausência de laços familiares e de apoio social, entre outros.

Os indivíduos institucionalizados parecem, por isto, ter maior probabilidade de apresentar declínios ao nível do funcionamento cognitivo em consequência do sedentarismo ou falta de estimulação por parte da própria instituição, contribuindo assim para um aceleração do processo de envelhecimento.

Para Paúl (1997), a perda da capacidade funcional resultante do próprio envelhecimento e da falta de estimulação cognitiva constituem duas das principais

causas de institucionalização nos idosos. Nesta linha de raciocínio, é necessário desenvolver medidas acolhedoras e facilitadoras da adaptação do idoso à sua nova realidade através da implementação de programas e atividades que mobilizem e promovam as competências funcionais a nível cognitivo, físico e socioemocional.

O envelhecimento é um processo adaptativo, lento e contínuo que traz consigo uma vasta sequência de alterações marcadas por fatores biológicos, psicológicos e sociais; é um processo universal e complexo que decorre ao longo de toda a vida e a maneira como se envelhece difere de sujeito para sujeito, pois cada indivíduo interpreta as vivências, os estímulos e aprendizagens de modo diferente. Algumas capacidades cognitivas podem deteriorar-se mas com treino podem ser recuperadas e enriquecidas (Silva et al., 2011).

O envelhecimento é um fenómeno que, desde há séculos, os cientistas procuram explicar, pelo que existem inúmeras teorias explicativas desta etapa do ciclo de vida, das quais umas se debruçam mais sobre o estudo dos aspetos biológicos do envelhecimento, outras sobre as dimensões psicológicas e ainda outras sobre os fatores sociológicos. Todavia, a explicação mais provável para o envelhecimento inclui a reunião e assimilação de fatores quer genéticos quer ambientais e socioculturais, pelo que a diversidade do envelhecimento humano deriva da interação de múltiplos fatores (Nunes, 2008).

Cada pessoa envelhece ao seu ritmo, sendo que o processo de deterioração das capacidades aumenta caso não sejam recebidos os estímulos que combatem esta degeneração (García, 2005).

O envelhecimento da sociedade é uma realidade inevitável, consequência do aumento da esperança média de vida, trazendo consigo elevados índices de dependência associados ao agravamento da morbilidade anteriormente adquirida e a uma maior predisposição à vulnerabilidade (Sequeira, 2010).

Associado ao processo de envelhecimento está, também, o declínio cognitivo, sendo que, a atenção, a concentração, a memória e o raciocínio são as capacidades mais afetadas. Contudo, alguns estudos revelam que este declínio não advém apenas de aspetos biológicos, mas também, de fatores como o estado de saúde, o nível educacional, a personalidade e o estilo de vida (Zimerman, 2000).

O Défice Cognitivo Ligeiro (DCL) é uma condição patológica que demarca o fim dos défices cognitivos previstos para o envelhecimento e o início de um estágio inicial de demência. É “um período de transição entre o envelhecimento normal e o diagnóstico provável de uma demência em estágio inicial” (Petersen, 2004, citado por Sousa, 2012, p.28).

Constata-se a importância de intervir precocemente junto dos idosos com DCL, de modo a prevenir ou atrasar a evolução para quadros demenciais.

Embora ainda não exista um tratamento eficaz para o DCL, os seus efeitos podem ser controlados. A abordagem a este problema deve ser “combinada”, contemplando

uma vertente farmacológica, focalizada nos sintomas expressos e com recurso a fármacos específicos, e uma abordagem neuropsicológica, através da intervenção na cognição.

A manutenção da cognição é importante para a promoção da independência e autonomia do idoso, tendo em conta que a cognição e a funcionalidade são potencialmente modificáveis, pois a plasticidade cognitiva permanece no envelhecimento e quando estimulados os idosos podem apresentar melhor desempenho em tarefas cognitivas (Ramos, 2003, referido por Silva et al., 2011).

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 (PTC) pode-se preservar um bom nível de eficiência nas pessoas idosas, bem como possibilitar a recuperação dos processos cognitivos (García, 2005).

Posto isto, é crucial criar e implementar programas de estimulação da cognição que visem informar e capacitar os idosos com DCL com estratégias que permitam a sua adaptação às dificuldades quotidianas e que promovam uma melhor qualidade de vida (QV) para todos. Este procedimento necessita de uma abordagem clínica multidisciplinar e estruturada, com objetivos terapêuticos bem definidos.

As alterações cognitivas podem causar incapacidades e limitações; incapacidades de mobilidade e até mesmo de tomada de decisões (García, 2005). Assim, existe uma menor participação na sociedade e, como consequência, o aumento da solidão e a diminuição dos laços familiares, o que leva à institucionalização. Por estas e outras razões, é de extrema importância a promoção do envelhecimento ativo (EA) para a inserção do idoso no meio e na vida social (Sequeira, 2010).

Face a esta problemática, são cada vez mais os autores a realizar estudos acerca do treino cognitivo em idosos institucionalizados. Porém, em Portugal não existem programas de estimulação da cognição validados e os estudos ainda são escassos em torno desta temática.

Dado o interesse pessoal pelo estudo do envelhecimento humano e também pelo facto de conviver diariamente com esta realidade, no local de trabalho, convictos de poder contribuir, de alguma forma, para o aprofundamento e clarificação desta problemática, mais especificamente, o treino cognitivo em idosos, em contexto de instituição, decidimos enveredar por um estudo do tipo descritivo, num plano longitudinal e de carácter qualitativo.

Deste modo, o presente estudo pretende responder à questão: “Qual o efeito de um programa de treino cognitivo em idosos, em contexto de instituição, sem diagnóstico de demência ou com DCL?”

Este foi o pretexto para a realização do trabalho, com o objetivo de analisar a adequação e os efeitos de um PTC para idosos com DCL. Trata-se de um programa com uma abordagem teórica e prática, cujo principal objetivo é estimular as funções cognitivas que abrangem as seguintes capacidades: orientação, retenção, atenção e

cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva e avaliar o efeito do PTC através da aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) antes e após o treino.

O estudo foi realizado no Centro Social Paroquial de Alameda, com idosos sem diagnóstico de demência. Como instrumentos de recolha de dados utilizou-se um questionário sociodemográfico construído para o efeito, aplicou-se o MEEM, da autoria de Folstein, adaptado por Guerreiro e colaboradores (1994), de forma a avaliar a função cognitiva dos participantes, bem como a realização de atividades com base no “*Cuaderno de Estimulación Cognitiva para Adultos*” de Andrés Sardinero Peña (2009), por forma a estimular as habilidades cognitivas dos sujeitos do estudo.

Para a seleção da amostra, definiram-se como critérios de inclusão:

- a) Ter idade  $\geq$  65 anos;
- b) Residir na instituição ou ser utente de Centro de Dia há mais de 6 meses;
- c) Não apresentar diagnóstico de demência ou apresentar DCL;
- d) Apresentar condições cognitivas que permitam responder aos instrumentos de recolha de dados.

Como critérios de exclusão, excluíram-se os idosos com total dependência e com dificuldades comunicativas e linguísticas acentuadas.

De acordo com o exposto, este trabalho encontra-se estruturado em duas partes, o enquadramento teórico e *a posteriori* o estudo empírico.

A primeira parte, o enquadramento teórico, encontra-se dividida em três capítulos. No primeiro capítulo é abordado o processo de envelhecimento humano nas suas diversas dimensões, biológica, psicológica e social, o envelhecimento demográfico e as teorias e modelos do envelhecimento. No segundo capítulo, o desempenho cognitivo do idoso, bem como as habilidades cognitivas, nomeadamente a memória e os seus subtipos, a perceção e atenção, a inteligência, a neuroplasticidade que diz respeito à possibilidade de melhorar o desempenho cognitivo após o treino, bem como o conceito de DCL e a avaliação da cognição. Consideramos pertinente apresentar ainda a revisão de alguns estudos de treino cognitivo, assim como algumas estratégias de intervenção. O terceiro capítulo é dedicado à temática da institucionalização do idoso, identificando-se os principais riscos assim como uma reflexão sobre o papel das instituições na promoção de QV nos idosos.

A segunda parte, o estudo empírico, é constituída pela metodologia na qual são identificados os objetivos e o desenho do estudo, a justificação das opções metodológicas tomadas relativamente à seleção da amostra, a apresentação dos resultados, a análise e respetiva discussão dos dados. Por fim, com base nos resultados da investigação, sistematizam-se as considerações finais e apresentam-se algumas limitações e propostas de intervenção para estudos posteriores.

## Capítulo 1 - O processo de envelhecimento



## 1.1. Envelhecimento demográfico

O envelhecimento é um fenómeno universal, complexo e contínuo que sempre se destacou ocupando um lugar de relevo em todas as épocas, culturas e civilizações, apesar de se diferenciar relativo às atitudes e conceções.

O que é, então, envelhecer? De acordo com Paúl e Fonseca (2005), envelhecer é um processo complexo da evolução biológica de todos os organismos vivos. Este processo é responsável por um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais, exigindo uma constante procura e adaptação a novos equilíbrios, internos e externos.

Viver mais tempo implica envelhecer. Maior longevidade não é um fatalismo ou uma ameaça, é uma vitória da humanidade e uma oportunidade de potenciar o “património imaterial” que significa o contributo das pessoas mais velhas (União Europeia, 2012).

O envelhecimento da população é hoje um dos fenómenos demográficos mais preocupantes nas sociedades modernas.

O agravamento do envelhecimento da população tem vindo a ocorrer de forma generalizada em todo o território e deixou de ser um fenómeno localizado apenas no interior do país.

O envelhecimento demográfico, entendido como o aumento absoluto e relativo da população com 65 e mais anos de idade no total da população em Portugal, começa a evidenciar-se a partir dos finais do século XX.

Este fenómeno de envelhecimento é sustentado, essencialmente, pelos efeitos conjugados do aumento da esperança média de vida e pela diminuição da taxa de natalidade.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (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.

O fenómeno do envelhecimento populacional, em Portugal, pode ser facilmente entendido através da observação da pirâmide etária (Gráfico 1), na qual se verifica um duplo envelhecimento da população, uma vez que quando a população mais jovem começa a diminuir (base da pirâmide), os restantes grupos de idades aumentam a sua prevalência (Nazareth, 2009). Como tal, leva a um duplo envelhecimento (INE, 2011).

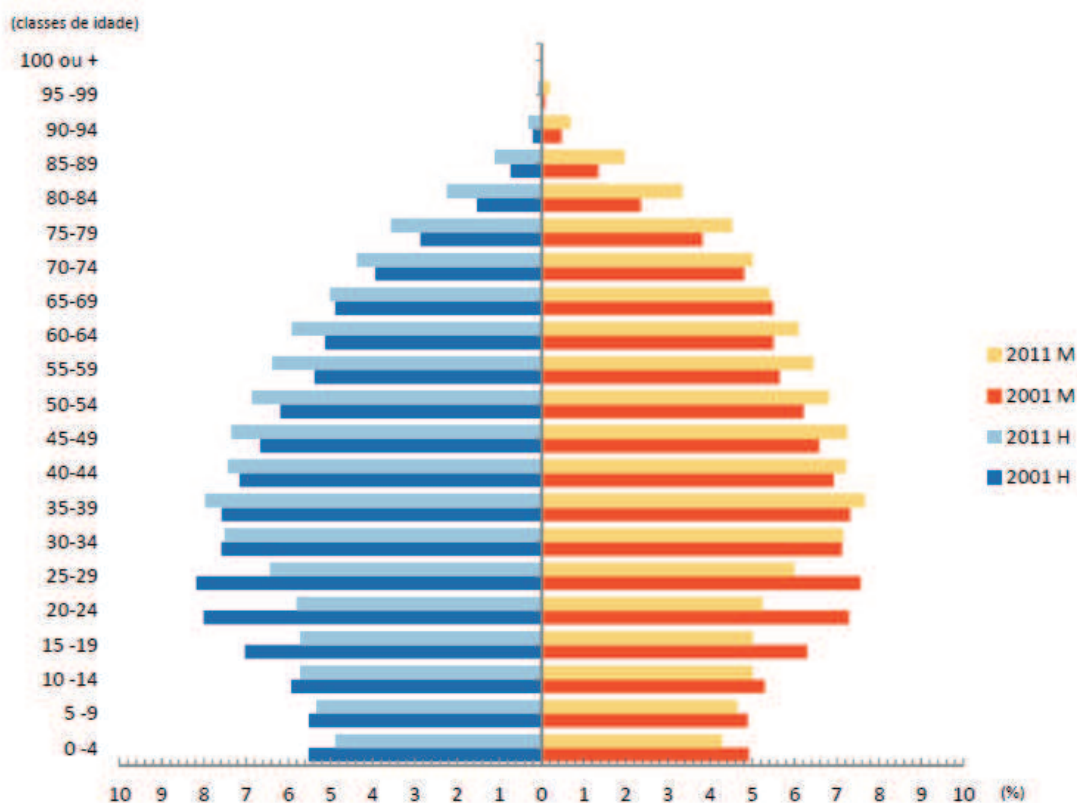


Gráfico 1: Estrutura etária da população residente por sexo, 2001 e 2011. Fonte: INE (2011)

Segundo os resultados dos Censos, em 2011 o índice de envelhecimento da população agravou-se para 128 (102 em 2001), o que significa que por cada 100 jovens há 128 idosos. As regiões do Alentejo e Centro são as mais envelhecidas, com índices de 178 e 163, respetivamente.

Segundo as previsões do INE (2009), em 2060, irão residir em Portugal 271 idosos por cada 100 jovens, mais do dobro do valor projetado para 2009 (116 idosos por cada 100 jovens).

Na Figura 1, pode analisar-se o ritmo de crescimento da população idosa quer em período retrospectivo, quer em período de projeção em diferentes datas: 2000, 2010, 2025 e 2050. A cor das imagens correspondentes às regiões do país tendem a adotar uma tonalidade mais escura, o que manifesta (segundo as previsões) um aumento considerável da população idosa num futuro próximo.

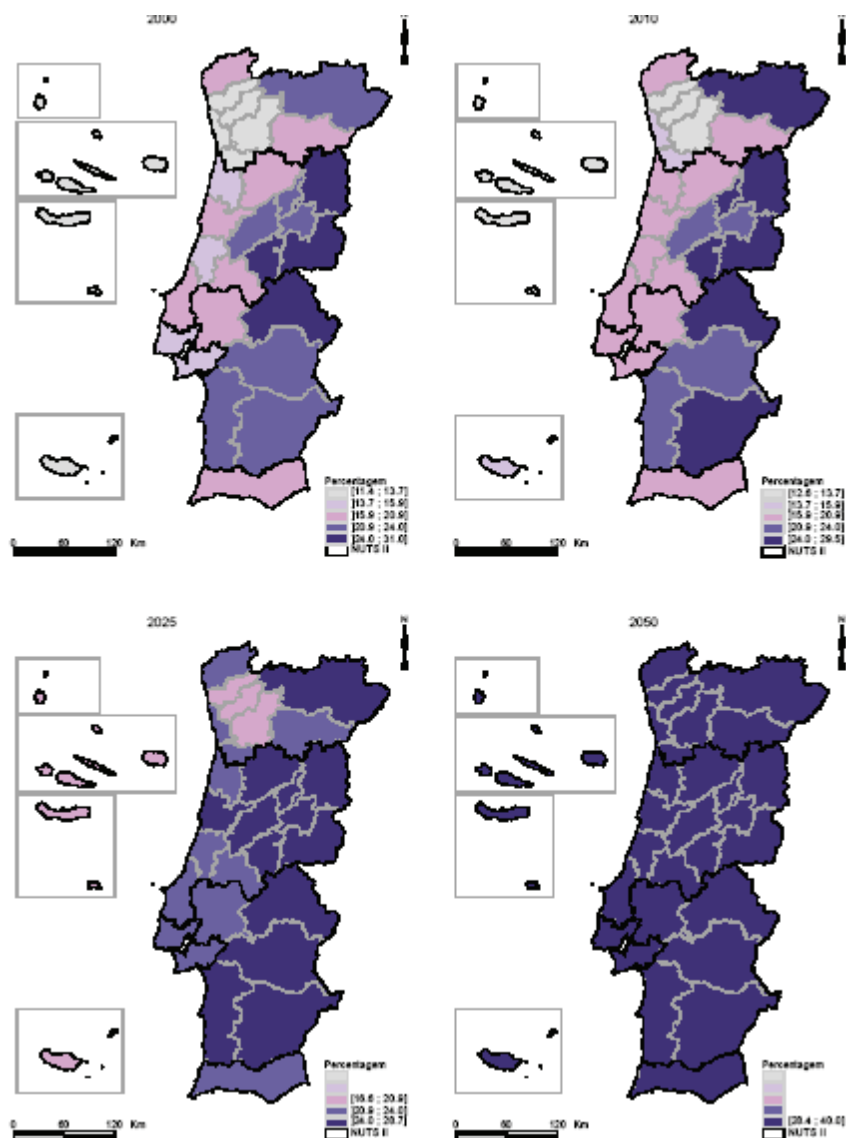


Figura 1: População idosa (com 65 ou mais anos, em %), por NUTS III (2000, 2010, 2025, 2050). Fonte: INE (2005)

Perante este cenário, não há dúvidas de que o fenómeno do envelhecimento tende a aumentar nos próximos anos e embora, na atualidade, seja mais notório em determinadas regiões nacionais, prevê-se que até 2050 ocorra um envelhecimento nacional globalizado que agrava ainda mais a condição do país (INE, 2005).

O conhecimento das projeções sobre a população idosa constitui um fator essencial para a adoção de medidas que permitam atenuar o seu impacto negativo no futuro e potenciar o seu impacto positivo. De facto, no início deste novo milénio, deparamo-nos com um contexto caracterizado pelo envelhecimento demográfico, transversal às sociedades desenvolvidas e ao qual Portugal não é alheio (Sequeira, 2010).

## 1.2. Definição de envelhecimento

Refletir sobre o envelhecimento remete-nos para a história da humanidade. O homem sempre manifestou grande interesse por este fenómeno, face ao sofrimento e à morte, na aspiração ao eterno.

Inúmeras são as definições associadas ao envelhecimento, variando consoante as perspetivas históricas e de acordo com o ponto de vista de cada autor. O próprio conceito tem sofrido alterações ao longo dos tempos, evoluindo de acordo com o pensamento, atitudes, conhecimentos e construções sociais vigentes, emergindo em novos paradigmas. Falar sobre este tema não é um processo simples, mesmo sendo atual, remetendo-nos para uma reflexão que inclui os diferentes campos do saber.

O envelhecimento humano pode definir-se como um processo inevitável, caracterizado por modificações progressivas durante todo o ciclo de vida, que se traduz no declínio das estruturas biológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos, apresentando sinais fisiológicos, cognitivos e afetivos característicos (Paúl & Ribeiro, 2012).

Outros autores definem o envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo, onde surgem transformações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicossociais, que determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, tornando-o mais vulnerável e expondo-o a um maior número de doenças que o conduzem à morte (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

Ao longo do tempo tem persistido a preocupação dos investigadores em adequar os indivíduos às idades correspondentes, ao seu desenvolvimento biológico e à faixa etária do grupo a que pertencem. No entanto, o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial que atinge todos os seres vivos.

O homem envelhece de formas muito diversas e de acordo com as dimensões em que nos situemos (biológica, psicológica ou sociológica). A integração de métodos multidimensionais permite compreender, de um modo mais abrangente, as alterações do comportamento humano e a forma como este evolui à medida que se envelhece. A este respeito podemos abordar o conceito de idade biológica, psicológica, social e funcional, podendo ser distintas da idade cronológica (Fontaine, 2006).

Idade Cronológica: alguns autores defendem que a idade cronológica não constitui um bom critério para se estudar o envelhecimento. Apesar disso, considera-se habitualmente a idade de 65 anos, legalmente a idade da reforma, como o marco cronológico para a entrada na velhice, uma separação claramente artificial, mas que para alguns autores facilita a sistematização da informação (Paúl & Fonseca, 2005).

Nos países desenvolvidos, a idade cronológica desempenha um papel fundamental, sendo o patamar entre os 60 e os 65 anos, aproximadamente, equivalente à idade da reforma, consagrando-se, por isso, no chamado início da idade avançada, contudo, nos países subdesenvolvidos, o tempo cronológico tem pouca ou nenhuma expressão no verdadeiro sentido da concetualização da velhice. Nos países subdesenvolvidos, contrastando com as etapas cronológicas que marcam a vida, o envelhecimento é assinalado pelo momento em que a contribuição ativa já não é mais possível (World Health Organization [WHO], 2012).

Qualquer classificação apoiada na idade cronológica diz-nos, contudo, muito pouco relativamente aos processos diferenciais de envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2000).

No âmbito do estudo (BASE), os autores Baltes & Smith (1999, 2003), referido por Fernandes (2014), consideraram ser vantajoso proceder a uma distinção entre uma terceira idade (65-79 anos) e uma quarta idade (80 ou mais anos), reduzindo a

importância da idade cronológica e destacando o vetor caracterizado pela idade funcional. Essencialmente, os autores justificaram a importância da distinção entre a terceira e a quarta idade à luz da existência real de descontinuidades e de diferenças qualitativas entre as *idades da velhice*, propondo dois tipos de critérios para efetuarem tal distinção: um de cariz demográfico-populacional, outro de cariz individual.

Segundo os mesmos autores, atualmente, estão associadas à terceira idade melhores expectativas, tais como: o aumento da longevidade; a boa forma física e mental; a existência de reservas cognitivo-emocionais; aumento do número de indivíduos que envelhecem com sucesso; níveis elevados de bem-estar pessoal e emocional; adoção de estratégias eficazes de gestão de ganhos e perdas da velhice. Por outro lado, associado à quarta idade existem indicações menos boas, nomeadamente: perdas consideráveis no potencial cognitivo e na capacidade de aprendizagem; o aumento de sintomas de depressão; considerável prevalência de demências; elevados níveis de fragilidade, disfuncionalidade e comorbilidades.

O resultado do estudo revelou que os idosos situados na terceira idade apresentam ainda uma elevada plasticidade, mostrando uma capacidade admirável para equilibrar o impacto da maioria das perdas que vão ocorrendo. Porém, na quarta idade todos os sistemas comportamentais mudam concomitantemente em direção a um perfil cada vez mais negativo, poucas são as funções que permanecem fortes e resilientes perante mudanças negativas e essa tendência acentua-se quando acompanhado da ocorrência de patologias. O estudo demonstrou ainda que a quarta idade corresponde a uma diminuição global das capacidades cognitivas, não só no domínio cognitivo mas estendendo-se à generalidade do funcionamento psicológico (com eventual exceção das competências da linguagem), apontando no sentido de a quarta idade não ser uma mera continuidade da terceira idade, havendo entre os mais idosos uma elevada prevalência de disfunções e um reduzido potencial de funcionamento.

Idade Biológica: refere-se ao envelhecimento orgânico, ou seja, ao processo natural de maturação, associada à passagem do tempo que transforma as funções e as estruturas do organismo. As alterações físicas e biológicas, muitas vezes são inevitáveis e desagradáveis, tais como: perda de força; diminuição da coordenação e do domínio do corpo; alterações da saúde; degradação evolutiva dos órgãos e tecidos (diminuição do seu funcionamento, da sua capacidade de autorregulação e da sua eficácia) (Duarte, 1999).

Idade Psicológica: engloba essencialmente alterações das componentes, comportamental e percetiva. A componente comportamental refere-se às competências de cada indivíduo na adaptação às mudanças de natureza ambiental, nas capacidades mnésicas, intelectuais, emocionais, de personalidade e nas motivações para a realização. A componente percetiva relaciona-se com a forma como as pessoas se percebem a si próprias, a chamada autoimagem, refletindo-se também na capacidade do indivíduo em se adaptar e lidar com as exigências do meio onde está integrado (Fontaine, 2006).

Idade Social: refere-se ao papel, estatuto e hábitos do indivíduo relativamente aos outros membros da sociedade; é fortemente determinada pela cultura e história do país e traduz indicadores de saúde familiar e social, associados a determinadas idades ou faixas etárias. Os papéis são assumidos perante os outros membros da sociedade influenciando assim o comportamento dos indivíduos (Fonseca, 2005; 2006).

Idade Funcional: Fernández-Ballesteros (2000) introduziu o conceito de idade funcional, partindo do princípio que o envelhecimento psicológico resulta de um equilíbrio entre a estabilidade e a mudança, entre crescimento e o declínio. Segundo esta autora, a idade funcional nos idosos é caracterizada por enormes transformações quer ao nível físico, psíquico e social e, apesar do envelhecimento ser um processo natural, depende em grande parte dos conhecimentos adquiridos, da experiência, dos comportamentos e hábitos de vida de cada indivíduo, sendo comumente aceite que o envelhecimento difere de pessoa para pessoa. A idade funcional integra assim um conjunto de indicadores que permitem criar condições para um envelhecimento satisfatório.

Envelhecimento é um processo de transformações ao longo de toda a vida, não é limitado a uma idade em particular, mas sim um processo que se inicia na fecundação e que termina com a morte. O que implica que qualquer que seja a idade, esta não é completamente compreendida se for isolada das outras idades precedentes.

O envelhecimento tem três componentes: a) o processo de envelhecimento biológico que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência; b) o envelhecimento psicológico, definido pela autorregulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento; e c) um envelhecimento social, apropriado às expectativas da sociedade para este nível etário (Schroots & Birren, 1980, referido por Paúl, 2005).

O processo de envelhecimento biológico resulta das mudanças operadas no organismo devido aos efeitos da idade avançada, fazendo com que o indivíduo perca a capacidade de manter o equilíbrio e diminuindo as funções fisiológicas.

De acordo com Weineck (1991), referido por Vaz (2012) o organismo envelhece como um todo, enquanto os seus órgãos, tecidos, células e estruturas subcelulares têm envelhecimentos diferenciados, fenómeno, que parece ser determinado pela hereditariedade, em grande parte; as alterações estruturais ocorrem fundamentalmente ao nível metabólico e celular e o funcionamento do organismo, assim como a aparência do corpo, podem ser modificados.

A experiência revela que “tal como as características físicas do envelhecimento, as de carácter psicológico também estão relacionadas com a hereditariedade, com a história e com a atitude de cada indivíduo” (Zimmerman, 2000, p. 25).

De acordo com Sequeira (2010), “do ponto de vista psicológico, avalia-se o equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, de modo a minimizar as perdas associadas ao processo de envelhecimento” (p. 23).

Podemos assim descrever, de forma sucinta, uma série de mudanças psicológicas que eventualmente surgem no idoso, tais como:

- a) Decréscimo da autoestima e da autoimagem;
- b) Dificuldade em lidar e se adaptar a perdas orgânicas, sociais e afetivas;
- c) Desinteresse e falta de motivação relativamente ao futuro;
- d) Dificuldade em gerir mudanças;
- e) Dificuldade em se adaptar a novos papéis;
- f) Alterações psiquiátricas (depressão, isolamento, suicídio).

O envelhecimento social está intimamente relacionado com a diminuição ou perda do papel que o indivíduo desempenha na família e na sociedade.

A sabedoria e a experiência adquirida ao longo dos anos não é suficientemente valorizada pela sociedade; na maior parte das vezes o idoso é considerado como um encargo e até um estorvo, não usufruindo de quaisquer privilégios de âmbito social.

Os novos de hoje serão os velhos de amanhã! Se conseguirmos compreender melhor o processo de envelhecimento, poderemos transformar a nossa velhice num momento feliz (Fontaine, 2006).

### 1.3. Teorias sobre o envelhecimento

Atingir a terceira idade depende de vários aspetos que ultrapassam os limiares da mera contagem cronológica.

Pela complexidade subjacente ao processo de envelhecimento e numa tentativa de o compreender cada vez melhor, têm sido divulgadas várias teorias que visam compreender este fenómeno.

São múltiplas as teorias sobre o envelhecimento que nos ajudam a compreender este processo complexo, as teorias biológicas, psicológicas e sociais, havendo, no entanto, alguns autores que acrescentam ainda que ao falar-se de teorias de envelhecimento de algum modo já se fala das causas.

Nesta variedade não se pode afirmar que umas sejam mais corretas que outras, nem mesmo mais importantes, uma vez que depois de analisadas se verifica que afinal se completam umas às outras.

#### 1.3.1. Teorias biológicas do envelhecimento

As teorias do envelhecimento biológico tentam explicar três bio componentes: 1) a multiplicação de células ao longo do tempo; 2) a incapacidade das células se dividirem e/ou renovarem; e 3) o controlo dos processos fisiológicos por material não celular.

Podem ser classificadas em duas categorias:

1) Teorias Genéticas: entendem o envelhecimento no contexto de um “*continuum*” controlado geneticamente e talvez programado, ou seja, existem “relógios biológicos” que regulam o crescimento, a maturidade, a senescência e a morte;

2) Teorias Estocásticas: defendem que o processo depende principalmente da acumulação de agressões ambientais, as quais atingem um nível incompatível com o equilíbrio das funções orgânicas da vida.

Nazareth (2009) e Mailloux-Poirier (1995) referem as seguintes teorias:

Teoria imunitária: esta teoria baseia-se em dois princípios básicos. O primeiro apoia-se no facto de que, à medida que os indivíduos se vão tornando mais velhos, a capacidade do sistema imunológico de base celular e humoral diminui tanto de forma quantitativa quanto qualitativa. Para o segundo fator, à medida que as respostas imunológicas vão diminuindo, as manifestações autoimunes têm um aumento gradual com o avançar da idade, sendo tal sistema cada vez menos eficiente em distinguir entre os elementos próprios e os elementos estranhos ao organismo, resultando um aumento

significativo das doenças autoimunes (Caldeira et al., 1989, referido por Rosa, 2013). Assim, o sistema agride pequenas partes do corpo como se fossem vasos originando uma perda de controle por parte dos vírus.

Teoria do erro na síntese proteica: proposta por Leslie Orgel em 1963, sugere que o envelhecimento celular começa quando ocorrem erros na transcrição e transporte de material genético, impedindo as células de produzir as proteínas essenciais à sua sobrevivência. Estes erros assumem significado especial quando afetam proteínas envolvidas na síntese do ADN.

Teoria dos radicais livres: proposta por Harman em 1956, refere que “o envelhecimento e a morte celular resultam dos efeitos nefastos causados pela formação de radicais livres, que causam danos no ADN, levando a mutações e originando neoplasias” (Martins, 2013, p. 172).

Teoria neuro-endócrina: esta teoria explica a degeneração funcional associada à idade. De acordo com esta teoria, o nível de envelhecimento é o resultado do declínio de diversas hormonas que controlam o sistema reprodutor, o metabolismo e outros aspetos do funcionamento normal de um organismo (Cristofalo et al., 1994; Finch, 1994; Levin, 2001; Miller, 1994, Sonntag et al., 1999, referidos por Mota, Figueiredo e Duarte, 2004).

Teoria do desgaste: esta teoria refere que os vários sistemas do organismo humano se danificam à medida que desempenham as suas funções ao longo do tempo; este desgaste provoca anomalias e posterior paragem de todo o sistema.

### **1.3.2. Teorias psicológicas do envelhecimento**

À semelhança do sucedido com as teorias do envelhecimento biológico, o envelhecimento psicossocial começou a suscitar a curiosidade e o interesse dos investigadores, especificamente daqueles que começaram a trabalhar no âmbito da gerontologia social. Este campo da gerontologia tem como objetivo estudar o impacto das condições socioculturais no envelhecimento humano, procurando compreender a realidade e o significado da velhice, examinando os contextos e as representações sociais e pessoais.

Este interesse científico pelas questões sociais associadas ao envelhecimento resultou num conjunto de teorias explicativas que começaram a surgir em meados do século passado. Estas teorias, muito diversas nos seus pressupostos, procuram explicar e compreender as dificuldades e as estratégias de adaptação a uma nova etapa de vida, as mudanças nas relações e papéis sociais, as perdas e ganhos associados ao avançar da idade, e ainda as relações do indivíduo consigo próprio, com os outros e com as estruturas sociais.

De entre este conjunto de teorias explicativas três ganharam maior relevo: a teoria da atividade, a teoria da desinserção e a teoria da continuidade.

Teoria da atividade: formulada em 1953, por Havighurst e Albrecht, assenta na premissa de que a pessoa idosa deve continuar ativa para alcançar a maior satisfação possível e preservar a sua saúde, o que por vezes, implica identificar e adotar novos papéis ou uma nova organização dos já desempenhados. Para tal, compete à sociedade facilitar este processo, implementando para o efeito as mudanças sociais necessárias, assim como programas públicos com o objetivo de promover atividades para os mais

idosos a fim de valorizar esses indivíduos. A participação em atividades tem como objetivos centrais, a estimulação cognitiva e o desenvolvimento social, evitando a solidão. Muitos dos programas e políticas administrativas das atuais instituições de apoio a idosos fundamentam-se nas premissas desta teoria (Paúl, 1996).

Teoria da desinserção/desinvestimento: proposta por Cummings e Henry (1961) expõe a noção central de que há uma desinserção/desinvestimento recíproca(o) entre o indivíduo e a sociedade a partir da entrada na idade da velhice. De acordo com esta teoria, a sociedade começa a demonstrar menos interesse e a fornecer menos apoio aos indivíduos mais velhos, mas estes também optam por se “desligar” do envolvimento social. A diminuição das interações sociais nesta fase da vida, teria uma função adaptativa de afastamento do indivíduo à sociedade e da sociedade ao indivíduo, preparando assim, a separação inevitável que ocorrerá com a morte. Enquanto no desinvestimento social há uma redução objetiva do número e da duração dos contactos sociais, o desinvestimento psicológico envolve um afastamento e um cansaço afetivo e emocional (Whitbourne, 2014).

Teoria da continuidade: ao contrário das teorias anteriores que evocam uma rutura com a entrada na idade avançada, a teoria da continuidade desenvolvida por Neugarten em 1964, encara o envelhecimento como uma parte integrante e funcional do ciclo de vida (Neugarten, 1968, referido por Ferreira, 2011). Esta teoria pressupõe uma continuidade nos hábitos e estilos de vida, preferências e interesses pessoais, adquiridos no decorrer da existência do indivíduo. A implicação mais imediata desta teoria é a de que os idosos não devem ser forçados a envolverem-se em atividades que não são, nem nunca foram, significativas e importantes para si. Assim, manter-se-ão similares os padrões comportamentais e da personalidade, não prejudicando a autoestima e o bem-estar dos idosos (Atchley, 1989, referido por Ferreira, 2011).

Quer a teoria da atividade, quer a teoria da desinserção/desinvestimento têm merecido críticas por parte de muitos autores. Kalish (1976, referido por Ferreira, 2011) defende que nenhuma delas explica a boa adaptação à velhice, pois nem a desinserção de alguns adultos idosos os leva a experienciar um sentimento de insatisfação, nem as interações e o envolvimento social ocasionam sempre satisfação. Lima (2004) acrescenta a este respeito que estas duas teorias partilham a perspetiva de que a velhice é um período de perdas, quer dos papéis sociais, quer da rede de apoio social. Qualquer uma destas teorias parece-nos algo limitada e/ou redutora enquanto modelo explicativo do envelhecimento psicossocial. A teoria da atividade coloca, exclusivamente, na sociedade a responsabilidade de proporcionar, aos mais idosos, oportunidades de desenvolverem atividades que lhes possibilitem os contactos sociais, não privilegiando os recursos e as competências específicas do indivíduo. Por sua vez, a teoria da desinserção ao sugerir que com a velhice há uma clara rutura com o passado, está a homogeneizar todos os processos de envelhecimento e a cingi-los a uma única trajetória desenvolvimental.

A teoria da continuidade parece-nos expressar melhor a realidade do envelhecimento, embora existem casos em que se operam ruturas neste processo, especialmente com a entrada na reforma, e noutros casos, em que há uma clara reformulação dos papéis sociais.

### 1.3.3. Teorias sociológicas do envelhecimento

As teorias sociológicas do envelhecimento começaram a ser sistematizadas nos anos 60, sendo classificadas por três gerações e permitem conhecer as suas origens e a contribuição das teorias para a formulação de novas explicações.

As de primeira geração foram elaboradas entre 1949 e 1969, tendo como unidade de análise o indivíduo, as de segunda geração no período de 1970 a 1985 e procuravam analisar a influência das transformações nas condições sociais no processo de envelhecimento e na situação da pessoa idosa como categoria social, por fim, a terceira geração agrupa as teorias que criticam as proposições anteriores e aliam os níveis micro (individual) e macrossocial de análise.

Identificam-se assim, as teorias de primeira, segunda e terceira geração:

#### a) Teorias de primeira geração

Teoria da Modernização: Cowgill e Holmes propuseram em 1972 a teoria da modernização, que foi revisada por Cowgill em 1974. Esta teoria defende que a progressiva modernização do sistema industrial e da tecnologia dificulta a relação entre as pessoas idosas e a sociedade, pois estas estão menos capacitadas para o seu acompanhamento do que pessoas mais jovens, que têm na sua base de aprendizagem o avanço tecnológico.

Na perspetiva dos autores, o vínculo é negativo, pois quando a sociedade se moderniza, diminui o “*status*” do idoso. E é nessa sociedade industrializada e moderna que o idoso perde esse “*status*”. Ao contrário das teorias anteriores, que abordam a relação entre bem-estar e atividade dos idosos na sociedade, a teoria da modernização trabalha com a imagem do idoso e com as representações que influenciam essa imagem (Doll et al., 2007).

Teoria da Subcultura: esta teoria, divulgada por Rose e Riley, na década de 60 do século passado, sustenta que os idosos desenvolvem entre eles uma cultura própria, que resulta essencialmente dos seus interesses em comum (como os cuidados de saúde), da exclusão com outras faixas etárias e da sua aproximação devido ao facto de serem aposentados.

Para Rose (s.d), referido por Serafim (2007), a idade é uma forma de subcultura que restringe os comportamentos dos indivíduos. Entre si, os idosos compartilham valores e normas semelhantes, formando assim a subcultura.

Uma subcultura desenvolve-se quando os membros particulares de uma sociedade interagem mais entre si do que com os restantes cidadãos. O aparecimento desta teoria deve-se a três fatores:

1) O aumento das pessoas idosas;

2) A privação de participar na sociedade, através de acontecimentos como a aposentação (separação social) ou a sua situação de saúde (separação física), que desperta nos idosos a noção de que são “diferentes” do resto da população tanto nas suas ideias como na sua postura.

3) O facto de se afastarem das outras gerações também é um fator do aparecimento desta teoria (Rose (s.d), referido por Serafim (2007).

Na subcultura da idade encontramos dois tipos de *status* que determinam a posição do indivíduo: o *status* conferido pela sociedade (como os recursos financeiros,

profissão, educação) e o *status* conferido pela subcultura da idade (variáveis como a saúde física e mental do indivíduo e atuação social) (Serafim, 2007).

b) Teorias de segunda geração

Teoria do Colapso da competência: desenvolvida por Kuypers e Bengston em 1973, “permite entender a competência social dos idosos e explicar as consequências negativas (colapso de competências) que pode originar as crises ocorridas em idade avançada. Em geral, estas crises são provocadas por doença e pela perda do companheiro ou cônjuge (viuvez) que levam a uma espiral de negatividade, vulnerabilidade do autoconceito, perda de papéis sociais, marginalização e isolamento. A intervenção deve orientar-se a atender os problemas familiares resultantes da dependência dos idosos, da capacidade de identificação das tensões familiares, propondo estratégias, práticas situacionais que afetam os idosos, familiares, cuidadores e técnicos institucionais” (Martins, 2013, p. 178).

c) Teoria de segunda e terceira geração

Teoria da Troca Social: desenvolvida por James Dowd em 1975, define assim que ocorre um momento em que o idoso pode sentir a necessidade de se isolar um pouco da interação social, decorrendo este isolamento parcial ou total por motivos de alteração de recursos próprios.

O ponto mais defendido assim por esta teoria é a troca essencialmente de cariz económico, afastando-se do conceito de troca social por motivos emocionais ou não de causa racional.

Teoria da Estratificação Etária ou por Idade: tem as suas raízes históricas baseadas no estruturamento funcional e nas teorias psicológicas do envelhecimento, tendo sido desenvolvida por Riley, Johnson e Foner em 1972. Segundo esta teoria, “a sociedade agrupa os indivíduos em categorias, de acordo com a sua idade, relacionando-a com determinados papéis e responsabilidades”. Esta teoria ajuda-nos a compreender melhor a posição das diferentes faixas etárias e o significado da idade em diferentes contextos. “Entende a idade como um critério universal, critério esse, pelo qual os papéis sociais, as responsabilidades e os privilégios são repartidos pelos sujeitos de acordo com a faixa etária a que pertencem” (Serafim, 2007, p. 64).

Teoria Feminista: surgiu na década de setenta e estuda “a rede social, os cuidadores e as famílias dos idosos, os significados sociais e as identidades no processo de envelhecimento” (Ferreira, 2005, p. 36). Dá ênfase às necessidades da maioria da população idosa feminina, abordando questões relevantes para a vida diária da mulher e apresentando uma base sólida para intervenções práticas, permitindo assim a ligação entre questões individuais e estruturais, fazendo uma analogia à questão da diversidade social (Ferreira, 2005).

Teoria Político-económica: foi principalmente desenvolvida por Walker em 1981 e Minkler em 1984. Segundo estes autores, o tratamento e o “*status*” dos idosos podem ser analisados “através do exame das políticas públicas económicas e de fatores socioestruturais” (Barbosa, 2007, p. 26). Por outras palavras, os idosos são tratados, numa dada sociedade, dependendo das políticas públicas e sociais vigentes no momento. De influência marxista tem como objetivo principal a interação de forças económicas e políticas, que irão estipular como serão distribuídos os recursos sociais e como podem influenciar o estatuto dos idosos e o tratamento que lhes é dispensado (Barbosa, 2007).

## 1.4. Modelos de envelhecimento

Muito há ainda a explicar quando falamos de modelos de envelhecimento, porém, iremos enunciar sinteticamente os que se destacam. Situadas as perspectivas teóricas de análise do envelhecimento, podemos identificar alguns quadros de referência que se têm destacado nestes últimos anos, a saber: o envelhecimento saudável, o envelhecimento bem-sucedido, o envelhecimento produtivo e o envelhecimento ativo.

Modelo do envelhecimento saudável: O envelhecimento saudável tem como principal característica a capacidade de aceitar as transformações biológicas e fisiológicas decorrentes da idade. Associado à condição de saúde numa ótica biomédica, considera o envelhecimento: positivo, no sentido de envelhecimento normal sem doenças; negativo, enquanto envelhecimento patológico, com doenças; normal, resultando da capacidade de os sujeitos por si só prevenirem o envelhecimento patológico.

Nesta linha de análise, a abordagem do envelhecimento saudável identifica questões associadas às doenças degenerativas, à dependência e à necessidade de cuidados (Almeida, 2007; Cabete, 2005) e enfatiza, como refere Viegas e Gomes (2007, p. 28) “o afastamento dos indivíduos da vida social como determinante para o aumento das doenças”.

Para este modelo de envelhecimento, a importância do suporte recebido das redes informais é fundamental, podendo atuar como um fator protetor da saúde, relacionado com o bem-estar subjetivo e conduzir a bons níveis de autoestima (Paúl & Fonseca, 2005).

Modelo do envelhecimento bem-sucedido: este modelo orientado para uma abordagem bem-sucedida do envelhecimento, considera o normal e o patológico como percurso cruzado onde estão presentes um conjunto restrito de determinantes – biológicos, psicológicos e sociais (Almeida, 2007; Sequeira, 2007; Sousa, Relvas & Mendes, 2007). O envelhecimento bem-sucedido remete-nos para a baixa probabilidade de doença ou incapacidade consequente; elevada capacidade funcional cognitiva e participação ativa na sociedade. O envelhecimento bem-sucedido não enfatiza nem uma nem outra abordagem, mas sim a interseção e correlação dos determinantes identificados (Fontaine, 2000; Lima, 2010). Existem várias abordagens, do modelo de envelhecimento bem-sucedido, mas a que se tem destacado tem sido a de Baltes e Margaret (1990). Esta concebe o envelhecimento, um processo contínuo, onde os sujeitos, decorrente das expectativas e interesses, podem participar e escolher o modo de vida a que podem aspirar, ainda que dentro das possibilidades que lhes são oferecidas e/ou estão disponíveis na sociedade (Fonseca, 2006; Barros de Oliveira, 2010; Guimarães, 2010; Pinto, 2001; Sousa, Relvas & Mendes, 2007). Neste contexto de análise, o envelhecimento resulta da capacidade de prevenção das doenças, da maximização das funções cognitivas, da participação e integração nas redes de suporte familiar e social, estando relacionado com a capacidade dos indivíduos e da sociedade se adaptarem ao processo dinâmico do envelhecimento.

Modelo do envelhecimento produtivo: considera que na relação entre sociedade e idade as estratégias pessoais e sociais são afetadas pela repartição do tempo social (tempo de trabalho, tempo de lazer, tempo da família). Esta relação interfere com a formulação de políticas públicas na dinâmica do envelhecimento demográfico e no sentido que a velhice tem para as pessoas. Considera o envelhecimento em relação com o mercado de trabalho, com o sistema produtivo e com o acesso à reforma (Guillemard,

2010, referido por Carvalho, 2013), isto é, destaca a transição do trabalho ativo para a reforma. Defende a sustentabilidade do sistema de proteção social através de várias estratégias, incluindo a participação dos mais velhos no sistema produtivo e o combate às reformas antecipadas.

Nesta linha de pensamento, o envelhecimento está relacionado com a sustentabilidade do sistema de bem-estar e também com a discriminação entendida como o “tratamento injusto e padronizado de pessoas mais velhas” ao “agismo” por se encontrarem fora do mercado de trabalho (Guillemard, 2010, referido por Carvalho, 2013; Viegas & Gomes, 2007; Lima, 2010). A ideia é a de promover a integração das pessoas idosas na sociedade e combater a discriminação, quer por não continuarem a contribuir para o bem-estar, quer por serem, na sua maioria, os maiores beneficiários do mesmo sistema através das pensões e do consumo de bens de saúde.

O autor Gonçalves et al. (2006) sugere o trabalho direto com pessoas idosas, apoiando a formação contínua, a participação no mercado de trabalho e o desenvolvimento de trabalho voluntário. O envolvimento em ações de participação cívica e política são outras das vertentes que se traduzem em envelhecimento produtivo, uma vez que implica a realização de atividades de valor social. A importância do envolvimento dos indivíduos em tarefas familiares e socialmente produtivas asseguram bons níveis de atividade mental e física e o envolvimento ativo na vida quotidiana. Como exemplo, a prestação de cuidados familiares a descendentes mais novos, particularmente aos netos, é um papel social ativo dos cidadãos idosos (Fontaine, 2000; Gonçalves et al., 2006).

Assim sendo, os idosos não devem estar à margem da vida em sociedade, mas sim fazerem parte dela, através de metas de promoção da saúde e da autonomia, potenciando uma melhor adaptação à velhice e uma longevidade positiva.

Modelo do envelhecimento ativo: O último modelo identifica-se com a ideia disseminada nestes últimos anos – a do envelhecimento ativo (EA). O conceito de EA surgiu no final da década de 90 substituindo o termo envelhecimento saudável.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) define-o como o “processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (p. 13). É objetivo do EA, contribuir para um aumento da QV de todas as pessoas que vivenciam o processo de envelhecimento, mesmo aquelas que se encontram mais vulneráveis, incapacitadas a nível físico e que requerem prestação de cuidados (Jacob & Fernandes, 2011).

O modelo do EA preconizado pela OMS assenta em diversos fatores designados por “determinantes”, isto é: pessoais, que dizem respeito aos fatores biológicos, genéticos e psicológicos; comportamentais, que fazem referência aos estilos de vida saudáveis do próprio indivíduo, bem como a participação ativa no cuidado de saúde; económicos, que incluem os rendimentos, a proteção social e oportunidades de trabalho digno; ambiente físico, considerando as acessibilidades no que respeita a serviços de transporte, habitação e alimentação adequada; sociais, tendo em conta os apoios sociais, acesso à educação e literacia, prevenção de violência e abusos; e serviços sociais e de saúde, dos quais as pessoas podem beneficiar (promoção da saúde e prevenção de doenças) (Ribeiro & Paúl, 2011).

Entende-se, ainda, que a cultura e o género constituem determinantes essenciais e transversais, que atuam como filtros no âmbito da compreensão do fenómeno do envelhecimento. 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, com a conseqüente diferenciação de papéis (OMS, 2002) (Figura 2).

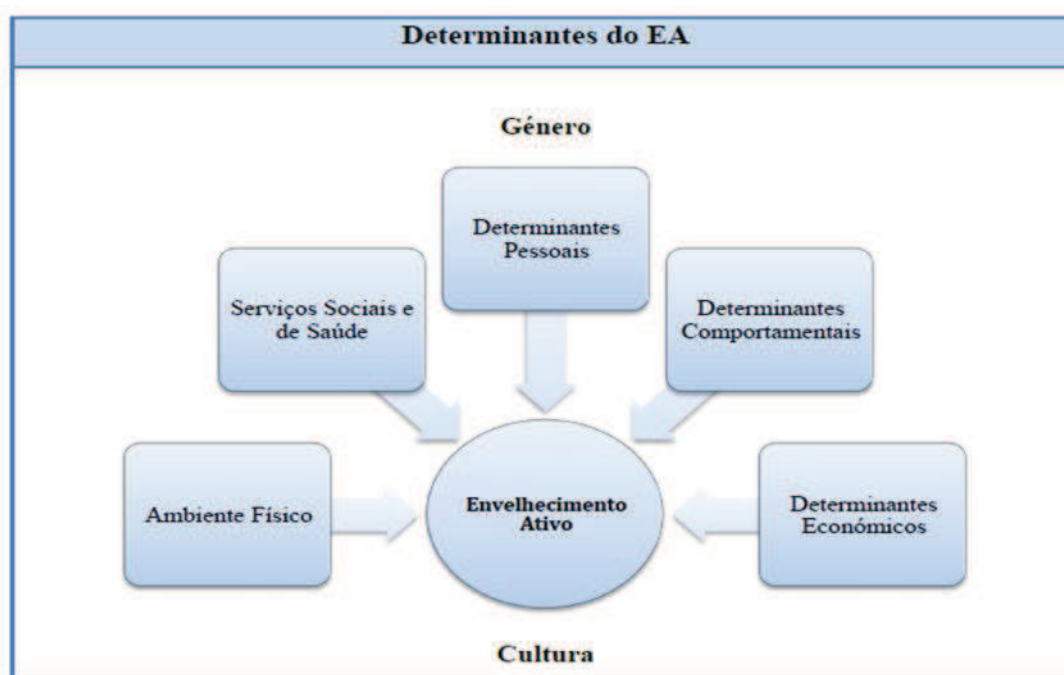


Figura 2: Determinantes do EA. Fonte: Ribeiro e Paúl (2011:3)

Nesta linha de análise destacam-se os direitos individuais e coletivos. O EA defende tanto a autodeterminação dos indivíduos – autonomia, participação, dignidade humana – como a responsabilidade social e justiça social – instituições justas, QV, vida digna, segurança e bem-estar. Em termos teóricos, a ideia é a de que “a história individual estende-se ao longo da vida [...]” “e as experiências contribuem para uma adaptação mais ou menos favorável aos desafios do envelhecimento, num balanço de ganhos – aspetos positivos – e perdas – aspetos negativos – que se equilibram diferentemente em cada percurso individual” (Ribeiro & Paúl, 2011, p. 2). O desafio do EA potencia novas formas de emancipar o indivíduo pela valorização das suas capacidades, colocando-os em arenas sociais significativas, como o trabalho, o voluntariado, o ativismo ou a participação social.

Segundo a OMS (2005) o desenvolvimento de programas e políticas em prol de um EA reúne muitos desafios inerentes ao envelhecimento individual e populacional. No entanto, quando medidas ou políticas sociais e de saúde apoiarem o EA ter-se-á, provavelmente: diminuição de mortes prematuras em fase de vida produtiva; diminuição de deficiências associadas às patologias crónicas na terceira idade; aumento da QV dos indivíduos à medida que estes envelhecem; participação ativa dos indivíduos nos aspetos socioculturais, económicos e políticos da sociedade; em atividades remuneradas ou não, na vida familiar, doméstica e comunitária; e diminuição de gastos com tratamentos médicos e serviços de assistência médica.

Neste âmbito, em Portugal, já foram implementados programas de EA, como o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, concebido em 2004, pela Direção Geral de Saúde (DGS), com a finalidade de adequação dos cuidados às necessidades das pessoas idosas e à promoção do desenvolvimento de ambientes capacitantes (Ministério da Saúde, 2004). O ano 2012 foi considerado o “Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações”, tendo Portugal assumido o compromisso de desenvolver uma série de iniciativas que estimulassem o debate, o intercâmbio de boas práticas e a sensibilização da opinião pública para a mudança cultural.

Em 1980, Baltes & Baltes desenvolveram o modelo de “Seleção, Otimização e Compensação” (SOC), que refere ser possível selecionar áreas onde existe maior potencial de desenvolvimento pessoal e otimizar o seu funcionamento, compensando assim os défices que ocorrem noutras áreas.

Segundo Abreu & Tamai (2002) citado por Sousa (2012), “o modelo SOC pode ser aplicado à reabilitação da cognição através de alguns passos, como focar a atenção para reduzir a confusão cognitiva; promover a consciencialização dos défices e das capacidades remanescentes através de aconselhamento individual ou em grupo; consciencializar o indivíduo e a sua família/cuidadores da necessidade de utilizar estratégias de compensação e de treinar a sua utilização no quotidiano; fazer treino cognitivo e de competências sociais” (p. 49).

Em suma, o EA 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 cognitivo, físico, emocional-motivacional e social (Fernández-Ballesteros, 2009a).



## Capítulo 2 - O desempenho cognitivo do idoso

## 2.1. O desempenho cognitivo

Para a maioria dos idosos, o envelhecimento normal apresenta uma variedade de alterações cognitivas que não têm implicações nas atividades diárias, uma vez que existem alguns fatores que contribuem para a manutenção do seu funcionamento, face a um declínio cognitivo ligeiro (Spar e La Rue, 2005). Estes fatores estão relacionados com a natureza gradual das alterações, o que permite a readaptação e a preservação dos conhecimentos gerais do idoso, que facilitam a resolução de problemas, a automatização de muitas tarefas, a manutenção do ambiente e rotinas familiares. Assim, estes fatores amortizam, de certa forma, o declínio cognitivo (Sequeira, 2010).

No que concerne ao desempenho cognitivo no idoso, importa salientar que, face a um declínio da capacidade cognitiva, os indivíduos procuram adaptar-se, nomeadamente, através da adoção de estratégias de seleção, otimização e compensação (Baltes & Carstensen, 1996, referidos por David, 2014).

Contrariamente à perspetiva de alguns autores, os adultos mais velhos mantêm o seu potencial cognitivo adequado ao desempenho satisfatório das tarefas diárias (Simões, 2006). O potencial cognitivo diz respeito aos processos que implicam o conhecimento da realidade, nomeadamente a capacidade para adaptar-se aos estímulos dela recebidos, isto é, a atenção, passando pelo registo de informação e a sua retenção, o que implica a envolvimento dos processos de aprendizagem e memorização, assim como, a capacidade para refletir e resolver novos problemas (inteligência).

No âmbito das funções cognitivas, os elementos mais representativos são a memória, a atenção, a linguagem, a orientação espaço-temporal, a concetualização, as condutas apreendidas e a inteligência (Fernández-Ballesteros, 2009). De todas as perdas cognitivas, aquela que indiscutivelmente se encontra mais frequentemente associada ao envelhecimento é a memória (Barros de Oliveira, 2010).

No envelhecimento, o desempenho cognitivo é caracterizado quer pelo declínio quer pela preservação, no entanto a preservação é evidenciada através de estudos longitudinais e transversais, os quais revelam que, o conhecimento verbal, principalmente, o vocabulário, pode permanecer intacto com a idade. Tal como o vocabulário, a memória procedimental implícita, também se pode manter intacta com a idade. Já outros aspetos da memória, nomeadamente aqueles que dependem da recordação, ainda que mínimas, podem sofrer alterações com a idade. Muito embora tais habilidades se apresentem intactas, a imagem dominante relativamente ao envelhecimento cognitivo é de declínio (Joshua & Park, 2009, referidos por Pires, 2012).

O termo estimular é definido como o ato de instigar, ativar, animar e encorajar os sujeitos e é segundo Zimerman (2000) a melhor forma de conseguir diminuir os efeitos adversos do envelhecimento e, conseqüentemente, a promoção do aumento da QV.

Assim, a estimulação cognitiva consiste num conjunto de estratégias e exercícios que visam estimular determinadas áreas de cognição, podendo ser implementadas individualmente ou em grupo, geralmente realizadas num determinado período de tempo, procurando cumprir determinados objetivos específicos. A estimulação cognitiva, à semelhança de outras técnicas de reabilitação neuropsicológicas, tem como objetivo principal melhorar o funcionamento cognitivo e social do indivíduo (Sousa & Sequeira, 2012).

A estimulação cognitiva é o meio de manter a mente, as emoções, as comunicações e os relacionamentos em atividade, sendo a atividade o melhor meio para minimizar os efeitos negativos do envelhecimento e levar as pessoas a viverem em melhores condições (Zimerman, 2000).

As atividades no âmbito da estimulação cognitiva, designadas por atividades lúdicas, desenhadas especificamente para o idoso, são de grande importância. Para além da dimensão cognitiva e social destas atividades, estas podem ser um contexto privilegiado para proporcionar um contacto pessoal necessário para a estimulação dos sentimentos e emoções (Tavares et. al, 2009).

As atividades do treino cognitivo devem ser motivadoras e bem estruturadas, baseadas na comunicação verbal, ter um tempo suficiente, mas também não podem ser muito prolongadas e devem ser aplicadas a grupos pequenos como melhor forma de atingir os objetivos (Fernández-Ballesteros, 2009).

Almeida et al. (2012), referido por Carneiro (2016) enfatizam que as intervenções que envolvem atividades da memória e da atenção, desenvolvidas em grupo, apresentam efeitos positivos e duradouros nos idosos. Portanto, é importante que a realização da estimulação cognitiva seja realizada em contexto grupal como forma de atingir o efeito positivo, sendo que, a estimulação cognitiva individual também é considerada importante e obtém-se resultados satisfatórios.

As áreas do funcionamento cognitivo normalmente afetadas são: a inteligência, a atenção, a linguagem (fluência verbal, nomeação e compreensão), a memória (sensorial e a curto prazo), a orientação espaço-temporal; o raciocínio e as funções de execução e a percepção.

### **2.1.1. Atenção**

A atenção é um mecanismo cerebral cognitivo que possibilita ao indivíduo processar informações, pensamentos ou ações relevantes, enquanto ignora outros irrelevantes ou dispersivos (Irigaray, 2009). Segundo Yassuda e Abreu (2006), referido por Ferreira (2012), a atenção é uma capacidade complexa e multidimensional cujos componentes se associam a outras capacidades, como a memória e as funções executivas. A atenção é o primeiro momento do processo de memorização, no qual os sentidos entram em ação, captando os detalhes daquilo a que o indivíduo presta atenção, enviando-os ao cérebro.

De acordo com as investigações que estudam a atenção e o envelhecimento, esta pode ser agrupada com base em quatro categorias, nomeadamente a atenção dividida, a atenção focalizada, a atenção seletiva e a atenção sustentada.

Relativamente à atenção dividida esta refere-se ao processo pelo qual são realizadas duas ou mais tarefas simultaneamente (Fernández & Aranz, 2005, referidos por Pires, 2012). Segundo os mesmos autores, nesta categoria, o desempenho de idosos revela um claro défice, comparativamente ao desempenho dos jovens.

A atenção focalizada exige que o indivíduo se focalize entre duas ou mais fontes de informação alternadamente, abstraindo-se das restantes (Simões, 2006). Segundo o

mesmo autor, esta capacidade mantém-se intacta com a idade, não se verificando diferenças de *performance* entre adultos mais jovens e mais velhos.

A atenção seletiva é definida como a função mais básica de atenção, na medida em que implica sempre concentração na informação relevante, ignorando os estímulos irrelevantes (Stuart-Hamilton, 2002; Sarobia & Santiago, 2006; Veja & Bueno, 2000a; Yassuda & Abreu, 2006, referido por Meireles, 2015). Simões (2006) refere que ao comparar o desempenho de jovens com idosos, em tarefas complexas, que envolvam a atenção seletiva, os mais velhos apresentam um rendimento inferior ao dos mais jovens.

No que respeita à atenção sustentada, Simões (2006) menciona que se trata de um tipo de concentração numa fonte de informação, por um período longo de tempo. Perante os resultados das investigações, os níveis globais da atenção sustentada são menores nos idosos do que nos jovens. Para alguns autores, os idosos são mais suscetíveis de se distraírem quando realizam tarefas que exigem manter o foco da sua atenção constante. Tal distração poderá estar relacionada com um défice nos mecanismos inibidores, o qual dificultaria a concentração prolongada dos recursos cognitivos sobre um estímulo ou uma determinada tarefa (Hernandis & Martínez, 2005).

A atenção é um processo complexo e onde intervêm muitos fatores. Alguns estudos mostram que os idosos precisam de mais tempo para processar a informação, mas com um tempo adequado de preparação, muitas diferenças desaparecem (Vega & Martínez, 2000). Barros de Oliveira (2010) e Módenes e 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.

### **2.1.2. Perceção**

Lieury (1990), citado por Fontaine (2000), definiu a perceção como “o conjunto dos mecanismos fisiológicos e psicológicos cuja função geral é a recolha de informações no ambiente ou no próprio organismo” (p. 61). As nossas perceções são polissensoriais, são produto de uma integração de mensagens sensoriais diversas, como por exemplo, a audição participa com a visão na nossa sensação do espaço.

No que concerne à perceção, os idosos revelam problemas de processamento visual, problemas de sensibilidade à iluminação, dificuldades em distinguir cores, problemas para ver a diferentes distâncias e défices na perceção espacial (perceção do movimento e da velocidade). Tudo isto vai influenciar o tempo que requerem a identificar estímulos visuais, aumentando, assim, o tempo de resolução de tarefas percetivas. No que respeita à capacidade auditiva, os problemas auditivos superam as dificuldades visuais, pois a função auditiva começa a declinar aos 30 anos de idade, embora mais frequente nos homens do que nas mulheres. Perante esta diminuição a nível da audição

a sensibilidade a altas frequências decresce dificultando a percepção e diferenciação de sons de fundo e a velocidade de processamento. Quanto ao paladar e olfato, também se revelam diminuídos com a idade o que provoca a não identificação de gosto e odores, alterando as preferências e hábitos alimentares (Umphred, 2010).

### 2.1.3. Memória

Quando as pessoas idosas se queixam das suas capacidades cognitivas, geralmente referem-se a problemas de memória. Contudo, verifica-se que alguns aspetos da memória são mais sensíveis ao envelhecimento do que outros (Spar & La Rue, 2005). A memória constitui uma das funções cognitivas fundamentais para um envelhecimento bem-sucedido e do qual depende a sua preservação. Assim, a memória assume uma importância vital no quotidiano das pessoas, na orientação, comunicação, relação e execução de tarefas.

Para Hernandis & Martinez (2005), a memória é um sistema que permite ao organismo obter e representar informação, mantê-la durante períodos variáveis de tempo, recuperá-la e usá-la de maneira adequada no momento oportuno.

A memória é, assim, um processo que permite a capacidade de adquirir (de forma consciente ou inconsciente), reter e utilizar/recuperar (de forma automática ou com esforço) informações/experiências.

O conceito de memória pressupõe a existência de um conjunto de processos mnésicos que se caracterizam pelo processamento de informações em três estágios: codificação (entrada de informação), armazenamento (consolidação, manutenção da informação no sistema de memória) e a recuperação/evocação (acesso e produção de informações anteriormente armazenadas), sendo que nesta última etapa podemos recuperar a informação através da recordação ou do reconhecimento. Importa salientar que estes estádios não são meramente sequenciais, existindo uma interação recíproca, tornando-os interdependentes (Charchat & Moreira, 2008).

É necessário diferenciar vários tipos de memória, como funcionam e como são afetadas com a idade porque não se pode falar de uma deterioração de memória unívoca (Yanguas et al., 2002).

Jódar (1994), referido por Pereira (2012) subdivide a memória em três tipos: a memória sensorial; a memória a curto prazo ou primária, onde se encontra incluída a memória de trabalho e memória imediata; e a memória a longo prazo ou secundária que se subdivide em memória declarativa (episódica e semântica) e memória não declarativa (procedimental).

A memória sensorial define-se como um armazém específico que conserva durante um breve período de tempo os estímulos recebidos pelos sentidos. Este tipo de memória sofre algumas transformações com o envelhecimento, atingindo particularmente a fixação das impressões sensoriais (Mailloux-Poirier & Berger, 1995).

Se a informação armazenada não for processada, perde-se e passa para a memória a curto prazo.

A memória a curto prazo, Jódar (1994), referido por Pereira (2012) define-a como um armazém de capacidade limitada que retém por um breve período de tempo a informação recebida. Mailloux-Poirier e Berger (1995) referem que este sistema de

memória é muito limitado e permite reter um número de telefone durante poucos segundos, os necessários para o marcar. Os autores mencionados anteriormente referem que a “capacidade de memória é aproximadamente de cinco palavras ou sete números consecutivos” (p. 178).

Na memória a curto prazo pode-se distinguir: a memória imediata e a memória de trabalho (Schaie e Willis, 2003).

A memória imediata tem uma capacidade muito pequena e é muito breve, implica manter em mente uma pequena quantidade de informação como, por exemplo, um número de telefone. Este tipo de memória não apresenta grandes diferenças relacionadas com a idade. A memória de trabalho implica manter de forma consciente a informação e ao mesmo tempo “trabalhar” ou manipular a informação. Enquanto na memória imediata a informação se mantém de forma passiva na consciência, a memória de trabalho manipula-a (Schaie & Willis, 2003).

A memória de trabalho reporta-se a atividades mentais em que o objetivo não é a memorização, mas que, não obstante disso, implicam uma certa memorização para que se poderem aplicar de um modo eficaz.

Ao contrário da memória imediata, vários estudos indicam que existem mudanças associadas à idade na memória de trabalho (Schaie e Willis, 2003). Desta forma, as investigações concluem que o processo de envelhecimento incide negativamente sobre a memória de trabalho e afeta as distintas tarefas cognitivas (compreensão e raciocínio) (Tortosa, 2001).

Qualquer informação que tenha estado na memória a curto prazo e que se perca, estará perdida para sempre, só se mantém se passar para a memória a longo prazo.

A memória a longo prazo é considerada o armazém geral da informação, a qual pode reter-se durante longos períodos de tempo (Schaie & Willis, 2003) ou mesmo durante uma vida inteira (Mailloux-Poirier & Berger, 1995). É nesta memória que se encontram armazenados todos os conhecimentos, recordações, capacidades, informação sobre o funcionamento dos processos cognitivos, etc.

Esta memória é composta por dois grandes subsistemas: a memória declarativa (episódica e semântica) e a memória não declarativa (procedimental).

A memória declarativa implica a consciência do passado, levando a reportarmos-nos a acontecimentos e fatos que aconteceram no passado e pessoas que conhecemos. Este tipo de memória reúne tudo o que podemos evocar/declarar por meio de palavras.

Relativamente à memória episódica, refere-se como a memória de acontecimentos e experiências vividas e que são ativamente recuperadas utilizando informação contextual sobre como e quando aconteceram. 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 (Fernández-Ballesteros et al. (2009), referido por Pereira (2012a).

A memória não declarativa difere-se da memória declarativa porque esta não precisa ser declarada (enunciada). É a memória usada para procedimentos e habilidades, como por exemplo, andar de bicicleta, jogar à bola, apertar os cordões, lavar os dentes.

A memória procedimental está relacionada com as destrezas e as habilidades que uma vez aprendidas não requerem esforço consciente para serem recuperadas (Fernández-Ballesteros, 2009). Esta envolve aprendizagem e recordar habilidades cognitivas ou motoras, como conduzir, caminhar, ler, pois estas possuem uma forte componente de automatismos e não exigem recordar explicitamente o momento em que foram adquiridas (Castro et al., 2007).

Para Biasoli (2007), referido por Couto et al. (2013), os exercícios de memória visam o aumento da QV dos indivíduos, procurando minimizar os efeitos do envelhecimento normal sobre o organismo e sobre a atividade do cérebro, exercitando-o e influenciando o seu funcionamento normal, promovendo a independência e funcionalidade dos idosos.

A memória pode ser estimulada de várias formas, podendo recorrer-se a atividades que acontecem no dia-a-dia. São exemplos, as listas de compras, os recados e os compromissos, podendo-se recorrer a objetos reais, imagens, palavras isoladas, histórias e conhecimentos gerais. Além disso, a apresentação dos estímulos a memorizar pode ser visual ou auditiva, devendo começar-se sempre com poucas informações, que devem ser simples e depois ir aumentando o grau de dificuldade das tarefas (Nunes & Pais, 2007).

#### **2.1.4. Neuroplasticidade**

Jones et al., (2006), referido por Pires (2012) definem a neuroplasticidade, como um conceito multifacetado que indica a possibilidade de melhorar o desempenho após o treino.

O envelhecimento cognitivo bem-sucedido pressupõe interações entre a plasticidade neuronal e a plasticidade cognitiva, pois os mecanismos de plasticidade neuronal sustentam a plasticidade cognitiva da mesma forma que a plasticidade neuronal é estimulada pela plasticidade cognitiva e pela aprendizagem. Na globalidade, existe um grande potencial de aprendizagem ao longo de toda a vida, inclusivamente depois da idade adulta (Paúl & Ribeiro, 2012).

Esta neuroplasticidade, na opinião de Fernández-Ballesteros et al. (2009), referido por Pereira (2012a) 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).

De acordo com os autores referidos em último, a plasticidade manifesta-se, assim, nos comportamentos de aprendizagens, mas também nos de memória.

Pelo facto do cérebro ter capacidade de modificação e de adaptação, Yanguas et al. (2002) salientam que é característica importante para realização de PTC. 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 expõe Fernández-Ballesteros et al. (2009), referido por Pereira (2012a), as investigações sobre a plasticidade cognitiva são baseadas em modelos experimentais que adotam o formato do pré-teste - 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 treino das áreas cognitivas.

### 2.1.5. Funções Executivas

Na última década, tem sido atribuída uma importância crescente à avaliação das funções executivas (Carvalho, 2012). Existe um interesse em estudar as funções executivas devido ao aumento da população idosa e para perceber se as funções cognitivas mais específicas estão realmente associadas à idade ou a um declínio cognitivo mais geral, isto é, a alterações noutras áreas, como a memória, velocidade de processamento, etc. Deste modo é importante uma avaliação cognitiva dos idosos, com base num protocolo rigoroso, sistemático e compreensivo e que nessa medida inclua também o exame metódico das funções executivas.

O termo “função executiva” não é simples de definir. De acordo com Spreen (2006), referido por Carvalho (2012), é apenas uma forma sucinta de descrever um conjunto de processos complexos que têm sido definido de diferentes formas. Funções executivas referem-se a uma série de habilidades cognitivas e princípios que controlam capacidades como a memória, a atenção e as habilidades motoras, cujo objetivo é facilitar a adaptação às novas situações ou situações incomuns (Lezak, 1995, referido por Banhato, 2011).

No processo de envelhecimento, tanto normal quanto patológico, as funções executivas tendem a estar prejudicadas. No envelhecimento normal, as alterações executivas ocorrem de modo gradual e lento até os 60 anos, tornando-se mais aceleradas a partir dos 70 anos. Uma possível explicação para esse declínio pode ser o desgaste fisiológico natural dos lobos frontais. Também no DCL, as alterações de natureza executiva estão presentes, porém de forma precoce e quantitativamente mais intensas (Banhato & Nascimento, 2007).

O desempenho das outras habilidades cognitivas é influenciado pelas funções executivas. Caso as funções cognitivas estejam afetadas, o indivíduo pode-se tornar, por exemplo, incapaz de um autocuidado satisfatório, ou de manter relações sociais normais (Lezak, 1995, referido por Banhato, 2011).

Estas funções relacionam-se particularmente com a capacidade de iniciar, persistir e completar tarefas e na adaptação a situações que primam novidade. Estes processos cognitivos são usados diariamente, pois problemas dos mais simples aos de maior complexidade são impostos aos indivíduos a todo o momento. Deste modo, as funções executivas desempenham um importante papel nas AVD's e independência do indivíduo (Scherder, Dekker & Eggeermont, 2008; Anderson, 2002, referido por Carvalho, 2012).

Anderson (2002), referido por Carvalho (2012) concetualiza as funções executivas como um sistema integrado que compreende quatro domínios distintos: processamento de informação, controlo da atenção, flexibilidade mental e capacidade de definir objetivos.

Doentes com disfunção executiva são frequentemente descritos como tendo: comportamentos de desinibição; dificuldades na abstração e perseveração e incapacidade na alternância de ideias e tarefas. Quando as funções executivas estão comprometidas, o indivíduo pode ser incapaz de cuidar de si, de desempenhar funções

com independência e de manter relações sociais adequadas, independentemente das capacidades cognitivas preservadas, ou até com altas pontuações nos testes cognitivos (Hobson & Leeds, 2001, referido por Carvalho, 2012). Deste modo, a preservação do funcionamento executivo reflete a capacidade adaptativa, tanto na realização de tarefas de vida diária como em relação ao adequado convívio social.

Apesar das frequentes referências ao conceito de funcionamento executivo e/ou funções executivas, estes são processos bastantes complexos, de difícil delimitação, compreensão e avaliação, sobre os quais ainda não existe um consenso (Salthouse et al., 2003, referido por Carvalho, 2012). De acordo com Carvalho (2012), as funções executivas são provavelmente os aspetos mais complexos da cognição humana.

### 2.1.6. Linguagem

A linguagem é uma função cognitiva formada por um sistema complexo e dinâmico que permite ao ser humano a comunicação e interação com outros indivíduos através da partilha de informações, pensamentos, conceitos, desejos, sentimentos, necessidades e dúvidas por meio de sons, gestos e sinais, sendo, por isso, responsável pela formação, transformação e transmissão do conhecimento (Moraes & Lanna, 2008, referido por Paiva, 2013).

Apesar das controvérsias e indefinições ainda existentes, avançou-se muito no conhecimento da linguagem nos processos patológicos do envelhecimento, sendo que o agravamento dos distúrbios de linguagem pode ser correlacionado à intensificação do acometimento cognitivo (Mansur et al., 2005).

Lanna (2008), referido por Paiva (2013) destaca as principais alterações da linguagem observadas no decurso deste processo:

Afasia: distúrbio na perceção e expressão da linguagem.

Anomia: resulta da dificuldade em nomear pessoas ou objetos.

Parafasia: deslocação da estrutura fonémica das palavras, com eliminação, inversão ou substituições de sílabas, uso de palavras deformadas, porém, ainda identificáveis.

Anosognosia: falta de consciência ou desconhecimento de um problema ou déficit existente.

Alexia e Dislexia: incapacidade ou distúrbio na leitura escrita.

Agrafia e Disgrafia: incapacidade ou distúrbio na componente escrita.

É de salientar que existem processos cognitivos relacionados à linguagem mais vulneráveis ao processo de envelhecimento do que outros, sendo que, sempre que se encontram diminuídas algumas habilidades cognitivas no idoso, estas podem influir no declínio da linguagem (Brandão & Parente, 2001).

A função da linguagem pode ser avaliada pedindo ao sujeito para nomear objetos que se encontrem num determinado local, obedecer a instruções fornecidas ou repetir frases (American Psychiatric Association [APA], 2002).

## 2.2. Efeitos do envelhecimento no desempenho cognitivo

Os estudos relativos ao desempenho intelectual demonstraram que as aptidões cognitivas atingem o seu auge pelos 30 anos, continuam estáveis até à década dos 50-60 anos e, a partir daí, começam a diminuir. O declínio acelera-se a partir dos 70 anos.

O declínio das funções intelectuais não é uniforme para todas elas.

Spar e La Rue (2005) referem que o envelhecimento pode interferir no desempenho cognitivo através das alterações que ocorrem nas seguintes aptidões (Quadro 1):

Quadro 1: Efeitos do envelhecimento do desempenho cognitivo. Fonte: Spar e La Rue (2005)

Aptidão	Características
<u>Inteligência</u> : vocabulário (fundo de conhecimento)	Pode declinar ligeiramente em idade muito avançada; mais evidente em tarefas novas.
<u>Habilidades Percetivo-motoras</u>	Declina a partir dos 50-60 anos.
<u>Atenção</u> : Campo de atenção; Atenção complexa	Mantêm-se estável ou sofre um ligeiro declínio.
<u>Linguagem</u> : - Comunicação - Sintaxe, conhecimento de palavras - Fluência, nomeação - Compreensão - Discurso	- Estável: na ausência de défice sensorial. - Estável: varia com o grau de instrução. - Lapsos ocasionais em encontrar palavras. - Mensagens complexas dificultam mais a compreensão. - Pode ser mais impreciso, repetitivo.
<u>Memória</u> : - De trabalho (recente)  - Remota ou a longo prazo	Estável, declínio ligeiro ou moderado. Diminuição da capacidade para manipular a memória de curto prazo com défices de codificação e recuperação.  - Estável para aspetos mais importantes da história pessoal do idoso.
<u>Visuoespacial</u> : - Copiar desenhos - Orientação topográfica	- Variável: intacta para figuras simples e com dificuldades em figuras complexas. - Em declínio: mais notável em terreno familiar.
<u>Raciocínio</u> - Resolução de problemas - Raciocínio prático	- Em declínio: alguma redundância e desorganização. - Variável, mas intacto para situações familiares.
<u>Funções executivas</u>	Ligeiro declínio. Planeamento e execução menos eficiente de comportamentos complexos.
<u>Velocidade</u>	Em declínio, com lentificação do pensamento e da ação.

Apesar destas alterações serem características do envelhecimento, a sua deterioração depende, em grande parte, das características individuais e do contexto em que o idoso está inserido (Sequeira, 2010).

O envelhecimento parece estar influenciado por vários fatores (de risco e protetores) que interferem na função cognitiva do idoso. As condições de risco podem ser agrupadas em fatores biológicos (género, idade, etnia, hipertensão arterial, diabetes, anemia, alterações hormonais); fatores ambientais (agentes químicos); fatores psicológicos e comportamentais (depressão, ansiedade, *stress*, tabagismo, alcoolismo) e fatores sociais (baixa escolaridade, baixo nível socioeconómico, nível ocupacional desfavorável). Como fatores de proteção, destacam-se, especialmente, a participação em atividades físicas e de lazer, a escolaridade e as redes sociais (Feroni & Santos, 2012).

Destaca-se a necessidade de compreender a importância dos fatores físicos, psicológicos, sociais e ambientais como determinantes no processo saúde-doença da população idosa.

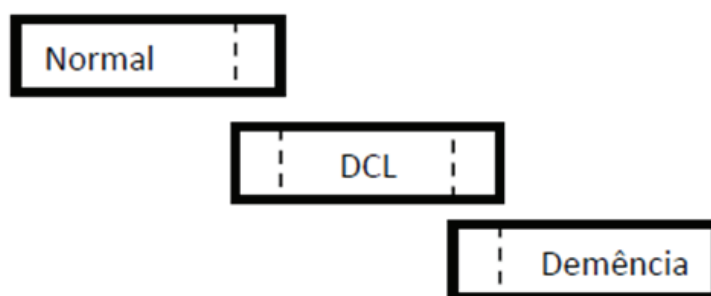
### 2.3. O idoso com Déficit Cognitivo Ligeiro (DCL)

O DCL é uma condição patológica que delimita o fim dos déficits cognitivos previstos para o envelhecimento e o início de um estágio inicial de demência. É um “período de transição entre o envelhecimento normal e o diagnóstico provável de uma demência em estágio inicial” (Petersen, 2004, citado por Sousa, 2012, p. 28).

A área mais frequentemente afetada no DCL é a aprendizagem e a memorização de nova informação, embora nalguns casos possam notar-se problemas de linguagem, das capacidades de orientação espaciotemporal ou de raciocínio. Muitas vezes pode haver uma dificuldade ténue nas atividades de ordem mais elevada da vida diária tais como a gestão de bens, mas esta é, com mais frequência, intermitente e pode ser resolvida mediante um esforço suplementar ou por abordagens compensatórias, como tomar notas ou verificar duas vezes o trabalho (Spar & La Rue, 2005).

Se considerarmos um contínuo cognitivo, o DCL está situado entre as mudanças cognitivas do envelhecimento normal e o estágio inicial de demência, sendo que esta transição pode apresentar períodos de sobreposição, devido à dificuldade associada a este diagnóstico, uma vez que as mudanças/queixas cognitivas podem ser muito subtis (Esquema 1).

Esquema 1: Contínuo cognitivo mostrando a sobreposição no limite entre envelhecimento normal, DCL e demência.  
Fonte: Adaptado de Peterson (2004), referido por Sousa (2012, p. 28)



Apesar do seu início poder ser subtil, o DCL tem critérios diagnósticos definidos, sendo eles:

- Queixa de déficit de memória por parte do indivíduo, sendo esta corroborada por um informante;
- Déficit objetivo de memória para a idade do indivíduo (mediante avaliação neuropsicológica);
- Preservação das restantes funções cognitivas;
- Preservação da autonomia nas atividades de vida diária;
- Não ter critérios diagnósticos de demência” (Petersen, 2004, referido por Sousa, 2012, p. 28-29).

Com a continuidade na investigação sobre o DCL, o conceito passou a incluir défices em outros domínios cognitivos. Assim, apresentam-se três subtipos clínicos:

1. DCL amnésico: o défice relevante é na memória, sem alterações significativas nas restantes funções. É considerado o subtipo mais estudado de entre os restantes subtipos e é frequentemente um pródromo de doença de Alzheimer (DA), por sua vez, o valor prognóstico de outros subtipos não é tão bem compreendido quanto este (Grundman et al., 2004, Petersen, 2004b, referido por Grilo, 2014; Grande, 2013).

2. DCL múltiplos domínios: o doente apresenta um comprometimento da memória e de outros domínios cognitivos (linguagem, atenção/função executiva ou habilidades espaciotemporais), que deverão ser caracterizados pela avaliação neuropsicológica e podendo incluir alteração muito ligeira nas AVD's (mas sem magnitude para que a pessoa seja considerada demente) (Petersen, 2004b, referido por Grilo, 2014; Grande, 2013).

3. DCL de domínio único não mnésico: défice num único domínio que não a memória, tal como a atenção, a função executiva, a linguagem ou o processamento espaciotemporal. (Petersen, 2004c, referido por Grilo, 2014). Pode implicar uma maior dificuldade no processo de tomada de decisão e na capacidade de pensamento, em geral.

Atualmente sabe-se que os indivíduos que apresentam DCL têm maior probabilidade de desenvolver demência, sendo que o tipo de demência que o indivíduo desenvolve parece estar relacionada com o subtipo de DCL que apresenta.

Aproximadamente 12% das pessoas com mais de 70 anos têm DCL, sendo que apresentam 3 a 4 vezes maior probabilidade de desenvolver DA. Segundo alguns estudos longitudinais, entre 10 a 15% dos indivíduos com DCL desenvolvem demência no período de um ano (Simon & Ribeiro, 2011), enquanto pessoas saudáveis evoluem entre 1 a 2% ao ano. A maioria dos indivíduos com DCL desenvolve demência em 3 a 6 anos (Troyer et al., 2008, referido por Sousa, 2012).

A prevalência de DCL em pacientes com idade igual ou superior a 65 anos está entre os 10% e os 20% (Mielke, Vemuri & Rocca, 2014, referido por Paiva, 2014).

O risco de desenvolvimento de declínio cognitivo tem sido associado a fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo. Têm-se destacado na literatura fatores tais como baixa escolaridade, idade avançada, hipertensão arterial, história de acidente vascular encefálico (Magalhães et al., 2008), predominância em mulheres, associação com incapacidade funcional (Machado et al., 2007), comorbidades, pouco contacto social, atividade intelectual pobre, tabagismo, viver sozinho, sedentarismo e saúde percebida negativamente (Oliveira et al., 2007).

Relativamente à prevenção do DCL, parece que determinados estilos de vida têm potencial para proteger os idosos do declínio cognitivo (Rabelo, 2009).

A evolução do DCL para demência acarreta perdas na autonomia dos indivíduos, aumento dos encargos em saúde e maior dependência para as famílias, por isso é fundamental intervir precocemente.

Ainda não existe um tratamento eficaz para o DCL, mas os seus efeitos podem ser controlados, com recurso a intervenções precoces (Rabelo, 2009).

A abordagem a este problema deve ser “combinada”, contemplando uma vertente farmacológica e uma abordagem cognitiva, através da intervenção na cognição. Assim,

perante o atual desenvolvimento de terapêuticas farmacológicas, as intervenções de estimulação cognitiva, sendo bem delineadas e estruturadas, constituem um coadjuvante essencial (Kinsella et al., 2009, referido por Costa, 2012).

## 2.4. Avaliação da cognição no Déficit Cognitivo Ligeiro (DCL)

As dificuldades diagnósticas no DCL e na demência impõem uma avaliação cognitiva detalhada. A avaliação cognitiva consiste em “verificar a habilidade de uma pessoa para desempenhar respostas de natureza intelectual, considerando a sua história pessoal e as suas expectativas, e usando como parâmetro informações normativas e a faixa de variabilidade do desempenho de indivíduos normais na população” (Vieira e Koenig, 2002, referido por Sousa, 2012, p. 42).

A avaliação neuropsicológica é um importante meio auxiliar de diagnóstico, cujo objetivo é “a análise das alterações das funções cognitivas superiores e do comportamento resultantes de lesões cerebrais focais, de doenças que, de algum modo, possam atingir o funcionamento deste sistema” (Cunha et al., 2009, p. 53). Esta avaliação é fundamental para o diagnóstico neurológico, sendo cada vez mais utilizada em situações de queixa cognitiva e na suspeita de DCL (Idem).

Existem vários testes de avaliação que podem ser aplicados. De seguida serão referidos com maior detalhe os mais utilizados:

O MEEM criado por Folstein e colaboradores (1975) é um teste breve e um dos mais usados na avaliação cognitiva de idosos, servindo para fazer um rastreio inicial do estado mental. Este instrumento avalia a presença de défices cognitivos e não de demência, sendo por isso muito utilizado nas suspeitas de DCL.

O teste é composto por respostas verbais e não-verbais; sendo que, “os subtestes verbais medem, em particular, a orientação espaciotemporal, a memória imediata, a evocação e memória de procedimentos, a atenção e a linguagem. Os subtestes não-verbais medem a coordenação perceptivomotora e a compreensão de instruções” (Vieira e Koenig, 2002, citado por Sousa, 2012, p. 43).

É composto por 30 questões, sendo a sua classificação total de 30 pontos, que pontuam da seguinte forma (Vieira e Koenig, 2002, citado por Sousa, 2012, p. 43):

- “30-26 Pontos: funções cognitivas preservadas;
- 26-24 Pontos: alteração não sugestiva de déficit;
- 23 Pontos ou menos: sugestão de déficit cognitivo;
- 20-26 Pontos: prejuízos cognitivos leves;
- 11-20 Pontos: prejuízos cognitivos moderados;
- 10 Pontos ou menos: prejuízos cognitivos severos;
- O score 23, normalmente é sugestivo de disfunção cognitiva.”

Esta pontuação é influenciada pela escolaridade do indivíduo, que deve ser tida em atenção na realização de alguns exercícios do teste, como as operações matemáticas.

Outros instrumentos têm sido propostos para deteção de fases iniciais de declínio cognitivo, como o Montreal Cognitive Assessment (MoCA), recentemente traduzido, adaptado e validado para Portugal, por Freitas e colaboradores (2011), que pode ser recomendado, na medida em que permite o acesso a domínios cognitivos como funções executivas, memória a curto prazo (memória de trabalho) e evocação, tarefas dirigidas às aptidões linguísticas, processamento espaciotemporal, capacidade de abstração, atenção, concentração, cálculo e orientação (Paiva, 2013).

O Teste do Relógio é de simples e fácil aplicação, permitindo a avaliação da “memória, habilidade espaciotemporal e construtiva e funções executivas, refletindo o funcionamento dos lobos frontal, temporal e parietal” (Vieira e Koenig, 2002, citado por Sousa, 2012, p. 44).

O teste consiste em entregar uma folha em branco e uma caneta ao indivíduo e pedir que ele desenhe um relógio, com os respectivos números e com os ponteiros a marcar as dez horas e dez minutos (10:10h).

Existem várias possibilidades de pontuação para este teste, variando entre 5 a 10 pontos; segundo Vieira e Koenig (2002), citado por Sousa (2012, p. 44), a pontuação máxima do teste são 10 pontos, sendo distribuídos da seguinte forma:

**“10 a 6 pontos** – a face, o círculo e os números do relógio estão geralmente intactos: 10 Pontos – ponteiros na posição certa; 9 Pontos – erro insignificante na localização dos ponteiros ou esquecer de desenhar um número; 8 Pontos – erros mais visíveis na localização dos ponteiros das horas e minutos, espaços vazios, intervalos inadequados entre os números; 7 Pontos – localização dos ponteiros significativamente fora do curso; 6 Pontos – uso inapropriado dos ponteiros do relógio, p.ex., uso de digitais ou a circunferência dos números, apesar de repetir as instruções.

**5 a 1 pontos** – desenho da face, do círculo e dos números do relógio não são intactos; 5 Pontos – números agrupados num único lado ou em ordem inversa; 4 Pontos – distorção da sequência dos números. Por exemplo, números desenhados fora do círculo do relógio; 3 Pontos – os números não estão contidos na face do relógio e os ponteiros não estão presentes; 2 Pontos – o desenho revela alguma compreensão das instruções recebidas, sem no entanto representar a figura do relógio; 1 Ponto – a compreensão da instrução não se dá de forma satisfatória, embora o indivíduo faça algum esforço para responder à solicitação feita.”

## 2.5. 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 no Brasil, com o objetivo de analisar o efeito da estimulação da memória sobre o desempenho do MEEM 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 eram 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 MEEM após o treino de memória.

Melo (2008) ao aplicar o Programa de Estimulação Cognitiva (PEC) através de exercícios de resolução de problemas, cálculos, memorização visual, leitura, entre outros, obtiveram um aumento significativo do desempenho cognitivo no grupo de idosos.

Resultados semelhantes foram encontrados por García e González (2006). A amostra deste estudo envolveu noventa e oito idosos, dos quais cinquenta e nove faziam parte do grupo experimental (GE) e trinta e nove do grupo de controlo (GC). 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 GC 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 et al. (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 aludiram que os idosos que participaram no treino intensificaram o uso de estratégias ensinadas.

Um estudo concretizado por Souza et al. (2009) vem reforçar a importância do treino da memória em idosos institucionalizados. Realizaram uma investigação prospetiva, 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 e reconhecimento de lista de palavras. Os resultados do estudo sugerem que as mulheres têm melhor desempenho em atividades que envolviam habilidades de memória, evocação e reconhecimento. 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 parecem ter melhor 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.

Tsai et al., (2008), referido por Gonçalves (2012) no seu estudo, ao criarem um programa de intervenção cognitiva em idosos, para melhorar a memória em idosos, verificaram que o grupo submetido à estimulação cognitiva melhorou não só a memória como o seu desempenho cognitivo geral.

Em Portugal, a investigação sobre a estimulação cognitiva ainda é escassa. No entanto, alguns estudos têm sido realizados. Rodrigues (2006) realizou um estudo com objetivo de verificar se a exposição a um PEC 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 várias competências cognitivas, como a memória, a atenção, a coordenação motora e as competências de abstração lógica. A amostra englobou quarenta e sete 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), realizou um estudo com o objetivo de verificar o impacto do PEC no desempenho cognitivo e na sintomatologia depressiva de um grupo de idosos institucionalizados. O programa integrou dezasseis sessões de estimulação cognitiva. Este estudo incluiu uma amostra constituída por quinze idosos, divididos pelo GE e pelo GC, sendo que o primeiro composto por oito participantes e o segundo por sete

participantes. Os resultados deste estudo evidenciam 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 o quadro 2, que a seguir se apresenta.

**Quadro 2:** Resultados de alguns estudos do treino cognitivo. Fonte: Adaptado de Pereira (2012)

<b>Autores</b>	<b>Participantes</b>	<b>Resultados</b>
Souza & Chaves (2003) “O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis”	46 Idosos sem demência	Aumento significativo nos resultados do MEEM, havendo uma melhoria no desempenho cognitivo.
Garcia & Gonzalez (2006) “Eficacia de un programa de entrenamiento en memoria en el mantenimiento de ancianos com y sin deterioro cognitivo”	98 Idosos sem demência	Os idosos do grupo experimental melhoraram seu desempenho cognitivo nos testes pós-treino, enquanto os membros do grupo de controlo apresentaram declínio.
Sousa, Borges, Vitória & Chiappetta (2009) “Perfil das habilidades cognitivas no envelhecimento normal”	50 Idosos sem demência	As mulheres obtiveram um melhor desempenho nos subtestes que envolviam memória; os idosos considerados jovens foram melhores na prova de memória relacionada à evocação. Os indivíduos que tiveram um maior grau de instrução obtiveram um melhor desempenho nas habilidades que envolviam linguagem.
Carvalho, Neri & Yassuda (2010) “Treino de Memória Episódica com Ênfase em Categorização para Idosos sem Demência e Depressão”	57 Idosos sem demência	Melhoria significativa no desempenho da memória episódica.
Rodrigues (2006) “Efeitos de uma Intervenção Psico-Educativa nas Competências Cognitivas e Satisfação de Vida 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.

Os resultados destes estudos indicam que o treino cognitivo e de memória em idosos desempenham um papel importante na manutenção da plasticidade cognitiva.

Quintela (2001), referido por Gonçalves (2012) defende que muitos idosos em instituições estão mais propensos ao sedentarismo, em resultado da falta de atividades que estimulem a área cognitiva, social e física. Nestes casos, o idoso, quase sempre, tende a aglomerar problemas sociais e de saúde (Paúl, 2005; Sozcka, 2005, Quintela, 2001, Carrus, Fornara & Bonnes, 2005, referido por Gonçalves, 2012). Para minimizar este tipo de problemas, recomenda-se a aplicação de programas de estimulação cognitiva como prevenção do declínio dos processos cognitivos e sociais.

## 2.6. Estratégias de treino cognitivo

Para Azevedo & Teles (2011), referido por Pereira (2012a) apesar de existir um declínio cognitivo associado à idade este pode ser revertido, ou retardado, através do

uso de programas de treino cognitivo (PTC), com diferentes exercícios para cada função cognitiva, como referem Triadó & Villar (2007).

Os PTC têm como objetivo levar a cabo uma intervenção global, para o qual são criados exercícios que colocam em prática os diferentes processos mentais, como percepção, memória, atenção e linguagem, de forma a mantê-los ativos (Triadó & Villar, 2007).

O treino 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, referido por Pereira, 2012a). Deste modo, o cálculo mental é uma das funções que, sem estar alterada, é a mais resistente à perda de uso (Serrano, 2003). De acordo com Kawashima (2008) as tarefas simples (fichas de cálculo) estimulam mais o cérebro do que a resolução de um problema de cálculo complicado.

Nos idosos os recursos para as tarefas de atenção parecem estar diminuídos (Pena et al., 2001). O facto de a atenção ser um pré-requisito para qualquer processamento de informação, justifica-se realizar algumas sessões nos PTC (Fernández-Ballesteros et al. 1999, referido por Pereira, 2012a). 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 (Pena et al., 2001).

É importante treinar, por meio de exercícios, a função cognitiva relacionada com a orientação espaciotemporal para que esta seja mantida ou estimulada, uma vez que é uma das funções que facilmente é afetada por certos transtornos cognitivos (Triadó & Villar, 2007).

De acordo com Belsky (2001), os mnemotécnicos 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. A reminiscência consta de uma técnica terapêutica com o objetivo de ativar e atualizar a memória episódica a longo prazo.

Os principais resultados sugerem que intervenções adequadas produzem efeitos de aprendizagem, aumento do desempenho nas habilidades que foram alvo de intervenção e, raramente reportados, efeitos de generalização dos ganhos para contextos distintos da intervenção (como atividades quotidianas) e efeitos de transferência para habilidades cognitivas não treinadas.

## **2.7. Intervenção na cognição e programas de estimulação cognitiva para idosos com DCL**

Antes de abordar a intervenção na cognição importa definir o que se entende por cognição. A cognição é definida como o termo utilizado para descrever toda a

envolvência do funcionamento mental, o qual implica a habilidade de sentir, pensar, perceber, lembrar, raciocinar, formar estruturas complexas de pensamento, bem como a capacidade de produzir respostas às solicitações e a estímulos externos. (Oliveira, Goretti & Pereira, 2006).

Esta função engloba a capacidade de processamento da informação, aprendizagem e generalização e pode ser subdividida em várias subfunções, tais como: atenção, memória, orientação, raciocínio, entre outras.

Como a cognição é um processo complexo, o seu comprometimento pode interferir em várias esferas da vida do indivíduo, desde as AVD's, passando pelas atividades sociais e de lazer, terminando na funcionalidade no trabalho.

Antes da especificação das técnicas de intervenção na cognição, importa clarificar alguns conceitos que são muitas vezes utilizados da mesma forma na literatura, embora apresentem algumas diferenças.

Segundo Pais (2008), referido por Nunes (2008) podemos distinguir entre estimulação cognitiva, reabilitação da cognição e treino da cognição:

1. Reabilitação da cognição consiste numa abordagem cognitiva mais abrangente;
2. Estimulação cognitiva é uma intervenção que se centra mais em estratégias de orientação temporal e espacial;
3. Treino da cognição diz respeito à prática de tarefas/funções específicas.

A intervenção na cognição consiste num processo de cooperação entre o indivíduo com défice cognitivo e os profissionais de saúde, familiares e membros da comunidade mais ampla, tendo por objetivo tratar ou minimizar os défices cognitivos resultantes do dano neurológico. Ou seja, é um conjunto de estratégias e de técnicas cognitivas que visam numa fase inicial a reestruturação clínica de funções e, depois, a compensação dessas, com o objetivo de minimizar os distúrbios de atenção, de linguagem, de processamento visual, memória, raciocínio e resolução de problemas, além dos de funções executivas (Pais, 2008, referido por Nunes, 2008).

O objetivo principal é capacitar os idosos e a família/cuidadores a conviver, lidar, contornar, reduzir e superar os défices cognitivos, proporcionando melhoria significativa na QV (Simon & Ribeiro, 2011). Visando “melhorar a habilidade no processamento de informação, aumentando o volume de informação que pode ser trabalhado à medida que aumenta a habilidade do paciente em utilizar estratégias cognitivas” (Abreu e Tamai, 2002, citado por Sousa, 2012, p. 48); tal capacita o indivíduo a mobilizar conhecimentos e estratégias compensatórias que possibilitam a sua autonomia.

A reabilitação da cognição pode ser conseguida através de diferentes métodos. As técnicas de reabilitação têm-se focado mais em três áreas da cognição, a memória, a atenção e a linguagem (Abreu & Tamai, 2002, referido por Sousa, 2012, p. 48).

Há alguns anos, começou a desenvolver-se uma nova abordagem de reabilitação, utilizando-se técnicas para treinar as competências comprometidas, tendo em vista a sua restauração, como por exemplo, o treino da cognição.

Relativamente à intervenção na memória a principal finalidade é evitar o declínio nas AVD's, sendo para tal o treino cognitivo muito utilizado, desde 1980. “Embora esses programas (de treino cognitivo) tivessem como objetivo a otimização da memória no dia-a-dia, somente os multifatoriais, de enfoque prático, alcançaram resultados robustos e de longa duração” (Abreu & Tamai, 2002, citado por Sousa, 2012, p. 49).

Segundo Abreu & Tamai (2002) citado por Sousa (2012, p. 49) existem três princípios de treino cognitivo que facilitam o processo de reabilitação: “o uso de compensação para contornar o déficit, o uso de substituição por meios alternativos para resolver problemas, o treino das funções cognitivas específicas lesadas”.

O processo de reabilitação deve ser construído através da interação entre as funções comprometidas, as funções preservadas e as estratégias compensatórias possíveis.

No processo de intervenção na cognição existem três abordagens básicas (Abreu e Tamai, 2002), referido por Sousa (2012, p. 50):

- A abordagem de estimulação geral, em que o treino cognitivo é aplicado sem nenhuma orientação teórico-prática específica, assentando na premissa que toda a estimulação resulta em melhoria para o indivíduo.
- A abordagem de adaptação funcional, em que o treino é realizado apenas no contexto natural e funcional da vida quotidiana dos indivíduos.
- A abordagem de processo específico assenta uma ampla base teórica e parte de uma avaliação neuropsicológica inicial para organizar um conjunto de exercícios hierárquicos, partindo de funções cognitivas mais simples, para funções cognitivas mais complexas, com o objetivo de reorganizar a funcionalidade do indivíduo. Os resultados obtidos são monitorizados e avaliados.

Estas abordagens podem ser reducionistas, se for diagnosticado o déficit através de testes neuropsicológicos e este for trabalhado individualmente; ou dinâmicas, se o treino cognitivo enfatizar a interação com o indivíduo (Abreu & Tamai, 2002, referido por Sousa, 2012).

O treino cognitivo parece ter um efeito de proteção relativamente ao aparecimento e evolução de quadros demenciais. Os principais benefícios deste tipo de treino são os ganhos em tarefas específicas, no humor e na QV dos indivíduos. Contudo, os seus efeitos podem ser limitados no tempo, sendo por isso importante manter o treino no quotidiano do indivíduo e reforçar as estratégias aprendidas, tendo a intervenção junto dos familiares uma importância fundamental nesta manutenção.

Paralelamente ao treino cognitivo é fundamental adaptar o ambiente do indivíduo de forma a torná-lo mais autónomo no seu dia-a-dia; o ambiente deve ser seguro e as adaptações devem ser feitas de forma gradual, mantendo os objetos pessoais do indivíduo nos mesmos locais (Abreu & Tamai, 2002, referido por Sousa, 2012). A reestruturação do ambiente é conseguida também com o apoio da família/cuidadores.

Como vimos existem várias estratégias de intervenção na cognição, que podem ser implementadas de forma individual ou em grupo. No entanto, é importante que essas estratégias sejam organizadas e realizadas de forma sequencial e periódica, com objetivos específicos delineados, daí a importância dos programas de estimulação cognitiva para idosos.

Antes de iniciar qualquer tipo de programa de intervenção na cognição é importante avaliar o perfil cognitivo do indivíduo, identificando as funções cognitivas preservadas e comprometidas.

Os programas devem ser adaptados ao nível intelectual e cultural do idoso e devem ser abrangentes, incluindo aspetos como a adaptação ao meio ambiente, as interações sociais, o apoio à família/cuidadores, entre outros.

Um programa de estimulação da cognição consiste num conjunto de estratégias e exercícios que visam potenciar determinadas áreas da cognição, podendo ser

implementados individualmente ou em grupo, habitualmente realizados num determinado período de tempo, procurando cumprir determinados objetivos específicos.

Claire e Woods (2004) referido por Sousa (2012) fazem uma distinção entre os diferentes tipos de programas de intervenção na cognição, podendo ser:

- a) De estimulação cognitiva;
- b) De treino cognitivo;
- c) De reabilitação cognitiva.

O PEC envolve estimulação cognitiva geral e abordagens de orientação para a realidade, englobando uma série de atividades e discussões em grupo que visam obter uma melhoria geral do funcionamento cognitivo e social dos indivíduos (Claire & Woods, 2004, referidos por Sousa, 2012). Estes programas não se focalizam em funções específicas, mas visam estimular a cognição como um todo. O PEC têm demonstrado um resultado positivo na manutenção e na melhoria dos processos cognitivos (Pires, 2011) e na diminuição dos sintomas depressivos em idosos (Gonçalves, 2007). Várias investigações têm revelado uma melhoria significativa nas competências cognitivas, na QV e nas habilidades funcionais em idosos com demência, após a aplicação de PEC (Pires, 2011).

O PTC geralmente envolve a prática guiada num conjunto de tarefas específicas, que visam intervir em funções cognitivas concretas, como a memória, a atenção, a linguagem ou a função executiva. Este tipo de programa baseia-se no pressuposto de que a prática regular de determinadas funções cognitivas pode ajudar a melhorar ou manter essa função, para além do contexto da formação imediata (Claire & Woods, 2004, referidos por Sousa, 2012). O treino cognitivo pode ser realizado de forma individual ou em grupo, incluindo sempre a família/cuidadores.

Dentro dos PTC podemos incluir os programas de reabilitação da memória. Estes visam melhorar a performance do indivíduo através de técnicas e estratégias específicas e não em modificar a habilidade de memorização do idoso (Camões, Pereira & Gonçalves, 2005).

Os métodos de reabilitação da memória que podem ser utilizados são vários; um dos mais utilizados visa trabalhar com a modalidade da memória que se mantém intacta, para compensar a modalidade que está comprometida; outros têm como objetivo trabalhar as habilidades residuais da modalidade de memória comprometida.

Nestes programas a abordagem prioritária deve ser a memória a curto prazo e a memória autobiográfica; estes tipos de memória só terão benefícios com exercícios de estimulação diários (Camões, Pereira & Gonçalves, 2005).

A estimulação da memória implica então o desenvolvimento de habilidades e estratégias específicas que raramente são utilizadas de forma espontânea, necessitando de treino. O objetivo do treino de estratégias é melhorar o desempenho diário e, com os idosos, não só é necessário treinar essas novas técnicas, mas também demonstrar-lhes que estas trazem resultados positivos para a sua *performance*, daí a importância da incorporação de sessões de treino de estratégias nos programas de estimulação da memória.

Os programas de reabilitação cognitiva (PRC) assentam numa abordagem biopsicossocial e tem como objetivo ajudar as pessoas a alcançar ou manter um nível ótimo de funcionamento físico, psicológico e social, no contexto dos défices específicos decorrentes de doença ou lesão, facilitando a participação do indivíduo em atividades significativas e valorizando a manutenção dos papéis sociais (Claire e Woods, 2004),

referidos por Sousa (2012). Esta abordagem foca-se no desenvolvimento de tarefas que sejam significativas para o quotidiano do indivíduo e da sua família.

Os programas de intervenção na cognição mais adequados são aqueles que utilizam técnicas que procuram reduzir ou compensar as dificuldades sentidas no quotidiano pelo indivíduo e pela família/cuidadores.

Qualquer que seja o objetivo e o tipo de programa de intervenção na cognição, “a sua construção deve focar sempre a melhoria da QV e, por conseguinte, prevenir, tratar ou contornar as características sintomáticas dos transtornos cognitivos e afetivos associados ao envelhecimento, sem deixar de considerar as particularidades da própria doença e do indivíduo” (Prigatano, 1995; Wilson, 1997, citado por Da-Silva et al., 2011, p. 230).

A importância do PEC em idosos com DCL revela-se nos seus benefícios, sendo eles amplamente divulgados em vários artigos científicos. Como exemplo, a melhoria da orientação do idoso; melhoria das funções executivas, da linguagem e da memória; melhoria da *performance* do idoso nas AVD's, manutenção da autonomia por mais tempo; diminuição da sobrecarga dos cuidadores e/ou família; facilitação da interação social e melhoria da QV do idoso/família (Sequeira, 2007).

A sistematização e implementação de PEC, nomeadamente na memória, são uma necessidade da sociedade atual, cada vez mais envelhecida.



## Capítulo 3 - Envelhecimento e institucionalização



### 3.1. Institucionalização

A necessidade de cuidados por parte das pessoas dependentes e idosos aumentaram de forma exponencial nos últimos anos e continuarão seguramente a aumentar nos próximos anos, em consequência da conjugação de vários fatores, dos quais se destacam: envelhecimento demográfico da população, com um crescimento acentuado dos idosos com mais de 80 anos; o aumento da esperança de vida; o progresso da medicina; as dificuldades de apoio informal em função dos modelos de família e da incorporação da mulher no mercado de trabalho (Perlini, Leite & Furini, 2007).

Os peritos em questões de envelhecimento referem a importância das pessoas idosas permanecerem no seu próprio ambiente o máximo de tempo possível, contudo, existem vários condicionantes que não o permitem. Deste modo, e ao longo dos séculos, a preocupação com as necessidades sociais da população começaram a existir, dando origem a algumas instituições voltadas para determinados setores da população (Ferreira, 2007).

Foi na Constituição de 1976, que surgiu pela primeira vez a referência às Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). Foram posteriormente definidas pelo art.º 1 do Decreto-Lei nº 119/83 de 25 de fevereiro, como “Entidades jurídicas constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa privada, com o propósito de expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico...”. De acordo com o mesmo Decreto-Lei, as IPSS, do ponto de vista jurídico, podem assumir várias formas, entre as quais podemos destacar as Santas Casas da Misericórdia e os Centros Sociais. Segundo Jacob (2002a), referido por Almeida (2008) as primeiras foram criadas em 15 de agosto de 1498, e o seu número foi aumentando ao longo dos tempos. No que diz respeito aos Centros Sociais, estes constituem as segundas IPSS mais antigas e eram denominadas, antes de 1983, por Institutos de Assistência. As IPSS incluem também as Associações de Socorros Mútuos ou Mutualidades e as Associações de Solidariedade Social. Apenas a partir da década de setenta é que as instituições são criadas com objetivo de prevenção da dependência e a integração das pessoas idosas na comunidade (Fernandes, 1997, referido por Almeida, 2008).

As primeiras instituições eram designadas de asilos ou albergues. Pela sua conotação depreciativa de abandono, de pobreza ou de rejeição familiar, eram destinados aos indigentes, mendigos e aos idosos. Eram designados de asilo no sentido de abrigo e recolhimento, e eram habitualmente mantidos pelo poder do público e dos grupos religiosos. No entanto, foram sendo substituídas por nomes como Lar de Idosos, Lar de Terceira Idade, Residência de Idosos, Casa de Repouso, entre outros (Vaz, 2009). Os lares de idosos constituem a primeira resposta social de apoio aos mais idosos. Esta designação surgiu a partir da década de 50 do século XX.

Com todas as transformações na sociedade portuguesa tanto a nível demográfico como a nível familiar, foi necessário adotar novas formas de intervenção e ajustar as respostas sociais já existentes à nova realidade, nomeadamente uma maior dinamização no apoio social desenvolvido no domicílio, assim como em estruturas de convívio, de combate ao isolamento e à exclusão social, prevenindo ou retardando a institucionalização do idoso (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social [MTSS], 2006).

Deste modo, a Segurança Social desenvolveu um programa de apoio a idosos que é composto por diferentes serviços: (1) Serviço de Apoio Domiciliário; (2) Centro de

Convívio; (3) Centro de Dia; (4) Centro de Noite; (5) Acolhimento Familiar para pessoas idosas; (6) Residência; e por fim, (7) o Lar de idosos.

Num estudo que compara idosos que recebiam apoio domiciliário com idosos institucionalizados, os autores Greenberg & Ginn (1999) referido, por Vaz (2009) concluíram que estes últimos tinham uma maior probabilidade de (1) serem mulheres; (2) solteiros ou viúvos; (3) não terem filhos; (4) apresentarem um maior número de patologias; (5) uma maior incapacidade funcional e preferirem viver numa instituição; (6) não terem ajuda de parentes, (7) serem incapazes de tomar medicação; (8) terem uma menor capacidade de tomar decisões; e (9) possuírem uma melhor situação financeira.

Dos serviços apresentados anteriormente, debruçamo-nos sobre a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI). Esta é definida pela Portaria n.º 67/2012 de 21 de março (Anexo 2), art.º 1, como “o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem.”

Deste modo, a institucionalização deve-se também a situações, tais como, a viuvez, inexistência de filhos, no caso da sua existência, estes não terem condições para cuidar do idoso, a falta de espaço adequado na casa da família, conflitos familiares, ausência de cuidador, alto grau de dependência da pessoa idosa sem que os seus familiares possam atendê-lo no seu quotidiano de suas vidas (Nunes, 2008; Almeida, 2008). As institucionalizações devem-se a fatores socioeconómicos, demográficos e de saúde (Tavares, 2007). Quanto mais dependente, tanto físico como financeiramente se encontrar o idoso, maior será a probabilidade de vir a ser institucionalizado.

A decisão de ir viver para um lar de idosos é um momento de grande mudança para o idoso, obrigando-o a uma separação do meio familiar, sujeitando-se a uma adaptação de um novo ambiente (Papaléo Netto, 1996, referido por Nunes, 2008). Este tipo de mudança repentina de vida, só pode ser realizado, no caso de haver um consentimento livre, expresso e informado do futuro residente. Carvalho e Dias (2011) referem a importância do idoso participar e colaborar na decisão e planeamento da institucionalização, pois o pleno conhecimento das medidas tomadas, bem como a relação do idoso com o espaço, contribuem para uma melhor aceitação e adaptação.

Torna-se ilegal no caso de o idoso ser admitido devido a ter tomado uma decisão sob pressão ou ameaça, ou se os familiares tentarem representar o idoso, introduzindo-o num lar de idosos sem o consentimento deste. Esta situação apenas é permitida se os familiares tiverem poderes de representação legal, ou seja, no caso de serem tutores de uma pessoa que se encontre com demência (Instituto de Segurança Social, I.P., 2009).

### **3.1.1. O processo de institucionalização do idoso**

O envelhecimento demográfico em Portugal é um acontecimento marcante da sociedade atual. O aumento da esperança de vida, geralmente não tem sido acompanhado por um nível de bem-estar ou de autonomia que permita aos idosos terem uma vida de acordo com as suas necessidades e expectativas.

Para Pereira (2012), o ideal para o idoso seria estar inserido na família e na comunidade, viver a sua vida com o máximo de qualidade possível, gozar de condições de cidadania plena e dispor de apoio institucional adequado quando se tornar necessário, contudo, na realidade a institucionalização é uma necessidade incontornável. E, neste sentido, defende que a institucionalização surge como um

substituto da rede informal, essencialmente quando esta deixa de existir e quando a pessoa idosa exige cuidados gerontológicos especializados que só podem ser prestados por técnicos especializados.

No entanto, a entrada do idoso para uma instituição, desencadeia um forte impacto emocional, uma vez que ir viver para um lar de idosos implica para ele e para a sua família, profundas modificações nas suas vidas e nos hábitos anteriores (Nunes, 2008). Contudo, apesar de a institucionalização poder ser considerada um momento angustiante, alguns idosos consideram que esta é uma alternativa que lhes irá garantir alguma estabilidade e segurança (Pimentel, 2005).

Sendo assim é extremamente importante o acompanhamento do residente nas diversas fases de adaptação, ajudando-o a integrar-se. Este processo de acolhimento deve reduzir os riscos como a de perda de identidade, dos vínculos afetivos, o desenraizamento, o receio de mudança, e tendência a rejeitar a integração, a auto culpabilização ou sensação de estar a sofrer uma punição. (Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social & CID [crianças, idosos e deficientes; cidadania, instituições e direitos], 2005).

Existe assim, a necessidade de fortificar as relações sociais quer no interior da instituição, quer com pessoas da comunidade envolvente, principalmente com o exterior, como uma forma de abertura à realidade da vida social. A interação com a família, a existência de contactos com a sua rede de relações, como as visitas, os telefonemas e a correspondência, são sem dúvida um incentivo positivo para a manutenção de uma vida social mais ativa e promovendo uma maior autonomia da pessoa idosa.

Os idosos institucionalizados necessitam de maior atenção, suporte e serviços especializados, pois a grande maioria é fragilizada e apresenta morbididades físicas e mentais. Santos e Andrade (2005) subentendem que quanto maior o tempo de institucionalização, maior a debilidade do idoso, uma vez que (Montenegro e Silva, 2007) a institucionalização acelera e/ou acentua a velocidade das perdas funcionais dos idosos, forçando assim o declínio das funções físicas e cognitivas.

“A consciencialização para estas particularidades deve passar, em primeiro lugar, pela formação dos vários profissionais que trabalham com idosos. Esta é uma das condições básicas para promover a humanização dos serviços”, como indica Pimentel (2001, p. 233).

### **3.1.2. Fatores de risco para a institucionalização**

Vários são os investigadores que tentam identificar as características dos idosos que são institucionalizados. Vaz (2009) refere três grupos diferentes de fatores de risco para a institucionalização, que se encontram relacionados com a incapacidade cognitiva, a incapacidade física e com as condições socioeconómicas e afetivas.

A incapacidade cognitiva engloba a desordem cognitiva, demência, sintomas depressivos, problemas psiquiátricos, incapacidade para tomar medicação e menor capacidade para tomar decisões. Nithtila et al. (2008) confirmam que a doença de Parkinson e as demências são os maiores fatores de risco para a institucionalização. Os fatores subsequentes, segundo o mesmo estudo, são: AVC, fratura da anca e diabetes.

Para Vaz (2009) estes encontram-se no grupo da incapacidade física – abrange as limitações de mobilidade, provocando assim uma menor participação nas AVD's, uma menor capacidade funcional física, um maior número de doenças e lesões, doenças crónicas, incontinência e incapacidade de tomar medicação.

Por último, os fatores de risco relacionados com as condições socioeconómicas e afetivas são o aumento da idade, a maioria dos idosos são do sexo feminino, solteiros, moram sozinhos, viúvos, de baixos rendimentos, existe uma ausência de apoio social bem como de um cuidador formal ou informal, levando à preferência de viver em instituições.

A institucionalização pode causar desintegração social, despersonalização, perda de responsabilidades por decisões pessoais, rotinas rígidas, ausência de estimulação cognitiva e privação espiritual. Estas causas conduzem, muitas vezes, o idoso à perda de amor-próprio, redução dos interesses, dependência excessiva, comportamento automático e perda de interesse pelo mundo exterior (Fernandes, 2002). Carvalho e Fernandes (1999), referido por Vaz (2009) e Rodrigues & Leal (2004) acrescentam que a institucionalização é uma situação que desencadeia *stress* e depressão, uma vez que o idoso se encontra isolado e é obrigado a optar por um estilo de vida diferente do que tinha antes, adaptando-se a uma rotina de horários e a dividir o seu ambiente com desconhecidos à distância da família. O facto de partilhar o quarto, por exemplo, pode minimizar a depressão para alguns moradores, contudo, para outros pode contribuir para o desenvolvimento de depressão. O isolamento social leva-os à perda da sua identidade, liberdade, da sua autoestima e solidão, o que contribui para a alta prevalência de depressão em lares (Vaz, 2009).

Após uma revisão de vários trabalhos sobre esta problemática, Levenson (2001), referido por Mendes (2012) apresenta uma série de fatores associados ao risco de institucionalização, que, de modo geral, não são positivos e designadamente relacionados a estados de morbilidade: uso de auxílios para deambular; deficiências cognitivas; viver sozinho ou com pessoas sem relação; perda de apoios sociais; problemas com AVD's; dependência de cuidados pessoais; pobreza; sexo feminino; estado de saúde auto-relatado precário; limites nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD's) e deficiências na rede de saúde.

### **3.2. O papel das instituições na promoção de qualidade de vida nos idosos**

QV é um conceito que tem vindo a ser fortemente desenvolvido no campo de investigação mas que apesar de mais recentemente se recorrer à sua aplicabilidade, a sua origem remonta a antiguidade. Este conceito tem vindo a sofrer algumas alterações ao longo dos tempos e apenas na década de 80 se alcança uma definição semelhante à utilizada na atualidade (Pimentel, 2006).

Mediante a evolução histórica percebe-se que a definição de QV é algo que remete para uma complexidade de tal ordem que dificulta associar apenas a uma definição. No entanto, dada a importância do conceito na área da saúde e de modo a implementar um instrumento que pudesse “medir” a QV, a OMS (1995) define-a como “a perceção que o indivíduo tem face à sua condição de vida no seu contexto cultural, no sistema de valores que comportam os seus objetivos, expectativas, padrões, preocupações...” (Molina, 2008, p. 276).

Existem fatores que podem condicionar a QV no envelhecimento, nomeadamente: a saúde e a capacidade funcional, no âmbito da realização das AVD's; as relações interpessoais, que façam com que o idoso se sinta acompanhado e estimado pelos que o rodeiam; a independência, sendo esta definida como a capacidade do idoso em conseguir organizar as suas tarefas diárias e escolher as atividades que deseja fazer; a convicção de que ele é útil, quer por ser visto como alguém com bastante sabedoria

dada a sua experiência de vida, quer por ser útil à sociedade em termos de contribuição económica (Paúl & Ribeiro, 2012).

A QV do idoso institucionalizado é uma temática cada vez mais debatida na sociedade contemporânea. Se por um lado se constata um acréscimo no recurso às instituições por parte dos idosos, por outro surge a necessidade de avaliar a sua QV.

Para Fernandes (2000) a QV em gerontologia está relacionada com a forma como o idoso vivencia o processo de envelhecimento e sua velhice. Hortelão (2003) referido por Moreira (2014) considera que a QV dos idosos resulta da conjugação entre o bom funcionamento físico e cognitivo e o suporte social.

Envelhecer bem é essencial e para tal, é indispensável que o idoso reúna certos níveis de QV, incluindo parâmetros de longevidade, saúde física e mental, satisfação com a vida, capacidade cognitiva, competências sociais, entre outros aspetos importantes (Barros de Oliveira, 2010).

De algum modo, quer no campo de investigação em Gerontologia quer em Geriatria, a questão da QV emerge com peculiar importância, uma vez que surgem questões de ordem ética e prática, nas quais reside o princípio da legitimidade e oportunidade de prolongamento da vida dos idosos. Efetivamente, esta faixa etária apresenta-se como sendo a mais frágil do ponto de vista físico e mental, pressupondo com alguma evidência a formação de equipas multidisciplinares especialistas em áreas distintas, capacitadas em prestar cuidados primários e secundários aos idosos mais dependentes, física e psicologicamente, e em particular aos que se encontram institucionalizados (Zagher, Pierezan & Claudino, 2009).

Fernandes (2000a) salienta que o facto de a pessoa não poder efetuar sem ajuda (porque é idosa ou outro motivo) as principais atividades de vida, quer sejam físicas, psíquicas, sociais ou económicas, torna-a dependente.

A pessoa idosa vê, assim, a sua QV limitada por aspetos de ordem pessoal como a ausência de apoio familiar, isolamento, solidão, inatividade, alteração de estatuto e perda de prestígio, sentimento de vida passiva e inutilidade, bem como aspetos de ordem institucional como submissão a normas, horários e regras iguais para todos (Cabete, 1999, referido por Ribeiro, 2011).

Robichaud et al., (2006), referidos por Fernandes (2014) apontam como principais características influentes na QV do idoso institucionalizado, o envolvimento relacional empático, a sensação de identidade, o sentido de controlo, a intimidade, a segurança, o conforto, a satisfação das necessidades, o respeito no tratamento e a competência técnica dos profissionais. No entanto, estes preditores não são universais, dado que são demasiadas as variáveis que influenciam os níveis de satisfação relacionados com a QV e, provavelmente, as mais relevantes ou, as que têm maior influência ainda estão por determinar.

Alguns autores, como Lai et al. (2005), referido por Ribeiro (2011) mencionam que as investigações têm revelado que os idosos institucionalizados que manifestam níveis mais elevados de QV relacionada com a saúde são aqueles com mais educação, menos doenças crónicas, boa *performance* física e mais contacto com os cuidadores.

Num estudo comparativo realizado por Pinho (2005), referido por Ferreira (2009), em Portugal, sobre uma amostra de idosos institucionalizados e outra de idosos não institucionalizados, a autora observou, no que diz respeito a expectativas face à saúde, que os idosos institucionalizados relataram, na sua maioria, uma “melhor” saúde relativamente ao ano anterior, ao passo que os não institucionalizados, a referiam como “pior”.

A QV dos idosos não depende apenas do passado, mesmo que este tenha sido ótimo, depende sobretudo do presente e de um horizonte de futuro mesmo que limitado.

O desejo mais forte de um idoso institucionalizado é preservar a sua QV e de se sentir em casa. Assim, torna-se uma preocupação constante para as instituições, disponibilizar cuidados quer ao nível da saúde física e mental, como preservar e promover a QV dos seus residentes, tornando o espaço num local agradável, sem carga negativa, não só para os utentes, mas igualmente para a equipa de trabalho, familiares e amigos.

Por muitos aspetos que mudem na vida de quem envelhece, manter a sua identidade torna-se um verdadeiro desafio.

## Capítulo 4 - Metodologia de Investigação



## 4.1. Contextualização e objetivos do estudo

O Centro Social Paroquial de Alameda (CSPA) é uma IPSS sem fins lucrativos, com sede em Alameda, do distrito e concelho de Castelo Branco, que tem estatutos aprovados por despacho do Subsecretário de Estado da Saúde e Assistência em 13 de julho de 1971. A presente instituição, iniciativa da Fábrica da Igreja Paroquial de Alameda, inaugurada no dia 6 de setembro de 2013 visa contribuir para a promoção do desenvolvimento integral de todos os paroquianos, sendo coadjuvado pelos serviços públicos competentes ou das Instituições Privadas, num espírito de solidariedade humana, cristã e social (<http://www.cspalmaceda.pt/>). A sua principal missão é assegurar a satisfação das necessidades dos seus beneficiários, através da prestação de um conjunto de serviços personalizados e permanentes, garantindo o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, conforme Anexo A.

Numa primeira fase o CSPA para prosseguimento dos seus objetivos, mantinha as seguintes atividades:

- a. Assistência à 1ª e 2ª infância, cooperando com as famílias na educação física, intelectual e moral (creche e jardim de infância);
- b. Assistência à população que dela necessitar, em colaboração com os centros de saúde e outras instituições;
- c. Apoio à terceira idade, através do alojamento, alimentação, ocupação, assistência médica e enfermagem (ERPI; Centro de Dia (CD) e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD));
- d. Apoio à população ativa através de programas de promoção de desenvolvimento social e cultural;
- e. Quaisquer outras atividades socio caritativas que o CSPA julgue convenientes, uteis ou necessárias.

Atualmente, devido ao número reduzido de população infantil e aumento da população idosa, as respostas sociais em funcionamento são: CD, ERPI e SAD. O apoio social prestado por estas respostas sociais visa assegurar a satisfação das necessidades no que respeita ao acolhimento, integração social, alimentação, higiene habitacional, tratamento de roupas, conforto e ocupação/lazer, no sentido de promover a qualidade de vida dos respetivos utentes (<http://www.cspalmaceda.pt/>). Para tal, dispõe de uma equipa multidisciplinar (Anexo B) composta por duas técnicas de Serviço Social, uma Técnica de Nutrição Humana, uma fisioterapeuta, um médico assistente, três enfermeiros, uma Educadora Social, uma encarregada dos serviços gerais, doze auxiliares dos Serviços Gerais, duas ajudantes de ação direta, duas lavadeiras, dois motoristas e uma administrativa.

Conforme o articulado da Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, a resposta social ERPI, com capacidade máxima para 32 idosos, considera-se o “estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem” (art.º 1º). A ERPI destina-se “à habitação de pessoas com 65 ou mais anos que, por razões familiares, dependência, isolamento, solidão ou insegurança, não podem permanecer na sua residência”. Pode, também, destinar-se “a pessoas adultas de idade inferior a 65 anos, em situações de exceção devidamente justificadas” (art.º 5º). Os objetivos da ERPI são os seguintes: “a) proporcionar serviços permanentes e adequados à

problemática biopsicossocial das pessoas idosas; b) contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; c) criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar; e d) potenciar a integração social.” (art.º 3.º)

O CD do CSPA é “um equipamento social que funciona durante o dia e que presta vários serviços que ajudam a manter as pessoas idosas no seu meio social e familiar”. Segundo o Regulamento Interno de CD (Anexo C), a capacidade máxima de idosos a frequentar o CD é de 25 clientes e tem como principais objetivos:

- a. “Proporcionar serviços adequados à satisfação das necessidades dos clientes;
- b. Estabilizar ou retardar as consequências desagradáveis do envelhecimento;
- c. Prestar apoio social e psicológico;
- d. Promover as relações interpessoais e intergeracionais;
- e. Permitir que a pessoa idosa continue a viver no seu meio habitual de vida;
- f. Evitar ou retardar ao máximo o recurso a ERPI, contribuindo para a manutenção do cliente em meio natural de vida;
- g. Contribuir para prevenção de situações de dependência, promovendo a autonomia.”

Os serviços prestados pelo CD são, entre outros:

1. “Fornecimento de refeições e acompanhamento das mesmas;
2. Cuidados de higiene e conforto pessoal;
3. Tratamento da roupa (de uso pessoal e da habitação do cliente);
4. Higiene habitacional (no estritamente necessário à natureza do apoio a prestar);
5. Transporte (habitação ↔ Centro Social Paroquial de Alameda);
6. Acompanhamento ao exterior, desde que a situação assim o justifique (não exista estrutura familiar ou esteja comprovadamente impossibilitada);
7. Atividades de convívio, ocupação e lazer, no sentido de ocupar os tempos livres (funcionando como terapia ocupacional);
8. Serviço médico, enfermagem e fisioterapia.”

De acordo com o Regulamento Interno de SAD do CSPA (Anexo D), a resposta social SAD tem capacidade máxima para 46 idosos e “visa a prestação de cuidados e serviços a famílias e/ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas ou a realização das AIVD’s, nem disponham de apoio familiar para o efeito”. Tem como objetivos:

- i. “Melhorar a qualidade de vida das pessoas e famílias;
- ii. Contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar;
- iii. Garantir cuidados e serviços adequados às necessidades dos clientes;
- iv. Reforçar as competências e capacidades das famílias e outros cuidadores;
- v. Facilitar o acesso a serviços da comunidade;
- vi. Evitar ou adiar ao máximo o recurso a ERPI, contribuindo para a manutenção dos clientes em meio natural de vida;
- vii. Contribuir para a prevenção de situações de dependência, promovendo a autonomia.”

Os serviços prestados são:

- I. “Alimentação (preparação e distribuição de refeições, nomeadamente, o pequeno-almoço, almoço e jantar);
- II. Limpezas e arrumações da habitação;
- III. Tratamento de roupas de uso pessoal e da habitação do cliente;
- IV. Aquisição e distribuição de medicamentos, quando acordado.”

Face ao anteriormente exposto e tendo em conta o galopante envelhecimento da população portuguesa e o aparecimento de patologias degenerativas associadas ao envelhecimento é necessário desenvolver estratégias para promover e melhorar a QV.

Existem autores que defendem que aspetos como a inteligência e as capacidades cognitivas, por norma, declinam progressivamente com a idade (Lerner & Hultsch, 1983, referido por Fonseca, 2006) e outros que referem que a diminuição das capacidades cognitivas não se encontra diretamente ligada à idade cronológica mas sim à saúde e ao comportamento dos indivíduos, ao nível de educação e à posição social que eles ocupam, pois mesmo entre indivíduos idosos existem diferenças significativas a nível cognitivo, tendo em conta que algumas pessoas mantêm as suas capacidades cognitivas intactas até ao fim da vida e outras, mesmo antes que se possa falar de envelhecimento, já perderam parte delas (Paúl & Fonseca, 2000, referidos por Fonseca, 2006).

À luz dos estudos das neurociências e também no âmbito da psicologia cognitiva vêm surgindo novos métodos de estudar e intervir junto da população idosa, pois alguns estudos têm revelado que o envelhecimento não vem, necessariamente, acompanhado de declínio cognitivo, pois é possível adquirir novas aprendizagens até ao final da vida (Forette & Greengross, 2004, referidos por Tavares et al., 2009).

Deste modo, e segundo o mesmo autor, o treino cognitivo, a estimulação cognitiva e a participação em atividades intelectuais estão associadas a um menor risco de declínio cognitivo bem como a um menor risco de desenvolver DA.

Por tudo isto, e tendo em conta o facto de me encontrar, a desempenhar funções com população idosa, despertou o interesse de refletir e investigar de que forma as atividades a implementar podem contribuir para uma melhoria no desempenho cognitivo dos idosos em contexto institucional. Como tal, definiu-se como questão de investigação deste estudo:

- “Qual o efeito de um programa de treino cognitivo em idosos, em contexto de instituição, sem diagnóstico de Demência ou com Déficit Cognitivo Ligeiro (DCL)?”

Constituem-se assim como objetivos gerais: promover o desempenho cognitivo de idosos sem diagnóstico de demência ou com DCL, em contexto de instituição, através da implementação de um projeto de treino cognitivo que abrange as seguintes capacidades: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva e avaliar o seu efeito através da aplicação do MEEM antes e após o treino.

Em consequência foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Realizar a caracterização sociodemográfica dos idosos;
- Identificar o desempenho cognitivo dos idosos em contexto de instituição sem diagnóstico de demência através do diagnóstico realizado pelo MEEM;
- Definir as áreas de intervenção/habilidades cognitivas com base no diagnóstico;
- Construir o programa de treino cognitivo com base no diagnóstico;
- Aplicar o PTC;

- Avaliar os efeitos do programa através do MEEM.

Para tal, inicialmente o grupo selecionado foi submetido à aplicação do MEEM e posteriormente foi implementado o PTC, ao longo de dois meses, composto por diversas atividades de estimulação cognitiva. Foram realizadas 14 sessões com a duração de uma hora e trinta minutos, duas vezes por semana. Decorridos os dois meses desta intervenção, foi aplicado novamente o MEEM com o objetivo de comprovar se houve alterações a nível cognitivo.

## 4.2. População e amostra

Para a execução do projeto em estudo foi selecionada a instituição CSPA, uma IPSS de apoio a idosos, do distrito e concelho de Castelo Branco.

Para a seleção da amostra foram definidos critérios de inclusão e critérios de exclusão. Definiram-se para critérios de inclusão:

- a) Ter idade  $\geq 65$  anos;
- b) Residir na instituição ou ser utente de CD há mais de 6 meses;
- c) Não apresentar diagnóstico de demência ou apresentar DCL;
- d) Apresentar condições cognitivas que permitam responder aos instrumentos de recolha da informação.

Como critérios de exclusão excluíram-se os idosos com:

- a) Total dependência;
- b) Dificuldades comunicativas e linguísticas acentuadas.

Trata-se, de uma amostra intencional, uma vez que é constituída a partir das intenções ou necessidades do investigador para estudar uma situação particular e de uma amostra voluntária ou por conveniência uma vez que é constituída por unidades que se disponibilizam voluntariamente para integrar a amostra.

A escolha da instituição deve-se ao fato de pertencer ao mesmo local de trabalho da investigadora. O tipo de amostragem utilizado será, então, não probabilístico, pois a mesma é constituída por sujeitos facilmente acessíveis e disponíveis, correspondentes a critérios de inclusão exatos (Fortin, 2009).

É expectável que no processo de seleção e aplicação do estudo a participação seja voluntária desde que respeitem os critérios definidos anteriormente ou os elementos da amostra sejam escolhidos por uma questão de conveniência.

Dos 32 utentes existentes em ERPI e 15 em CD, o grupo de participantes reduziu-se a 11 sujeitos após o acesso aos seus processos para averiguação do tempo de institucionalização.

## 4.3. Procedimentos

A realização do presente projeto passou por várias e diferentes fases e procedimentos.

Numa primeira fase, realizou-se um contacto direto com a instituição, para apresentação informal do projeto, tendo sido entregues pedidos formais aos responsáveis superiores da instituição, para que autorizassem a implementação do projeto.

Numa segunda fase, após as autorizações deferidas da Diretora Técnica (Apêndice A) e do Diretor da instituição (Apêndice B) nos dias 16 e 18 de novembro de 2016, respectivamente, foi aplicado o termo de consentimento livre e informado (dezembro de 2016) individualmente a cada idoso com o objetivo de clarificar os procedimentos deste estudo e esclarecer as atividades a ser implementadas, para que os mesmos pudessem decidir sobre a sua participação no mesmo. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e informado (Apêndice C).

Na terceira fase, procedeu-se a uma primeira avaliação para identificar o desempenho cognitivo dos idosos, em contexto de instituição, onde foram aplicados os dois instrumentos, nomeadamente o inquérito por questionário (Apêndice D) e o MEEM (Apêndice E). A aplicação dos instrumentos decorreu ao longo de duas semanas. Os idosos eram questionados de acordo com cada item do MEEM (ex. Em que ano estamos?), sendo que, de acordo com a sua resposta seria atribuído 0 pontos (para resposta errada) ou 1 ponto (para resposta certa).

A quarta fase do projeto consistiu na implementação do PTC, com duração total de dois meses, de janeiro a fevereiro. Foi uma fase dedicada à concretização dos objetivos definidos no projeto: melhorar a capacidade cognitiva dos idosos sem diagnóstico de demência ou com DCL, bem como promover a sua QV. Ao longo das atividades foram registadas afirmações e manifestações dos idosos relativamente às atividades realizadas, assim como, as reações, o comportamento e a maneira de estar dos mesmos, ao longo dos dois meses.

O projeto mencionado contém 14 sessões dividindo-se em 2 sessões por capacidade cognitiva (atenção e cálculo, funções executivas, linguagem, habilidade construtiva, memória e percepção). As atividades foram adaptadas de um autor com investigações no âmbito da estimulação cognitiva, como Andrés Sardinero Peña, através do caderno de "*Estimulación cognitiva para adultos*" (2009).

Na quinta fase do projeto, os participantes foram submetidos a uma segunda avaliação, com a aplicação do mesmo instrumento de avaliação utilizado na avaliação inicial (MEEM).

Na sexta e última fase do projeto, foi efetuada a análise e tratamento dos dados, nomeadamente, a análise e tratamento dos inquéritos por questionário; apresentação e análise dos resultados do MEEM antes e após o treino; inferência estatística dos resultados do MEEM e análise descritiva dos resultados obtidos em relação ao PTC.

Foram considerados aspetos éticos relativos ao desenvolvimento metodológico do projeto, ou seja, como elucidar os participantes relativamente ao estudo, condições de participação e anonimato, esclarecendo que o envolvimento no estudo não trazia benefícios e que podiam desistir a qualquer momento.

#### 4.4. Desenho do estudo

Para Fortin (1999, p. 132) o tipo de estudo “descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação, visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade”.

O presente trabalho de projeto organiza-se como um estudo empírico de natureza qualitativa, que corresponde a um estudo de caso, descritivo e interpretativo, num plano longitudinal, do tipo experimental.

O estudo de caso é uma abordagem metodológica que permite analisar com intensidade e profundidade diversos aspetos de um fenómeno, de um problema, de uma situação real: o caso. Assim, como refere Stake (2005, p.11), o estudo de caso consiste no “estudo da particularidade e da complexidade de um caso singular para chegar a compreender a sua complexidade”. O estudo de caso implica um conhecimento profundo da realidade investigada e, como tal, recorre a diferentes métodos e técnicas que se enquadram, sobretudo, num paradigma de investigação qualitativa, embora isso não signifique que se excluam de cariz quantitativo, sendo o caso do meu estudo porque a análise dos dados do MEEM, sendo um instrumento padronizado implica uma análise quantitativa.

É possível constatar que o estudo de caso tem como objeto de investigação uma unidade particular que pode ser uma pessoa, um grupo, um acontecimento, uma organização, uma comunidade, pelo que os seus resultados e análises não permitem generalização a outros casos, circunscrevendo-se à situação analisada (Serrano, 2004).

#### 4.5. Instrumentos e técnicas de recolha de dados

Na perspetiva de Fortin (2003, p. 365), a recolha de dados é “ (...) um processo de observação, de medida e de consignação de dados, que visa recolher informação sobre certas variáveis junto dos sujeitos que participam numa investigação”. Como foram utilizados mais do que uma forma de recolha de dados foi possível uma análise mais abrangente, assim como, a clarificação e aprofundamento dos dados recolhidos.

Para a caracterização sociodemográfica dos participantes foi aplicado um inquérito por questionário que integrava os seguintes itens: idade; género; estado civil; escolaridade; profissão; tempo e motivo de institucionalização, entre outros.

Relativamente ao desempenho cognitivo, este foi avaliado através do MEEM, de Folstein e McHugh (1975) traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e colaboradores (1994), o qual possibilita uma avaliação do estado mental, nomeadamente, ao nível das competências: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva.

Fizemos uso de notas de campo para poder registar algumas das informações, opiniões, comentários que foram observadas na observação participante.

#### 4.5.1. Instrumentos

Para a concretização do presente estudo, foram selecionados dois instrumentos de avaliação, inquérito por questionário e o MEEM (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, segundo adaptação portuguesa de Manuela Guerreiro e colaboradores, 1993).

Na opinião de Fortin (2009), citado por Lopes (2014, p. 37) o inquérito representa “ (...) toda a atividade de investigação no decurso da qual são colhidos dados junto de uma população (...) a fim de examinar as atitudes, opiniões, crenças ou comportamentos desta população”.

Atendendo à definição do método de recolha de dados referida anteriormente, o método escolhido foi o questionário, sendo este definido como “ (...) métodos que necessitam das respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos” (Fortin, 1999, citado por Lopes 2014, p. 37). No caso do meu estudo, as respostas foram dadas pelos sujeitos e redigidas pelo investigador, uma vez que, a maioria da amostra era não escolarizada ou já não tinha capacidade para escrever.

Para Pardal e Lopes (2011), ao elaborar as perguntas “ (...) decorre naturalmente dos indicadores selecionados: as respostas que o leque de perguntas proporciona são função da qualidade da sua formulação” (p. 76). Neste sentido, o questionário aplicado contém perguntas de resposta fechada, de resposta aberta e, também, de respostas de escolha múltipla.

O questionário está organizado em três grupos de questões: Grupo 1 – Caracterização Individual; Grupo 2 - Critérios Pessoais e Grupo 3 – Frequência nas atividades da instituição e o estímulo cognitivo.

O MEEM pode contribuir para a identificação de distúrbios cognitivos não reconhecidos nos idosos, no dia-a-dia, pois ele avalia, apenas a cognição e não aspetos da condição mental tradicional como o humor, ilusões ou alucinações.

Este teste permite identificar se o paciente está orientado quer no tempo, quer no espaço, as competências de utilização de memória a curto prazo e se pode ler, escrever, calcular e ver e reproduzir através de desenho a relação entre um objeto ou figura e outro (Umphred, 2009).

O MEEM avalia as funções cognitivas de forma global, é um teste de fácil aplicação e requer cerca de 5 a 10 minutos, sendo o tempo de execução não cronometrado. Apresenta 30 questões divididas em seis domínios cognitivos: Orientação – 5 itens de orientação temporal e 5 de orientação espacial; Retenção – são referidas três palavras (‘Pera, Gato, Bola’) que o examinando repete de seguida; Atenção e Cálculo – o indivíduo tem de realizar cinco subtrações sucessivas de três valores ao número trinta; Evocação – o examinando tem de evocar as três palavras que foram repetidas anteriormente na Retenção; Linguagem – constituída por dois itens de Nomeação (Lápis e Relógio), um de repetição de uma frase (‘O rato roeu a rolha’), três de compreensão de ordem verbal (‘Pegar numa folha com a mão direita, dobrar ao meio e colocar em cima da mesa’), um de compreensão de ordem escrita (‘Feche os olhos’) e

um de escrita espontânea de uma frase; Habilidade Construtiva (cópia de uma imagem constituída por dois pentágonos intersectados em dois lados; pontua-se com um ponto se os dez ângulos estão presentes e os polígonos intersectados de modo a que essa intersecção forme um quadrado).

Cada item do teste é pontuado com 0 ou 1 ponto e a pontuação total varia entre 0 e 30 pontos, correspondendo este último ao melhor desempenho, nomeadamente: 30-26 pontos: funções cognitivas preservadas; 26-24 pontos: alteração não sugestiva de défice; 23 pontos ou menos: sugestão de défice cognitivo; 20-26 pontos: prejuízos cognitivos leves; 11-20 pontos: prejuízos cognitivos moderados; 10 pontos ou menos: prejuízos cognitivos severos. O score 23, normalmente é sugestivo de disfunção cognitiva (Freitas & Py, 2002, referidos por Sousa & Sequeira, 2012). Uma vez que o desempenho neste teste depende também da escolaridade do sujeito, recomenda-se a utilização de pontos de “coorte” distintos, consoante o nível de educação do sujeito (Lourenço & Veras, 2006).

O MEEM é usado para verificar disfunções cognitivas mas também pode ser utilizado em momentos sucessivos para quantificar as alterações no estado cognitivo de um paciente com o passar do tempo, bem como servir de base para planear como avaliar a reabilitação em indivíduos com alguma disfunção intelectual.

Em Portugal, foi publicado em 1994 o estudo de adaptação da tradução do MEEM por Guerreiro et al., no qual foram determinados valores de “coorte” para deteção de défice cognitivo, que têm sido utilizados desde a sua publicação (15 pontos em indivíduos analfabetos, 22 para 1 a 11 anos de literacia e 27 para literacia superior a 11 anos) (Guerreiro, 1998).

A aferição do MEEM à população portuguesa foi publicada há quinze anos e a recolha dos dados para o estudo há cerca de vinte. Sabe-se que o funcionamento do cérebro humano e, portanto, o desempenho em testes cognitivos depende da interação de fatores genéticos e ambientais, são influenciados pela aprendizagem de certas capacidades como a escrita e a leitura, sendo as funções cognitivas estimuladas e ampliadas pela educação e acesso ao conhecimento. (Castro-Caldas et al. (1998) & Martins (2006), referido por Morgado et al., 2009). Nos últimos vinte anos, os fatores culturais alteraram-se. Houve um acesso mais amplo à educação, uma evolução a nível social e económica e também dos cuidados de saúde e nutrição. Assim, os atuais idosos portugueses são diferentes dos das gerações anteriores, apresentam um maior nível de instrução e, como consequência, podem exibir um melhor desempenho em provas neuro psicológicas (Guerreiro, 2005, referidos por Castro-Caldas & Mendonça, 2005).

Assim, em Portugal, os valores normativos deste teste podem já não estar adaptados à população atual. Atualmente os valores operacionais de “coorte” do MEEM para a população portuguesa são: 22 para literacia de 0 a 2 anos, 24 para literacia de 3 a 6 anos e 27 para literacia igual ou superior a 7 anos (Morgado et al., 2009).

#### 4.5.2. Técnicas de recolha de dados: observação participante e notas de campo

Para este trabalho de projeto foram também selecionadas duas técnicas de recolha de dados: a observação participante e as notas de campo.

Tuckman (2000), referido por Martins (2006) considera que na investigação qualitativa, a observação visa examinar o ambiente através de um esquema geral para nos orientar e que o produto dessa observação é registado em notas de campo.

Bogdan e Biklen (1994) referem que a observação participante é a melhor técnica de recolha de dados nos estudos de natureza qualitativa. Em sintonia com a afirmação anterior, e no que diz respeito à importância da observação como método de recolha de dados, Vale (2000), citado por Martins (2006, p. 76) refere que a observação “é a melhor técnica de recolha de dados do indivíduo em atividade, em primeira mão, pois permite comparar aquilo que diz, ou que não diz, com aquilo que faz.”

Bogdan e Taylor (1975), citados por Correia (2009, p. 31) definiram observação participante como “uma técnica caracterizada por interações sociais intensas, entre investigador e sujeitos, no meio destes, sendo um procedimento durante o qual os dados são recolhidos de forma sistematizada”.

Segundo nos propõe Spradley (1980), referido por Correia (2009) a observação participante permite-nos observar as atividades das pessoas, as características físicas e sociais dos contextos onde ocorrem e o que nos faz sentir o facto de fazermos parte integrante daquela realidade.

Bogdan e Biklen (1994, p. 150) aludem que o diário de campo é: “o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da recolha, refletindo sobre os dados de um estudo qualitativo”. Assim, esta técnica de recolha de dados assume-se como fundamental, pois a sua elaboração irá conter informações, tanto de natureza descritiva como reflexiva, que irão contribuir para a investigação.

As notas de campo resultam num diário pessoal que orienta o investigador no desenvolvimento da sua pesquisa.

#### 4.6. Análise e tratamento dos dados

Para a análise dos dados obtidos, assim como para a caracterização da amostra, os dados quantitativos recolhidos foram tratados estatisticamente através do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.

Numa primeira parte realizou-se uma análise estatística descritiva com o objetivo de descrever e analisar a amostra em estudo recorrendo às medidas de tendência central (média) e às medidas de dispersão (desvio-padrão).

Para o tratamento dos dados da observação participante, Miles e Huberman (1994), referidos por Vale (2004) propõem um modelo de análise na investigação qualitativa que consiste em três momentos: a redução dos dados, a apresentação dos dados e as conclusões e verificação. A redução dos dados diz respeito ao processo de selecionar, simplificar e organizar todos os dados obtidos, durante a investigação. A apresentação dos dados refere-se ao momento em que a informação é organizada e compactada para assim o investigador poder ver rápida e eficazmente o que se passa no estudo. O terceiro e último momento corresponde à extração de conclusões de toda a informação recolhida, organizada e compactada, que está dependente da quantidade de notas tiradas, dos métodos usados e, principalmente, da experiência do investigador neste campo.

Por sua vez, Wolcott (1994), referido por Vale (2004) revela também três momentos fundamentais durante a fase de análise de dados: descrição, análise e interpretação. A descrição corresponde à escrita de textos resultantes dos dados originais registados pelo investigador. A análise é um processo de organização de dados, onde se devem salientar os aspetos essenciais e identificar fatores-chave. Por último, a interpretação diz respeito ao processo de obtenção de significados e ilações a partir dos dados obtidos, podendo fazer-se uso neste processo de análises e conclusões de estudos anteriores, cedidos através da análise documental. Este procedimento visa orientar o investigador na identificação de categorias de análise.

#### **4.7. Programa de treino cognitivo implementado**

O PTC implementado foi composto por 14 sessões com diversas atividades de estimulação cognitiva, as quais decorreram ao longo de 2 meses, 2 vezes por semana, com a duração aproximada de 1 hora e 30 minutos cada sessão. Este programa contemplou diversas atividades, as quais visaram estimular as diferentes funções cognitivas, nomeadamente: a atenção e o cálculo, as funções executivas, a linguagem, a habilidade construtiva, a memória e a perceção. Decorridos os dois meses foi novamente aplicado o MEEM com o objetivo de comprovar se houve alterações a nível cognitivo.

Como tal, os principais objetivos do programa foram:

1. Exercitar a memória (evocação), atenção e cálculo, linguagem, funções executivas, habilidade construtiva e perceção;
2. Prevenir o aparecimento de demências;
3. Aumentar a utilização de funções cerebrais;
4. Retardar os efeitos da perda de memória, de acuidade e velocidade percetiva;
5. Desenvolver e potenciar o desenvolvimento pessoal e social do idoso.

O projeto acima mencionado utilizou como pré e pós-teste o MEEM, com o objetivo de avaliar as capacidades cognitivas iniciais do idoso e as suas mudanças após a aplicação do programa. Como referimos anteriormente este teste está dividido em seis capacidades cognitivas.

Desta forma, foi feita uma pesquisa sobre estas capacidades cognitivas para destacar a importância de trabalhar e estimular as mesmas. Apresentamos no quadro 3 o planeamento das sessões, de acordo com os parâmetros que foram concebidos nas atividades a implementar.

Quadro 3: Habilidades mentais avaliadas no MEEM e desenvolvidas no programa de intervenção.

Habilidade cognitiva	Início das sessões	Fim das sessões	Objetivos
Atenção	03-01-2017	05-01-2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver a atenção visual;</li> <li>• Melhorar ou manter o funcionamento cognitivo.</li> </ul>
Cálculo	10-01-2017	12-01-2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino de competências mentais;</li> </ul>
Funções executivas	17-01-2017	19-01-2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver a atenção;</li> <li>• Aumentar a atividade cerebral;</li> <li>• Estimular a preservação cognitiva.</li> </ul>
Linguagem	24-01-2017	26-01-2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver o raciocínio abstrato e vocabulário;</li> <li>• Estimular a fluência verbal;</li> <li>• Atenuar o declínio da velocidade de processamento de informação;</li> </ul>
Habilidade construtiva	31-01-2017	02-02-2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento recíproco;</li> <li>• Orientação pessoal;</li> <li>• Estimular a capacidade construtiva;</li> <li>• Estimular as funções perceptivas, da atenção, da concentração, do pensamento abstrato, da orientação no espaço e da coordenação psicomotora;</li> </ul>
Memória	07-02-2017	09-02-2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar a atenção e a concentração;</li> <li>• Desenvolver a atenção visual;</li> <li>• Aumentar a memória a curto prazo, através da retenção de informação por um breve período de tempo;</li> <li>• Desenvolver a capacidade de memorização.</li> </ul>
Percepção	14-02-2017	16-02-2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver a agilidade mental e perceptiva.</li> </ul>

As atividades foram adaptadas do *Cuaderno de Estimulación Cognitiva para Adultos* (2009), do autor espanhol Andrés Sardinero Peña.

Para a promoção de cada uma das competências selecionadas foram realizadas duas sessões, com quatro atividades diferentes e todas estão ordenadas por ordem de dificuldade crescente.

Inicialmente, começamos por estimular a atenção (Apêndice F). Distribuimos as folhas a cada um dos participantes e explicamos em que consistiam, uma vez que a maioria dos participantes era analfabeta e eu tive de preencher por eles, após darem a sua resposta. As atividades da atenção consistiram em procurar os objetos definidos num conjunto de vários. Referenciamos que os idosos conseguiram compreender e realizar a tarefa com sucesso e quanto à motivação, houve idosos que se sentiram mais motivados que outros na sua realização, uma vez que, para alguns dos participantes fazer estas atividades não tinha significado.

A segunda habilidade cognitiva que pretendemos promover foi o cálculo (enumeração de objetos) (Apêndice G). Esta atividade consistiu em contabilizar o número de objetos presentes em cada documento. Nesta segunda habilidade o objetivo foi cumprido, ou seja, foi uma tarefa que permitiu o treino de competências mentais pouco utilizadas nas rotinas diárias dos idosos.

A terceira habilidade cognitiva relacionava-se com as funções executivas (Apêndice H). Nestas atividades o idoso tinha de representar mentalmente e referir uma sequência de diversas ações por imagem ou por ordem verbal (por exemplo, para ir comprar o pão, quais os passos que tinha de fazer, isto é, entrar na padaria (passo 1); pedir o pão (passo 2); pagar o pão (passo 3) e sair da padaria (passo 4). Os idosos evidenciaram algumas dificuldades na sequência apoiada apenas em informação verbal já que a realização da tarefa sem suporte de imagem exige maior capacidade de abstração.

A quarta habilidade cognitiva relaciona-se com a linguagem (Apêndice I). As atividades relacionadas com essa competência apresentavam objetivos diferenciados. Em primeiro lugar, teriam de adivinhar qual a resposta correta à questão colocada; em segundo lugar teriam de colocar os artigos (o/a; os/as) de acordo com a palavra que se encontrava escrita, em terceiro lugar teriam de assinalar a palavra que tinha o significado oposto à palavra que se encontrava a negrito e por último consistia em observar as imagens e completar o seu significado. Nesta competência os idosos não demonstraram dificuldades.

Na tarefa de “habilidade construtiva” (Apêndice J) os idosos tinham que reproduzir graficamente a imagem que estava representada do lado oposto. Nesta atividade todos os objetivos acima descritos no quadro 3 foram atingidos.

As tarefas que tiveram como objetivo promover a utilização da memória (Apêndice K) consistiram em apresentar durante alguns segundos a primeira página onde figuravam objetos para posteriormente identificarem esse mesmo objeto na página seguinte. Os exercícios de grau mais elevado consistiam, concretamente, no “jogo da memória”: inicialmente eram mostradas duas imagens em que a primeira pertencia à mesma categoria da segunda imagem (exemplo: camisola/calças) e após alguns segundos tinham de adivinhar que imagem faltava no conjunto visto anteriormente (camisola/calças). Os objetivos “treinar a atenção e a concentração” e “desenvolver a atenção visual” foram bem-sucedidos, apesar de os idosos sentirem maior dificuldade nas tarefas com uma complexidade mais elevada, estando esta relacionada com uma maior sobrecarga da memória, comparativamente à primeira tarefa, pelo que seria necessário implementar atividades relacionadas com esta competência durante um período de tempo mais alargado.

Para finalizar, a atividade de discriminação percetiva (Apêndice L) que consistiu em identificar os diferentes objetos pelo seu tamanho e forma e discernir entre o objeto

maior ou menor; foi realizada com sucesso pelos participantes no estudo, permitindo a mobilização de competências de análise conceitual (conceitos associados ao tamanho e forma dos objetos) e perceptiva.



## Capítulo 5 - Apresentação e análise dos resultados



Neste capítulo apresentam-se os resultados da análise estatística efetuada, seguindo-se a sua discussão à luz do quadro teórico exposto na primeira parte.

## 5.1. Apresentação e análise dos inquéritos por questionário

Pela exposição dos resultados da Tabela 1 há a referir que a média de idades do grupo da amostra que participou no estudo, é de 80,09 anos, sendo que o valor mínimo de idade é de 70 anos e o máximo de 87 anos.

Tabela 1: Estatística descritiva da idade dos participantes.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
<b>Idade</b>	11	70	87	80,09	5,787

A Tabela 2 apresenta alguns aspetos sociodemográficos dos idosos que participaram no estudo.

No que se refere à variável “estado civil”, há a mencionar que 63,6% dos idosos são viúvos e a grande maioria são do sexo feminino (81,8%).

Podemos observar que a 54,5% dos idosos são não escolarizados.

Em relação à variável “profissão”, dominam as profissões do setor primário, sendo que 27,3% dos participantes foram agricultores e 18,2% foram domésticas. Existe uma grande dispersão nos resultados quanto a esta variável.

Tabela 2: Dados sociodemográficos dos idosos.

		N	%
<b>Estado Civil</b>	Solteiro/a	2	18,2
	Casado/a	2	18,2
	Viúvo/a	7	63,6
	Total	11	100,0
<b>Sexo</b>	Masculino	2	18,2
	Feminino	9	81,8
	Total	11	100,0
<b>Habilitações Literárias</b>	Sem habilitações	6	54,5
	Ensino Primário	4	36,4
	Ensino Superior	1	9,1
	Total	11	100,0
<b>Profissão</b>	Doméstica	2	18,2
	Serralheiro	1	9,1
	Comerciante	1	9,1
	Educadora Social	1	9,1
	Agricultor	3	27,3
	Empregada de quartos	1	9,1
	Cozinheira	1	9,1
	Pedreiro	1	9,1
	Total	11	100,0

Analisando a Tabela 3, podemos verificar que, dos idosos em contexto de instituição, 27,3% estão há menos de 1 ano, 36,4% entre 1 a 2 anos, 9,1% entre 3 a 4 anos e 27,3% entre 5 a 6 anos na instituição.

Relativamente ao motivo da institucionalização, 18,2% dos participantes estão na instituição há menos de 1 ano e o motivo de institucionalização foi a falta de apoio familiar; também com 18,2% estão na instituição entre 1 a 2 anos e motivo foi a solidão; apenas 9,1% estão na instituição entre 3 a 4 anos e o motivo de institucionalização foi a dependência de terceiros. Para finalizar, 18,2% dos idosos estão na instituição entre 5 a 6 anos e o motivo que os levou para a instituição foi a prevalência de doenças.

Esta análise é meramente descritiva pois o número reduzido de sujeitos não permite inferir outro tipo de análise.

Tabela 3: Tempo de Institucionalização vs. Motivo de Institucionalização.

			Motivo da institucionalização				Total	
			Falta apoio familiar	Prevalência doenças	Solidão	Dependente Terceiros		
Tempo de institucionalização	<1 Ano	Contagem	2	1	0	0	3	
		% Total	18,2%	9,1%	0,0%	0,0%	27,3%	
	1-2 Anos	Contagem	0	1	2	1	4	
		% Total	0,0%	9,1%	18,2%	9,1%	36,4%	
	3-4 Anos	Contagem	0	0	0	1	1	
		% Total	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%	9,1%	
	5-6 Anos	Contagem	0	2	1	0	3	
		% Total	0,0%	18,2%	9,1%	0,0%	27,3%	
	<b>Total</b>		Contagem	2	4	3	2	11
			% Total	18,2%	36,4%	27,3%	18,2%	100,0%

Na questão sobre a iniciativa de institucionalização, verifica-se que 72,7% dos participantes foram trazidos por familiares e apenas 27,3% decidiram ingressar no lar por iniciativa própria (Tabela 4).

Tabela 4: Iniciativa da institucionalização.

	N	%
Por iniciativa própria	3	27,3
Trazido por familiares	8	72,7
<b>Total</b>	11	100,0

Pela exposição dos resultados da tabela 5, há a referir que 63,6% dos participantes consideram-se pessoas ativas nas tarefas da instituição e quanto à importância das atividades na instituição, também 63,6% dos participantes afirmam que as atividades são um passatempo e 18,2% consideram que desenvolvem a motricidade fina.

Os sujeitos participantes no estudo, quando questionados sobre o que é a estimulação cognitiva, 63,6% afirma não saber, contudo destacamos três participantes (27,3%) que associam a atividades do “treino do cérebro” e apenas um sujeito (9,1%)

afirma que “ é nós termos vontade de não parar na vida e ver as coisas pelo lado otimista”.

Todos os sujeitos afirmam que é importante o desenvolvimento mental.

Das tarefas importantes para o desenvolvimento mental, os jogos de memória, os trabalhos manuais e as tarefas do dia-a-dia, são consideradas como as mais importantes para os sujeitos participantes no estudo (36,4%).

Tabela 5: Análise de questões sobre atividades diárias, estimulação cognitiva e desenvolvimento mental dos sujeitos.

		N	%
Pessoa ativa nas tarefas da instituição	Sim	7	63,6
	Não	4	36,4
Importância das atividades na instituição	“São um passatempo”	7	63,6
	“Temos de ser incentivados porque já não temos ação”	1	9,1
	“Gosto de trabalhar para desenvolver a motricidade fina”	2	18,2
	“Fico mais ativa socialmente e contribui para o meu bem-estar”	1	9,1
O que é a estimulação cognitiva	“Treinar o cérebro”	3	27,3
	“Não sei”	7	63,6
	“Nós termos vontade de não parar na vida e ver as coisas pelo lado otimista”	1	9,1
É importante o desenvolvimento mental?	Sim	11	100,0
Tarefas importantes para o desenvolvimento mental	Jogos de memória; trabalhos manuais	4	36,4
	Tarefas do dia-a-dia	4	36,4
	Leituras, anedotas, provérbios, histórias de vida em comum de cada um	1	9,1
	Renda	1	9,1
	Atividades programadas no plano de atividades	1	9,1

## 5.2. Apresentação e análise dos resultados do MEEM antes e após o PTC

De acordo com Reis et al. (1996, p. 15), “a estatística descritiva consiste na recolha, análise e interpretação de dados numéricos através da criação de instrumentos adequados: quadros, gráficos e indicadores numéricos”.

Este procedimento de análise estatística pretende proporcionar relatórios que apresentem informações sobre a tendência central e a dispersão dos dados obtidos. As medidas da tendência central são indicadores que permitem que se tenha uma primeira ideia ou um resumo, do modo como se distribuem os dados de uma experiência, informando sobre o valor (ou valores) da variável aleatória.

Para avaliar a eficácia do PTC, bem como avaliar as necessidades de intervenção em termos cognitivos após a conclusão do programa, efetuou-se uma análise comparativa entre o primeiro e o segundo momento da avaliação.

Os gráficos seguintes apresentam os resultados individuais referentes ao MEEM, onde é possível verificar que, de um modo geral, existe uma evolução positiva nos resultados das dimensões: orientação, evocação e linguagem, uma vez que para a maioria dos participantes os resultados numa segunda fase são iguais ou mais elevados, face à primeira observação, há exceção dos resultados obtidos nas provas da retenção, atenção e cálculo e habilidade construtiva, uma vez que os resultados são

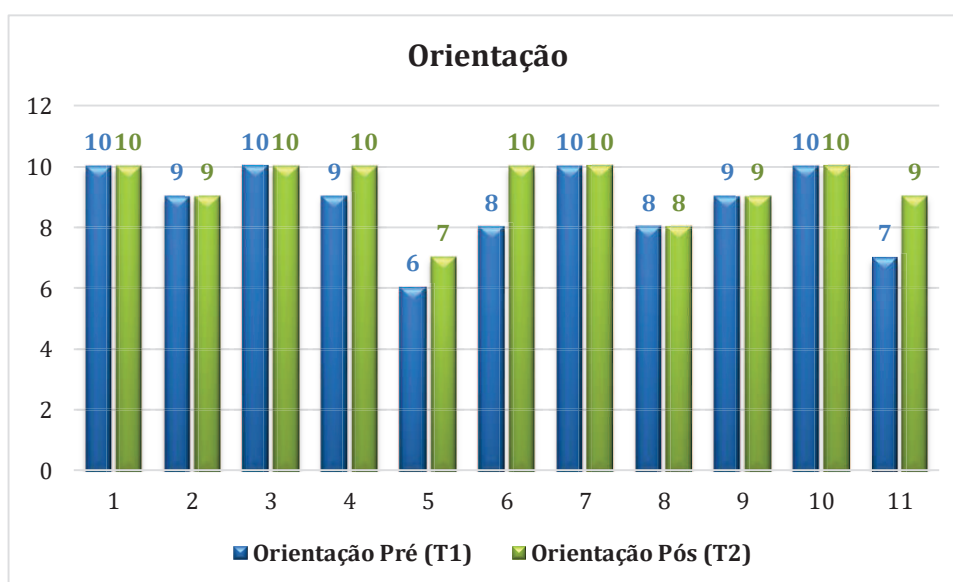
iguais quando comparada a primeira e a segunda fase na grande maioria dos participantes.

Após a avaliação das necessidades, sumariada nos gráficos, concluiu-se que era fundamental intervir a nível da orientação, evocação e linguagem. Contudo, considera-se que seria uma mais valia intervir nos outros níveis, de modo a manter ou melhorar os resultados/ desempenho obtidos na primeira avaliação.

De um modo geral, a maioria dos participantes evoluiu de forma positiva antes e após o PTC. Apenas os sujeitos 2, 7 e 8 regressaram, tendo o sujeito 2 no pré-teste a pontuação total de 29 pontos e no pós-teste de 28 pontos e o sujeito 7 no pré-teste 30 pontos e no pós-teste 29 pontos, no entanto, mantiveram as suas funções cognitivas preservadas. O sujeito 8 obteve no pré-teste 26 pontos e 25 pontos no pós-teste, apresentando uma alteração não sugestiva de défice (Apêndice M – resultados [antes e após] a aplicação do MEEM por pontos).

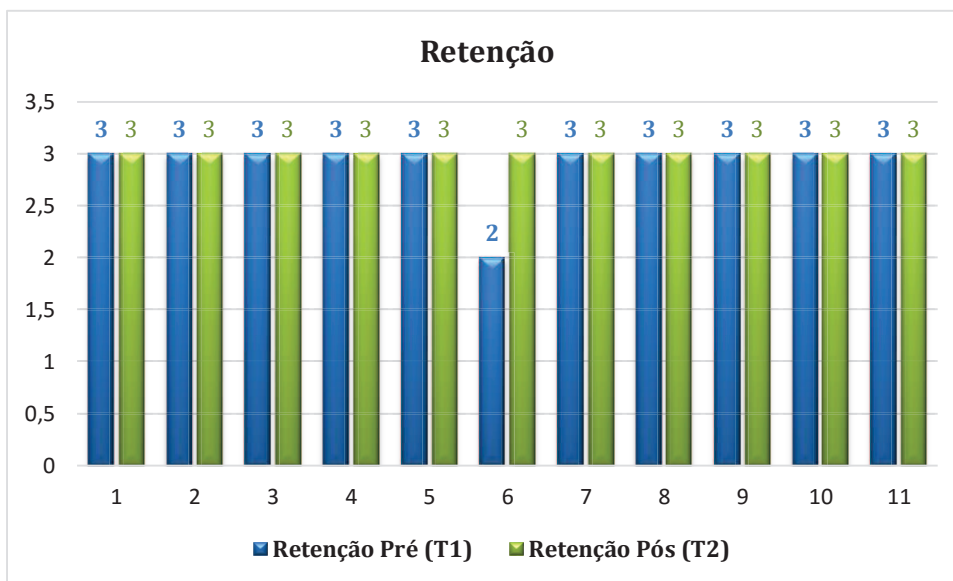
Para uma análise mais detalhada, passa-se à apresentação dos gráficos com as habilidades cognitivas trabalhadas:

Gráfico 2: Resultados da Orientação entre o pré e pós-teste do MEEM.



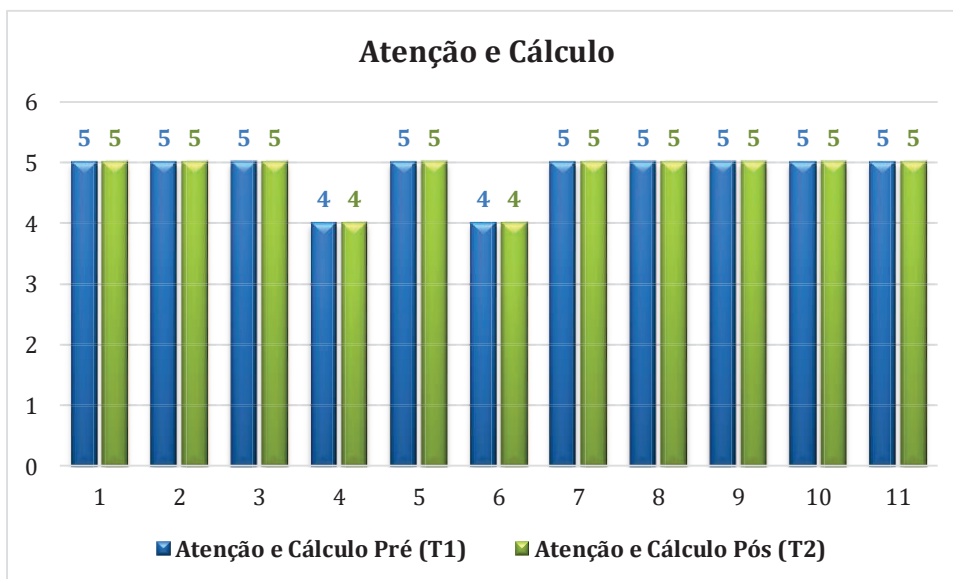
Ao nível da variável “orientação”, os participantes 6 e 11 são os que apresentam uma maior evolução sendo que estes apresentam 8 e 7 pontos, no pré-teste, e no pós-teste, 10 e 9 pontos, respetivamente. De um modo geral, os participantes mantiveram ou progrediram nesta dimensão.

Gráfico 3: Resultados da Retenção entre o pré e pós-teste do MEEM



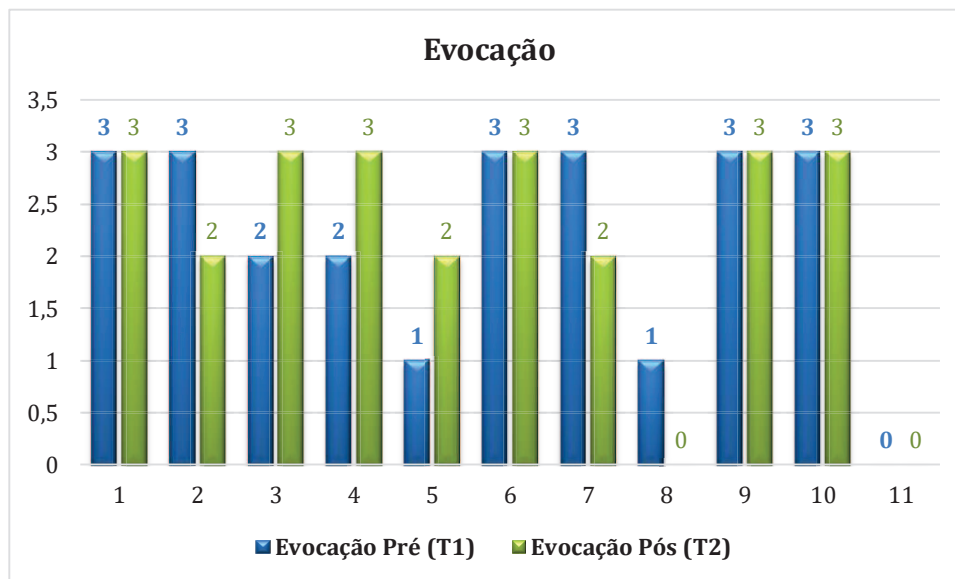
Quanto à variável “retenção” é observável no gráfico 3 que a quase totalidade dos participantes mantiveram a mesma pontuação entre o pré e o pós-teste, sendo de destacar apenas o participante 6 que passou de um total de 2 pontos para o máximo da pontuação obtida na prova, 3 pontos.

Gráfico 4: Resultados da Atenção e Cálculo entre o pré e pós-teste do MEEM.



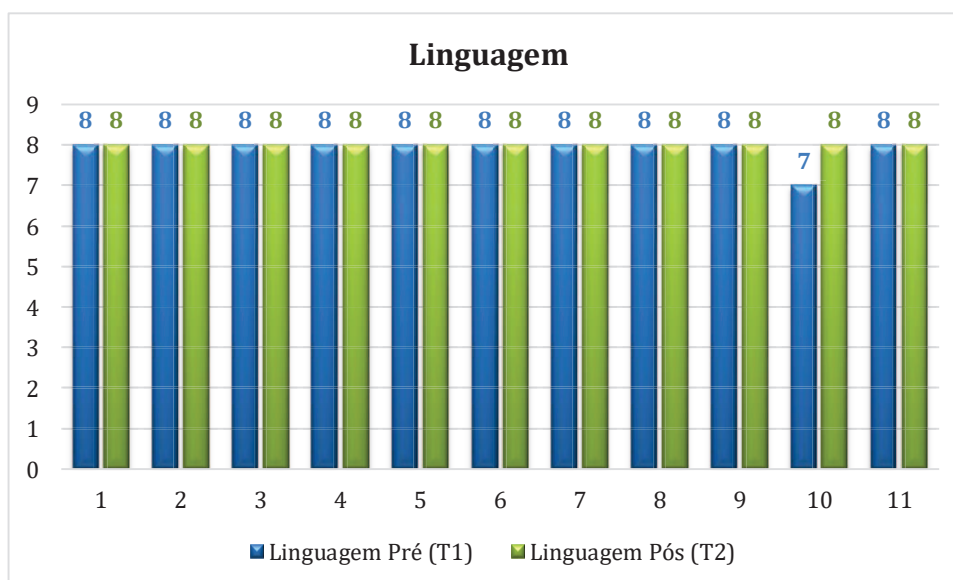
No que respeita à variável “atenção e cálculo”, podem-se realçar os participantes 4 e 6, sendo que, tanto na primeira como na segunda avaliação obtiveram uma pontuação máxima de 4 pontos num total de 5 pontos, não progredindo ao longo do tempo.

Gráfico 5: Resultados da Evocação entre o pré e pós-teste do MEEM.



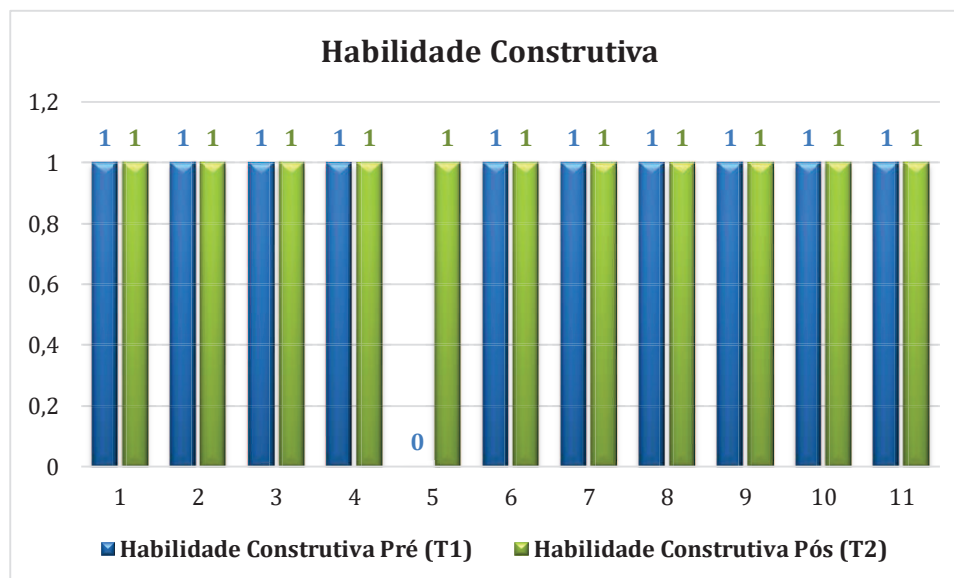
Ao nível da variável “evocação”, os participantes 2, 7, 8 e 11 regrediram, uma vez que os participantes 2 e 7 passaram da pontuação máxima para 2 pontos, o participante 8 de 1 para 0 pontos e o participante 11 não evoluiu, apresentando 0 pontos tanto no pré como no pós-teste. Os participantes 3,4,5 foram os que mais progrediram, passando os participantes 3 e 4 de 2 para 3 pontos e o participante 5, de 1 para 2 pontos. Os restantes mantiveram os mesmos resultados tanto no pré como no pós-teste.

Gráfico 6: Resultados da Linguagem entre o pré e pós-teste do MEEM.



Verifica-se que, ao nível da variável “linguagem”, a grande maioria dos participantes conservaram os resultados já obtidos na primeira avaliação. Apenas o participante 10, se destacou pela positiva, melhorando em 1 ponto na segunda avaliação do MEEM.

Gráfico 7: Resultados da Habilidade Construtiva entre o pré e o pós-teste do MEEB.



Ao nível da variável “habilidade construtiva”, a grande maioria dos participantes obteve pontuação máxima (1 ponto) entre o pré e o pós-teste, exceto o participante 5 que registou evolução, passando de 0 pontos para 1 ponto.

Apresentamos em seguida, sinteticamente, os resultados globais. Para esta análise foram calculados a média, a moda, o desvio padrão, o mínimo e o máximo.

Ao nível da média, em relação ao pós-teste as habilidades que evoluíram foram a Orientação (8,73 pré-teste; 9,27 pós-teste), Retenção (2,91 pré-teste; 3,00 pós-teste), Linguagem (7,91 pré-teste; 8,00 pós-teste) e Habilidade Construtiva (,91 pré-teste; 1,00 pós-teste). Na Atenção e Cálculo (4,82 pré e pós teste) e Evocação (2,18 pré e pós-teste) as médias mantiveram-se tanto no pré como no pós-teste. Em nenhuma habilidade houve diminuição das médias obtidas no pré-teste.

Ao nível dos valores mínimos, as habilidades (Orientação [6 pontos no pré-teste e 7 pontos no pós-teste], Retenção [2 pontos no pré-teste e 3 pontos no pós-teste], Linguagem [7 pontos no pré-teste e 8 pontos no pós-teste] e Habilidade Construtiva [0 pontos no pré-teste e 1 ponto no pós-teste]) apresentam valores muito semelhantes, aumentando apenas um valor do pré-teste para o pós-teste. As habilidades Atenção e Cálculo (4 pontos no pré-teste e no pós-teste) e Evocação (0 pontos no pré-teste e pós-teste) mantiveram os valores tanto no pré como no pós-teste.

Ao nível dos valores máximos, todas as habilidades, nomeadamente, a Orientação [10 pontos no pré-teste e no pós-teste], a Retenção [3 pontos no pré-teste e no pós-teste], a Atenção e Cálculo [5 pontos no pré-teste e no pós-teste], a Evocação [3 pontos no pré-teste e no pós-teste], a Linguagem [8 pontos no pré-teste e no pós-teste] e a Habilidade Construtiva [1 ponto no pré-teste e no pós-teste] mantiveram os valores tanto no pré como no pós-teste.

Globalmente, é possível verificar que, existe uma evolução positiva nos resultados de Orientação, Retenção, Linguagem e Habilidade Construtiva, uma vez que as médias e os valores mínimos aumentaram (Tabela 6).

Tabela 6: Resultados do MEEM.

Habilidades do MEEM	Média		Moda		Desvio Padrão		Mínimo		Máximo	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
Orientação	8,73	9,27	10	10	1,348	1,009	6	7	10	10
Retenção	2,91	3,00	3	3	,302	,000	2	3	3	3
Atenção e Cálculo	4,82	4,82	5	5	,405	,405	4	4	5	5
Evocação	2,18	2,18	3	3	1,079	1,168	0	0	3	3
Linguagem	7,91	8,00	8	8	,302	,000	7	8	8	8
Habilidade Construtiva	,91	1,00	1	1	,302	,000	0	1	1	1

### 5.3. Inferência estatística dos resultados do MEEM

Apesar do presente estudo se organizar como um estudo de caso com uma amostra pequena de participantes, optamos por utilizar um teste não paramétrico de inferência estatística que permitiu aferir a não significância das mudanças ocorridas entre o pré e pós-teste, tal como se apresenta na tabela 7.

Tabela 7: Teste de Wilcoxon para comparar as médias do pré e do pós-teste do MEEM. Fonte: Adaptado de SPSS 20

	Orientação Pós	Retenção Pós	Atenção e Cálculo Pós	Evocação Pós	Linguagem Pós	Habilidade Construtiva Pós
	Orientação Pré	Retenção Pré	Atenção e Cálculo Pré	Evocação Pré	Linguagem Pré	Habilidade Construtiva Pré
Estatística de Wilcoxon	-1,857	-1,000	,000	,000	-1,000	-1,000
P-valor	,125	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000

O p-valor obtido (0,125) indica que não se verificaram diferenças significativas entre os resultados obtidos no pré e no pós-teste.

### 5.4. Análise descritiva dos resultados obtidos em relação ao PTC

Dada a heterogeneidade do grupo em estudo, optou-se por uma caracterização mais detalhada dos participantes em relação ao PTC. Cada indivíduo é codificado com um ID diferente.

ID 1: género feminino, 76 anos, viúva e doméstica. Gosta de participar nas atividades propostas pela instituição, especialmente, nas atividades manuais. É

dependente na locomoção, uma vez, que foram amputadas as duas pernas e tem como apoio a cadeira de rodas e faz hemodiálise. Relativamente ao PTC, mostrou-se empenhada ao longo das sessões, no entanto fazia questão de, antes de cada atividade, e sempre que se sentia menos apta, justificar o motivo pelo qual a sessão poderia não correr tão bem. O motivo era pelo simples facto de nos dias após a hemodiálise ainda sentir alguma fraqueza e dificuldade em se concentrar. Apesar destas dificuldades, foi relativamente fácil realizar o programa proposto, mostrando que estas atividades deveriam ser feitas mais vezes porque na ERPI antecedente fazia muitas vezes e eram ótimas para o treino cerebral.

ID 2: género masculino, 85 anos, casado e serralheiro pré-oficial. É um indivíduo independente porém, com as funções cognitivas mais conservadas que a sua condição física, devido ao tratamento de hemodiálise a que se encontra sujeito. É um idoso pouco ativo nas atividades propostas pela instituição. Relativamente ao PTC, o participante sentiu mais dificuldades no exercício da habilidade construtiva, uma vez que se revelava muito autocrítico e aborrecido consigo próprio devido ao desenho não ficar perfeito.

ID 3: 85 anos, sexo feminino, viúva e comerciante. Esta participante sabe ler e escrever e fazer operações numéricas de grau acessível, justificando que em toda a sua vida teve de lidar com números, devido à sua profissão. É uma pessoa muito ativa e participa com muito gosto nas atividades que lhe são solicitadas, e ainda hoje faz do tricô o seu passatempo. Relativo ao PTC foi notória alguma fragilidade na resolução dos exercícios de habilidade construtiva, sempre com a preocupação de o desenho não ficar impecável. Nunca deu muito valor ao programa, mas mostrou-se sempre disposta a realizá-lo.

ID 4: 71 anos, género feminino e é solteira. Completou o Curso de Educadora Social e exerceu a profissão de administrativa na instituição onde se encontra institucionalizada. É uma senhora muito consciente da realidade, comunicativa e extrovertida apesar das doenças que lhe assistem. Cooperava em todas as atividades da instituição sempre que solicitada. Em relação ao treino cognitivo, mostrou-se muito interessada, afirmando muitas vezes “isto é que nos faz bem, ocupa-se o tempo”. Referia ter mais dificuldades nos exercícios de memorização, uma vez que “exigia muita atenção”. Apesar destas dificuldades, foi relativamente fácil para esta idosa realizar o programa proposto, mostrando assim a sua sabedoria, a qual gostava muito de salientar dizendo que era muito inteligente quando era mais nova.

ID 5: 79 anos, género feminino, casada e fez da agricultura a sua profissão. Encontra-se lúcida, apesar de apresentar, por vezes, algum esquecimento. Quanto à realização do PTC, dizia que “não vale a pena participar porque não sei ler nem escrever”, mas com o passar das sessões sentiu-me muito entusiasmada e participativa. Relativamente às atividades de memorização teve mais dificuldade nas atividades mais complexas e em relação à habilidade construtiva, inicialmente, recusou fazer, dando como justificação o facto de tremer muito e não ficar perfeito, mas depois de estimulada, fez a resolução do exercício.

ID 6: 87 anos, viúva, sexo feminino e desde tenra idade que exerceu trabalhos domésticos, agrícolas e resina. É bastante comunicativa, ativa e participativa nas atividades propostas pela instituição. Apesar de não ter completado os quatro anos de instrução primária, saber ler e escrever, no entanto, apresentou algumas dificuldades na compreensão da maioria das atividades e também teve dificuldade em se

concentrar, distraíndo-se com muita facilidade. A atividade em que sentiu maior dificuldade foi na habilidade construtiva, justificando que não tinha jeito nenhum para o desenho.

ID 7: sexo feminino, 70 anos, viúva e desde o falecimento dos pais que exerceu trabalhos no campo e atividade doméstica. Muito independente, simpática e calma e coopera de forma bastante positiva nas atividades efetuadas na instituição. Sempre se mostrou disponível e entusiasmada para participar no programa e sentia-se agradecida, uma vez que, segundo esta, juntava o útil ao agradável, pois gostava de fazer os exercícios, mantinha-se ocupada e simultaneamente melhorava a memória. As atividades de memorização foram consideradas por ela as mais complicadas, dizendo que já não tinha cabeça para memorizar tantas imagens. As atividades de habilidade construtiva, a idosa, num primeiro momento, recusou fazê-las devido, ao facto de ter a visão fraca. Após alguma estimulação, executou os desenhos propostos.

ID 8: 83 anos, género feminino, viúva, foi responsável de lavandaria e posteriormente governanta no hotel Tivoli em Lisboa durante muitos anos. É muito independente e ativa, apesar de ter esquecimentos frequentes, mas gosta muito de participar em todas as atividades propostas pela instituição. Apesar de não ter completado os 4 anos de escolaridade, sabe ler e escrever muito bem, desta forma não teve qualquer tipo de problema em fazer as atividades que lhe foram pedidas. Nas avaliações finais, a idosa dizia sentir mais dificuldade na memorização de palavras, mas sempre se esforçou para memorizar o máximo de palavras possível e também salientou que “estas atividades são muito boas para melhorar o cérebro”.

ID 9: sexo feminino, 84 anos, solteira e foi ajudante de cozinha no hospital antigo de Castelo Branco, passando o cargo de cozinheira no hospital novo. Aos 6 anos começou a frequentar a escola e fez a 3ª classe, mas só em adulta é que terminou a 4ª classe. É uma idosa muito independente e ativa, não participa na maioria das atividades da instituição, mas não descarta a sua caminhada matinal e ao longo do dia. Em relação ao PTC, a utente demonstrou interesse e com vontade de fazer sempre mais do que lhe era solicitado. Ao longo da realização das tarefas solicitadas, não demonstrou a postura mais correta, sendo-lhe transmitido que teria de se sentar melhor para fazer as atividades mais concentrada. No final das sessões, sentia-se com dores de cabeça, mas apesar de tudo mostrou-se interessada em continuar o programa.

ID 10: 78 anos, género masculino, viúvo, foi pedreiro. Lúcido e consciente, possui um discurso articulado e coerente, no entanto, é dependente quanto à locomoção e escrita, uma vez que, sofreu um AVC e afetou-lhe os membros superiores e inferiores direitos. Quanto à caligrafia este participante teve de se readaptar e redigir com a mão esquerda, uma vez que a mão direita ficou paralisada. Desta forma, o investigador é que preencheu as fichas depois da resolução do indivíduo. É um idoso simpático, calmo e perspicaz. Não participa na maioria das atividades da instituição, mas em relação ao programa sempre se mostrou muito interessado e entusiasmado em participar. Apresenta a condição física mais debilitada que as funções cognitivas, isto era notório, pela rapidez com que resolvia as fichas de enumeração de objetos. As atividades que lhe causaram maior insegurança e complexidade foram as de habilidade construtiva, uma vez que, como foram efetuadas com a mão esquerda, o idoso sentiu-se preocupado com o facto de tremer muito e do tamanho do desenho não ser igual ao original e as atividades de memorização, porque quanto mais complexas eram as atividades mais dificuldade tinha em memorizar.

ID 11: 83 anos, sexo feminino, viúva e dedicou a sua vida à agricultura. É uma idosa ainda muito autónoma na realização das suas AVD's, é bastante participativa e ativa nas atividades propostas pela instituição. No início do programa não tinha grande interesse em participar, porque dizia que nunca tinha andado na escola e não sabia ler nem escrever. Após uma breve explicação, consegui incentivá-la a participar. A atividade em que sentiu mais dificuldade foi na habilidade construtiva porque tinha medo de não conseguir fazer igual e esta idosa é muito perfeccionista, gosta que o trabalho fique perfeito. Após a realização do PTC, disse que “as atividades são boas para desenvolver a cabeça e principalmente as de cálculo são ótimas para desenferujar a cabeça”.

De um modo geral, a falta de acuidade visual e a dificuldade em escrever por desuso desta capacidade levaram a que os documentos fossem preenchidos pelo investigador logo após a resolução feita pelo indivíduo.

Relativo ao PTC, todos os idosos sentiram dificuldades nas atividades de habilidade construtiva.

## 5.5. Discussão dos resultados

Neste capítulo pretende-se interpretar os resultados obtidos no nosso estudo, evidenciando os que assumiram maior relevância, pelo seu conteúdo e pertinência intrínseca ou pelo paralelismo com estudos anteriores desenvolvidos na mesma área.

A promoção da plasticidade cerebral por meio de programas de estimulação cognitiva tem sido uma estratégia implementada com algum sucesso, podendo preservar um bom nível de eficiência nas pessoas idosas e possibilitando, ao mesmo tempo, a recuperação dos processos cognitivos (Fontaine, 2000; Peña, 2009). As investigações que têm sido desenvolvidas nesta área têm adotado um delineamento das pesquisas com utilização de pré-teste, treino e pós-teste, o que permite introduzir algum rigor na análise dos resultados obtidos. Assim, os principais resultados de tais investigações apontam que os idosos saudáveis melhoram substancialmente o rendimento cognitivo depois do treino dessas funções, indiciando a existência de plasticidade cognitiva neste período da vida.

É importante treinar, por meio de exercícios, a função cognitiva pois intervenções adequadas produzem efeitos de aprendizagem, aumento do desempenho nas habilidades que foram alvo de intervenção e, raramente reportados, efeitos de generalização dos ganhos para contextos distintos da intervenção (como atividades quotidianas) e efeitos de transferência para habilidades cognitivas não treinadas (Golina & Flores-Mendoza, 2016).

Em consonância com os resultados do nosso estudo encontra-se a pesquisa de Souza e Chaves (2003), estudo com objetivo semelhante mas com um programa diferente de estimulação cognitiva, em que os resultados sugerem que a estimulação cognitiva promove melhorias significativas na pontuação do MEEM.

Os estudos realizados em Portugal por Rodrigues (2006) e Castro (2011), após a aplicação de um PTC indicam também progressos no desempenho cognitivo.

No que concerne à planificação de PTC para a população idosa, deve ter-se em conta a simplicidade dos exercícios e a vertente de reforço social ao longo das sessões. Posto isto, este PTC incluiu um conjunto de exercícios diferentes, mas simples, nomeadamente a estimulação de tarefas de contagens simples, atenção, funções executivas, linguagem, habilidade construtiva, memória e percepção, contribuindo para a preservação da sua capacidade cognitiva.

O impacto positivo desta intervenção perante o grupo amostral reforça o que é apontado por Fernández-Ballesteros et al., (2009), referido por Ferreira (2012), quando referem que os principais resultados de investigações sobre a plasticidade cognitiva assentam no princípio de que os idosos saudáveis melhoram substancialmente o rendimento positivo nas áreas cognitivas, depois do treino.

Convém referir que os resultados positivos do programa implementado podem também ter sido mediados pelo facto de os idosos estarem expostos a outro tipo de atividade diárias, como por exemplo, a prática de exercício físico, fisioterapia, participação na celebração da Eucaristia, *atelier* de costura, oficinas de culinária, saídas grupais e/ou locais de interesse, entre outras atividades que combatem o sedentarismo patente em diversas realidades institucionais.

Destaca-se uma vez mais a relevância do tema e a importância da implementação de PTC junto da população idosa, visto que a funcionalidade cognitiva dos idosos está relacionada com a sua saúde e QV (Yassuda e Abreu, 2006, referido por Ferreira, 2012).

Apesar de se terem verificado alguns resultados positivos com a implementação do programa, corroboramos através do teste de Wilcoxon que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ( $p\text{-value} = 0,125$ ) no desempenho cognitivo dos idosos avaliado através do MEEM entre o pré-teste e no pós-teste. Este dado deve ser interpretado no contexto dos limites subjacentes à realização do presente estudo e dos quais destacamos o reduzido número de sujeitos envolvidos no estudo e o tempo limitado de intervenção.

No grupo amostral foram incluídos apenas 11 idosos com DCL, uma vez que é muito difícil diagnosticar o DCL por não ser dada a devida relevância à sua identificação. Só quando os idosos se encontram com indícios de demência é que é dada a devida importância por parte dos profissionais especializados (Petersen, 2003).

A percentagem de idosos analfabetos é bastante elevada, com uma média global de 54,5% em 11 idosos, havendo apenas 36,4% com o quarto ano de escolaridade e 9,1% com o ensino superior. De facto a baixa escolaridade constitui-se como fator de risco para desenvolver DCL, sendo este dado consensual em estudos nacionais (Magalhães, 2007) e internacionais (Petersen, 2004; Ghetu et al., 2010).

Sem perceber as reais necessidades de uma população não é possível intervir eficazmente, de forma a promover uma maior e melhor saúde mental. Deste modo, avaliar os idosos a nível cognitivo permite-nos conhecer melhor algumas das características presentes nos idosos com DCL.

No pré e pós-teste foi aplicado o instrumento de avaliação (MEEM) traçando o perfil cognitivo dos sujeitos que integraram a amostra do presente estudo.

Os idosos sem escolaridade apresentaram no pré-teste e pós-teste um *score* médio de 28 no MEEM, variando entre 24 e 30. O valor médio para os indivíduos com o ensino primário no pré-teste é de 27,50 e no pós-teste é de 28,00, variando entre 26 e 29 no pré-teste e 25 e 30 no pós-teste. O valor médio para o indivíduo com ensino superior no pré-teste foi 27 e no pós-teste é 29, variando entre 27 e 29.

Alguns estudos apontam para médias mais elevadas do resultado final do MEEM, em função da escolaridade (Morgado et al., 2010), preconizando um *score* limite para défice cognitivo de 22, com literacia de 0-2 anos, 24 para indivíduos com literacia de 3 a 6 anos e 27 para indivíduos com literacia superior a 7 anos, tendo deste modo os resultados obtidos ultrapassado estes limites. Igualmente estudos nacionais desenvolvidos (Nunes et al., 2004; Ribeiro et al., 2006a) e internacionais (Petersen, 2003; Mathews et al., 2008) apontam para a necessidade de avaliar cada subescala do MEEM para se conseguir ser mais preciso na definição do DCL, considerando nas amostras valores acima dos limites preconizados no MEEM. De facto, de acordo com a literatura, um indivíduo com DCL pode apresentar défice do funcionamento da memória e ter bons desempenhos em outros domínios cognitivos, o que está de acordo com a forma mnésica de DCL (Nunes et al., 2004; Petersen, 2003).

Relativamente à análise das subcategorias do MEEM verificaram-se défices nos pré-testes nas variáveis “orientação espaciotemporal”, “retenção”, “linguagem”, “habilidade construtiva”.

Assim, ao nível da variável “orientação espaciotemporal”, no pré-teste a média global é 8,73 e no pós-teste de 9,27; na variável “retenção”, a média global no pré-teste é 2,91 e no pós-teste 3,00; na variável “atenção e cálculo” a média global no pré e pós-teste é de 4,82; na variável “evocação”, a média global no pré-teste e no pós-teste é 2,18; na variável “linguagem”, a média global no pré-teste é 7,91 e no pós-teste 8,00; na variável “habilidade construtiva”, a média global no pré-teste é 0,91 e no pós-teste 1,00. As variáveis que não progrediram ao longo do PTC foram as variáveis “atenção e cálculo” e “evocação”.

Os procedimentos utilizados e as alterações e dinâmicas observadas foram preponderantes para a efetividade do programa.

Várias foram as queixas de memória relatadas pelos idosos ao longo do PTC, revelando consciência de algumas perdas cognitivas e das suas implicações em algumas tarefas da vida diária. As alterações de memória a curto prazo, bem como de outras funções cognitivas como orientação, linguagem, atenção, levaram os participantes a cessar ou diminuir as atividades que desenvolviam, bem como a uma maior lentificação nas AVD's. Por consequência, verifica-se um maior isolamento acompanhado de emoções como ansiedade, tristeza e frustração, constatações que estão de acordo com os resultados obtidos em estudos desenvolvidos sobre a presença

de sintomas de ansiedade nos idosos com DCL (Rozzini et al., 2009, referido por Costa, 2012)

A facilidade de horário oferecido facilitou a presença e a participação de todos os idosos no programa, sendo deste modo importante, em programas futuros ter sempre em conta esta questão, essencialmente se as intervenções forem desenvolvidas no seio da comunidade, com idosos que não se encontram em contexto de instituição.

## Capítulo 6 - Considerações finais



## a) Considerações gerais

Um trabalho de investigação constitui um processo de grande complexidade mas que se revela imprescindível pois é através da investigação que se consegue compreender e analisar determinados fenómenos, base fundamental para validar uma intervenção profissional rigorosa e potenciar as mudanças necessárias.

Um longo caminho foi percorrido, desde as primeiras ideias que surgiram até à conclusão do presente trabalho de pesquisa. A nossa expectativa era que esta investigação pudesse contribuir, de alguma forma, para melhorar o desempenho cognitivo do idoso em contexto de instituição, tendo em conta que é ao idoso em contexto institucional que se associa maior inatividade. Assim, e tendo em conta, que a amostra escolhida para este trabalho foram os utentes do Centro Social e Paroquial de Alameda, junto dos quais desempenha funções de Assistente Social, surgiu a ideia, aliada à curiosidade, de avaliar com rigor de que forma as atividades realizadas podiam ser uma mais-valia para o seu bem-estar físico e cognitivo. Para podermos operacionalizar esse objetivo foi fundamental a realização de uma pesquisa documental que se organizasse como referência adequada e atual à nossa pesquisa.

Foi possível identificar investigações com objetivos e intervenções semelhantes aos do nosso estudo, contudo, consideramos que as intervenções de promoção de competências cognitivas junto da população idosa, bem como os seus efeitos, são, ainda, um tema pouco investigado. Apesar desta constatação, os novos estudos das neurociências têm dado um contributo essencial para uma visão mais positiva sobre o envelhecimento ao sugerir estratégias protetoras para a saúde e declínios cognitivos, pelo que esta área de intervenção se tem revelado prometedora.

No conjunto dos dados apresentados ao longo deste trabalho, verifica-se que a estimulação cognitiva nos idosos traz uma melhoria a nível da cognição, confirmando a hipótese concebida por alguns autores acerca da plasticidade cerebral, contribuindo assim para o alcance de maiores níveis de habilidades e funcionamento, permitindo-lhes a realização de atividades do seu dia-a-dia de uma forma mais autónoma.

De acordo com os dados de pesquisas consultadas bem como do contributo limitado e pontual do nosso estudo, fica a sugestão da necessidade de investir na realização de pesquisas mais profundas e com amostras mais alargadas pois a funcionalidade cognitiva é uma condição para a QV dos idosos.

Identificamos, em seguida, alguns dos resultados do presente estudo que consideramos importante evidenciar.

Tendo em conta os objetivos iniciais deste estudo e após a apresentação dos dados e a respetiva discussão dos mesmos, podemos concluir que os resultados apontam para uma amostra constituída, maioritariamente, pelo sexo feminino, com idades compreendidas entre os 70 e os 87 anos, maioritariamente sem habilitações e com o 1.º ciclo de escolaridade, viúvos (as) e agricultores.

Após a apresentação e análise dos dados obtidos, e tendo em conta o objetivo inicial do mesmo, podemos concluir que o programa implementado revelou um impacto positivo no desempenho cognitivo dos participantes, traduzindo-se num progresso gradual positivo ao nível da *performance* cognitiva dos participantes, nomeadamente ao nível das funções estimuladas: da orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva.

Outra conclusão do estudo é que a implementação do programa, no que toca à metodologia utilizada, considera-se que foi apropriada ao público-alvo bem como às suas necessidades.

Aludindo ao que nos diz Fernández-Ballesteros (2009a), o EA requer uma pessoa ativa num mundo igualmente ativo, deste modo é importante que a estimulação cognitiva seja incluída nos programas de cuidados para pessoas idosas.

Tais resultados vêm corroborar a teoria de Hertzog (s.d.), referido por Fonseca (2006) ao afirmar que os idosos continuam aptos, podem é demorar mais tempo e que a capacidade de resposta, associada ao envelhecimento, é mais evidente relativamente à velocidade do que propriamente ao conteúdo.

A estimulação cognitiva influencia o desempenho cognitivo e traz uma melhoria significativa no intelecto do idoso, confirmando assim, a plasticidade cerebral e a aprendizagem ao longo da vida. Os resultados deste projeto asseguram esta realidade e potenciam a intervenção junto do idoso institucionalizado.

Deste modo, importa intervir o mais precocemente possível com PTC, para que os idosos mantenham as suas capacidades funcionais de forma a prevenir a deterioração cognitiva nos idosos, antes de maiores complicações se instalarem no quotidiano de um idoso com demência e a sua família.

Atualmente, o DCL constitui-se como uma entidade diagnóstica, que revela uma transição entre o envelhecimento normal e a demência, sendo a progressão para o último estado bastante significativa. Perante esta nova realidade urge novos estudos sobre as diferentes áreas que abrangem o DCL, no sentido de podermos compreender melhor os fenómenos intrínsecos e extrínsecos que contribuem para esta evolução.

Após a revisão bibliográfica é consenso nacional e internacional a utilização dos critérios de Petersen (2001) para o diagnóstico de DCL, bem como a utilização de abordagens não farmacológicas para o seu tratamento. É consensual que os PTC ajudam na melhoria da *performance* cognitiva e funcional dos idosos com DCL.

## **b) Limitações do estudo**

A presente investigação contribuiu para reforçar, ainda que ligeiramente, resultados positivos apontados noutros estudos com pretensões semelhantes. Porém, tendo em conta as limitações encontradas no decurso do presente estudo, tais como, o reduzido número de participantes devido ao estudo ser restrito a idosos sem demência ou com DCL, que condiciona a generalização dos resultados e as dificuldades em trabalhar com esta faixa etária da população (idosos), nomeadamente quando a

analfabeta, futuros trabalhos de investigação poderão ser desenvolvidos com o fim de melhorar ainda mais o desempenho cognitivo dos participantes. Como tal, sugere-se a administração deste PTC em outras amostras, prolongando o tempo de implementação, bem como diversificando o tipo de atividades, através da colaboração de diferentes técnicos disponíveis na instituição para possibilitar o treino junto de mais utentes em tempo útil.

Como limitações surgiu também a dificuldade de inserir a população analfabeta nas atividades, sendo que houve a preocupação e foram tomadas as devidas precauções para não criar constrangimentos e sentimentos de incapacidade.

Realça-se o facto da própria instituição não apresentar um número maior de utentes que pudessem participar neste programa, uma vez que da população existente só foram escolhidos onze com critérios de inclusão, tendo desistido três participantes ao longo da realização do estudo, por motivos de queda (apesar de as atividades não implicarem treino físico, o nível cognitivo encontrava-se debilitado) e défice visual. Um maior número de participantes resultaria numa investigação com resultados mais fiáveis.

No decorrer da investigação, nomeadamente na realização da componente teórica do projeto, umas das dificuldades encontradas prendeu-se com o facto de existir uma bibliografia muito reduzida no que diz respeito ao efeito deste tipo de programas. Destaca-se ainda o facto de estudos de intervenção cognitiva de longa duração serem escassos, em idosos com DCL, em contexto de instituição, que analisem os efeitos de estimulação cognitiva, não havendo ainda um grande consenso sobre as técnicas e estratégias utilizadas.

### **c) Propostas para investigações futuras**

Após a implementação concluímos que o programa utilizado é simples e de fácil aplicação, centrado em tarefas que mobilizam algumas competências que podem ser utilizadas no dia-a-dia das pessoas, podendo ser aplicado tanto em grupo, na comunidade, como no domicílio. Pelas atividades e materiais que preconiza é um programa económico, podendo ser adaptado à realidade e contexto do participante e do profissional. Sugerimos, contudo, a realização de um maior número de sessões que mobilizem competências cognitivas diversificadas bem como as que promovam a utilização de estratégias de treino de memória. Consideramos que convém implementar processos de acompanhamento individual, mesmo quando as atividades são implementadas em grupo, mas que poderia ser muito útil e interessante mobilizar o envolvimento familiar através da capacitação de alguns dos seus membros na implementação e monitorização dessas tarefas.

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 cognitivo. Como tal, torna-se relevante investigações na área da estimulação cognitiva para que, de algum modo, forneçam dados indicadores da possibilidade de intervenção, no sentido de aumentar ou manter

a capacidade funcional e, conseqüentemente possibilitar a independência, bem como melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa.

As instituições deviam ter também psicólogos e terapeutas ocupacionais a trabalhar em equipa principalmente com os utentes com DCL para estimulá-los convenientemente.

Após a elaboração deste estudo, destacam-se alguns pontos de interesse que deveriam ser continuados em outros estudos, tais como:

1. Desenvolver programas focalizados noutras áreas da cognição;
2. Desenvolver estudos mais focalizados nos prestadores de cuidados destes idosos;
3. Avaliar os resultados deste programa nas AVD's dos idosos.

## Referências bibliográficas

- Almeida, A. (2008). *A pessoa idosa institucionalizada em lares* (Dissertação de mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto).
- Almeida, M. (2007). Envelhecimento: Ativo? Bem-sucedido? Saudável? Possíveis coordenadas de análise. *Fórum Sociológico*, 17, 17-24.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Banhato, E. & Nascimento, E. (2007). Função executiva em idosos: um estudo utilizando subtestes da Escala WAIS-III. *Revista Psico USF*, 12 (1), 65-73.
- Banhato, E. (2011). *Validade de critério de uma forma abreviada da escala WAIS-III em uma amostra de idosos brasileiros* (Tese de doutoramento em Saúde). Faculdade de Medicina, UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.
- Barbosa, A. (2007). *Os benefícios do treinamento de força muscular para pessoas idosas*. Monografia. Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza.
- Barros de Oliveira, J. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpsic
- Bell, J. (2004). *Como realizar um projecto de investigação* (3ª edição). Lisboa: Gradiva.
- Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Ediciones Paraninfo S.A.
- Blessmann, E. (2004). Corporeidade e envelhecimento: o significado do corpo na velhice. *Estudos Interdisciplinares do envelhecimento*, 6, 21-29.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora
- Brandão, L. & Parente, M. (2001). Os estudos de linguagem do idoso neste último século. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 3, 37-53.
- Cabete, D. (2005). *O idoso, a doença e o hospital*. Loures: Lusociência.
- Camões, C., Pereira, F. & Gonçalves, A. (2005). *Reabilitação na doença de Alzheimer*. Psicologia: o portal dos psicólogos.
- Carneiro, S. (2016). *Estimulação Cognitiva em Idosos Institucionalizados Após Acidente Vascular Cerebral* (Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Carvalho, F., Neri, A., & Yassuda, M. (2010). Treino de Memória Episódica com Ênfase em Categorização para Idosos sem Demência e Depressão. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23 (2), 317-323.
- Carvalho, M. (2012). *Funções Executivas e Envelhecimento* (Dissertação de mestrado em Psicologia – especialização em Psicologia Clínica e da Saúde e subárea de especialização – Psicogerontologia Clínica). Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação).
- Carvalho, M. (2013). *Serviço Social no envelhecimento*. Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.
- Castro F., Fernández, M., Barrio del Campo, J. & Árias, M. (2007). Envejecimiento y discapacidad intelectual; la nueva etapa. *Revista de Psicología*, 2. Badajoz: INFAD.

Castro, A. (2011). *Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. Impacto no desempenho cognitivo e na sintomatologia depressiva* (Dissertação de mestrado em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde). Departamento de Educação, Universidade de Aveiro).

Castro-Caldas, A. & de Mendonça, A. (2005). *A doença de alzheimer e outras demências em Portugal*. Lidel-edições técnicas, Lda.

Centro Social Paroquial de Alameda. (2014). *História da instituição e serviços prestados no Centro de Dia e SAD*. Recuperado de <http://www.cspalmaceda.pt/>.

Charchat, H., & Moreira, I. (2008). Memória e envelhecimento. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 7 (1), 52-56.

Correia, M. (2009). A observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar Enfermagem*, 13 (2), 30-36.

Costa, A. (2012). *Efetividade de um programa de estimulação cognitiva em idosos com défice cognitivo ligeiro* (Dissertação de mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria). Escola Superior de Enfermagem, Porto.

Couto, J., Silva, A., Fadini, P., & Neto, O. (2013). *O uso de exercícios de memória para melhora da funcionalidade em indivíduos idosos*. Encontro de Pós-Graduação e Iniciação Científica, Universidade Camilo Castelo Branco, São Paulo. Acedido em [http://universidadebrasil.edu.br/epginic2016/edicoes\\_anteriores/files/2014/EPG/Engenharias/385%20-%20EPG029.pdf](http://universidadebrasil.edu.br/epginic2016/edicoes_anteriores/files/2014/EPG/Engenharias/385%20-%20EPG029.pdf)

Cunha, L. et al. (2009). *Recomendações Terapêuticas para o Tratamento da Demência*. Edição: Novartis.

Da Silva, S., Pereira, D., Veloso, F., Satler, C., Arantes, A. & Guimarães, R. (2011). Programa de reabilitação neuropsicológica da memória aplicada à demência: um estudo não controlado intrasujeitos. *Estudos de Psicologia*, 28 (2), 229-240.

David, M. (2014). *Plasticidade cognitiva e envelhecimento bem-sucedido: Otimização e compensação funcional através das atividades de vida diária instrumentais* (Dissertação de mestrado em Psicologia – Área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde). Escola de Ciências Sociais, Évora.

Doll, J.; Gomes, A.; Hollerweger, L.; Pecoits, R & Almeida, S. (2007). Atividade, Desengajamento, Modernização: Teorias Sociológicas Clássicas sobre o Envelhecimento. *Estudos interdisciplinares do envelhecimento*, 12, pp. 7-33.

Duarte, L. (1999). Idade Cronológica: mera questão referencial no processo de envelhecimento. *Estudos interdisciplinares do envelhecimento*, 2, 35-47.

Fernandes, J. (2000). *Qualidade de vida e autoeficácia em idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Fernandes, M. (2014). *Depressão e qualidade de vida em idosos institucionalizados* (Dissertação de mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.

Fernandes, P. (2000a). *A Depressão no Idoso*. Lisboa: Quarteto Editora.

Fernandes, P. (2002). *Depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.

Fernández-Ballesteros R. (2009) *Gerontología Social*. Madrid: Ediciones Piramide

Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontologia Social*. Madrid: Pirámide.

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

Ferreira, A. (2005). *Conceção de envelhecimento de um idoso autor: um estudo de caso* (Dissertação de mestrado em Gerontologia Biomédica). Instituto de Geriatria e Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul).

Ferreira, A. (2009). *A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspetiva do próprio e do seu cuidador* (Dissertação de mestrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa).

Ferreira, J. (2007). *Educación na Terceira Idade: Estudio do Colectivo de Pessoas Maiores no contexto comunitário de Vila Nova de Gaia*. (Tese de doutoramento). Faculdade de Ciências de la Educación, Universidade de Santiago de Compostela.

Ferreira, M. (2011). *A qualidade da experiência subjetiva e o envelhecimento: Relações com o bem-estar e solidão* (Tese de doutoramento em Psicologia, Especialização em Psicologia Social). Escola de Psicologia, Universidade do Minho).

Ferreira, S. (2012). *Treino Cognitivo em Idosos Institucionalizados* (Trabalho de Projeto em Envelhecimento Ativo). Escola Superior de Saúde, Bragança.

Folstein, M.; Folstein, S. & McHugh, P. (1975). Mini Mental State – A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Fonseca A. (2006). *O Envelhecimento. Uma abordagem Psicológica*. 2.<sup>a</sup> Edição. Campus do Saber. Universidade Católica.

Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.

Fonseca, A. (2007). Subsídios para uma leitura desenvolvimental do processo de envelhecimento. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 20, 002, 277-289.

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

Fontaine, R. (2006). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Froni, P. & Santos, P. (2012). Fatores de Risco e Proteção associados ao declínio cognitivo no envelhecimento – revisão sistemática de literatura. *Revista Brasileira Promoção Saúde*, 25 (3), 364-373.

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

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

García, M., & González, E. (2006). Eficacia de un Programa de entrenamiento en memoria en el mantenimiento de ancianos con y sin deterioro cognitivo. *Clínica y Salud*, 17 (2), 187-202.

Golina, M. & Flores-Mendoza, C. (2016). Desenvolvimento de um programa de treino cognitivo para idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19 (5), 769-785.

Gonçalves, C. (2012). *Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados*. Psicologia: o portal dos psicólogos.

Gonçalves, D. (2007). *Estimulação e promoção de memórias autobiográficas específicas como metodologia de diminuição de sintomatologia depressiva em pessoas idosas* (Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica). Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.

Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F. & Fonseca, A. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7 (1), 137-143.

Grande, P. (2013). *Avaliação neuropsicologia das funções executivas em idosos com comprometimento leve e demência do tipo Alzheimer: um estado comparativo*. (Dissertação de Mestrado, da Universidade Federal do Paraná, Curitiba). Retirado de <http://www.humanas.ufpr.br/portal/psicologiamestrado/files/2012/05/Paulo-Henrique-Grande-Dissetacao1.pdf>

Grilo, C. (2014). *Défice Cognitivo Ligeiro: como diagnosticar?* (Dissertação de mestrado em Psicologia). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Escola de Psicologia e Ciências da Vida, Lisboa.

Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social. & CID. (2005). *Manual de boas práticas: um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas*. Instituto de Segurança Social, Lisboa.

Guerreiro, M. (1998). *Contributo da neuropsicologia para o estudo das demências*. (Tese de doutoramento). Faculdade de Medicina, Lisboa.

Guerreiro, M., Silva, A, Botelho, M., Leitão, O, Castro-Caldas, A, Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 9 (2).

Guimarães, R. (2010). *Envelhecer com Qualidade*. Lisboa: Coisas de Ler.

Hernandis, S. & Martinez, S. (2005). *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson Educación.

Instituto de Segurança Social, I.P. (2009). *Manual processos-chave: estruturas residenciais para pessoas idosas*.

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2002). O Envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 185-208. Recuperado de [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine\\_censos\\_estudo\\_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest\\_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1)

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2005). *Projeções de população residente, Portugal e NUTS III, 2000-2050*. Recuperado em [https://www.apfn.com.pt/Actividades/2008/seminario/bibliografia/Portugal/Projec%C3%A7%C3%B5es%20da%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20Residente,%20NUTSIII%202000-2050%20\(INE\).pdf](https://www.apfn.com.pt/Actividades/2008/seminario/bibliografia/Portugal/Projec%C3%A7%C3%B5es%20da%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20Residente,%20NUTSIII%202000-2050%20(INE).pdf)

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2009). *Projeções de população residente em Portugal, 2008-2060*.

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2011). *Censos 2011 – Resultados Definitivos – Portugal*. Resultado de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2)

Irigaray, T. (2009). *Efeitos de um treino de atenção, memória e funções executivas na cognição, na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos saudáveis* (Tese de doutoramento em Gerontologia Biomédica). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

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

Kawashima, R. (2008). *Train Your Brain*. Sebenta.

Klautau, P., Winograd, M., & Bezerra Jr., B. (2009). Normatividade e plasticidade: algumas considerações sobre a clinica psicanalítica com pacientes neurológicos. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 9 (2), 551,574.

- Lima, M. (2004). Envelhecimento e perdas: Como posso não me perder? *Psychologica*, 35, 133-145.
- Lima, M. (2010). *Envelhecimento (s), Estado da Arte*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Lopes, F. (2014). *Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto – Exame - Intervenções de Enfermagem na consulta de vigilância* (licenciatura em Enfermagem), Universidade Fernando Pessoa, Lisboa.
- Lourenço, R. & Veras, R. (2006). *Mini Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais*. *Revista Saúde Pública*, 40 (4), 712-719.
- Machado, J., Ribeiro, R., Leal, P. & Cotta, R. (2007). Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa (MG). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10 (4): 592-605.
- Magalhães, M. et al. (2008). Risk factors for dementia in a rural área on northeastern Brazil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 66 (2-A): 157-62.
- Mailloux-Poirier, D. & Berger, L. (1995). *Pessoas idosas – uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Mansur, L., Carthery, M., Caramelli, P. & Nitrini, R. (2005). Linguagem e cognição na doença de Alzheimer. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (3), 300-307.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6ª Edição). Pêro Pinheiro, Sintra: Report Number
- Martins, E. (2013). *Gerontologia/Gerontagogia – Animação Sociocultural em Idosos*. Editorial Cáritas.
- Martins, V. (2006). *Avaliação do valor educativo de um software de elaboração de partituras: um estudo de caso com o programa Finale no 1.º ciclo* (Dissertação de mestrado em Educação – Área de especialização de Tecnologia Educativa). Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho).
- Meireles, C. (2015). *Treino de Memória em Idosos Institucionalizados*. (Trabalho de Projeto em Envelhecimento Ativo). Escola Superior de Saúde, Bragança.
- Melo, M. (2008). *Impacto da estimulação cognitiva sobre o desempenho de idosos com demência de Alzheimer em tarefas de memória lógica e recordação livre* (Dissertação de mestrado em Ciências do Comportamento). Instituto de Psicologia, Brasília.
- Mendes, D. (2012). *Fatores da Institucionalização da Pessoa Idosa com Demência*. (Dissertação de mestrado em Política Social), Universidade Técnica, Lisboa.
- Ministério da Saúde - Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Circular Normativa.
- Ministério do Trabalho e Segurança Social. (2006). *Respostas sociais – nomenclaturas/conceitos*. Lisboa, Portugal: Direcção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança.
- Módenes, P. & Cabaco, A. (2008). Saber Envejecer: Aspectos Positivos y Nuevas Perspectivas. *Foro de Educación*, 10, 369-383.
- Molina, A. (2008). Calidad de Vida en la Tercera Edad. *Cuadernos de Bioética*, XIX (2), 271-291.
- Montenegro, S. & Silva, C. (2007). Os efeitos de um programa de fisioterapia como promotor de saúde na capacidade funcional de mulheres idosas institucionalizadas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 10 (2), 161-178.
- Moreira, P. (2014). *Qualidade de vida de idosos institucionalizados na cidade de Salvador – BA*. (Dissertação de Mestrado em Alimentos, Nutrição e Saúde), Universidade Federal, Bahia.

- Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M. & Martins, I. (2009). Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9 (2), 10-16.
- Mota, M., Figueiredo, P. & Duarte, J. (2004). Teorias biológicas do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 4 (1), 81 – 110.
- Nazareth, J. (2009). *Crescer e Envelhecer: constrangimentos e oportunidades do envelhecimento demográfico*. Lisboa: Editorial Presença.
- Nithila, E., Martikainen, P., Koskinen, S., Reunanen, A., Noro, A. & Hakkinen, U. (2008). Chronic conditions and the risk of long-term institutionalization among older people. *The European Journal of Public Health*, 18 (1), 77-84.
- Nunes, B. & Pais, J. (2007). *Doença de Alzheimer. Exercícios de estimulação*. Lisboa: Lidel.
- Nunes, B. (2008). *Memória - Funcionamento, Perturbações e Treino*. Porto: Lidel.
- Nunes, V. (2008). *Qualidade de vida na perspectiva de idosos institucionalizados no Município de Natal* (Dissertação de mestrado em Assistência à Saúde). Universidade Federal, Rio Grande do Norte.
- Oliva, A., Dias, G., & Reis, R. (2009). Plasticidade Sináptica: Natureza e Cultura Moldando o Self. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22 (1), 128-135.
- Oliveira, D., Goretti, L. & Pereira, L. (2006). O Desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em Atividades de Vida Diária e Mobilidade: Estudo piloto. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10 (1), 91-96.
- Oliveira, S., Duarte, Y., Lebrão, M. & Laurenti, R. (2007). Demanda Referida e Auxílio Recebido por Idosos com Declínio Cognitivo no Município de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 16 (1), 81-89.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2002). *Active Ageing - A Policy Framework*. Retirado em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf)
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Retirado em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)
- Paiva, D. (2013). *Cognição e envelhecimento: estudo de adaptação transcultural e validação do Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT)* (Dissertação de mestrado em Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriatria). Escola Superior de Enfermagem, Coimbra.
- Paiva, S. (2014). *Marcadores de progressão de Défice Cognitivo Ligeiro a Doença de Alzheimer* (Dissertação de mestrado em Medicina). Universidade da Beira Interior – Ciências da Saúde, Covilhã.
- Pardal, L. & Lopes, E. (2011). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Lisboa: Areal Editores
- Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275-287.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia: aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel Editores.
- Paúl, M. (1996). *Psicologia dos idosos: o envelhecimento em meios urbanos*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Paúl, M. (2005). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275-287.
- Peña, A. (2009). *Estimulación cognitiva para adultos*. Madrid: Gespomedica.

- Peña, M., Garcia, A., Montes, M., Martín, M., & Carrasco, P. (2001). Programas de entrenamiento de memória - Método U.M.A.M. *Cuadernos de Trabajo Social*, 14, 255-278.
- Pereira, F. (2012). *Teoria e Prática da Gerontologia. Um guia para Cuidadores de Idosos*. Viseu: Psicossoma.
- Pereira, Z. (2012a). *Treino cognitivo em idosos sem demência* (Trabalho de Projeto em Envelhecimento Ativo). Escola Superior de Saúde, Bragança.
- Perlini N., Leite M. & Furini A. (2007). Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 41 (2), 229-236.
- Pimentel, F. (2006). *Qualidade de Vida e Oncologia*. Coimbra: Edições Almedina.
- Pimentel, L. (2001). *O Lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajetórias*. Quarteto Editora, Coimbra.
- Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família*. Coimbra: Quarteto.
- Pinto, A. (2001). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto.
- Pires, M. (2012). *Performance cognitiva em idosos institucionalizados* (Trabalho de Projeto em Envelhecimento Ativo). Escola Superior de Saúde, Bragança.
- Rabelo, D. (2009). Comprometimento Cognitivo Leve em Idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. *Revista Kairós Gerontologia*, 12 (2), 65-79.
- Ribeiro, H. (2011). *Qualidade de vida do idoso institucionalizado – realidade vivida na Rede Nacional de Cuidados Continuados do Algarve* (Dissertação de mestrado em Gerontologia Social). Escola Superior de Educação/Escola Superior de Saúde, Universidade do Algarve, Faro.
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento ativo*. Lisboa. Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Rodrigues, C. & Leal, I. (2004). *Limitações da qualidade de vida e depressão em pessoas idosas*. Atas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Rodrigues, M. (2006). Efeitos de uma Intervenção Psico-Educativa nas Competências Cognitivas e Satisfação de Vida em Idosos. *Cadernos de Estudo*, 3, 77-84.
- Rosa, A. (2013). *Avaliação do Risco de Quedas em Utentes que Frequentam os Serviços de Fisioterapia do SESARAM, E.P.E* (Dissertação de mestrado em Gerontologia Social). Universidade da Madeira.
- Santos, M. & Andrade, M. (2005). Incidência de quedas relacionada aos fatores de riscos em idosos institucionalizados. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 29 (1), 57- 58.
- Schaie, K. & Willis, S. (2003). *Psicología de la Edad Adulta y la Vejez* (5 ed.). Madrid: Pearson Educacion
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda.
- Serafim, F. (2007). *Promoção do bem-estar global na população sénior: práticas de intervenção e desenvolvimento de atividades físicas* (Dissertação de mestrado em Ciências da Educação - Especialização em Educação e Formação de Adultos). Universidade do Algarve, Faro.
- Serrano, G. (2004). *Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes - 1. Métodos*. Madrid: Ediciones La Muralla.

Serrano, M. (2003). *La memoria: Programa de estimulación y mantenimiento cognitivo*. Instituto de la Salud Pública Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

Simões, A. (2006). *A nova velhice. Um novo público a Educar*. Porto: Âmbar

Simon & Ribeiro (2011). Comprometimento cognitivo leve e reabilitação neuropsicológica: uma revisão bibliográfica. *Psicologia Revista da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde*, 20 (1), 93-122.

Sousa, L. (2012). *Programa de Intervenção na Memória para Idosos com Défice Cognitivo Ligeiro* (Dissertação de mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria). Escola Superior de Enfermagem, Porto.

Sousa, L., & Sequeira, C. (2012). Conceção de um programa de intervenção na memória para idosos com défice cognitivo ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (8), 7-15.

Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família*. Porto: Âmbar Editora.

Sousa, L., Relvas, A.P. & Mendes, A. (2007). *Enfrentar a Velhice e a Doença Crónica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Souza, J. & Chaves, E. (2003). O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 39 (1), 13-19.

Souza, V., Borges, M., Vitória, C. & Chiappetta, A. (2009). Perfil das Habilidades cognitivas no Envelhecimento Normal. *Revista CEFAC*, 12 (2), 1-7.

Spar, J. & La Rue, A. (2005). *Guia prático de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Stake, R. (2005). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Ediciones Morata.

Stuart-Hamilton, I. (2002). *A Psicologia do Envelhecimento: uma introdução*. Porto Alegre: Artmed

Tavares, L, Takase, E., Chaves, A., Schmidt, B, & Guidoni, B. (2009). Programas de estimulação em idosos institucionalizados: efeitos da prática de atividades cognitivas e atividades físicas. *Revista digital*, 129. Retirado em <http://www.efdeportes.com/efd129/programas-de-estimulacao-em-idosos-institucionalizados.htm>

Tavares, L. (2007). *Estimulação em Idosos Institucionalizados: efeitos da prática de atividades cognitivas e atividades físicas* (Dissertação de mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Tortosa, J. (2001) *Psicología del Envejecimiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Triadó, C., & Villar, F. (2007). *Psicología de la Vejez*. Madrid: Alianza Editorial.

Tuckman, B. (2000). *Manual de investigação em educação: como conceber e realizar o processo de investigação em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Umphred, D. (2009). *Reabilitação Neurológica*. São Paulo: Elsevier.

Umphred, D. (2010). *Reabilitação Neurológica*. São Paulo: Elsevier.

União Europeia [UE]. (2012). *Active ageing and solidarity between generations. A Statistical portrait of the European Union 2012*. Recuperado de <http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Brochura%20Eurostat%20Envelhece.pdf>

Vale, I. (2004). Algumas notas sobre Investigação Qualitativa em Educação Matemática - O Estudo de Caso. *Revista da Escola Superior de Educação*, 5, 171-202.

Vaz, C. (2012). *Aspetos da vida sexual na Terceira Idade – uma abordagem qualitativa e exploratória da perceção do cuidador formal sobre a sexualidade do idoso* (Dissertação de mestrado em Educação Social). Escola Superior de Educação, Bragança.

Vaz, S. (2009). *A depressão no idoso institucionalizado: estudo em idosos residentes nos lares do distrito de Bragança* (Dissertação de mestrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Porto.

Vega, J., & Martínez, B. (2000). *Desarrollo Adulto y Envejecimiento*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.

Viegas, S. & Gomes, C. (2007). *A Identidade na Velhice*. Porto: Âmbar.

Whitbourne, S. (2014). *Adult development and aging: Biopsychosocial perspectives*. Wiley – Blackwell.

WHO (World Health Organization). (2012). *Health statistics and health information systems*. Geneva. Recuperado em [www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/](http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/)

Yanguas, J., Leturia, F., Leturia, M., & Uriarte, A. (2002). *Intervención Psicosocial en Gerontología - Manual Práctico*. Madrid: Cáritas Española.

Yassuda, M., Batistoni, S., Fortes, A. & Neri, A. (2006). Treino de Memória no Idoso Saudável: Benefícios e Mecanismos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (3), 470-481.

Zagher, M., Pierezan, P. & Claudino, R. (2009). Avaliação da qualidade de vida nos profissionais de saúde que prestam assistência a pacientes geriátricos. *Revista Digital*, 135.

Zimmerman, G. (2000). *Velhice: aspetos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

## Legislação:

Constituição da República Portuguesa (2005). VII Revisão Institucional. *Assembleia da República*. Lisboa. Recuperado de <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>

Decreto-Lei nº 119/83, de 25 de fevereiro. *Diário da República nº46/1983, Série I*. Lisboa: Ministério da Educação. Recuperado de [http://www.seg-social.pt/documents/10152/41136/DL\\_119\\_83/5d8a4bee-5fa2-43a1-96ed-19131e9d537c](http://www.seg-social.pt/documents/10152/41136/DL_119_83/5d8a4bee-5fa2-43a1-96ed-19131e9d537c)

Portaria n.º 67/2012 de 21 de março. *Diário da República nº 58/2012, Série I*. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Lisboa. Recuperado de [http://www.seg-social.pt/documents/10152/604348/Portaria\\_n\\_67\\_2012\\_21\\_marco/06a43614-593e-4450-8c1b-e72eb5be1b8e](http://www.seg-social.pt/documents/10152/604348/Portaria_n_67_2012_21_marco/06a43614-593e-4450-8c1b-e72eb5be1b8e)

Portaria nº 196-A/2015 de 1 de julho. *Diário da República nº 126/2015, Série I*. Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. Lisboa. Recuperado de [http://www.cnpcjr.pt/preview\\_documentos.asp?r=5587&m=PDF](http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=5587&m=PDF)



## Apêndices



## **Apêndice A - Pedido de autorização à Diretora Técnica da Instituição**



Exma. Senhora  
Diretora Técnica do Centro Social Paroquial de Alameda  
Largo Prof. Lopes Machaz  
6000-001 Alameda

**Assunto:** pedido de autorização para realização do estudo empírico no âmbito do trabalho de projeto para a obtenção do grau de Mestre

Eu, Carina Sofia Peres Martins, aluna do mestrado em Gerontologia Social da Escola Superior de Educação de Castelo Branco, estou a elaborar um trabalho projeto que se intitula *“Treino cognitivo em idosos, em contexto de instituição, sem diagnóstico de Demência ou com Défice Cognitivo Ligeiro”*, sob a orientação da professora Doutora Cristina Pereira e da professora Mestre Clotilde Agostinho.

Esta investigação tem como objetivo fulcral recolher uma amostra de idosos desta instituição para trabalhar a cognição através da implementação de um projeto de estimulação que abrange as seguintes capacidades: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Deste modo, torna-se necessária a aplicação de alguns instrumentos de avaliação (questionário sociodemográfico e Mini Exame do Estado Mental [MEEM]), bem como um programa de treino cognitivo ao longo de 2 meses com sessões de 30-45 minutos, 2 vezes por semana.

A investigação 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.

Desde já manifesto inteira disponibilidade para qualquer esclarecimento acerca dos procedimentos necessários.

Assim sendo, solicita-se a sua prestimosa colaboração e permissão, autorizando que este projeto se aplique no Centro Social Paroquial de Alameda.

Com os melhores cumprimentos,

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Investigador)

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura da Diretora Técnica)

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(Data)



## **Apêndice B - Pedido de autorização ao Diretor da Instituição**



Exmo. Sr.º Diretor Pároco  
Centro Social Paroquial de Alameda  
Largo Prof. Lopes Machaz  
6000-001 Alameda

**Assunto:** pedido de autorização para realização do estudo empírico no âmbito do trabalho de projeto para a obtenção do grau de Mestre

Eu, Carina Sofia Peres Martins, aluna do mestrado em Gerontologia Social da Escola Superior de Educação de Castelo Branco, estou a elaborar um trabalho projeto que se intitula *“Treino cognitivo em idosos, em contexto de instituição, sem diagnóstico de Demência ou com Défice Cognitivo Ligeiro”*, sob a orientação da professora Doutora Cristina Pereira e da professora Mestre Clotilde Agostinho.

Esta investigação tem como objetivo fulcral recolher uma amostra de idosos desta instituição para trabalhar a cognição através da implementação de um projeto de estimulação que abrange as seguintes capacidades: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Deste modo, torna-se necessária a aplicação de alguns instrumentos de avaliação (questionário sociodemográfico e Mini Exame do Estado Mental [MEEM]), bem como um programa de treino cognitivo ao longo de 2 meses com sessões de 30-45 minutos, 2 vezes por semana.

A investigação 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.

Desde já manifesto inteira disponibilidade para qualquer esclarecimento acerca dos procedimentos necessários.

Assim sendo, solicita-se a sua prestimosa colaboração e permissão, autorizando que este projeto se aplique no Centro Social Paroquial de Alameda.

Com os melhores cumprimentos,

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Investigador)

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Diretor)

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(Data)



## **Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Informado aplicado aos idosos**



## Termo de consentimento livre e informado

**Título do estudo:** *Treino cognitivo em idosos, em contexto de instituição, sem diagnóstico de Demência ou com Déficit Cognitivo Ligeiro.*

**Investigadora:** Carina Sofia Peres Martins, aluna de Mestrado em Gerontologia Social, da Escola Superior de Educação de Castelo Branco, orientadora Professora Doutora Cristina Pereira e coorientadora Mestre Clotilde Agostinho.

O objetivo do presente estudo é o de investigar de que forma a implementação do programa pode melhorar a capacidade cognitiva dos idosos sem diagnóstico de Demência ou com Déficit Cognitivo Ligeiro (DCL), bem como melhorar a sua qualidade de vida.

Para tal, serão aplicados alguns questionários, cujo preenchimento poderá durar entre 20 a 30 minutos. Após esta fase, levaremos a cabo cerca de 15-20 sessões de estimulação cognitiva, para procurar saber se o efeito do programa trouxe efeitos positivos para o idoso.

A escolha de participar ou não participar no estudo é voluntária, sem qualquer contribuição monetária. Se decidir não fazer parte do estudo ou em qualquer momento decidir retirar-se do estudo, poderá fazê-lo sem qualquer justificação.

Todos os dados recolhidos durante este estudo serão tratados de forma confidencial. Os resultados do estudo poderão ser apresentados mais tarde, mas os participantes nunca serão identificados de forma individual. Coloque todas as dúvidas se houver algo que não compreenda.

Eu, \_\_\_\_\_, li e compreendi a informação que me foi dada sobre a participação neste estudo e aceito participar voluntariamente e autorizo que a informação obtida através dos meus dados seja processada e analisada em função do estudo e nunca de forma individual.

\_\_\_\_\_

(Assinatura do Idoso)

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

(Data)

\_\_\_\_\_

(Assinatura do Investigador)

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

(Data)



## Apêndice D - Inquérito por Questionário



O presente questionário tem como objetivo recolher dados para a investigação a desenvolver no âmbito do Projeto Final do Mestrado em Gerontologia Social, da Escola Superior de Educação de Castelo Branco, cuja temática é “*Treino Cognitivo em Idosos, em contexto de instituição, sem demência ou com défice cognitivo ligeiro*”, orientada pela Prof.<sup>a</sup> Doutora Cristina Pereira e Prof.<sup>a</sup> Mestre Clotilde Agostinho.

Todas as informações recolhidas são anónimas e confidenciais, sendo os dados utilizados para fins estatísticos.

Por favor, **responda com sinceridade** pois não há respostas corretas ou incorretas, sendo a sua colaboração muito importante para a realização do estudo.

### Grupo 1. Caracterização individual

#### 1. Género

1.1. Masculino

1.2. Feminino

#### 2. Idade: \_\_\_\_\_

#### 3. Estado civil:

3.1. Solteiro(a)

3.2. Casado(a)

3.3. Divorciado(a)

3.4. Viúvo(a)

3.5. Outro. Qual? \_\_\_\_\_

#### 4. Habilitações literárias:

4.1. Sem habilitações

4.2. Ensino Primário

4.3. Ensino Secundário

4.4. Ensino Superior

4.5. Outra. Qual? \_\_\_\_\_

#### 5. Profissão exercida antes da reforma?

\_\_\_\_\_

### Grupo 2. Critérios pessoais

#### 1. Tem algum problema de saúde?

1.1. Sim

1.2. Não

1.3. Se sim, quais? \_\_\_\_\_

**2. Toma algum tipo de medicação?**

2.1. Sim

2.2. Não

**3. Tempo de institucionalização:**

3.1. <1 Ano

3.2. 1 a 2 Anos

3.3. 3 a 4 anos

3.4. 5 a 6 Anos

3.5. 7 a 8 anos

3.6. Outros. Quantos? \_\_\_\_\_

**4. Motivo de institucionalização:**

4.1. Falta de recursos económicos

4.2. Falta de apoio familiar

4.3. Prevalência de doenças

4.4. Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**5. Iniciativa da institucionalização:**

5.1. Por iniciativa própria

5.2. Trazido(a) por técnicos de ação social

5.3. Trazido(a) por amigos

5.4. Trazido(a) por familiares

**Grupo 3. Frequência nas atividades da instituição e o estímulo cognitivo**

6. Considera-se uma pessoa ativa na participação de tarefas organizadas pela instituição? \_\_\_\_\_

6.1. Se sim, considera que as atividades que realiza o/a ajuda a ficar mais ativo(a) socialmente e contribuem para o seu bem-estar?

6.1.1. Sim

6.1.2. Não

6.1.3. Justifique a resposta dada.

---

---

---

7. Pensa ser pertinente a execução de atividades na instituição?

---

---

7.1. Justifique a resposta dada.

---

---

---

8. O que entende quando se fala em estimulação cognitiva?

---

---

---

9. Considera importante atividades que permitam o seu desenvolvimento mental?

9.1. Sim

9.2. Não

10. Enumere algumas tarefas onde considera fundamental a atividade mental.

---

---

---

***Grata pela sua colaboração!***



## Apêndice E - Mini Exame do Estado Mental





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

**Identificação:** \_\_\_\_\_

**1 Orientação Temporal e Especial** (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?		
1.4	Em que dia da semana estamos?		
1.5	Em que estação do ano 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 \_\_\_\_

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

Vou dizer três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga novamente essas três palavras.

	Certo	Errado
2.1. Pera		
2.2. Gato		
2.3. Bola		

Total de pontos \_\_\_\_

**3 Atenção e Cálculo** (1 ponto por cada resposta correta) (0-5 pontos). Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro na subtração, mas depois continuar a subtrair corretamente, consideram-se as seguintes como corretas.

Agora peço-lhe que me diga quantos são **30** menos **3** e que ao número encontrado volte a subtrair **3** até eu lhe dizer para parar.

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

Total de pontos \_\_\_\_

#### 4 Evocação (1 ponto por cada resposta correta) (0-3 pontos)

Veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir.

	Certo	Errado
2.1. Pera		
2.2. Gato		
2.3. Bola		

Total de pontos \_\_\_\_

#### 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 que eu vou dizer (0-1 ponto)

**“O RATO ROEU A ROLHA”**

Total de pontos \_\_\_\_

5.3. Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a sobre a mesa. (0-3 pontos)

	Certo	Errado
5.3.1. Pega com a mão direita		
5.3.2. Dobra ao meio		
5.3.3. Coloca na mesa		

Total de pontos \_\_\_\_

5.4. Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz. Mostrar o cartão com a frase bem legível “**FECHE OS OLHOS**”; sendo analfabeto lê-se a frase. (0-1 pontos)

5.4.1. Fechou os olhos

Certo	Errado

Total de pontos \_\_\_\_

5.5. Escreva uma frase. A frase deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais ou de troca de letras não prejudicam a pontuação. (0-1 pontos)

---



---

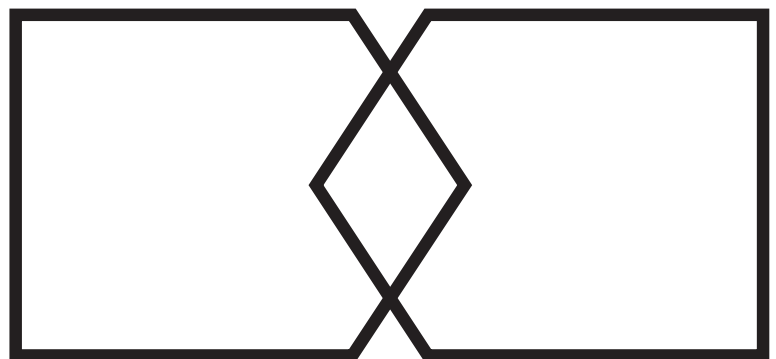


---

Total de pontos \_\_\_\_

**6 Habilidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correta) (0-1 pontos)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais interseccionados. **Não valorizar tremor ou rotação.**



**Cópia:**

Total de pontos \_\_\_\_

Pontuação MEEM (Máximo 30 pontos) \_\_\_\_\_

Classificação: varia entre 0 e 30 pontos. Atualmente os valores operacionais de “corte” adaptados à população portuguesa atual para deteção de défice cognitivo são os seguintes:

Literacia de 0-2 anos:  $\leq 22$

Literacia de 3 a 6 anos:  $\leq 24$

Literacia superior a 7 anos:  $\leq 27$

**Observações:**

## **Apêndice F - Atividades implementadas no PTC: Atenção**



Faça um círculo em todas as bananas que você encontrar como esta:



Fonte: Adaptado de Peña (2009).

NOME: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_

Faça um círculo em todos os bules que você encontrar como este:



Fonte: Adaptado de Peña (2009).

NOME: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_

Faça um círculo em todos os números que você encontrar como este:

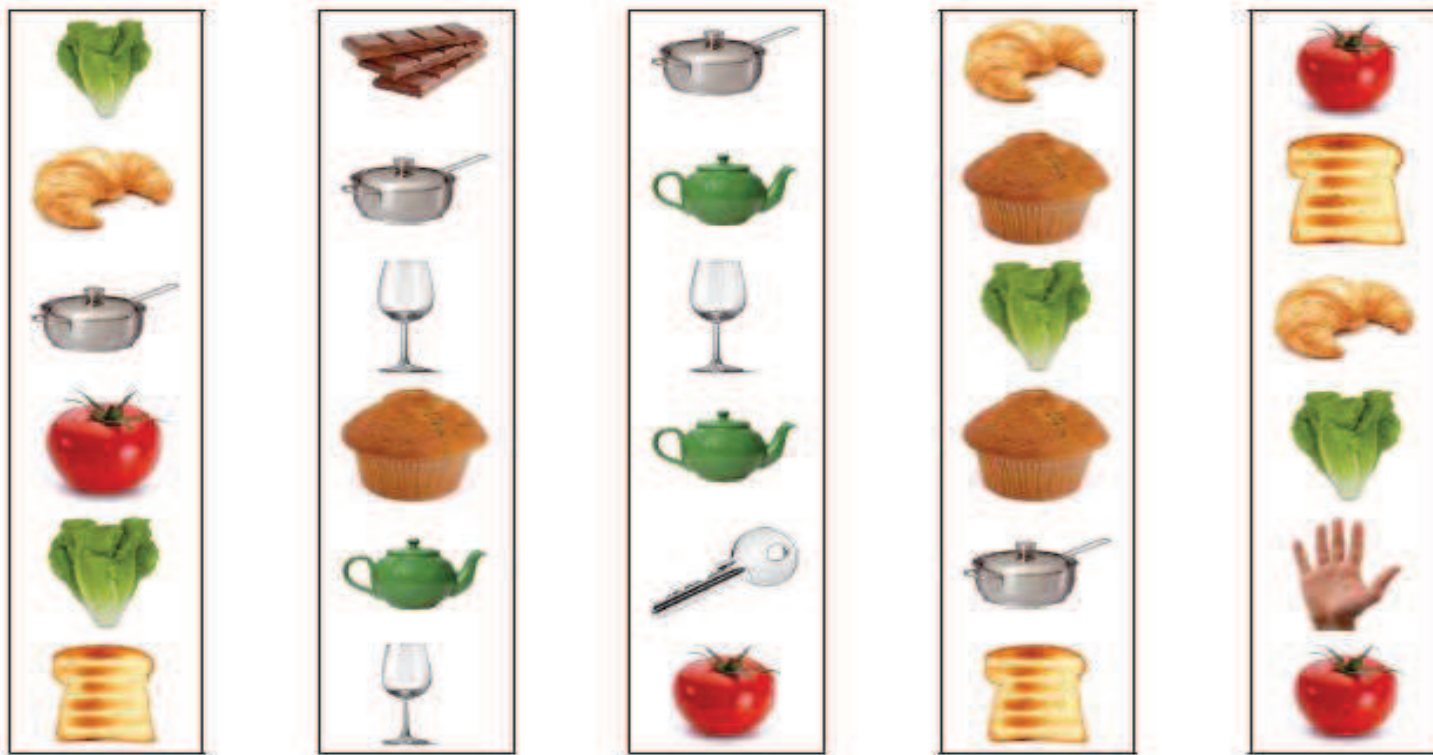
7

6	1	7	5	0	4	9	8	0	7	6	8	9	8	0
4	9	0	3	2	1	7	5	2	8	4	3	5	7	3
7	5	2	8	6	8	5	1	4	5	1	0	2	3	9
9	2	8	1	7	3	4	6	9	2	9	7	4	6	4
3	0	3	9	8	9	2	3	7	6	3	6	0	2	1
8	7	6	2	3	7	6	9	8	3	5	2	1	5	8
1	6	1	0	4	0	1	2	1	9	7	9	8	1	5
0	3	4	7	9	5	8	0	5	4	0	4	7	9	2
5	8	5	6	1	2	3	7	3	1	2	1	6	4	6
2	4	9	4	5	6	0	4	6	0	8	5	3	0	7

Fonte: Adaptado de Peña (2009).

NOME: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_

Faça um círculo em torno das imagens que se repetem em cada coluna:



Fonte: Adaptado de Peña (2009).

NOME: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_

## **Apêndice G - Atividades implementadas no PTC: Cálculo (enumeração de objetos)**



Quantas peras são? Escreva o resultado na caixa abaixo.



TOTAL:

Fonte: Adaptado de

Peña (2009).

NOME: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_

**Quantos gelados são? Escreva o resultado na caixa abaixo.**



**TOTAL:**


Fonte: Adaptado de Peña (2009).

**NOME:** \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_/\_\_/\_\_

Quantos objetos há em cada quadro? Escreva o resultado na caixa à direita.



TOTAL:



TOTAL:

Fonte: Adaptado de Peña (2009).

NOME: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_

Quantos objetos há em cada quadro? Escreva o resultado na caixa à direita.

TOTAL:

TOTAL:

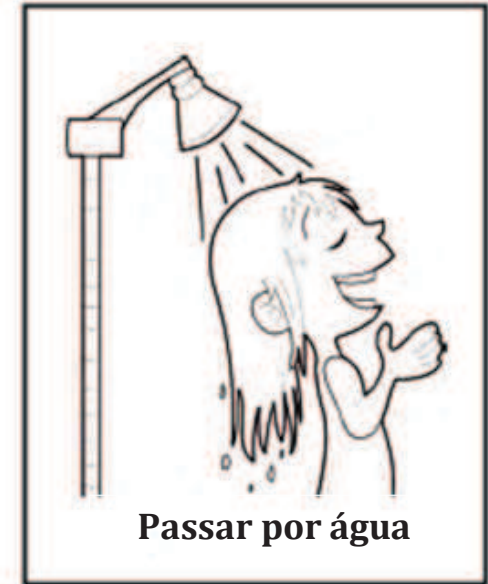
Fonte: Adaptado de Peña (2009).

NOME: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_

## **Apêndice H - Atividades implementadas no PTC: Funções Executivas**



**Ordenar os passos a dar para lavar o cabelo. Escreva o número abaixo de cada imagem:**



Fonte: Adaptado de Peña (2009).

**NOME:** \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_/\_\_/\_\_

**Ordenar a lista relacionada com “andar de táxi”.**

**Entrar no táxi.**

**Mandar parar o táxi.**

**Pagar a viagem.**

**Sair do táxi.**

**Diz ao motorista o destino.**

Fonte: Adaptado de Peña (2009).

NOME: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Faça uma X no objeto que não pertence.



Fonte: Adaptado de Peña (2009).

NOME: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_

Faça uma X na palavra que sobra.

ENRUGADO  
ÁSPERO  
TEIMOSO  
LISO  
SUAVE

DESORDEM  
BAGUNÇA  
CONFUSÃO  
PERSONAGEM  
BALBÚRDIA

Fonte: Adaptado de Peña (2009).

NOME: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_

## **Apêndice I - Atividades implementadas no PTC: Linguagem**



**Leia a frase e selecione a palavra correta:**

<p><b>1.- Objeto de metal com que abrimos e fechamos as portas</b></p> <p>CHAVES                      LIVRO</p>	<p><b>6.- Parte do corpo que nos permite ouvir</b></p> <p>OUVIDO                      NARIZ</p>
<p><b>2.- Órgão do corpo que desloca o sangue</b></p> <p>CORAÇÃO                      RIM</p>	<p><b>7.- Objeto com lentes para ver melhor</b></p> <p>GLOBO                      ÓCULOS</p>
<p><b>3.- Objeto que usamos para pentear</b></p> <p>LENHA                      PENTE</p>	<p><b>8.- Líquido que metemos para cheirar melhor</b></p> <p>PERFUME                      VINHO</p>
<p><b>4.- Objeto que nos protege da chuva</b></p> <p>GUARDA-CHUVA                      GUARDA-SOL</p>	<p><b>9.- Parte do corpo com que cheiramos e respiramos</b></p> <p>NARIZ                      MÃOS</p>
<p><b>5.- Cobrem os pés; servem para caminhar</b></p> <p>BALÃO                      SAPATOS</p>	<p><b>10.- Fruta de cor verde por fora, branca por dentro e com muita água</b></p> <p>PÊRA                      MELANCIA</p>

Fonte: Adaptado de Peña (2009).

NOME: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_

**Digite "o", "a", "os" ou "as", conforme o caso:**

_____ Cabeça	_____ Senhores
_____ Amor	_____ Lâmpada
_____ Vidro	_____ Tomate
_____ Boné	_____ Luvas
_____ Fumo	_____ Pessoas

Fonte: Adaptado de Peña (2009).

**NOME:** \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_/\_\_/\_\_

**Assinale com um círculo a palavra que tenha o significado oposto que a palavra a negrito:**

<b>ALEGRIA</b>	CONTENTE	TRISTEZA
<b>AMOR</b>	ÓDIO	CARINHO
<b>RICO</b>	POBRE	ABASTADO
<b>BONITO</b>	ESBELTO	FEIO
<b>GENEROSO</b>	BONDOSO	EGOISTA

Fonte: Adaptado de Peña (2009).

NOME: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_

Observe as imagens e complete as palavras:



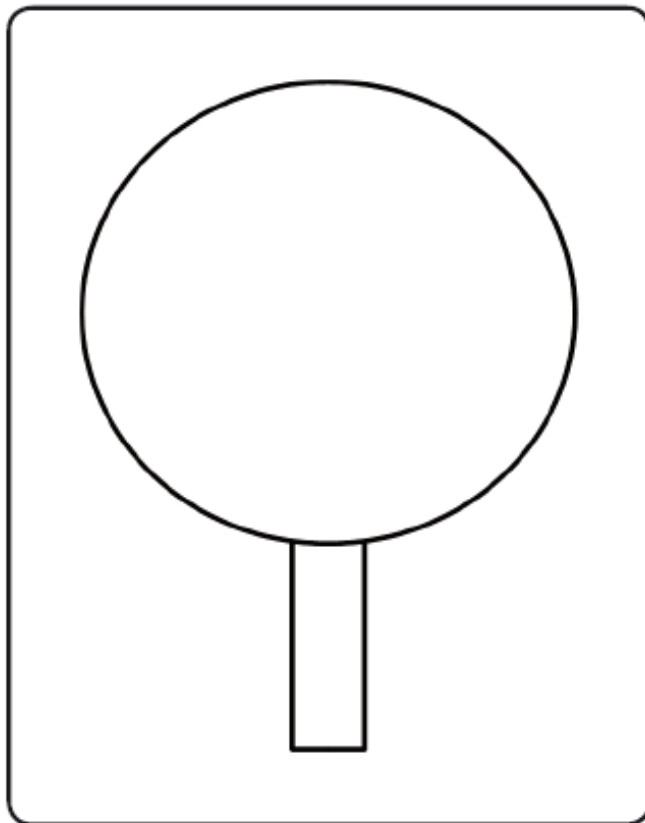
Fonte: Adaptado de Peña (2009).

NOME: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_

## **Apêndice J - Atividades implementadas no PTC: Habilidade Construtiva**



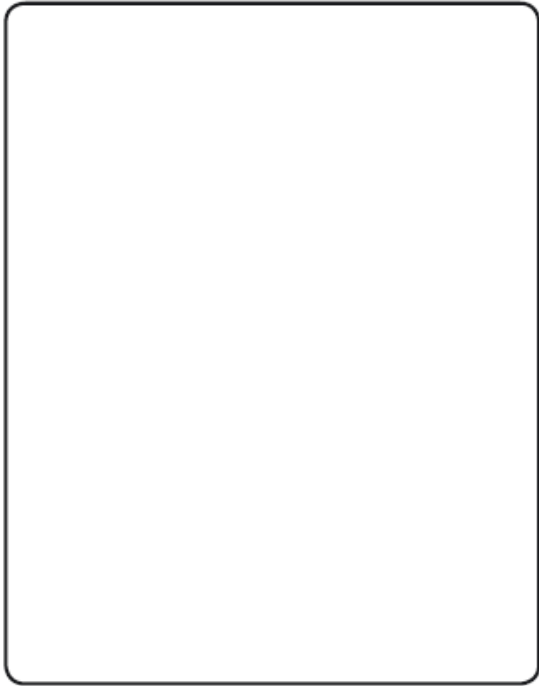
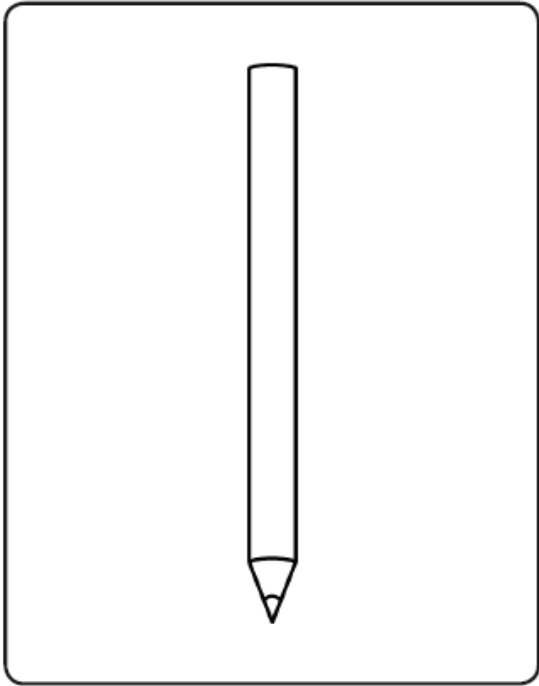
**Desenhe à direita esta árvore:**



Fonte: Adaptado de Peña (2009).

**NOME:** \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_/\_\_/\_\_

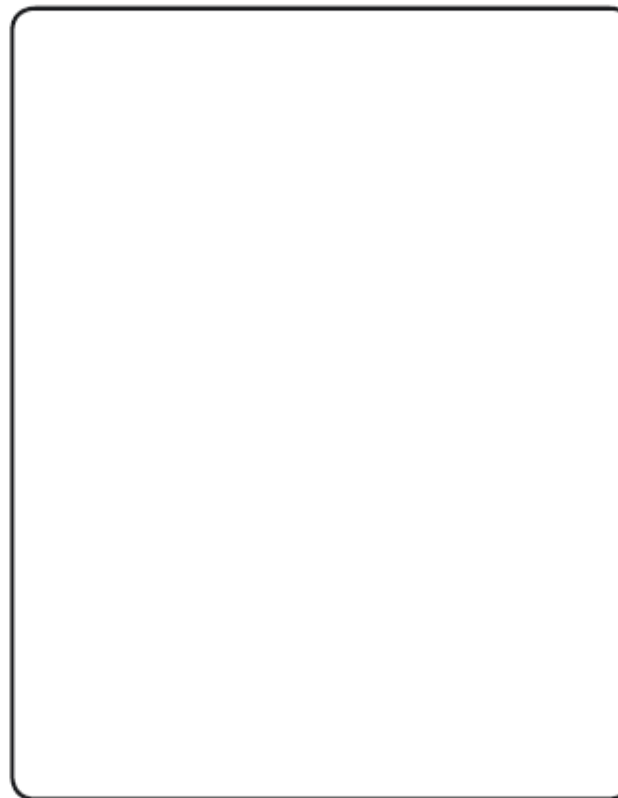
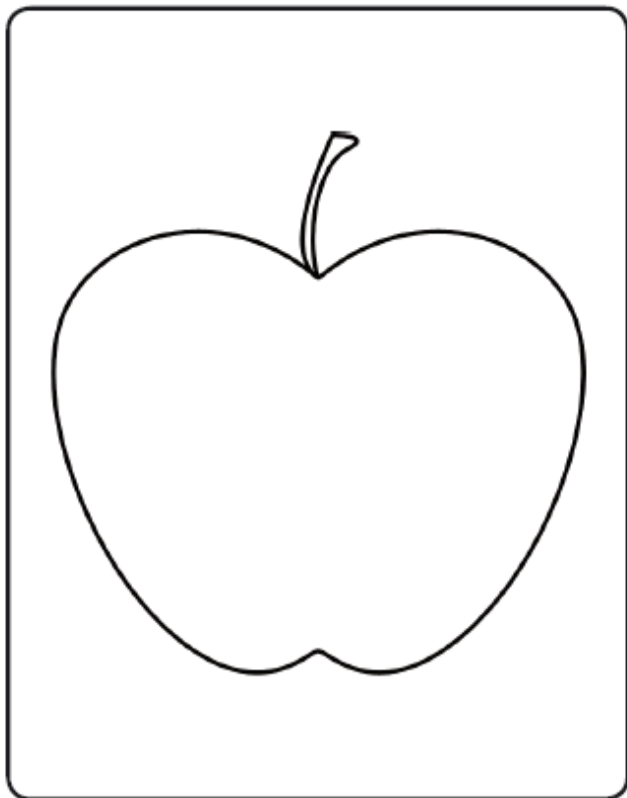
**Desenhe à direita este lápis:**



Fonte: Adaptado de Peña (2009).

**NOME:** \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_/\_\_/\_\_

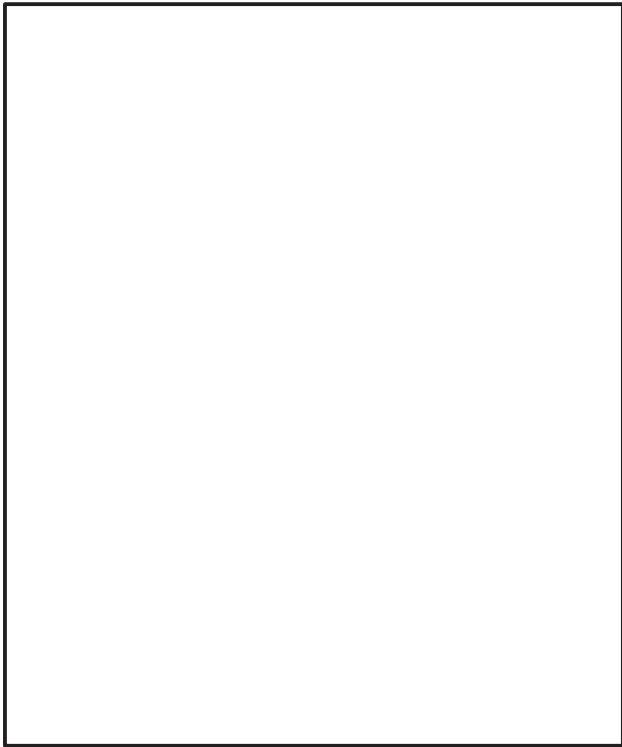
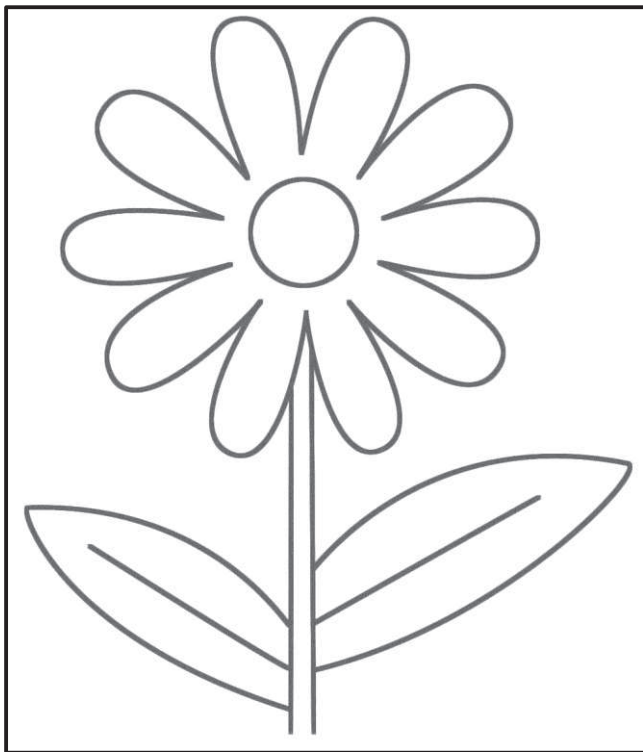
**Desenhe à direita esta maçã:**



Fonte: Adaptado de Peña (2009).

**NOME:** \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_/\_\_/\_\_

**Desenhe à direita esta flor:**



Fonte: Adaptado de Peña (2009).

**NOME:** \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_/\_\_/\_\_

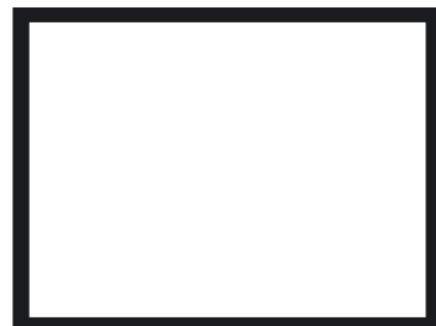
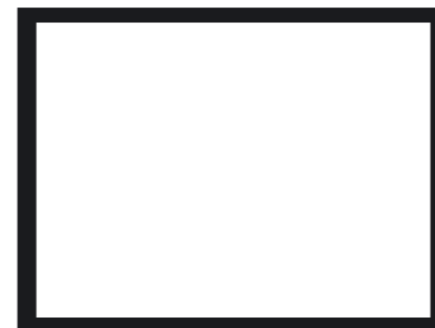
## **Apêndice K - Atividades implementadas no PTC: Memória**



**Fixe o nome do objeto e onde se encontra em 10 segundos.**



**Recorde-se de que objeto era e onde se encontrava. Preencha a caixa apropriada, redigindo o nome do objeto.**



Fonte: Adaptado de Peña (2009).

**NOME:** \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_/\_\_/\_\_

Fixe o nome do objeto e onde se encontra em 10 segundos.



**Recorde-se de que objeto era e onde se encontrava. Preencha a caixa apropriada, redigindo o nome do objeto.**

Fonte: Adaptado de Peña (2009).

**NOME:** \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_/\_\_/\_\_

Cada foto em cima tem o seu par em baixo. Memorize todos os pares:



Preencha os espaços em branco. Escreva o nome do par desaparecido.



Fonte: Adaptado de Peña (2009).

NOME: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Cada foto em cima tem o seu par em baixo. Memorize todos os pares:



Preencha os espaços em branco. Escreva o nome do par desaparecido.



Fonte: Adaptado de Peña (2009).

NOME: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_

## **Apêndice L - Atividades implementadas no PTC: Percepção**



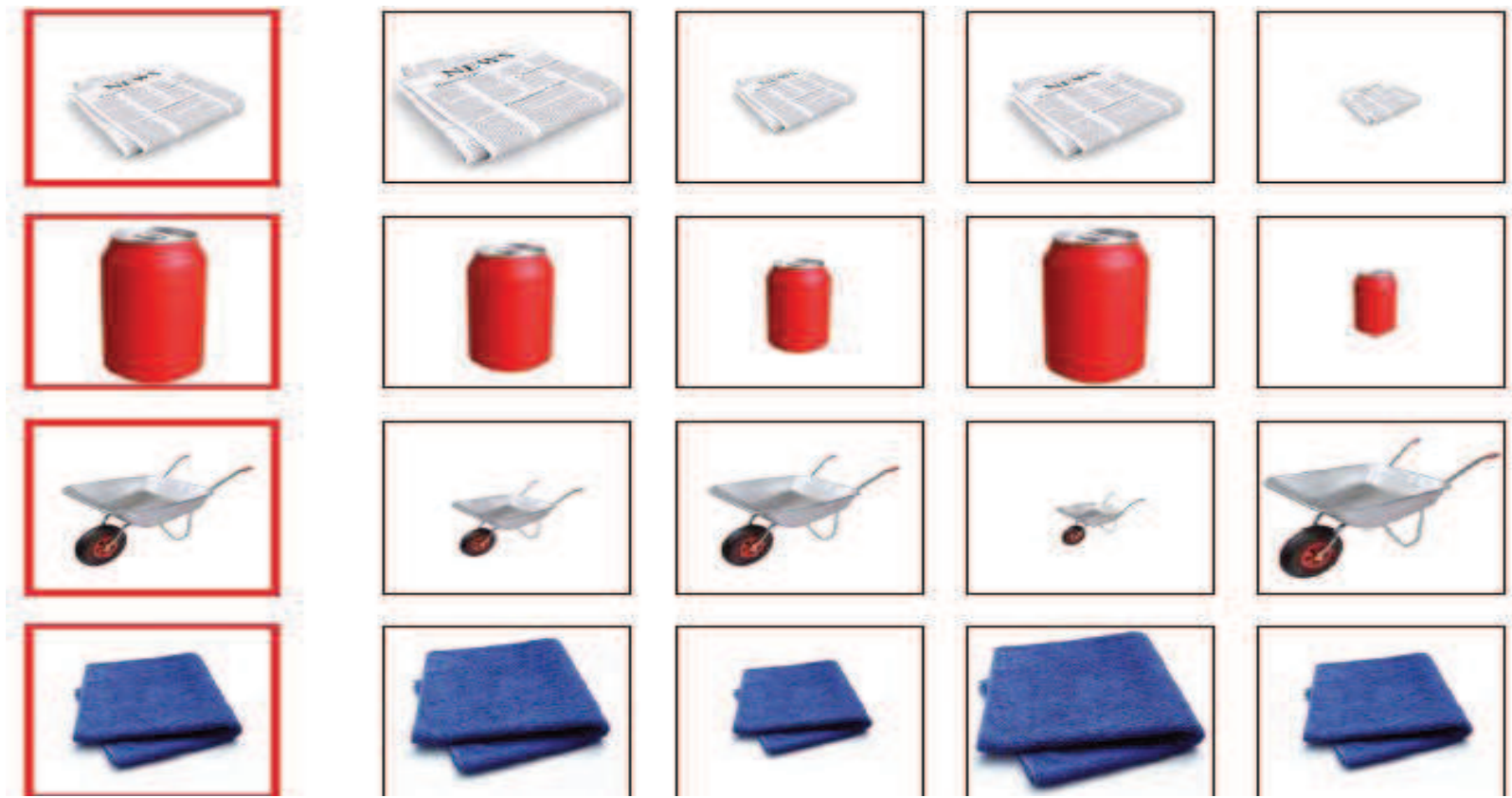
Indique, qual das duas imagens abaixo é igual à imagem grande que se encontra acima a **vermelho**:



Fonte: Adaptado de Peña (2009).

NOME: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_

Indique, qual das quatro imagens da direita é igual à imagem grande que se encontra à esquerda a **vermelho**:



Fonte: Adaptado de Peña (2009).

NOME: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_

Indique, qual das duas sombras abaixo pertence ao objeto acima.



Fonte: Adaptado de Peña (2009).

NOME: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_

Indique, qual das quatro sombras da direita pertence ao objeto da esquerda:



Fonte: Adaptado de Peña (2009).

NOME: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_

## **Apêndice M - Resultados antes e após o aplicação do MEEM por pontos**



Tabela 1: Resultados antes e após a aplicação do MEEM por pontos.

Sujeito	Orientação		T2-T1	Retenção		T2-T1	Atenção e Cálculo		T2-T1	Evocação		T2-T1	Linguagem		T2-T1	Habilidade Construtiva		T2-T1	TOTAL		T2-T1
	Pré (T1)	Pós (T2)		Pré (T1)	Pós (T2)		Pré (T1)	Pós (T2)		Pré (T1)	Pós (T2)		Pré (T1)	Pós (T2)		Pré (T1)	Pós (T2)		Pré (T1)	Pós (T2)	
1	10	10	0	3	3	0	5	5	0	3	3	0	8	8	0	1	1	0	30	30	0
2	9	9	0	3	3	0	5	5	0	3	2	1	8	8	0	1	1	0	29	28	-1
3	10	10	0	3	3	0	5	5	0	2	3	1	8	8	0	1	1	0	29	30	1
4	9	10	1	3	3	0	4	4	0	2	3	1	8	8	0	1	1		27	29	2
5	6	7	1	3	3	0	5	5	0	1	2	1	8	8	0	1	1	0	24	26	2
6	8	10	2	2	3	1	4	4	0	3	3	0	8	8	0	1	1	0	26	29	3
7	10	10	0	3	3	0	5	5	0	3	2	1	8	8	0	1	1	0	30	29	-1
8	8	8	0	3	3	0	5	5	0	1	0	-1	8	8	0	1	1	1	26	25	-1
9	9	9	0	3	3	0	5	5	0	3	3	0	8	8	0	1	1	1	29	29	0
10	10	10	0	3	3	0	5	5	0	3	3	0	7	8	1	1	1	0	29	30	1
11	7	9	2	3	3	0	5	5	0	0	0	0	1	8	0	1	1	0	24	26	2



## Anexos



## **Anexo A - Missão, Visão e Valores do CSPA**

A sua principal missão é melhorar a QV dos seus beneficiários através da prestação de um conjunto de serviços personalizados e permanentes, que visem a satisfação das necessidades básicas, de realização pessoal e social que reúnam condições facilitadoras de integração e de bem-estar.

O CSPA procura que os princípios e valores que defende (Humanismo, Solidariedade, Justiça e Equidade, Responsabilidade Social, Ética, Dedicção e Eficácia/Eficiência) se materializem numa cultura de ação que dignifique e contribua para a realização de cada pessoa na sua comunidade.

O CSPA tem como visão ser uma instituição de referência e ser reconhecido pelos seus serviços, baseado no trabalho de equipa e numa gestão sustentável, orientada para a inclusão social, consolidando as respostas sociais de uma forma proativa às necessidades emergentes.



## **Anexo B - Organograma da Instituição**





## ORGANOGRAMA CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DE ALMAMEDA

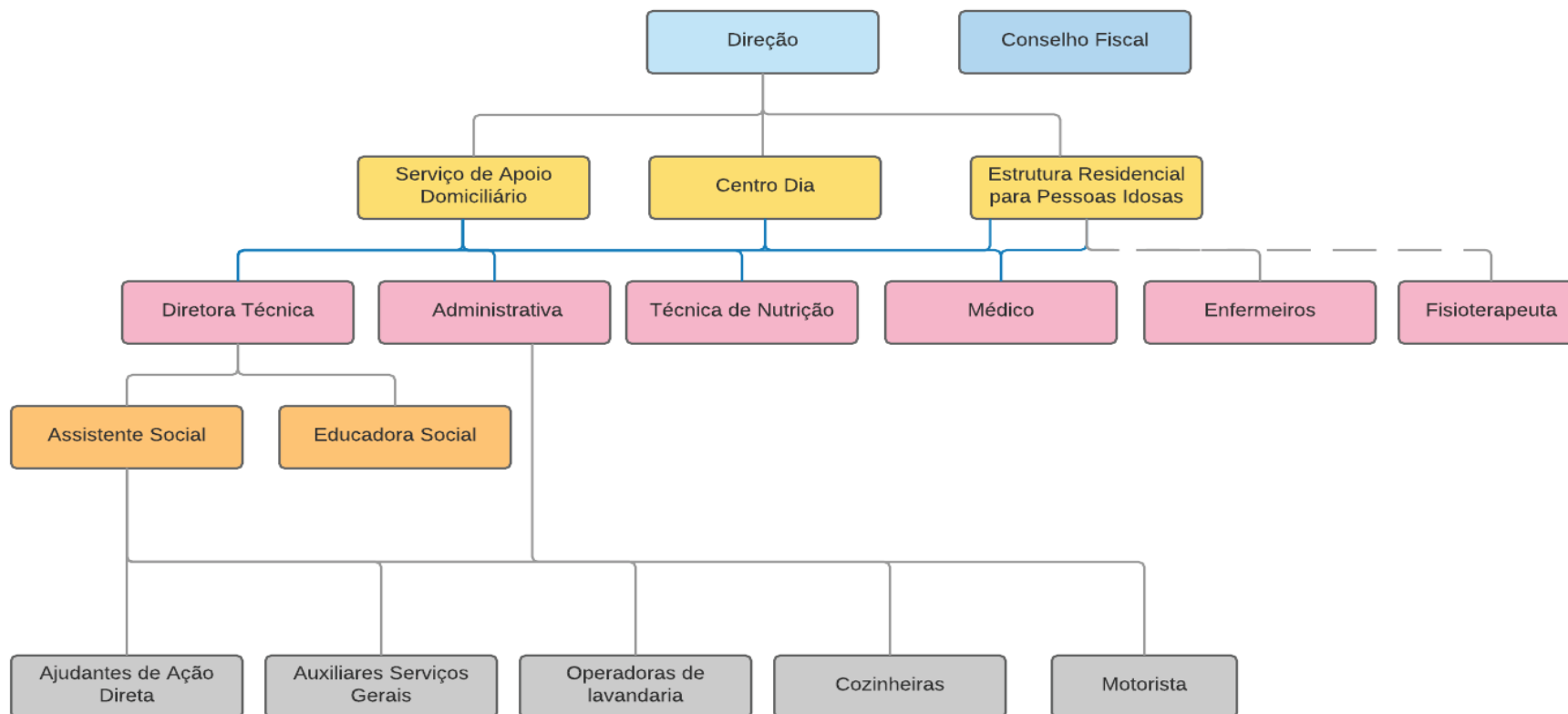


Figura 3: Organograma da instituição.



## **Anexo C - Regulamento interno de CD**





**Centro Social  
Paroquial  
de Alameda**

# REGULAMENTO INTERNO DE FUNCIONAMENTO

## Resposta Social de Centro De Dia

2016

## **CAPÍTULO I**

### **DISPOSIÇÕES GERAIS**

#### **Norma I**

##### **Âmbito de Aplicação**

O Centro de Dia é uma valência do Centro Paroquial de Alameda – Instituição Particular de Solidariedade Social – que tem estatutos aprovados pela Direção Regional de Segurança Social do Centro, com acordo de cooperação para a resposta social de Centro de Dia, sob o n.º 105/85, fls 5 e verso do Livro n.º 3 das Fundações de Solidariedade Social em 19/09/85.

#### **Norma II**

##### **Legislação Aplicável**

Os princípios legislativos pelos quais se rege a resposta social de Centro de Dia do Centro Social Paroquial de Alameda são:

a. Orientação Técnica Circular n.º 4/2014, de 16 de dezembro, da Direção-Geral da Segurança Social – Define o modelo de regulamento das comparticipações familiares devidas pela utilização dos serviços e equipamentos sociais das Instituições Particulares de Solidariedade Social;

b. Decreto-Lei n.º 99/2011, de 28 de setembro – Altera o regime de licenciamento e fiscalização da prestação de serviços e dos estabelecimentos de apoio social, regulado pelo Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março, contemplando os princípios de simplificação e agilização do regime de licenciamento previstos no Decreto-Lei n.º 92/2010, de 26 de julho, e atualiza as remissões e referências legislativas constantes do Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março;

c. Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março – Define o regime de licenciamento e de fiscalização de serviços dos estabelecimentos de apoio social;

#### **Norma III**

##### **Objetivos do Regulamento**

O presente Regulamento Interno de Funcionamento visa:

- a. Promover o respeito pelos direitos dos clientes e demais interessados;
- b. Assegurar a divulgação e o cumprimento das regras de funcionamento do estabelecimento/estrutura prestadora de serviços;
- c. Promover a participação ativa dos clientes e/ou seus representantes legais ao nível da gestão desta resposta social.

## **Norma IV**

### **Definição e Objetivo**

1. O Centro de Dia é uma resposta social que consiste num equipamento social que funciona durante o dia e que presta vários serviços que ajudam a manter as pessoas idosas no seu meio social e familiar.
2. O Centro de Dia é uma resposta social que tem como principais objetivos:
  - a. Proporcionar serviços adequados à satisfação das necessidades dos clientes;
  - b. Estabilizar ou retardar as consequências desagradáveis do envelhecimento;
  - c. Prestar apoio psicológico e social;
  - d. Promover as relações interpessoais e intergeracionais;
  - e. Permitir que a pessoa idosa continue a viver na sua casa e no seu bairro;
  - f. Evitar ou adiar ao máximo o recurso a estruturas residenciais para pessoas idosas, contribuindo para a manutenção do cliente em meio natural de vida;
  - g. Contribuir para a prevenção de situações de dependência, promovendo a autonomia.

## **Norma V**

### **Serviços Prestados e Atividades Desenvolvidas**

1. O Centro de Dia assegura, entre outros, a prestação dos seguintes serviços:
  - a. Fornecimento de refeições e acompanhamento das mesmas;
  - b. Cuidados de higiene e conforto pessoal;
  - c. Tratamento de roupa (de uso pessoal e da habitação do cliente);
  - d. Higiene habitacional (no estritamente necessário à natureza do apoio a prestar);
  - e. Transporte (Habitação ↔ Centro Social Paroquial de Alameda);
  - f. Acompanhamento ao exterior, desde que a situação assim o justifique (não exista estrutura familiar ou esteja comprovadamente impossibilitada).
  - g. Encaminhamento para outros serviços (Segurança Social, Centro de Saúde, etc.)
  - h. Atividades de convívio, ocupação e lazer, no sentido de ocupar os tempos livres (funcionando como terapia ocupacional);
  - i. Serviço Médico, Enfermagem e Fisioterapia.
2. Os serviços prestados pela resposta social de Centro de Dia são acordados no momento da admissão do cliente, tal como o dia/hora/periodicidade no caso de higiene habitacional e tratamento de roupa.

3. As atividades desenvolvidas estão de acordo com o Plano Anual de Atividades, elaborado no início de cada ano civil e, encontra-se afixado em local visível.

## **CAPITULO II**

### **PROCESSO DE ADMISSÃO DOS UTENTES**

#### **Norma VI**

##### **Condições De Admissão**

1. São admitidas ao Centro de Dia:
  - a. Pessoas de ambos os sexos com idade igual ou superior a 65 anos;
  - b. Pessoas com naturalidade ou residência na freguesia de Alameda ou limítrofes;
  - c. Pessoas com vontade expressa em ser admitido;
  - d. Pessoas sem retaguarda familiar ou incapacidade da mesma em prestar os cuidados necessários;
  - e. Pessoa que não apresentem doenças infetocontagiosas, perturbações mentais graves que ponham em risco a integridade física dos outros clientes e colaboradores, bem como não sofrer de outras patologias que possam perturbar o normal funcionamento do Centro Social Paroquial de Alameda.
2. Poderão ser admitidas pessoas que não preencham estas condições, desde que a sua situação familiar, socioeconómica, de saúde ou de isolamento justifique o apoio deste serviço.
3. A admissão é precedida por uma entrevista ao candidato e/ou pessoa próxima, a realizar pela Diretora Técnica ou Técnico Serviço Social.
4. A admissão de cidadãos portadores de deficiência será considerada caso a caso, de acordo com a capacidade dos serviços.

#### **Norma VII**

##### **Candidatura**

1. Para efeitos de admissão, o cliente deverá candidatar-se através do preenchimento de uma ficha de inscrição que constitui parte integrante do processo de cliente, devendo fazer prova das declarações efetuadas, mediante a entrega de cópia dos seguintes documentos:
  - a. Cópia do Bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão do Candidato e do seu representante legal;

- b. Cópia do Cartão de Contribuinte do utente e do seu representante legal;
  - c. Cópia do Cartão de Beneficiário da Segurança Social do utente e do seu representante legal;
  - d. Cópia do Cartão de Utente dos Serviços de Saúde ou de subsistemas a que o / a utente pertença;
  - e. Boletim de vacinas e relatório médico, comprovativo da situação clínica do Cliente, quando solicitado;
  - f. Comprovativo dos rendimentos do Cliente e do agregado familiar;
  - g. Comprovativo de despesas (água, luz, gás, medicação, entre outras);
2. A candidatura do cliente é feita de segunda-feira a sexta-feira, das 9h00 às 13H00 e das 14H00 às 17H00;
  3. A candidatura do cliente é feita através de uma entrevista, a realizar pelo/a Diretor/a Técnico/a ou Técnico/a de Serviço Social.
  4. Em situações urgentes a admissão será a título provisório, com parecer e autorização do Diretor/a Técnico/a, sujeita a aprovação posterior por parte da Direção, tendo o processo a mesma tramitação de uma admissão normal.

### **Norma VIII**

#### **Critérios De Admissão**

1. Nos termos do disposto na legislação vigente, são critérios de prioridade na seleção dos clientes:
  - a. Ser natural ou residir na freguesia de Alameda ou limítrofes;
  - b. Encontrar-se em situação de isolamento social e/ou geográfico;
  - c. Comprovada a ausência de apoio familiar durante o dia;
  - d. Desajustamento e/ou conflito familiar grave;
  - e. Idosos ou indivíduo com deficiência impossibilitado para a realização de atividades da vida diária;
  - f. Idosos em que o cônjuge seja cliente da Instituição;
  - g. Ordem de Inscrição

### **Norma IX**

#### **Admissão**

1. Recebida a candidatura, a mesma é analisada pelo/a Diretor/a Técnica do Centro Social Paroquial de Alameda, a quem compete emitir parecer à Direção;
2. A admissão do cliente à resposta social de Centro de Dia é da responsabilidade da Direção da Instituição;

3. Da decisão será dado conhecimento ao cliente no prazo de 5 dias.
4. Havendo vaga, o processo de admissão inicia-se imediatamente após a decisão da Direção;
5. Em situações de grande urgência, a admissão será sempre a título provisório com parecer do/a Diretor/a Técnico/a e autorização da Direção, tendo o processo tramitação idêntica às restantes situações;
6. O processo de admissão termina com a celebração do contrato de alojamento e de prestação de serviços.

### **Norma X**

#### **Acolhimento de Novos Clientes**

O acolhimento dos novos clientes rege-se pelos seguintes critérios:

- a. Gerir, adequar e monitorizar os primeiros serviços prestados ao cliente;
- b. Prestar esclarecimentos, em caso de necessidade, e avaliar as reações do cliente;
- c. Caso existam, realizar o inventário dos bens que o cliente fornece para a prestação dos serviços e acordados na contratualização;
- d. Evidenciar a importância da (s) pessoa (s) próxima (s) do cliente nas atividades desenvolvidas;
- e. Recordar as regras de funcionamento da resposta social em questão, assim como os direitos e deveres de ambas as partes e as responsabilidades de todos os intervenientes na prestação do serviço;
- f. Definir e conhecer os espaços e equipamentos;
- g. Definir as regras e forma de entrada e saída do domicílio;
- h. Desenvolver, observar ou aprofundar alguns aspetos da entrevista, completando ou alternando, sempre que necessário;
- i. Após 30 dias é elaborado o relatório final sobre o processo de integração e adaptação do cliente, que será posteriormente arquivado no Processo Individual do Cliente;
- j. Se durante este período, o cliente não se adaptar, deve ser realizada uma avaliação do programa de acolhimento. Identificados os indicadores que conduziram à inadaptação, os mesmos devem ser superados, estabelecendo se oportunos novos objetivos de intervenção. Caso a inadaptação persista, é dada a possibilidade ao cliente de rescindir o contrato.

## **Norma XI**

### **Partilha de Informação**

O Centro Social Paroquial de Alameda garante o sigilo dos dados constantes no processo individual do cliente.

## **Norma XII**

### **Processo Individual do Cliente**

1. Na Sede da Instituição existe, para cada cliente, um processo individual onde consta:
  - a. Os documentos descritos na norma VII;
  - b. Os elementos sobre a sua situação social e económica;
  - c. As necessidades específicas, os seus hábitos de vida, gostos e interesses;
  - d. Identificação e contacto de, pelo menos, uma pessoa responsável ou de referência;
  - e. Fichas de entrevista e avaliação diagnóstica;
  - f. Programa de Acolhimento Inicial e o seu relatório;
  - g. Plano Individual e respetivas revisões, monitorizações e avaliações;
  - h. Os vários registos de prestação de serviços, participação em atividades, ocorrências de situações anómalas ou reclamações;
  - i. Registos de entradas e saídas da habitação do cliente;
  - j. Contrato de Prestação de Serviços celebrados entre o cliente/família e a Instituição;
2. O Processo Individual do Cliente é arquivado no Centro Social Paroquial de Alameda, em local próprio e de fácil acesso à Direção Técnica, garantindo sempre a sua confidencialidade;
3. Cada processo é atualizado semestralmente;
4. O cliente e/ou pessoa (s) próxima (s) (com autorização do cliente) tem conhecimento da informação constante no processo individual.

## **Norma XIII**

### **Lista de Espera**

1. Caso não seja possível proceder à admissão por inexistência de vagas, deverá ser comunicado ao cliente ou pessoa próxima, a posição que o mesmo ocupa na lista de espera.
2. As inscrições são arquivadas por ordem de inscrição e respeitará os mesmos critérios indicados para a admissão.

3. A saída da lista de espera ocorrerá por motivos de desistência ou morte.
4. Todos os anos a lista de espera é atualizada.

### **CAPÍTULO III**

#### **INSTALAÇÕES E REGRAS DE FUNCIONAMENTO**

#### **Norma XIV**

##### **Instalações**

1. O Centro Social Paroquial de Alameda está sediado no Largo José Lopes Machaz S/N, 6000-001 Alameda, e as suas instalações são compostas por:

- a. 15 Quartos duplos, equipados com aquecimento central, roupeiro e casa de banho privativa;
- b. 3 Quartos individuais, equipados com aquecimento central, roupeiro e casa de banho privativa;
- c. Gabinete do Presidente;
- d. Gabinete Diretor/a Técnico/a;
- e. Gabinete Administrativo;
- f. Gabinete Médico/Enfermagem/Técnica de Nutrição;
- g. Sala de Reuniões;
- h. Sala de Visitas / Estar / Convívio;
- i. Sala Cabeleireiro e Barbearia;
- j. Cozinha e Zona de Lavagem;
- k. Refeitório;
- l. Lavandaria;
- m. Balneários dos Colaboradores;
- n. Bar;
- o. Despensas;
- p. Sala de Fisioterapia;
- q. Sala de Vigilância;
- r. Zona de Evacuação do morto;
- s. Sótão/Zona de Arrumos;
- t. Jardim envolvente ao edifício.

## **Norma XV**

### **Horário De Funcionamento**

1. A resposta social de Centro de Dia do Centro Social Paroquial de Alameda funciona de segunda a sábado e encerra ao domingo e feriados, sendo que abre às 9H00 e encerra às 19H00;
2. O transporte dos clientes para as instalações decorre entre as 7H30 e as 9H00, sendo que o regresso às suas habitações é efetuado depois da hora do jantar;
3. O horário das visitas é diário e decorre das 10H30 às 11H30 e das 14H00 às 17H30, nos dias úteis e, das 14H00 às 17H30 nos fins-de-semana e feriados, podendo a Direção fixar outro horário.
4. As visitas são realizadas na sala de convívio / estar, exceto quando o cliente estiver acamado ou doente.

## **Norma XVI**

### **Refeições**

1. O serviço de alimentação contempla as seguintes refeições diárias:
  - a. Pequeno-almoço – 9H00;
  - b. Almoço – 12H00;
  - c. Lanche – 15H30;
  - d. Jantar – 18H00.
2. As refeições referidas no ponto anterior serão disponibilizadas ao cliente de acordo com as suas necessidades e conforme previamente acordado;
3. As ementas são elaboradas por uma Técnica de Nutrição, sendo que as mesmas serão afixadas, semanalmente, em local visível;
4. A alimentação será ajustada a alergias alimentares, a intolerâncias alimentares e/ou à necessidade de dieta.
5. Por razões de segurança e/ou foro médico, quer os clientes quer as suas visitas devem abster-se de trazer quaisquer alimentos do exterior sem conhecimento e consentimento do/a Diretor/a Técnico/a.

## **Norma XVII**

### **Higiene Pessoais**

1. A higiene pessoal é realizada durante a semana na Sede do Centro Social Paroquial de Alameda, em dia/hora a definir.

## **Norma XVIII**

### **Limpezas Habitacionais**

1. A higiene habitacional é efetuada quinzenalmente ou mensalmente, conforme o que for acordado previamente.
2. Os materiais e equipamentos necessários para a limpeza habitacional são encargos da responsabilidade do cliente ou seus familiares, salvo raras exceções de grave carência económica, que a instituição fornece alguns artigos de limpeza, para assegurar que o serviço possa ser prestado.

## **Norma XIX**

### **Tratamento de Roupa**

O tratamento de roupas é realizado na Lavandaria do Centro Social Paroquial de Alameda, sendo a roupa levantada semanalmente ou quinzenalmente, consoante a necessidade do cliente e entregue no domicílio do mesmo pelo pessoal prestador de cuidados.

## **Norma XX**

### **Deslocações**

1. A deslocação do pessoal ao domicílio do cliente é feita única e exclusivamente em viatura do Centro Social Paroquial de Alameda afeta ao serviço.
2. O plano de deslocação é elaborado de forma a ter em conta a sua melhor sequência, poupando esforços e tempo, sem prejuízo do atendimento prioritário dos casos mais urgentes.

## **Norma XXI**

### **Depósito e guarda de bens de clientes**

1. O Centro Social Paroquial de Alameda só se responsabiliza pelos objetos e valores que os clientes lhe entreguem à sua guarda.
2. No ato de entrega de objetos e valores será preenchido um impresso com o bens entregues, sendo que o mesmo será assinado pelo cliente/responsável e pela pessoa que os recebe. Este impresso será arquivado junto do processo individual do cliente.
3. Os bens monetários à guarda do Centro Social Paroquial de Alameda serão registados contabilisticamente numa conta corrente do cliente, onde serão registados todos os movimentos efetuados com conhecimento do cliente/responsável. A mesma encontrar-se-á sempre atualizada com o registo do saldo, sendo que será fornecido mensalmente ao cliente/responsável o registo dos movimentos efetuados.

## **Norma XXII**

### **Passeios e Deslocações**

1. O desenvolvimento de passeios ou deslocações em grupo são da responsabilidade da Instituição, estando a organização das atividades a cargo do/a Diretor/a Técnico/a – com a colaboração da Educadora Social do Centro Social Paroquial de Alameda.
2. Sempre que necessário será pedido autorização de familiares ou responsáveis dos clientes, quando são efetuados passeios ou deslocações em grupo.
3. Durante os passeios os clientes são sempre acompanhados por colaboradoras do Centro Social Paroquial de Alameda.

## **Norma XXIII**

### **Pagamento De Mensalidades**

1. O pagamento da mensalidade e outras despesas (medicamentos, fraldas, tratamentos de enfermagem, ambulâncias, entre outros) é efetuado até ao dia 8 de cada mês, no Gabinete Administrativo/Secretaria da Instituição.
2. O pagamento pode ser realizado das seguintes formas:
  - a. Dinheiro;
  - b. Transferência bancária;
  - c. Cheque.
2. Cada cliente paga uma mensalidade fixa, de acordo com a situação económica, podendo a mesma sofrer alterações anuais ou por indicação superiormente estabelecida;
3. Se o cliente estiver ausente não terá direito a dedução, salvo os seguintes casos:
  - a. Uma semana de ausência (dedução de 25%);
  - b. Duas semanas de ausência (dedução de 50%);
  - c. Três semanas de ausência (dedução de 75%);
  - d. Um mês ausente (dedução de 100%)

Nota: as ausências devem ser comunicadas no mínimo com um dia de antecedência, mediante o preenchimento da ficha de Suspensão de Prestação de Serviços.

## **Norma XXIV**

### **Tabela de Comparticipações**

1. A tabela de comparticipações familiares é calculada de acordo com a legislação/normativos em vigor e encontra-se afixada em lugar visível;

2. A comparticipação devida pela utilização do serviço de Centro de Dia é determinada pela aplicação da percentagem de 45% a 60% sobre o rendimento *per capita* do agregado familiar.

a. O rendimento *per capita* mensal do agregado familiar é calculado de acordo com a seguinte fórmula:

$$RC = \frac{\left(\frac{RAF}{12}\right) - D}{N}$$

Sendo que:

RC – Rendimento *per capita* mensal;

RAF – Rendimento do Agregado Familiar;

D – Despesas mensais fixas;

N – Número de elementos do agregado Familiar

Observação: Por agregado familiar entende-se, que para além do cliente da resposta social, integra o agregado familiar, o conjunto de pessoas ligadas entre si por vínculo de parentesco, afinidade, ou outras situações similares, desde que vivam em economia comum. Não são considerados para o efeito de agregado familiar, as pessoas que tenham entre si um vínculo contratual (hospedagem ou arrendamento de habitação) e/ou permaneçam na habitação por um curto período de tempo.

3. A mensalidade é estabelecida de acordo com o rendimento mensal de cada agregado familiar, por documentos comprovativos do mesmo e, nunca perdendo de vista o valor do custo real médio do cliente na respetiva resposta social.

4. As mensalidades e as pensões serão atualizadas anualmente, entre Janeiro e março do ano civil.

5. As falsas declarações ou consciente omissão de rendimentos e/ou outros valores levará à exclusão da prestação de serviços ao cliente.

## **CAPITULO IV COMPETÊNCIAS**

### **Norma XXV**

#### **Pessoal da Instituição**

1. O pessoal afeto à resposta social de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas é o seguinte:

a. Diretor/a Técnico/a;

- b. Técnico/a de Serviço Social;
- c. Administrativo/a;
- d. Médico/a;
- e. Enfermeiro/a;
- f. Fisioterapeuta;
- g. Técnico/a de Nutrição;
- h. Educador/a Social;
- i. Encarregado/a de Serviços Gerais;
- j. Ajudantes de Ação Direta;
- k. Auxiliares de Serviços Gerais;
- l. Operadores/as de Lavandaria;
- m. Cozinheiros/as;
- n. Motoristas

#### **Norma XXVI**

#### **Quadro de Pessoal**

O quadro de pessoal desta instituição prestadora de serviços encontra-se afixado em local visível, contendo a indicação do número de recursos humanos e formação, definido de acordo com a legislação/normativos em vigor.

#### **Norma XXVII**

#### **Direção Técnica**

1. A Direção Técnica do Centro Social Paroquial de Alameda deve ser assegurada por um elemento com formação técnica e académica correspondente a bacharelato ou licenciatura no âmbito das Ciências Sociais e Humanas ou Ciências da Saúde, cujo nome e formação se encontra afixado em lugar visível.

2. A Estrutura Residencial para Pessoas Idosas é dirigida por um/a Diretor/a Técnico/a, ao qual compete:

a. Dirigir o funcionamento dos serviços coordenando o pessoal e supervisionando a direção com o restante pessoal afeto, assumindo a responsabilidade pela programação, execução e avaliação das atividades e dos planos de prestação de cuidados;

b. Promover reuniões de trabalhos com os clientes e com o pessoal afeto, dispensando especial atenção à questão do relacionamento interpessoal;

c. Participar em reuniões de Direção, quando convocado/a, podendo propor a aquisição de equipamentos necessários, admissão e/ou contratação eventual de pessoal

na situação de faltas prolongadas, para garantir o bom funcionamento dos serviços prestados;

d. Colaborar na definição de critérios justos e objetivos para a avaliação periódica da prestação de serviços, garantindo a coordenação e supervisão do pessoal afeto;

e. Garantir o estudo da situação do cliente e a elaboração do seu plano de cuidados;

f. Elaborar escalas de serviço, mapas de férias e folgas do pessoal afeto à Instituição;

g. Conjuguar esforços no sentido de rentabilizar os recursos técnicos, financeiros e humanos de forma a garantir a melhor gestão dos equipamentos;

h. Outras tarefas atribuídas pela Direção.

### **Norma XXVIII**

#### **Técnico/a de Serviço Social**

1. Compete ao/à Técnico/a de Serviço Social:

a. Estudar e definir normas gerais, esquemas e regras de atuação do Serviço Social da Instituição, de forma a encontrar as soluções possíveis aos seus problemas (descoberta do equipamento social de que podem dispor);

b. Estudar a situação socioeconómica e familiar dos clientes à admissão, emitindo um relatório e parecer dos processos de admissão aquando o surgimento de uma vaga;

c. Organizar e manter atualizado o processo individual de cada cliente, fazendo parte do mesmo todas as informações de caráter confidencial;

d. Ajudar os clientes a resolver adequadamente os problemas de adaptação e readaptação social, fomentando e reforçando as relações entre os clientes, familiares, colaboradores e comunidade em geral;

e. Ter conhecimento e autorizar a saída dos clientes;

f. Outras tarefas atribuídas pela Direção.

### **Norma XXIX**

#### **Administrativo/a**

1. Incumbe ao/à administrativo/a executar as seguintes funções:

a. Tesouraria, expediente, arquivo e datilografia;

b. Proceder ao levantamento das pensões dos clientes, sempre que necessário;

c. Proceder ao pagamento de remunerações do pessoal afeto;

- d. Receber os pagamentos das mensalidades dos clientes;
- e. Organizar e manter atualizados os processos do pessoal afeto;
- f. Controlar a assiduidade e pontualidade do pessoal afeto;
- g. Proceder à aquisição de produtos alimentares;
- h. Outras tarefas atribuídas pela Direção.

### **Norma XXX**

#### **Enfermeiro/a**

- 1. Compete ao/à enfermeiro/a:
  - a. Prestar cuidados de enfermagem aos clientes, em várias circunstâncias;
  - b. Administrar os medicamentos e tratamentos prescritos pelo médico, de acordo com as normas de serviço e técnicas reconhecidas na profissão;
  - c. Colaborar com os médicos e outros técnicos de saúde no exercício da sua profissão;
  - d. Manter atualizado, nas fichas de registo próprias para o efeito, os dias das consultas e exames dos clientes;
  - e. Orientar e formar as Ajudantes de Ação Direta no que concerne aos procedimentos de atuação com os clientes dependentes, nomeadamente no que respeita ao seu posicionamento e mobilização e prevenção de úlceras de pressão.
  - f. Elaborar procedimentos de atuação no que concerne à promoção da autonomia e prevenção da dependência.

### **Norma XXXI**

#### **Fisioterapeuta**

- 1. Compete ao/à fisioterapeuta:
  - a. Analisar e avaliar o movimento e a postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas;
  - b. Habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objetivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida;
  - c. Utilizar, sob prescrição médica, diferentes técnicas e métodos, designadamente exercícios terapêuticos, treino funcional para as atividades da vida diária, técnicas de facilitação neuromuscular, cinesiterapia respiratória, drenagem e outros, a fim de evitar a incapacidade e obter a máxima recuperação funcional do indivíduo.

## **Norma XXXII**

### **Educador/a Social**

#### 1. Compete ao/à Educador/a Social:

- a. Prestar ajuda técnica com caráter educativo e social, em ordem de aperfeiçoamento das condições de vida dos clientes, bem como realizar e apoiar atividades.
- b. Incentivar a Instituição à organização de atividades abertas à comunidade, fomentando o intercâmbio com outras Instituições, sob orientação da Diretora Técnica;
- c. Desenvolver atividades com objetivo de manter e desenvolver capacidades funcionais e cognitivas dos clientes, estimulando-os a participar nas mesmas;
- d. Outras tarefas atribuídas pela Direção.

## **Norma XXXIII**

### **Encarregado/a de Serviços Gerais**

#### 1. Compete ao/à Encarregado/a de Serviços Gerais:

- a. Organizar, coordenar e orientar o pessoal do setor de acordo com as necessidades dos serviços, bem como verificar o desempenho das tarefas atribuídas.
- b. Zelar pelo cumprimento das regras de segurança e higiene no trabalho;
- c. Requisitar produtos indispensáveis ao normal funcionamento dos serviços;
- d. Verificar periodicamente os inventários e as existências, informando as necessidades de aquisição, reparação ou substituição dos bens ou equipamentos;
- e. Manter em ordem o inventário do respetivo setor;
- f. Estabelece, em colaboração com o/a Diretor/a Técnica, os horários de trabalho, escalas e dispensa de pessoal, bem como o modo de funcionamento dos serviços.

## **Norma XXXIV**

### **Ajudantes de Ação Direta**

1. Os/as Ajudantes de Ação Direta trabalham diretamente com os clientes, quer individualmente, quer em grupo, tendo em vista o seu bem-estar, pelo que executa a totalidade ou parte das seguintes tarefas:

- a. Recebe os clientes e faz a sua integração no período inicial de utilização dos equipamentos ou serviços;
- b. Procede ao acompanhamento diurno e/ou noturno dos clientes, dentro e fora do estabelecimento e serviços, guiando-os, auxiliando-os, estimulando-os através da

conversação, detetando os seus interesses e motivações e participando na ocupação de tempos livres;

- c. Assegura a alimentação regular dos clientes;
- d. Recolhe e cuida dos utensílios e equipamentos utilizados nas refeições;
- e. Presta cuidados de higiene e conforto aos clientes e colabora na prestação de cuidados de saúde que não requeiram conhecimentos específicos;
- f. Substitui as roupas de cama e da casa de banho, bem como o vestuário dos clientes, procede ao acondicionamento, arrumação, distribuição, transporte e controlo das roupas lavadas e à recolha de roupas sujas e sua entrega na lavandaria;
- g. Acompanhar as alterações que se verifiquem na situação global dos clientes, que afetem os eu bem-estar e informar o responsável;

#### **Norma XXXV**

##### **Auxiliares de Serviços Gerais**

- 1. Aos auxiliares de serviços gerais compete:
  - a. Realizar as limpezas habitacionais no domicílio dos clientes;
  - b. Recolha e entrega da roupa dos clientes;
  - c. Auxiliar as Ajudantes de Ação Direta.

#### **Norma XXXVI**

##### **Cozinheiros/as**

- 1. Compete aos/às cozinheiros/as:
  - a. Preparar, temperar e cozinhar os alimentos destinados às refeições;
  - b. Elaborar ou contribuir para a confeção das ementas;
  - c. Receber os viveres e outros produtos necessários à sua confeção, sendo responsável pela sua conservação;
  - d. Proceder à execução das operações culinária: empratar, guarnecer e confeccionar;
  - e. Executar e zelar pela limpeza da cozinha e dos utensílios.

#### **Norma XXXVII**

##### **Operadores/as de Lavandaria**

- 1. Compete aos/às operadores/as de lavandaria:
  - a. Proceder ao recebimento, tratamento, arrumo e distribuição das roupas;
  - b. Proceder à lavagem manual ou mecânica das roupas de serviço e dos clientes;
  - c. Engomar, dobrar e arrumar a roupa e assegurar outros trabalhos da seção;

- d. Executar trabalhos, manuais ou à máquina, necessários ao conserto e aproveitamento de peças de vestuário, roupas de serviço e trabalhos afins;
- e. Reportar superiormente as ocorrências relevantes no âmbito das funções exercidas.
- f. Outras tarefas atribuídas pela Direção.

### **Norma XXXVIII**

#### **Motorista**

- 1. Compete ao motorista:
  - a. Conduzir veículos ligeiros, procedendo ao transporte diário dos clientes;
  - b. Zelar, sem execução, pela boa conservação e limpeza dos veículos;
  - c. Verificar periodicamente os níveis de óleo e de água e a pressão dos pneus;
  - d. Zelar pelo bem-estar dos clientes;
  - e. Outras tarefas atribuídas pela Direção.

## **CAPITULO V**

### **DIREITOS E DEVERES**

#### **Norma XXXIX**

##### **Direitos dos Clientes**

- 1. Sem prejuízo das regras genericamente estabelecidas neste Regulamento, os Clientes do Centro Social Paroquial de Alameda têm ainda os seguintes direitos:
  - a. Obter igualdade de tratamento, independentemente da raça, religião, nacionalidade, idade, sexo ou condição social;
  - b. Respeito pela individualidade, autonomia, liberdade de expressão;
  - c. Respeito pela sua identidade pessoal e reserva da intimidade da vida privada e familiar, bem como pelos seus usos e costumes, havendo a possibilidade de utilizarem objetos de estimação, desde que seja respeitado o espaço individual de cada cliente;
  - d. Exigir qualidade nos serviços prestados, obtendo a satisfação das suas necessidades básicas, físicas, psíquicas, sociais e espirituais;
  - e. Ser informado e exigir o cumprimento das normas estabelecidas neste Regulamento Interno;
  - f. Não estar sujeito a coação física e/ou psicológica;
  - g. Ter acesso ao livro de reclamações e apresentar reclamações sobre os serviços ao/à Diretor/a Técnico/a;

- h. Ter conhecimento, da ementa semanal previamente estabelecida, afixadas em local próprio e com boa visibilidade;
- i. Utilizar os serviços e equipamentos disponíveis do Centro Social Paroquial de Alameda, bem como ter conhecimento e participar nas atividades promovidas, de acordo com os seus interesses e possibilidades;
- j. Ter assegurada a confidencialidade dos serviços prestados, sendo a sua vida privada respeitada e preservada;
- k. Receber visitas dos seus familiares e amigos;
- l. Ser acolhido/a pelo/a Diretor/a Técnico/a para uma visita mais pormenorizada ao estabelecimento e apoio antes do seu acolhimento;
- m. Ser apresentado aos colaboradores, equipa técnica e outros residentes, reforçando a informação necessária.

#### **Norma XL**

##### **Deveres dos Clientes**

- 1. Sem prejuízo das regras genericamente estabelecidas neste Regulamento, os Clientes do Centro Social Paroquial de Alameda têm ainda os seguintes deveres:
  - a. Cumprir as normas deste Regulamento Interno e zelar pela conservação das instalações e material que lhes for distribuído;
  - b. Contribuir para o bem-estar geral do Estabelecimento devendo evitar situações de conflito quer com outros residentes, quer com o pessoal em serviço;
  - c. Tratar com respeito e dignidade os companheiros, colaboradores e dirigentes da instituição, respeitando e ajudando-se mutuamente;
  - d. Comunicar a prescrição de qualquer medicamento que lhe seja feita fora do Centro Social Paroquial de Alameda;
  - e. Contribuir, no que dentro das possibilidades físicas e mentais, para a melhoria do quotidiano da Instituição;
  - f. Avisar com antecedência a ausência temporária dos serviços – pedindo autorização e, informando para onde se ausenta e quem o acompanha;
  - g. Proceder atempadamente ao pagamento da mensalidade, de acordo com o estabelecido.

#### **Norma XLI**

##### **Direitos dos Familiares**

- 1. Constituem direitos dos familiares:
  - a. Visitar os seus familiares;

- b. Levá-los a participar em acontecimentos familiares sempre que possível;
- c. Obter informações acerca da prestação e avaliação dos serviços acordados no plano de cuidados;
- d. Obter esclarecimentos sobre a situação de saúde do cliente junto do médico ou enfermeira, informando com antecedência a Direção Técnica, de modo a não colidir com o normal decorrer do funcionamento;
- e. Participar nas ações promovidas pela instituição destinadas às famílias do cliente.

### **Norma XLII**

#### **Deveres dos Familiares**

- 1. Constituem deveres dos familiares:
  - a. Cooperar com a instituição na procura do bem-estar e alegria de viver do cliente;
  - b. Visitar com regularidade os seus familiares, cumprindo o horário das visitas e outras recomendações que estão expostas e acessíveis aos visitantes;
  - c. Proceder ao acompanhamento do cliente nas consultas externas, sendo obrigação da instituição fornecer toda a informação pertinente relativa ao estado de saúde do cliente;
  - d. Colaborar no assinalar da data do seu aniversário e outras datas festivas;
  - e. Proceder atempadamente ao pagamento da mensalidade e outras despesas, de acordo com o estabelecido.

### **Norma XLIII**

#### **Direitos dos Colaboradores**

- 1. São direitos dos colaboradores:
  - a. Ser tratado com igualdade no acesso ao emprego, formação e promoção profissional;
  - b. Receber retribuição, devendo ser entregue ao trabalhador documento que contenha, entre outros elementos, a retribuição base e as demais prestações, os descontos e deduções efetuados e o montante líquido a receber;
  - c. Trabalhar o limite máximo de 40 horas por semana e 8 horas por dia, com exceção de situações especiais como, por exemplo, em regime de adaptabilidade;
  - d. Descansar pelo menos dois dias por semana;
  - e. Segurança no emprego, sendo proibidos os despedimentos sem justa causa, ou por motivos políticos ou ideológicos;

f. Receber por escrito do empregador informações sobre o seu contrato de trabalho como, por exemplo, a identificação do empregador, o local de emprego, a categoria profissional, a data da celebração do contrato, a duração do contrato se este for celebrado a termo, o valor e periodicidade da retribuição (normalmente mensal), o período normal de trabalho diário e semanal, o instrumento de regulamentação coletiva aplicável, quando seja o caso.

#### **Norma XLIV**

##### **Deveres dos Colaboradores**

1. São deveres dos colaboradores:
  - a. Respeitar e tratar com educação os clientes, o empregador, os companheiros de trabalho e as demais pessoas com quem estabeleça relações profissionais;
  - b. Comparecer ao serviço com assiduidade e pontualidade;
  - c. Realizar o trabalho com zelo e diligência;
  - d. Cumprir as ordens do empregador em tudo o que respeite à execução do trabalho, salvo na medida em que se mostrem contrárias aos seus direitos e garantias;
  - e. Guardar lealdade ao empregador, nomeadamente não negociando por conta própria ou alheia em concorrência com ele, nem divulgando informações referentes à sua organização, métodos de produção ou negócios;
  - f. Velar pela conservação e boa utilização dos bens relacionados com o seu trabalho que lhe forem confiados pelo empregador.

#### **Norma XLV**

##### **Direitos da Entidade Gestora da Instituição**

1. São direitos da entidade gestora da Instituição:
  - a. Exigir lealdade, respeito e dignidade por parte dos clientes, equipa técnica e colaboradores;
  - b. Exigir o cumprimento do presente Regulamento;
  - c. Exigir o cumprimento do que foi acordado do ato de admissão, de forma a respeitar e dar continuidade ao bom funcionamento do Centro Social Paroquial de Alameda;
  - d. Receber as participações mensais e outros pagamentos devidos, nos prazos fixados;
  - e. Proceder à averiguação dos elementos necessários à comprovação da veracidade das declarações prestadas pelo cliente e/ou familiares no ato de admissão;

f. Suspender o serviço, sempre que clientes violem as regras constantes no presente Regulamento e ponham em causa a organização dos serviços, as condições e o ambiente necessário à eficaz prestação dos mesmos;

g. Exigir o bom estado do edifício e dos seus equipamentos, sob pena de solicitar à família ou responsável legal a devida recuperação do dano;

h. Proceder ao apuramento de responsabilidade, na eventualidade do nome da instituição ser denegrido por injúria ou calúnia, por parte dos seus clientes e/ou familiares, podendo inclusivamente recorrer à via judicial.

### **Norma XLVI**

#### **Deveres da Entidade Gestora da Instituição**

1. São deveres da entidade gestora da Instituição:

a. Garantir a qualidade e o bom funcionamento dos serviços prestados;

b. Garantir a prestação dos cuidados adequados ao conforto, bem-estar e satisfação das necessidades dos clientes;

c. Garantir aos clientes a sua individualidade e privacidade;

d. Garantir o sigilo dos dados constantes nos processos individuais dos clientes;

e. Desenvolver atividades ocupacionais, de forma a contribuir para o bem-estar dos clientes;

f. Proceder à admissão dos clientes de acordo com os critérios definidos neste Regulamento Interno;

g. Proporcionar o acompanhamento adequado a cada cliente, assegurando a existência de Recursos Humanos necessários;

i. Garantir a inviolabilidade da correspondência e do domicílio, não sendo permitido fazer alterações sem a devida autorização do utente e/ou família;

j. Assegurar o normal funcionamento do Centro Social Paroquial de Alameda;

h. Possuir livro de reclamações.

### **Norma XLVII**

#### **Contrato**

1. Nos termos da legislação em vigor, entre o cliente/representante legal e a entidade gestora da Instituição deve ser celebrado, por escrito, um contrato de prestação de serviços.

2. Após a celebração do contrato, é entregue uma cópia do mesmo ao cliente ou seu responsável, ficando o original no processo individual do cliente.

### **Norma XLVIII**

#### **Interrupção da Prestação de Cuidados por Iniciativa do Cliente**

Em caso de interrupção dos serviços por iniciativa do cliente, este ou a pessoa responsável deverá comunicar esse facto ao/à Diretor/a Técnico/a do Centro Social Paroquial de Alameda, com uma semana de antecedência

### **Norma XLIX**

#### **Cessação da Prestação de Serviços por Facto Não Imputável ao Prestador**

Em caso de desistência dos serviços do Centro de Dia, o cliente ou pessoa responsável deverá comunicar esse facto ao/à Diretor/a Técnico/a do Centro Social Paroquial de Alameda com a maior antecedência possível.

### **Norma L**

#### **Livro de Reclamações**

Nos termos da legislação em vigor, este estabelecimento possui livro de reclamações, que poderá ser solicitado junto da Administrativa da Instituição sempre que desejado.

## **CAPÍTULO VI**

### **DISPOSIÇÕES FINAIS**

#### **Norma LI**

##### **Alterações ao Presente Regulamento**

1. O presente regulamento será revisto, sempre que se verificarem alterações no funcionamento da resposta social de Centro de Dia, resultantes da avaliação geral dos serviços prestados, tendo como objetivo principal a sua melhoria;
2. Quaisquer alterações ao presente Regulamento Interno serão comunicadas ao cliente ou seu representante legal, com a antecedência mínima de 10 dias relativamente à data da sua entrada em vigor, sem prejuízo da resolução do contrato a que a este assiste, em caso de discordância dessas alterações;
3. Será entregue uma cópia do Regulamento Interno – Resposta Social de Centro de Dia ao cliente ou representante legal, no ato de celebração do contrato de prestação de serviços.
4. Todas as omissões deste Regulamento Interno – Resposta Social de Centro de Dia, desde que não legisladas pela entidade de tutela, serão resolvidas pela Direção.

## **Norma LII**

### **Integração de Lacunas**

Em caso de eventuais lacunas, as mesmas serão supridas pela Direção da Instituição, tendo em conta a legislação em vigor sobre a matéria.

## **Norma LIII**

### **Entrada em Vigor**

Este regulamento, aprovado por deliberação da Direção, tomada em 02 de janeiro de 2016, entra em vigor de imediato.

A Direção: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Anexo D - Regulamento interno de SAD**





**Centro Social**  
**Paroquial**  
de Almaceda

# REGULAMENTO INTERNO DE FUNCIONAMENTO

## Resposta Social de Serviço de Apoio Domiciliário

2016

## **CAPÍTULO I**

### **DISPOSIÇÕES GERAIS**

#### **Norma I**

##### **Âmbito de Aplicação**

A Instituição Particular de Solidariedade Social designada por Centro Social Paroquial de Alameda, licenciado pela Câmara Municipal de Castelo Branco, cujos estatutos se encontram registados no livro n.º 3 das Associações de Solidariedade Social, sob o n.º 75/87, fls 145, em 30 de julho 1998, na Direção Geral de Segurança Social.

#### **Norma II**

##### **Legislação Aplicável**

1. Os princípios legislativos pelos quais se rege a resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário do Centro Social Paroquial de Alameda são:

a. Decreto-Lei n.º 33/2014, de 4 de março – Procede à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 64/2007, de 11 de março, alterado e republicado pelo decreto-lei n.º 99/2011, de 28 de setembro que define o regime jurídico da instalação e funcionamento e fiscalização dos estabelecimentos de apoio social gerido por entidades privadas, estabelecendo o respetivo regime contraordenacional.

b. Portaria n.º 38/2013, de 30 de janeiro – Estabelece as condições de instalação e funcionamento do serviço de apoio domiciliário, e revoga o Despacho Normativo n.º 62/99, de 12 de novembro que aprova as normas que regulam as condições de implementação, localização, instalação e funcionamento dos serviços de apoio domiciliário.

c. Decreto-Lei n.º 99/2011, de 28 de setembro – Altera o regime de licenciamento e fiscalização da prestação de serviços e dos estabelecimentos de apoio social, regulado pelo Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março, contemplando os princípios de simplificação e agilização do regime de licenciamento previstos no Decreto-Lei n.º 92/2010, de 26 de julho, e atualiza as remissões e referências legislativas constantes do Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março.

d. Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março – Define o regime de licenciamento e de fiscalização da prestação de serviços dos estabelecimentos de apoio social.

#### **Norma III**

##### **Objetivos do Regulamento**

1. O presente Regulamento Interno de Funcionamento visa:

- a. Promover o respeito pelos direitos dos clientes e demais interessados;
- b. Assegurar a divulgação e o cumprimento das regras de funcionamento do estabelecimento/estrutura prestadora de serviços;
- c. Promover a participação ativa dos clientes e/ou seus representantes legais ao nível da gestão desta resposta social.

#### **Norma IV**

##### **Definição e Objetivo**

1. O Serviço de Apoio Domiciliário visa a prestação de cuidados e serviços a famílias e/ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.

2. O Serviço de Apoio Domiciliário é uma Resposta Social que tem por objetivos:

- a. Melhorar a qualidade de vida das pessoas e famílias;
- b. Contribuir para a conciliação da vida profissional e familiar do agregado familiar;
- c. Garantir cuidados e serviços adequados às necessidades dos clientes;
- d. Reforçar as competências e capacidades das famílias e outros cuidadores;
- e. Facilitar o acesso a serviços da comunidade;
- f. Evitar ou adiar ao máximo o recurso a estruturas residenciais para pessoas idosas, contribuindo para a manutenção dos clientes em meio natural de vida;
- g. Contribuir para a prevenção de situações de dependência, promovendo a autonomia.

#### **Norma V**

##### **Serviços Prestados**

1. O Serviço de Apoio Domiciliário assegura, entre outros, a prestação dos seguintes serviços:

- a) Alimentação (preparação e distribuição de refeições. Nomeadamente, o pequeno-almoço, almoço e jantar);
- b) Limpezas e arrumações da habitação;
- c) Tratamento de roupas de uso pessoal e da habitação do Cliente;
- d) Aquisição e distribuição de medicamentos, quando acordado;

2. Os serviços prestados pela resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário são acordados no momento da admissão do cliente, tal como o dia/hora no caso de higiene habitacional e tratamento de roupa.

## **CAPITULO II**

### **PROCESSO DE ADMISSÃO DOS CLIENTES**

#### **Norma VI**

##### **Condições De Admissão**

1. São admitidas ao Serviço de Apoio Domiciliário pessoas de ambos os sexos, com naturalidade ou residência na área geográfica definida nos estatutos da Instituição, que necessitem de apoios diversos, tanto na alimentação, como em tratamento de roupas e limpeza do domicílio. Poderão ser admitidas pessoas que não preencham estas condições, desde que a sua situação familiar, socioeconómica, de saúde ou de isolamento justifique o apoio deste serviço.

2. A admissão é precedida por uma entrevista e visita domiciliária ao candidato e/ou pessoa próxima, a realizar pelo/a Diretor/a Técnico/a ou Técnico Serviço Social.

3. A admissão de cidadãos portadores de deficiência será considerada caso a caso, de acordo com a capacidade dos serviços.

#### **Norma VII**

##### **Candidatura**

1. Para efeitos de admissão, o cliente deverá candidatar-se através do preenchimento de uma ficha de inscrição que constitui parte integrante do processo de cliente, devendo fazer prova das declarações efetuadas, mediante a entrega de cópia dos seguintes documentos:

- a. Cópia do Bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão do cliente e do seu representante legal;
- b. Cópia do Cartão de Contribuinte do cliente e do seu representante legal;
- c. Cópia do Cartão de Beneficiário da Segurança Social do cliente;
- d. Cópia do Cartão de Utente dos Serviços de Saúde ou de subsistemas a que o cliente pertença;
- e. Boletim de vacinas e relatório médico, comprovativo da situação clínica do cliente, quando solicitado;

f. Comprovativo dos rendimentos do cliente e do agregado familiar, quando necessário;

g. Comprovativo de despesas (água, luz, gás, medicação, entre outras);

2. A candidatura do cliente é feita de segunda-feira a sexta-feira, das 9h00 às 13H00 e das 14H00 às 17H00;

3. A candidatura do cliente é feita através de uma entrevista, a realizar pelo/a Diretor/a Técnico/a ou Técnico/a de Serviço Social, sendo importante referir que a marcação deverá ser previamente marcada por via telefone, pessoal ou correio eletrónico.

4. Em situações urgentes a admissão será a título provisório, com parecer e autorização do Diretor/a Técnico/a, sujeita a aprovação posterior por parte da Direção, tendo o processo a mesma tramitação de uma admissão normal.

### **Norma VIII**

#### **Crítérios De Admissão**

1. Nos termos do disposto na legislação vigente, são critérios de prioridade na seleção dos clientes:

a. Ser natural ou residente na freguesia de Alameda ou limítrofes;

b. Encontrar-se em situação de Isolamento social e/ou geográfico;

c. Esteja comprovada a ausência de apoio familiar durante o dia;

d. Encontrar-se em situação de desajustamento e/ou conflito familiar grave;

e. Idosos ou indivíduo com deficiência impossibilitado para a realização de atividades da vida diária;

f. Hospitalização do indivíduo ou familiar que preste assistência ao cliente;

g. Idosos em que o cônjuge seja cliente da Instituição;

h. Ordem de Inscrição.

### **Norma IX**

#### **Admissão**

1. Recebida a candidatura, a mesma é analisada pelo/a Diretor/a Técnico/a do Centro Social Paroquial de Alameda, a quem compete emitir parecer à Direção, após entrevista com o cliente e família;

2. A admissão do cliente à resposta social de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas é da responsabilidade da Direção da Instituição;

3. Da decisão será dado conhecimento ao cliente no prazo de 5 dias.

4. Havendo vaga, o processo de admissão inicia-se imediatamente após a decisão da Direção;

5. Em situações de grande urgência, a admissão será sempre a título provisório com parecer do/a Diretor/a Técnico/a e autorização da Direção, tendo o processo tramitação idêntica às restantes situações;

### **Norma X**

#### **Acolhimento de Novos Clientes**

1. O acolhimento dos novos clientes rege-se pelos seguintes critérios:
  - a. Gerir, adequar e monitorizar os primeiros serviços prestados ao cliente;
  - b. Prestar esclarecimentos, em caso de necessidade, e avaliar as reações do cliente;
  - c. Caso existam, realizar o inventário dos bens que o cliente fornece para a prestação dos serviços e acordados na contratualização;
  - d. Recordar as regras de funcionamento da resposta social em questão, assim como os direitos e deveres de ambas as partes e as responsabilidades de todos os intervenientes na prestação do serviço;
  - e. Definir e conhecer os espaços, equipamentos e utensílios do domicílio a utilizar na prestação dos cuidados;
  - f. Definir as regras e forma de entrada e saída do domicílio;
  - g. Desenvolver, observar ou aprofundar alguns aspetos da entrevista, completando ou alternando, sempre que necessário;
  - h. Após 30 dias é elaborado o relatório final sobre o processo de integração e adaptação do cliente, que será posteriormente arquivado no Processo Individual do Cliente;
  - i. Se durante este período, o cliente não se adaptar, deve ser realizada uma avaliação do programa de acolhimento. Identificados os indicadores que conduziram à inadaptação, os mesmos devem ser superados, estabelecendo-se novos objetivos de intervenção. Caso a inadaptação persista, é dada a possibilidade ao cliente de rescindir o contrato.

### **Norma XI**

#### **Partilha de Informação**

O Centro Social Paroquial de Alameda garante o sigilo dos dados constantes no processo individual do cliente.

### **Norma XII**

#### **Processo Individual do Cliente**

1. Na Sede da Instituição existe, para cada cliente, um processo onde consta:

- a. Os documentos descritos na norma VII;
  - b. Os elementos sobre a sua situação social e económica;
  - c. As necessidades específicas, os seus hábitos de vida, gostos e interesses;
  - d. Identificação e contacto de, pelo menos, uma pessoa responsável ou de referência;
  - e. Fichas de entrevista e avaliação diagnóstica;
  - f. Programa de Acolhimento Inicial e o seu relatório;
  - g. Plano Individual e respetivas revisões, monitorizações e avaliações;
  - h. Os vários registos de prestação de serviços, participação em atividades, ocorrências de situações anómalas ou reclamações;
  - i. Registos de entradas e saídas da habitação do cliente;
  - j. Contrato de Prestação de Serviços celebrados entre o cliente/família e a Instituição;
2. O Processo Individual do Cliente é arquivado no Centro Social Paroquial de Alameda, em local próprio e de fácil acesso à Direção Técnica e serviços administrativos, garantindo sempre a sua confidencialidade;
  3. Cada processo é atualizado semestralmente;
  4. O cliente e/ou representante legal tem conhecimento da informação constante no processo individual.

### **Norma XIII**

#### **Lista de Espera**

1. Caso não seja possível proceder à admissão por inexistência de vagas, deverá ser comunicado ao cliente ou pessoa próxima, a posição que o mesmo ocupa na lista de espera.
2. As inscrições são arquivadas por ordem de inscrição e respeitará os mesmos critérios indicados para a admissão.
3. A saída da lista de espera ocorrerá por motivos de desistência ou morte.
4. Todos os anos a lista de espera é atualizada.

## **CAPÍTULO III**

### **INSTALAÇÕES E REGRAS DE FUNCIONAMENTO**

#### **Norma XIV**

##### **Instalações**

O Serviço de Apoio Domiciliário do Centro Social Paroquial de Alameda está sediado no Largo José Lopes Machaz S/N, 6000-001 Alameda.

#### **Norma XV**

##### **Horário De Funcionamento**

O serviço de distribuição das refeições da resposta social de Serviço de Apoio domiciliário do Centro Social Paroquial de Alameda funciona todos os dias das 9H00 às 19H00;

#### **Norma XVI**

##### **Refeições**

1. As refeições são fornecidas e confeccionadas na cozinha do Centro Social Paroquial de Alameda.
2. A alimentação será a mais adequada possível ao estado de saúde dos clientes.

#### **Norma XVII**

##### **Limpezas Habitacionais**

1. A limpeza de habitação é efetuada quinzenalmente ou mensalmente.
2. Os materiais e equipamentos necessários para a limpeza habitacional são encargos da responsabilidade do cliente ou seus familiares, salvo raras exceções de grave carência económica, que a instituição fornece alguns artigos de limpeza, para assegurar que o serviço possa ser prestado.

#### **Norma XVIII**

##### **Tratamento de Roupa**

O tratamento de roupas é realizado na Lavandaria do Centro Social Paroquial de Alameda, sendo a roupa levantada semanalmente ou quinzenalmente, consoante a necessidade do cliente e entregue no domicílio do mesmo pelo pessoal prestador de cuidados.

#### **Norma XIX**

##### **Deslocações**

1. A deslocação do pessoal ao domicílio do cliente é feita única e exclusivamente em viatura do Centro Social Paroquial de Alameda afeta ao serviço.

2. O plano de deslocação é elaborado de forma a ter em conta a sua melhor sequência, poupando esforços e tempo, sem prejuízo do atendimento prioritário dos casos mais urgentes.

## **Norma XX**

### **Pagamento De Mensalidades**

1. O pagamento da mensalidade é efetuado até ao dia 8 de cada mês, no Gabinete Administrativo/Secretaria da Instituição.

2. O pagamento pode ser realizado das seguintes formas:

- a. Dinheiro;
- b. Transferência bancária;
- c. Cheque.

1. Cada cliente paga uma mensalidade fixa, de acordo com a situação económica, podendo a mesma sofrer alterações anuais ou por indicação superiormente estabelecida;

2. Se o cliente estiver ausente não terá direito a dedução, salvo os seguintes casos:

- a. Uma semana de ausência (dedução de 25%);
- b. Duas semanas de ausência (dedução de 50%);
- c. Três semanas de ausência (dedução de 75%);
- d. Um mês ausente (dedução de 100%)

Nota: as ausências devem ser comunicadas no mínimo com um dia de antecedência, mediante o preenchimento da ficha de Suspensão de Prestação de Serviços.

## **Norma XXI**

### **Chave do Domicilio**

Nos casos em que ao serviço tenha sido confiada a chave do domicílio do cliente, esta é guardada em local seguro e entregue à responsabilidade da equipa encarregada da prestação de cuidados.

## **Norma XXII**

### **Óbito do Cliente**

No caso em que ocorra um óbito, na presença do colaborador este deve informar imediatamente o Responsável pelo Serviço de Apoio Domiciliário e o responsável pelo cliente, devendo ser providenciada a presença de um médico para confirmar o óbito ou a transferência do cliente para o hospital. O colaborador deve permanecer no domicílio até que tenha vindo alguém responsável pelo andamento do caso.

### **Norma XXIII**

#### **Contacto com familiares ou pessoa responsável pelo Cliente**

1. No domicílio do cliente deve haver um registo dos nomes de pessoas e entidades a contactar em caso de emergência.
2. Os familiares ou pessoas mais próximos dos clientes serão contactados quando se justificar: por motivos de inadaptação, por manifestação do cliente, por problemas de saúde ou falecimento, etc.

### **Norma XXIV**

#### **Depósito e guarda dos bens do Cliente**

1. A Instituição só se responsabiliza pelos objetos e valores, que os clientes lhe entreguem à sua guarda.
2. É feita uma lista dos bens entregues e assinada pelo cliente e pelo/a colaborador/a que o recebe. Esta lista é arquivada junto do processo individual do cliente.

### **Norma XXV**

#### **Tabela de Comparticipações**

1. A tabela de comparticipações familiares é calculada de acordo com a legislação/normativos em vigor e encontra-se afixada em lugar visível;
2. A comparticipação devida pela utilização do Serviço de Apoio Domiciliário é determinada pela aplicação da percentagem de 40% a 75% sobre o rendimento *per capita* do agregado familiar.
  - a. O rendimento *per capita* mensal do agregado familiar é calculado de acordo com a seguinte fórmula:

$$RC = \frac{\left(\frac{RAF}{12}\right) - D}{N}$$

Sendo que:

RC – Rendimento *per capita* mensal;

RAF – Rendimento do Agregado Familiar;

D – Despesas mensais fixas;

N – Número de elementos do agregado Familiar

Observação: por agregado familiar entende-se, que para além do cliente da resposta social, integra o agregado familiar, o conjunto de pessoas ligadas entre si por vínculo de parentesco, afinidade, ou outras situações similares, desde que vivam em economia comum. Não são considerados para o efeito de agregado familiar, as pessoas

que tenham entre si um vínculo contratual (hospedagem ou arrendamento de habitação) e/ou permaneçam na habitação por um curto período de tempo.

3. A mensalidade é estabelecida de acordo com o rendimento mensal de cada agregado familiar, por documentos comprovativos do mesmo e, nunca perdendo de vista o valor do custo real médio do cliente na respetiva resposta social.

4. As mensalidades e as pensões serão atualizadas anualmente, entre janeiro e março do ano civil.

5. As falsas declarações ou consciente omissão de rendimentos e/ou outros valores levará à exclusão da prestação de serviços ao cliente.

## **CAPITULO IV COMPETÊNCIAS**

### **Norma XXVI**

#### **Quadro de Pessoal**

O quadro de pessoal desta instituição prestadora de serviços encontra-se afixado em local visível, contendo a indicação do número de recursos humanos e formação, definido de acordo com a legislação/normativos em vigor.

### **Norma XXVII**

#### **Direção Técnica**

A Direção Técnica do Centro Social Paroquial de Alameda deve ser assegurada por um elemento com formação técnica e académica correspondente a bacharelato ou licenciatura no âmbito das Ciências Sociais e Humanas ou Ciências da Saúde, cujo nome e formação se encontra afixado em lugar visível.

1. A Estrutura Residencial para Pessoas Idosas é dirigida por um/a Diretor/a Técnico/a, ao qual compete:

a) Dirigir o funcionamento dos serviços coordenando o pessoal e supervisionando a direção com o restante pessoal afeto, assumindo a responsabilidade pela programação, execução e avaliação das atividades e dos planos de prestação de cuidados;

b) Promover reuniões de trabalhos com os clientes e com o pessoal afeto, dispensando especial atenção à questão do relacionamento interpessoal;

c) Participar em reuniões de Direção, quando convocada, podendo propor a aquisição de equipamentos necessários, admissão e/ou contratação eventual de pessoal

na situação de faltas prolongadas, para garantir o bom funcionamento dos serviços prestados;

d) Colaborar na definição de critérios justos e objetivos para a avaliação periódica da prestação de serviços, garantindo a coordenação e supervisão do pessoal afeto;

e) Garantir o estudo da situação do cliente e a elaboração do seu plano de cuidados;

f) Elaborar escalas de serviço, mapas de férias e folgas do pessoal afeto à Instituição;

g) Conjugar esforços no sentido de rentabilizar os recursos técnicos, financeiros e humanos de forma a garantir a melhor gestão dos equipamentos;

h) Outras tarefas atribuídas pela Direção.

### **Norma XXVIII**

#### **Enfermeiro/a**

1. Compete ao/à enfermeiro/a:

a) Prestar cuidados de enfermagem aos clientes, em várias circunstâncias;

b) Administrar os medicamentos e tratamentos prescritos pelo médico, de acordo com as normas de serviço e técnicas reconhecidas na profissão;

c) Colaborar com os médicos e outros técnicos de saúde no exercício da sua profissão;

d) Manter atualizado, nas fichas de registo próprias para o efeito, os dias das consultas e exames dos clientes;

e) Orientar e formar as Ajudantes de Ação Direta no que concerne aos procedimentos de atuação com os clientes dependentes, nomeadamente no que respeita ao seu posicionamento e mobilização e prevenção de úlceras de pressão.

f) Elaborar procedimentos de atuação no que concerne à promoção da autonomia e prevenção da dependência.

### **Norma XXIX**

#### **Fisioterapeuta**

1. Compete ao/à fisioterapeuta:

a) Analisar e avaliar o movimento e a postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas.

b) Habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objetivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida;

c) Utilizar, sob prescrição médica, diferentes técnicas e métodos, designadamente exercícios terapêuticos, treino funcional para as atividades da vida diária, técnicas de facilitação neuromuscular, cinesiterapia respiratória, drenagem e outros, a fim de evitar a incapacidade e obter a máxima recuperação funcional do indivíduo.

### **Norma XXX**

#### **Educador/a Social**

1. Compete ao/à Educador/a Social:

a) Prestar ajuda técnica com caráter educativo e social, em ordem de aperfeiçoamento das condições de vida dos clientes, bem como realizar e apoiar atividades.

b) Incentivar a Instituição à organização de atividades abertas à comunidade, fomentando o intercâmbio com outras Instituições, sob orientação da Diretora Técnica;

c) Desenvolver atividades com objetivo de manter e desenvolver capacidades funcionais e cognitivas dos clientes, estimulando-os a participar nas mesmas;

d) Outras tarefas atribuídas pela Direção.

### **Norma XXXI**

#### **Encarregado/a de Serviços Gerais**

1. Compete ao/à Encarregado/a de Serviços Gerais:

a) Organizar, coordenar e orientar o pessoal do setor de acordo com as necessidades dos serviços, bem como verificar o desempenho das tarefas atribuídas.

b) Zelar pelo cumprimento das regras de segurança e higiene no trabalho;

c) Requisitar produtos indispensáveis ao normal funcionamento dos serviços;

d) Verificar periodicamente os inventários e as existências, informando as necessidades de aquisição, reparação ou substituição dos bens ou equipamentos;

e) Manter em ordem o inventário do respetivo setor;

f) Estabelece, em colaboração com o/a Diretor/a Técnica, os horários de trabalho, escalas e dispensa de pessoal, bem como o modo de funcionamento dos serviços.

## **Norma XXXII**

### **Ajudantes de Ação Direta**

1. Os/as Ajudantes de Ação Direta trabalham diretamente com os clientes, quer individualmente, quer em grupo, tendo em vista o seu bem-estar, pelo que executa a totalidade ou parte das seguintes tarefas:

- a) Recebe os clientes e faz a sua integração no período inicial de utilização dos equipamentos ou serviços;
- b) Procede ao acompanhamento diurno e/ou noturno dos clientes, dentro e fora do estabelecimento e serviços, guiando-os, auxiliando-os, estimulando-os através da conversação, detetando os seus interesses e motivações e participando na ocupação de tempos livres;
- c) Assegura a alimentação regular dos clientes;
- d) Recolhe e cuida dos utensílios e equipamentos utilizados nas refeições;
- e) Presta cuidados de higiene e conforto aos clientes e colabora na prestação de cuidados de saúde que não requeiram conhecimentos específicos;
- f) Substitui as roupas de cama e da casa de banho, bem como o vestuário dos clientes, procede ao acondicionamento, arrumação, distribuição, transporte e controlo das roupas lavadas e à recolha de roupas sujas e sua entrega na lavandaria;
- g) Acompanhar as alterações que se verifiquem na situação global dos clientes, que afetem os eu bem-estar e informar o responsável;

## **Norma XXXIII**

### **Auxiliares de Serviços Gerais**

1. Aos auxiliares de serviços gerais compete:

- a) Realizar as limpezas habitacionais no domicílio dos clientes;
- b) Recolha e entrega da roupa dos clientes;
- c) Auxiliar as Ajudantes de Ação Direta.

## **Norma XXXIV**

### **Cozinheiros/as**

1. Compete aos/às cozinheiros/as:

- a) Preparar, temperar e cozinhar os alimentos destinados às refeições;
- b) Elaborar ou contribuir para a confeção das ementas;
- c) Receber os viveres e outros produtos necessários à sua confeção, sendo responsável pela sua conservação;

- d) Proceder à execução das operações culinária: emprar, guarnecer e confeccionar;
- e) Executar e zelar pela limpeza da cozinha e dos utensílios.

#### **Norma XXXV**

#### **Operadores/as de Lavandaria**

- 1. Compete aos/às operadores/as de lavandaria:
  - a) Proceder ao recebimento, tratamento, arrumo e distribuição das roupas;
  - b) Proceder à lavagem manual ou mecânica das roupas de serviço e dos clientes;
  - c) Engomar, dobrar e arrumar a roupa e assegurar outros trabalhos da secção;
  - d) Executar trabalhos, manuais ou à máquina, necessários ao conserto e aproveitamento de peças de vestuário, roupas de serviço e trabalhos afins;
  - e) Reportar superiormente as ocorrências relevantes no âmbito das funções exercidas.
  - f) Outras tarefas atribuídas pela Direção.

#### **Norma XXXVI**

#### **Motorista**

- 1. Compete ao motorista:
  - a) Conduzir veículos ligeiros, procedendo ao transporte diário dos clientes;
  - b) Zelar, sem execução, pela boa conservação e limpeza dos veículos;
  - c) Verificar periodicamente os níveis de óleo e de água e a pressão dos pneus;
  - d) Zelar pelo bem-estar dos clientes;
  - e) Outras tarefas atribuídas pela Direção.

### **CAPITULO IV**

### **DIREITOS E DEVERES**

#### **Norma XXXVII**

#### **Direitos dos Clientes**

- 1. Sem prejuízo das regras genericamente estabelecidas neste Regulamento, os Clientes do Centro Social Paroquial de Alameda têm ainda os seguintes direitos:
  - a) Obter igualdade de tratamento, independentemente da raça, religião, nacionalidade, idade, sexo ou condição social;
  - b) Respeito pela individualidade, autonomia, liberdade de expressão;

- c) Exigir satisfação e qualidade nos serviços prestados, obtendo a satisfação das suas necessidades básicas, físicas, psíquicas, sociais e espirituais;
- d) Ser informado e exigir o cumprimento das normas estabelecidas neste Regulamento;
- e) Não estar sujeito a coação física e/ou psicológica;
- f) Utilizar os serviços e equipamentos disponíveis do Centro Social Paroquial de Alameda, bem como ter conhecimento e participar nas atividades promovidas de acordo com os seus interesses e possibilidades;
- g) Ter assegurada a confidencialidade dos serviços prestados, sendo a sua vida privada respeitada e preservada;
- h) Ter assegurado que a guarda da chave da sua habitação está em local seguro, sempre que esta seja entregue aos serviços, ou ao/à colaborador/a responsável pela prestação de serviços;
- i) Ter acesso ao livro de reclamações.

### **Norma XXXVIII**

#### **Deveres dos Clientes**

1. Sem prejuízo das regras genericamente estabelecidas neste Regulamento, os Clientes do Centro Social Paroquial de Alameda têm ainda os seguintes deveres:

- a) Cumprir as normas deste Regulamento Interno;
- b) Comunicar a prescrição de qualquer medicamento que lhe seja feita fora do Centro Social Paroquial de Alameda;
- c) Avisar com antecedência a ausência temporária dos serviços – pedindo autorização e, informando para onde se ausenta e quem o acompanha;
- d) Proceder atempadamente ao pagamento da mensalidade, de acordo com o estabelecido.

### **Norma XXXIX**

#### **Direitos dos Colaboradores**

1. São direitos dos colaboradores:

- a) Ser tratado com igualdade no acesso ao emprego, formação e promoção profissional;
- b) Receber retribuição, devendo ser entregue ao trabalhador documento que contenha, entre outros elementos, a retribuição base e as demais prestações, os descontos e deduções efetuados e o montante líquido a receber;

- c) Trabalhar o limite máximo de 40 horas por semana e 8 horas por dia, com exceção de situações especiais como, por exemplo, em regime de adaptabilidade;
- d) Descansar pelo menos dois dias por semana;
- e) Segurança no emprego, sendo proibidos os despedimentos sem justa causa, ou por motivos políticos ou ideológicos;
- f) Receber por escrito do empregador informações sobre o seu contrato de trabalho como, por exemplo, a identificação do empregador, o local de emprego, a categoria profissional, a data da celebração do contrato, a duração do contrato se este for celebrado a termo, o valor e periodicidade da retribuição (normalmente mensal), o período normal de trabalho diário e semanal, o instrumento de regulamentação coletiva aplicável, quando seja o caso.

### **Norma XL**

#### **Deveres dos Colaboradores**

- 1. São deveres dos colaboradores:
  - a) Respeitar e tratar com educação os clientes, o empregador, os companheiros de trabalho e as demais pessoas com quem estabeleça relações profissionais;
  - b) Comparecer ao serviço com assiduidade e pontualidade;
  - c) Realizar o trabalho com zelo e diligência;
  - d) Cumprir as ordens do empregador em tudo o que respeite à execução do trabalho, salvo na medida em que se mostrem contrárias aos seus direitos e garantias;
  - e) Guardar lealdade ao empregador, nomeadamente não negociando por conta própria ou alheia em concorrência com ele, nem divulgando informações referentes à sua organização, métodos de produção ou negócios;
  - f) Velar pela conservação e boa utilização dos bens relacionados com o seu trabalho que lhe forem confiados pelo empregador.

### **Norma XLII**

#### **Direitos da Entidade Gestora da Instituição**

- 1. São direitos da entidade gestora da Instituição:
  - a) Exigir lealdade, respeito e dignidade por parte dos clientes, equipa técnica e colaboradores;
  - b) Exigir o cumprimento do presente Regulamento;
  - c) Exigir o cumprimento do que foi acordado do ato de admissão, de forma a respeitar e dar continuidade ao bom funcionamento do Centro Social Paroquial de Alameda;

- d) Receber as participações mensais e outros pagamentos devidos, nos prazos fixados;
- e) Proceder à averiguação dos elementos necessários à comprovação da veracidade das declarações prestadas pelo cliente e/ou familiares no ato de admissão;
- f) Suspender o serviço, sempre que clientes violem as regras constantes no presente Regulamento e ponham em causa a organização dos serviços, as condições e o ambiente necessário à eficaz prestação dos mesmos;
- g) Exigir o bom estado do edifício e dos seus equipamentos, sob pena de solicitar à família ou responsável legal a devida recuperação do dano;
- h) Proceder ao apuramento de responsabilidade, na eventualidade do nome da instituição ser denegrado por injúria ou calúnia, por parte dos seus clientes e/ou familiares, podendo inclusivamente recorrer à via judicial.

### **Norma XLIII**

#### **Deveres da Entidade Gestora da Instituição**

- 1. São deveres da entidade gestora da Instituição:
  - a) Garantir a qualidade e o bom funcionamento dos serviços prestados;
  - b) Garantir a prestação dos cuidados adequados ao conforto, bem-estar e satisfação das necessidades dos clientes;
  - c) Garantir aos clientes a sua individualidade e privacidade;
  - d) Garantir o sigilo dos dados constantes nos processos individuais dos clientes;
  - e) Desenvolver atividades ocupacionais, de forma a contribuir para o bem-estar dos clientes;
  - f) Proceder à admissão dos clientes de acordo com os critérios definidos neste Regulamento Interno;
  - g) Proporcionar o acompanhamento adequado a cada cliente, assegurando a existência de Recursos Humanos necessários;
  - h) Garantir a inviolabilidade da correspondência e do domicílio, não sendo permitido fazer alterações sem a devida autorização do utente e/ou família;
  - i) Assegurar o normal funcionamento do Centro Social Paroquial de Alameda;
  - j) Possuir livro de reclamações.

## **Norma XLIV**

### **Contrato**

1. Nos termos da legislação em vigor, entre o cliente/representante legal e a entidade gestora da Instituição deve ser celebrado, por escrito, um contrato de prestação de serviços.

2. Após a celebração do contrato, é entregue uma cópia do mesmo ao cliente ou seu responsável, ficando o original no processo individual do cliente.

## **Norma XLV**

### **Interrupção da Prestação de Cuidados por Iniciativa do Cliente**

Em caso de interrupção dos serviços por iniciativa do cliente, este ou a pessoa responsável deverá comunicar esse facto ao/à Diretor/a Técnico/a do Centro Social Paroquial de Alameda, com uma semana de antecedência

## **Norma XLVI**

### **Cessação da Prestação de Serviços por Facto Não Imputável ao Prestador**

Em caso de desistência do Serviço de Apoio Domiciliário, o cliente ou pessoa responsável deverá comunicar esse facto ao/à Diretor/a Técnico/a do Centro Social Paroquial de Alameda com a maior antecedência possível.

## **Norma XLVII**

### **Livro de Reclamações**

Nos termos da legislação em vigor, este estabelecimento possui livro de reclamações, que poderá ser solicitado junto da Administrativa da Instituição sempre que desejado.

## **CAPÍTULO V**

### **DISPOSIÇÕES FINAIS**

## **Norma XLVIII**

### **Alterações ao Presente Regulamento**

1. O presente regulamento será revisto, sempre que se verificarem alterações no funcionamento da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário, resultantes da avaliação geral dos serviços prestados, tendo como objetivo principal a sua melhoria;

2. Quaisquer alterações ao presente Regulamento serão comunicadas ao cliente ou seu representante legal, com a antecedência mínima de 10 dias relativamente à data

da sua entrada em vigor, sem prejuízo da resolução do contrato a que a este assiste, em caso de discordância dessas alterações;

3. Será entregue uma cópia do Regulamento Interno – Resposta Social de Serviço de Apoio Domiciliário ao cliente ou representante legal, no ato de celebração do contrato de prestação de serviços.

4. Todas as omissões deste Regulamento Interno – Resposta Social de Serviço de Apoio Domiciliário, desde que não legisladas pela entidade de tutela, serão resolvidas pela Direção.

### **Norma XLIX**

#### **Integração de Lacunas**

Em caso de eventuais lacunas, as mesmas serão supridas pela Direção da Instituição, tendo em conta a legislação em vigor sobre a matéria.

### **Norma L**

#### **Entrada em Vigor**

Este regulamento, aprovado por deliberação da Direção, tomada em 02 de janeiro de 2016, entra em vigor de imediato.

A Direção: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_