



ISPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**IMPACTO DO PROGRAMA DE
ESTIMULAÇÃO COGNITIVA “PAPI –
PROGRAMA DE APOIO PSICOLÓGICO NO
IDOSO” EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

BEATRIZ PIRES ANTUNES

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA RAQUEL LEMOS

Professor de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA RAQUEL LEMOS

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Raquel Lemos, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Desde já, quero agradecer à minha família, em especial aos meus pais, à minha prima, ao meu irmão emprestado, ao meu sobrinho e às minhas irmãs Catarina e Rita, pela força e apoio permanentes ao longo de todo o percurso académico, por me animarem e pela confiança inabalável, mesmo quando duvidava do caminho. Quero também agradecer aos meus amigos pelas longas conversas, pelo esforço conjunto que nos permitiu atingir bons resultados, pelos risos e momentos de aprendizagem com muita diversão à mistura.

Obrigada ao meu namorado Henrique por me ouvir, acompanhar, tranquilizar e mostrar que na simplicidade está a maior das belezas e que a felicidade é um estado de espírito.

À minha avó que, apesar do pouco tempo que passamos lado a lado, será sempre a minha principal força e o meu grande amor.

À minha orientadora professora Doutora Raquel Lemos pelas palavras de incentivo, apoio e disponibilidade.

Obrigada à Santa Casa da Misericórdia da Amadora e ao Centro de Bem-Estar Social de Queluz por me permitirem aplicar o programa de estimulação cognitiva com os utentes e pela confiança demonstrada.

Aos idosos que participaram no estudo, um enorme obrigada de gratidão e admiração, não só pela colaboração e participação no estudo, mas também por terem possibilitado que vivesse esta experiência tão desafiante, fonte de um grande crescimento pessoal e profissional.

Resumo

O presente estudo tem como foco avaliar os benefícios do programa de estimulação cognitiva “PAPI – Programa de Apoio Psicológico no Idoso” em idosos institucionalizados. Este programa demonstrou efeitos positivos no funcionamento cognitivo e nos sintomas depressivos. O presente estudo visa avaliar a eficácia do programa em causa nas queixas subjetivas de memória, nas capacidades cognitivas, nos sintomas depressivos, na qualidade de vida e na capacidade funcional. O programa é constituído por 10 sessões relacionadas com diferentes áreas da cognição (e.g., atenção, linguagem, aprendizagem e memória). Trata-se de um estudo quase-experimental, com recurso a pré e pós-teste, constituído por 23 participantes de três lares, com uma média de idades de 82,39 anos. Embora não se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas em relação às queixas subjetivas de memória, às capacidades cognitivas, aos sintomas depressivos e à qualidade de vida, os participantes demonstraram melhores resultados após o programa. Por outro lado, a capacidade funcional sofreu um decréscimo significativo. Estes resultados apontam para os benefícios do PAPI em contexto institucional, mas também para as consequências deste contexto nos idosos. Abordam-se, ainda, algumas limitações, implicações teóricas e práticas e sugestões de investigação futura.

Palavras-chave: estimulação cognitiva, idosos institucionalizados, funcionamento cognitivo, capacidade funcional, qualidade de vida.

ABSTRACT

This study focuses on evaluating the benefits of the cognitive stimulation program “PAPI – Programa de Apoio Psicológico no Idoso” in institutionalized elderly. This program has shown positive effects on cognitive functioning and depressive symptoms. The present study aims to evaluate the effectiveness of the program PAPI on subjective memory complaints, cognitive functions, depressive symptoms, quality of life and functional capacity. The program includes 10 sessions related to different areas of cognition (e.g., attention, language, learning and memory). This is a quasi-experimental study, pre- and post-test design, included 23 participants from three institutions with a mean age of 82,39 years. Although there were no statistically significant differences in subjective memory complaints, cognitive functions, depressive symptoms and quality of life, participants showed better outcomes after the program. Contrarily, the functional capacity suffered a significant decrease. These results point to the benefits of PAPI in an institutional context, but also to the consequences of this context in the elderly. Some limitations, theoretical and practical implications and suggestions for future research are also discussed.

Keywords: cognitive stimulation, institutionalized elderly, cognitive functioning, functional capacity, quality of life.

Índice

Lista de tabelas.....	VII
Lista de figuras.....	VIII
Lista de abreviaturas.....	IX
Revisão da literatura.....	10
Envelhecimento ativo e saudável.....	10
Qualidade de Vida.....	12
Capacidade Funcional.....	14
Cognição e Memória.....	15
Depressão.....	17
Institucionalização.....	18
Programas de Estimulação Cognitiva.....	20
Objetivos e Hipótese de Investigação.....	23
Método.....	24
Participantes.....	24
Procedimento.....	24
Instrumentos.....	26
Análise Estatística.....	29
Resultados.....	30
Caraterização sociodemográfica.....	30
Resultados anteriores à intervenção.....	33
Resultados posteriores à intervenção.....	37
Diferenças entre antes e após a intervenção.....	40
Comparação dos resultados antes e após a intervenção em cada lar.....	45
Discussão.....	48
Conclusão.....	54
Referências bibliográficas.....	56
Anexo A – Pedido de autorização do PAPI.....	62
Anexo B – Protocolo de Investigação.....	63
Anexo C – Evolução dos participantes do CBESQ depois do PAPI.....	80
Anexo D – Evolução dos participantes do Santo António depois do PAPI.....	81
Anexo E – Evolução dos participantes da Sagrada Família depois do PAPI.....	82

Lista de tabelas

Tabela 1 – Distribuição da amostra de acordo com as características sociodemográficas (sexo, estado civil, escolaridade e tempo de institucionalização).....	32
Tabela 2 – Resultados obtidos pelos participantes antes da intervenção.....	35
Tabela 3 – Coeficientes de Correlação de Spearman entre as variáveis dependentes.....	36
Tabela 4 – Coeficientes de Correlação de Spearman entre as variáveis dependentes e as variáveis sociodemográficas (idade e tempo de institucionalização).....	37
Tabela 5 – Resultados obtidos pelos participantes depois da intervenção.....	39
Tabela 6 – Resultados obtidos pelos participantes no programa PAPI.....	43
Tabela 7 – Evolução dos participantes nas variáveis do estudo, em função da intervenção.....	45
Tabela 8 – Evolução dos participantes do lar CBESQ nas variáveis do estudo, em função da intervenção.....	80
Tabela 9 – Evolução dos participantes do lar Santo António nas variáveis do estudo, em função da intervenção.....	81
Tabela 10 – Evolução dos participantes do lar Sagrada Família nas variáveis do estudo, em função da intervenção.....	82

Lista de figuras

Figura 1 - Comparação dos resultados pré e pós-teste para cada um dos lares.....	47
---	----

Lista de abreviaturas

ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVD	Atividades da Vida Diária
APA	Associação Americana de Psicologia
DCL	Défice Cognitivo Ligeiro
DGS	Direção-Geral da Saúde
EQM	Escala de Queixas de Memória
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
MMSE	Mini-Mental Status Examination
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAPI	Programa de Apoio Psicológico no Idoso
QSM	Queixas Subjetivas de Memória
SCM	Santa Casa da Misericórdia
SCMA	Santa Casa da Misericórdia da Amadora
Whoqol-Bref	Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – Versão Abreviada
Whoqol-100	Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

Revisão da literatura

Envelhecimento ativo e saudável

Nas últimas décadas, o envelhecimento demográfico tem vindo a aumentar em Portugal, mas também na Europa, devido ao aumento da longevidade e da população idosa (pessoas com 65 ou mais anos), tal como ao decréscimo da natalidade, do número de jovens (pessoas dos 0 aos 14 anos) e de pessoas em idade ativa (dos 15 aos 64 anos) na população total (INE, 2020), que provoca mudanças profundas nas sociedades, nomeadamente nos sistemas de saúde, na segurança social, na educação, na justiça e nos transportes (OMS, 2002). De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2020), em 2019 as pessoas com 65 ou mais anos representavam 22,1% de toda a população residente em Portugal, sendo que a esperança de vida à nascença no triénio 2017-2019 atingiu os 77,95 anos para os homens e os 83,51 anos para as mulheres. Em consequência, o índice de envelhecimento, que compara o número de pessoas idosas por cada 100 jovens, passou de 141,3 idosos em 2014 para 163,2 idosos em 2019, calculando-se um aumento do último registo para 300,3 idosos em 2080. Tendo em conta dados mais recentes relativos ao ano de 2020, é possível dar conta que o índice de envelhecimento atingiu o valor de 167,0 idosos por cada 100 jovens, o que significa que o envelhecimento demográfico, tal como previsto, sofreu um aumento, comparativamente ao ano anterior (INE, 2021).

O processo de envelhecimento é universal e intrínseco a todos os seres vivos e é caracterizado por uma série de alterações a nível físico, mental e psicológico, no qual intervêm fatores ambientais, pessoais, sociais e culturais, responsáveis por um envelhecimento ativo e saudável (OMS, 2002). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), o envelhecimento ativo não se restringe exclusivamente à promoção de comportamentos saudáveis e à ausência de doenças, englobando, desta forma, não só indivíduo, mas também a própria família, comunidade e sociedade, que visam a participação em questões sociais, económicas e culturais. Relativamente ao conceito de envelhecimento saudável, este compreende o processo de desenvolvimento e de manutenção da capacidade funcional, tendo em vista o bem-estar da pessoa idosa (OMS, 2015).

Segundo a OMS (2002), o conceito “envelhecimento ativo e saudável” compreende a otimização de oportunidades de saúde, de participação (na vida económica, política, social e cultural) e de segurança e a manutenção ou o fortalecimento da capacidade funcional, de forma a promover uma melhoria da qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas. Assim, a

promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida visa responder às mais diversas situações relacionadas com a longevidade e o envelhecimento da população, que têm implicações claras no indivíduo idoso, mas também na comunidade e na sociedade.

Contudo, nem sempre o processo de envelhecimento é sinónimo de ter uma vida saudável com qualidade, surgindo o “envelhecimento patológico” (Schroots, 2012). Ao contrário do envelhecimento ativo e saudável, designado de envelhecimento “positivo”, “normal” e “bem-sucedido”, o envelhecimento patológico emerge de uma débil gestão dos recursos disponíveis e da inadequação das políticas e estratégias para os problemas da população idosa (OMS, 2002) e está associado a perdas biológicas e físicas e à presença de doenças, as quais têm consequências negativas no bem-estar e na qualidade de vida da pessoa idosa (OMS, 2002; Schroots, 2012). Assim sendo, torna-se fundamental aprofundar alguns constructos inerentes ao envelhecimento, como as queixas subjetivas de memória (QSM), as capacidades cognitivas, a qualidade de vida, a sintomatologia depressiva e a capacidade funcional, bem como possíveis respostas, como, por exemplo, programas de estimulação cognitiva que têm como objetivo central maximizar as funções cognitivas, de forma a proporcionar um envelhecimento ativo e saudável (Apóstolo et al., 2011; Apóstolo et al., 2015; Apóstolo et al., 2013; Fernández-Prado et al., 2012; Sousa, 2018).

Qualidade de Vida

Segundo a OMS (1996, 1997, 1998), a qualidade de vida corresponde à perceção do indivíduo em relação à sua posição na vida, dentro do sistema de valores e cultura, aos seus objetivos, às suas expectativas, normas e preocupações. Trata-se de um conceito transcultural e multidimensional, que abrange uma avaliação subjetiva, na medida em que considera a influência da saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças individuais e interação com o meio. Assim sendo, na avaliação deste constructo, é necessário considerar quatro domínios: o domínio físico (e.g., dor e mal-estar, dependência da medicação ou tratamento, energia e fadiga, mobilidade, sono e repouso, atividade quotidiana e capacidade de trabalho), o domínio psicológico (e.g., sentimentos positivos e sentimentos negativos, espiritualidade, religião, aspetos cognitivos, imagem corporal e autoestima), o domínio das relações sociais (e.g., relações interpessoais, atividade sexual e apoio social) e o domínio do ambiente (e.g., segurança física, recursos económicos, oportunidade para realizar atividades de lazer e acesso à informação e aos serviços de saúde).

Segundo Zaidi (2014), o conceito de qualidade de vida para a população idosa está intrinsecamente relacionado com o bem-estar financeiro, a saúde e a integração e o apoio social, sendo que cada um destes aspetos pode ser afetado por inúmeros fatores, especificamente a reforma, a perda de um emprego ou de alguém próximo, a viuvez, o divórcio e os problemas de saúde. Ademais, de acordo com Netuveli e Blane (2008), a qualidade de vida na velhice aparece igualmente dependente da manutenção das capacidades cognitivas e físicas (i.e., nível de independência e de autonomia). Os mesmos autores alertam ainda para o impacto da demência e da depressão na avaliação do idoso acerca da sua qualidade de vida.

Tendo em conta a importância do fator saúde na qualidade de vida do idoso, demonstra-se relevante abordar as doenças nesta população, sendo as mais frequentes as doenças crónicas não transmissíveis, que constituem uma das principais causas de mortalidade e de incapacidade em idade avançada. De acordo com a informação reunida pelo Ministério da Saúde (2018), as doenças crónicas não transmissíveis representam 80% da mortalidade nos países europeus. Além do mais, tendo em conta a base de dados do Eurostat (2017; OCDE, 2019), 53% dos portugueses com 65 ou mais anos referiu sofrer de alguma doença crónica. Dentro das doenças crónicas não transmissíveis que mais afetam os idosos, é possível ressaltar as doenças cardiovasculares (e.g., doença coronária), acidente vascular cerebral (AVC), diabetes, cancro, doenças respiratórias crónicas, doenças musculoesqueléticas (e.g., artrose e osteoporose), distúrbios neurológicos (e.g., demência) e mentais (e.g., depressão), cegueira e deficiência visual (OMS, 2002). Relativamente aos fatores de risco de desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis, destacam-se os seguintes: consumo de tabaco e de álcool, sedentarismo e dietas não saudáveis (OMS, 2002).

Em suma, não sendo a idade biológica um preditor fiável das alterações subjacentes ao processo de envelhecimento, a probabilidade de manifestar graves incapacidades funcionais e cognitivas e de apresentar alguma doença, principalmente doenças de longa duração, aumenta significativamente em grupos “mais idosos”. As limitações físicas e funcionais relacionadas com a presença das doenças crónicas não transmissíveis em idades avançadas interferem com o envelhecimento saudável, pois influenciam negativamente o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa idosa, condicionando a capacidade para trabalhar, realizar atividades básicas da vida diária, desempenhar papéis familiares e sociais, bem como o envolvimento em atividades de lazer (OMS, 2002).

Capacidade Funcional

Relativamente ao termo “capacidade funcional”, este diz respeito à autonomia e à independência do indivíduo na realização das atividades da vida diária (AVD; OMS, 2015). Da mesma forma, para a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF; DGS, 2004), a capacidade funcional encerra todas as funções do corpo, atividades e participação. Contrariamente ao que foi referido em relação ao aumento crescente das doenças crónicas não transmissíveis com o aumento da idade, a capacidade funcional atinge o seu auge na idade adulta e, eventualmente, decresce com o progredir dos anos, podendo levar à incapacidade funcional, ou até mesmo à dependência. A taxa de declínio é largamente influenciada pelo estilo de vida, similar ao descrito nos fatores de risco das doenças crónicas não transmissíveis, e por outras condições externas (OMS, 2002). Não obstante, é possível retardar essa diminuição, através da implementação e desenvolvimento de medidas individuais (e.g., prática de atividade física; Orlando, et al., 2013) e de políticas públicas e da disponibilização de programas de educação e de formação (OMS, 2002, 2015).

Na população idosa, a diminuição da capacidade funcional envolve a redução dos níveis de força muscular, alterações de marcha e alterações do equilíbrio estático. Esta situação tem repercussões na capacidade de execução das atividades em diferentes áreas do quotidiano, o que, por sua vez, conduz a um aumento da dependência da pessoa idosa (DGS, 2004). As atividades que permitem avaliar a capacidade funcional são as atividades básicas da vida diária (ABVD) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), sendo que as primeiras correspondem às atividades primárias, relacionadas com o autocuidado e a mobilidade, que permitem ao indivíduo viver sem necessidade de ajuda (Mahoney & Barthel, 1965) e as segundas referem-se à capacidade de adaptação do indivíduo ao meio, de forma a suportar uma vida independente (e.g., cuidar da casa, lavar a roupa, preparar a comida, ir às compras, utilizar o telefone, gerir o dinheiro, utilizar os transportes e gerir a medicação; Lawton & Brody, 1969). Nos idosos, as ABVD e as AIVD possibilitam a participação na gestão do quotidiano, nos cuidados em relação à própria saúde e na realização das tarefas domésticas, sendo cruciais para a manutenção da independência e da autonomia.

De um modo geral, a avaliação da funcionalidade consiste numa forma de perceber se o indivíduo é ou não capaz de realizar, de forma independente, as atividades alusivas ao autocuidado e à mobilidade que permitem a adaptação ao meio envolvente. Caso existam dificuldades a este nível, importa compreender se a necessidade de ajuda é parcial ou total, de modo a adequar os cuidados existentes no contexto familiar, na comunidade e na sociedade,

elementos fundamentais no modo como se envelhece (Sequeira, 2018). De acordo com os dados do Eurostat de 2017 (OCDE, 2019), 17% dos portugueses com 65 ou mais anos manifestaram dificuldades na realização de pelo menos uma das atividades primárias, uma situação semelhante à percentagem (18%) da União Europeia.

Cognição e Memória

Importa também destacar a dimensão da cognição na caracterização da qualidade de vida e no processo de envelhecimento ativo e saudável, pois, tal como a funcionalidade, a manutenção da capacidade cognitiva traduz-se num aspeto fundamental na vida do idoso e no seu bem-estar geral. No desenvolvimento cognitivo é possível atender a determinadas aptidões, tais como a perceção, a atenção, a inteligência, a linguagem, a memória, o raciocínio e as funções executivas. Com o passar dos anos, é possível verificar não só um declínio funcional, mas também um declínio cognitivo, embora não seja uma consequência inevitável da idade (Kennedy et al., 2015), visto que no caso de algumas pessoas idosas assiste-se a uma relativa preservação das capacidades cognitivas (Ballesteros et al., 2015). As alterações cognitivas observáveis neste período de vida podem conduzir a uma diminuição da mobilidade, tomada de decisão, perda de memória e dificuldades na gestão das rotinas diárias (Sequeira, 2018). Nos indivíduos idosos, as capacidades cognitivas podem ser afetadas por alguns determinantes, como fatores genéticos, saúde, escolaridade, atividade física, estimulação cognitiva, sexo, personalidade, humor e meio sociocultural (Spar & La Rue, 2005, citados por Sequeira, 2018).

A inteligência permite ao idoso, bem como à generalidade dos indivíduos, executar as tarefas diárias, o que significa que, caso se verifique um compromisso da função intelectual ou cognitiva, o desempenho destas tarefas poderá ser perturbado. A inteligência pode ser ramificada em inteligência fluida e inteligência cristalizada. A inteligência fluida consiste na capacidade de raciocínio, na compreensão da relação entre os objetos, na criação de novas ideias e na adaptação às mudanças e, por isso, está mais relacionada com aspetos fisiológicos e neurológicos; por outro lado, a inteligência cristalizada corresponde ao processo de aquisição e de acumulação de informação por meio da aprendizagem e das experiências no contexto sociocultural (Sequeira, 2018).

Vários autores têm verificado um declínio da inteligência fluida com a idade, devido a uma diminuição da velocidade do processamento da informação (corresponde à capacidade de receber, decodificar e reter informação; Hertzog, 1989; Spar & La Rue, 2005 citados por Sequeira, 2018), a dificuldades de memória e perdas ao nível da acuidade visual e auditiva (Spar

& La Rue, 2005 citados por Sequeira, 2018). Contrariamente, a inteligência cristalizada tende a estabilizar, ou mesmo a aumentar, visto que corresponde à educação, às informações e às experiências adquiridas e acumuladas durante o período de vida do indivíduo (Sequeira, 2018). As atividades desempenhadas no passado e no presente têm impacto no modo como o indivíduo envelhece, na medida em que influenciam as funções intelectuais e contribuem para uma melhor eficiência e flexibilidade mental (Morris et al., 1991, citado por Sequeira, 2018). Salthouse (1998, 1999, citados por Sequeira, 2018) constatou que, juntamente com o decréscimo da inteligência, outras capacidades cognitivas (e.g., aprendizagem, memória, raciocínio e capacidade espacial) são afetadas.

Um outro problema associado ao envelhecimento é a memória, correspondendo a uma queixa comum nos indivíduos idosos. Nalguns casos, estas queixas podem pressupor modificações concretas da cognição, no sentido em que resultam do desenvolvimento de patologias mais graves, como é o caso da demência, em que há uma deterioração significativa da memória e de outras funções cognitivas, com compromisso das AVD (Sousa, 2017). De facto, a memória representa uma das principais funções cognitivas e assume um papel essencial no envelhecimento ativo, nomeadamente na orientação, na comunicação, na relação com os outros e na execução de tarefas, podendo ser dividida em memória a curto prazo e memória a longo prazo. Assim, a memória a curto prazo admite uma função primária, no sentido em que permite o armazenamento da informação num tempo limitado (inferior a dois minutos), mas suficiente para desempenhar uma determinada tarefa, e uma função operacional (memória de trabalho), que se refere à capacidade para efetuar várias tarefas em simultâneo (Baddeley, 1996). Relativamente à memória a longo prazo, esta remete para a capacidade de reter informação recente ou mais antiga, inclusive de vários anos, podendo ser classificada em memória implícita (o processo de aquisição de informação é feito de modo inconsciente) e memória explícita (o processo de aquisição de informação é consciente e voluntário). Na memória a longo prazo, em específico a memória explícita, é possível identificar a memória semântica, que corresponde ao registo de informações ou conhecimentos gerais e factos, independentes da história de vida, e a memória episódica ou autobiográfica, referente a eventos pessoais (Sequeira, 2018).

Alguns idosos podem manifestar dificuldades na aprendizagem e na recordação de informação nova, na manipulação ativa da informação ou na execução de diversas atividades em simultâneo, as quais estão relacionadas com modificações na memória a curto prazo e na memória de trabalho. Pelo contrário, a memória episódica declina pouco com a idade, o que significa que há uma maior facilidade na recordação de eventos passados do que eventos

recentes. Também no que diz respeito à memória semântica, prevê-se que o conjunto de conhecimentos e de saberes associados a esta memória permaneçam intactos, embora se torne mais difícil aceder aos mesmos ao longo do envelhecimento (Sequeira, 2018). A memória a curto prazo exige a participação da atenção, a qual assume um papel fulcral na aprendizagem de nova informação, sendo que, com o avançar da idade, este mecanismo é prejudicado, tal como outros mecanismos cognitivos (e.g., planeamento, intenção e motivação) que intervêm na memória a curto prazo, mas também na memória a longo prazo (Sequeira, 2018).

Com o intuito de preservar a cognição e a memória, alguns autores propõem a prática de atividade física entre a população idosa (Borges et al., 2009), sugerindo a existência de uma relação entre a independência física e as capacidades cognitivas. Para além da relação entre estes dois construtos, observaram-se relações entre a cognição, a memória e os sintomas depressivos (Sousa et al., 2017). As queixas de memória podem evidenciar, ainda, a presença de défice cognitivo ligeiro (DCL). Idosos com DCL manifestam défices cognitivos mais deteriorados do que o expectável para a idade, sendo que as áreas mais afetadas são a aprendizagem e a aquisição de nova informação, sem grandes alterações ao nível das AVD. Caso estes idosos não sejam monitorizados e estimulados cognitivamente, podem vir a desenvolver quadros demenciais (Sequeira, 2018). Nesta perspetiva, as queixas de memória podem servir de medida para a identificação precoce do DCL, mas também das demências (Schmand et al., 1996; Sousa, 2016; Sousa et al., 2017).

Depressão

A depressão é um dos problemas de saúde mais comuns nos idosos e varia a nível de severidade e de duração. Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2017), a depressão consiste numa das principais causas de incapacidade física a nível mundial, mas também de morte por suicídio. Netuveli & Blane (2008) referiram que a presença de depressão em idades avançadas pode resultar de perturbações cognitivas, de dificuldades no desempenho das AVD, da diminuição da rede de apoio e do isolamento social.

Por forma a diagnosticar a depressão, consideram-se os seguintes critérios: humor deprimido, apatia, perda de prazer ou interesse, diminuição do apetite, insónia ou hipersónia, lentificação psicomotora, fadiga ou perda de energia, sentimentos de desvalorização ou culpa, diminuição da capacidade de pensar ou de concentração, pensamentos de morte recorrentes e ideação suicida ou tentativa de suicídio, entre outros (APA, 2014). Nesta faixa etária, a depressão é frequentemente acompanhada por QSM, piores desempenhos cognitivos (Sousa et

al., 2017; Kahn et al., 1975) e doenças (e.g., demência; Maynard, 2003), sendo, portanto, um importante problema de saúde pública (Duarte & Rego, 2007 citados por Frade et al, 2015).

Na literatura são ainda apontados outros fatores que influenciam a ocorrência de depressão nos idosos, tais como as características sociodemográficas (e.g., sexo, estado civil e escolaridade) e a institucionalização (Barroso & Tapadinhas, 2006; Frade et al., 2015). Relativamente às características sociodemográficas, observa-se uma maior prevalência da depressão em indivíduos do sexo feminino (acima de 7,5% entre as mulheres com 55-74 anos e acima de 5,5% entre os homens; DGS, 2017), em indivíduos solteiros e viúvos e em indivíduos com baixa escolaridade (Sousa et al., 2010).

Institucionalização

Um fenómeno muito discutido na literatura é a institucionalização do idoso, que tem vindo a crescer devido ao aumento desta população. A institucionalização do idoso advém, sobretudo, da existência de doenças, das limitações na execução das AVD e das dificuldades económicas e/ou ausência de suporte social (Lini et al., 2016). Em Portugal, a institucionalização ocorre, principalmente, através de organizações não lucrativas, como, por exemplo, as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e as Santas Casas da Misericórdia (SCM). As IPSS e as SCM disponibilizam diversos serviços direcionados para a população idosa, tais como centros de dia, que garantem a satisfação da higiene, alimentação e outros cuidados básicos, promovem a dinamização de atividades de animação sociocultural e favorecem o convívio, durante o dia, sem que isso implique ou exija que o idoso prescinda do seu lar por tempo limitado ou definitivamente; serviços de apoio domiciliário, em que a promoção dos cuidados básicos é realizada no lar do idoso, o que significa que o idoso não necessita de sair da sua casa; e lares de terceira idade, os quais apresentam um carácter mais permanente, na medida em que a satisfação dos cuidados básicos e a promoção de atividades de convívio e animação social são realizados no espaço institucional, onde o indivíduo passa a viver (SCMA, 2021).

Contudo, as instituições, em específico os lares de terceira idade, nem sempre conseguem proporcionar momentos de interação e de convívio social e atividades de estimulação cognitiva (Vaz & Gaspar, 2011). Esta situação acarreta algumas consequências, tais como: diminuição da capacidade cognitiva, devido ao sedentarismo e à falta de estimulação cognitiva; perda de autonomia, o que interfere na concretização das AVD; aumento das doenças crónicas; desenvolvimento de perturbações patológicas (e.g., depressão), consequente da

solidão e do isolamento social (Vaz & Gaspar, 2011); e risco de quedas, pelo aumento do declínio funcional (Ferreira & Yoshitome, 2010). Para além dos aspetos mencionados, a própria família assume um papel crucial, no que concerne aos efeitos da institucionalização na pessoa idosa. Assim sendo, algumas famílias mantêm uma relação relativamente próxima com o idoso, outras abandonam-no ou excluem-no, potenciando a solidão e, conseqüentemente, o desenvolvimento de sintomas depressivos (Neto & Corte-Real, 2013).

Tendo em conta a hipótese de que o ambiente institucional tende a gerar sentimentos negativos, nomeadamente sentimentos de solidão, e está relacionado com a presença de sintomas depressivos, Barroso e Tapadinhas (2006), desenvolveram um estudo onde compararam uma amostra de idosos não institucionalizados com uma amostra de idosos institucionalizados, tendo verificado um maior índice de solidão e de sintomas depressivos em idosos institucionalizados, comparativamente com idosos não institucionalizados.

No estudo realizado por Frade e colaboradores (2015), com uma amostra de 75 idosos institucionalizados (n=44) e não institucionalizados (n=31), observou-se que há uma maior prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados do que em idosos não institucionalizados. No mesmo estudo avaliou-se a percentagem de idosos institucionalizados e de idosos não institucionalizados com sintomas sugestivos de depressão grave (21-30 sintomas) e sintomas sugestivos de depressão ligeira (11-20 sintomas), tendo-se concluído que os sintomas sugestivos de depressão grave são mais frequentes nos idosos institucionalizados (40%) do que em idosos não institucionalizados (13%); em relação aos sintomas sugestivos de depressão ligeira, estes também são mais influentes nos idosos institucionalizados (42%), em comparação com os idosos não institucionalizados (41%), ainda que, neste caso, a diferença não seja tão pronunciada. Relativamente à gravidade da sintomatologia depressiva nos idosos institucionalizados, é possível afirmar que a percentagem de idosos (42%) que relatou sintomas sugestivos de depressão ligeira é maior que a percentagem de idosos (40%) que relatou sintomas sugestivos de depressão grave (Frade et al., 2015). Estes resultados são semelhantes aos do estudo levado a cabo por Neto e Corte-Real (2013), com 25 pessoas institucionalizadas, em que 24% evidenciou sintomas sugestivos de depressão grave e os restantes 48% revelaram sintomas sugestivos de depressão ligeira.

Assim, embora a depressão possa encontrar-se associada a vários fatores conseqüentes do envelhecimento, a sua prevalência tende a agravar-se aquando da institucionalização. Nesta perspetiva, a institucionalização é entendida como um fator de risco para a depressão (Frade et al., 2015). Demonstra-se essencial sensibilizar os cuidadores e profissionais de saúde em relação às conseqüências da institucionalização para a saúde do idoso, com o objetivo de

desenvolver atividades direcionadas para as áreas cognitivas e funcionais e de favorecer as relações sociais.

Programas de Estimulação Cognitiva

Face ao exposto, é possível afirmar que o processo de envelhecimento é acompanhado por diversas efemeridades, tais como doenças e alterações psicológicas, cognitivas e funcionais, sendo necessário desenvolver ações de caráter interventivo e preventivo, focadas nas perdas vigentes, mas também nas eventuais perdas associadas ao envelhecimento, de forma a proporcionar um envelhecimento saudável e ativo, com qualidade de vida e bem-estar global. Desta forma, é possível destacar a estimulação cognitiva, que corresponde a uma intervenção não-farmacológica centrada no desenvolvimento das capacidades cognitivas. De acordo com alguns autores, a estimulação cognitiva produz alterações substanciais na cognição (Apóstolo et al., 2011; Fernández-Prado et al., 2012) e nos sintomas depressivos (Apóstolo et al., 2013; Apóstolo et al., 2015). Para além destes efeitos, comprovou-se que a estimulação cognitiva contribui para uma melhoria da autonomia (Apóstolo et al., 2015) e da qualidade de vida (Apóstolo et al., 2013; Fernández-Prado et al., 2012) e para o aumento da densidade sináptica e da plasticidade cerebral, possibilitando a aquisição de informação nova ou de diferentes estratégias cognitivas (Nery de Souza & Chaves 2005; La Rue, 2010).

A estimulação cognitiva não permite recuperar as capacidades cognitivas perdidas, no entanto, permite reforçar as funções ainda intactas, diminuindo o risco de declínio cognitivo (Apóstolo et al., 2011; Fernández-Prado et al., 2012). Numa revisão sistemática que teve como finalidade avaliar a eficácia de 15 programas de estimulação cognitiva em indivíduos com DCL, verificou-se que os programas de estimulação cognitiva induzem melhorias significativas ao nível da memória, da qualidade de vida e dos sintomas depressivos (Jean et al., 2010). Ademais, a estimulação cognitiva deve ser iniciada o mais cedo possível, pois aumenta as reservas cerebrais e cognitivas, melhora a funcionalidade e diminui o risco de desenvolvimento de quadros demenciais (Niu et al., 2010). No caso da demência, os benefícios dos programas de estimulação cognitiva ao nível da cognição são similares aos obtidos através da medicação (Spector et al., 2008).

Em Portugal, tem vindo a crescer o interesse em relação aos efeitos dos programas de estimulação cognitiva junto de idosos institucionalizados, pois, tal como já foi expresso anteriormente, a institucionalização tende a afetar negativamente as mais diversas áreas do idoso (Vaz & Gaspar, 2011). Desta forma, serão abordados alguns estudos nacionais que

avaliaram a eficácia de programas de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados, de forma a aprofundar os benefícios destes programas, em particular o programa “Fazer a Diferença”, versão portuguesa de “*Making a Difference*” (Spector et al., 2006; Apóstolo & Cardoso, 2012), e o programa “PAPI – Programa de Apoio Psicológico no Idoso” (Sousa, 2018), utilizado no presente estudo.

O programa “Fazer a Diferença” é constituído por exercícios de estimulação da atenção, da linguagem, do raciocínio, da aprendizagem, da memória, do processamento visuoespacial e das funções executivas e compreende no total 14 sessões de grupo, cada com duração de 45 minutos e com periodicidade bissemanal, ao longo de 7 semanas (Apóstolo & Cardoso, 2012). Apóstolo e colaboradores (2014) realizaram um estudo, onde avaliaram a eficácia do programa “Fazer a Diferença” numa amostra de 56 idosos institucionalizados (8 desistiram), divididos em grupo experimental (n=27) e grupo controlo (n=29). No final, o grupo experimental (os participantes tiveram acesso ao programa de estimulação cognitiva) demonstrou melhorias estatisticamente significativas no desempenho cognitivo, com melhores resultados para depois do programa, em comparação com o grupo de controlo (os participantes apenas tiveram acesso aos cuidados habituais), que não sofreu alterações significativas ao nível da cognição; contudo, não se constatarem diferenças significativas entre os dois grupos relativamente ao número dos sintomas depressivos. Noutro estudo desenvolvido por Amante e colaboradores (2015), no qual se implementou o mesmo programa em 14 mulheres idosas institucionalizadas, observou-se uma melhoria na funcionalidade das participantes.

Mais recentemente, Carvalhais e colaboradores (2019), através de uma amostra de 9 idosos institucionalizados, verificaram que, após a aplicação do programa de estimulação cognitiva “Fazer a Diferença”, 77,8% dos participantes apresentaram um aumento das capacidades cognitivas. Parola e colaboradores (2019) realizaram um estudo, onde utilizaram o programa supracitado numa amostra de 100 idosos institucionalizados, sendo que metade dos participantes teve acesso ao programa (grupo experimental) e a outra metade apenas auferiu dos cuidados habituais (grupo de controlo). Depois do programa, evidenciaram-se melhorias significativas ao nível da cognição no grupo experimental, com melhores resultados para depois do programa, tal como uma diminuição estatisticamente significativa dos sintomas depressivos no grupo experimental, ainda que quando comparado com os resultados (posteriores ao programa) do grupo de controlo não se verifiquem diferenças estatisticamente significativas nesse aspeto.

Num outro estudo, encabeçado por Gonçalves (2012), que teve como objetivo averiguar os efeitos de um programa de estimulação cognitiva (constituído por 16 sessões) em idosos institucionalizados, foram criados dois grupos, o grupo experimental (n=17) e o grupo de controlo (n=20). No fim da aplicação do programa, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no grupo experimental entre o pré e o pós-teste, com uma diminuição do desempenho cognitivo e uma diminuição do número dos sintomas depressivos; no grupo de controlo constatou-se uma diminuição estatisticamente significativa do estado cognitivo e, ainda, uma diminuição, embora sem significância estatística, dos sintomas depressivos.

O programa PAPI foi criado em 2012, com o objetivo de atender às alterações relacionadas com o envelhecimento, tendo sido inicialmente aplicado na população idosa de Montemor-o-Velho. Este programa procura ser uma mais-valia, no que toca aos cuidados e aos serviços de saúde existentes para a população idosa, e tem como premissa elementar proporcionar um envelhecimento ativo e saudável. Tendo isto em conta, é possível afirmar que este programa de estimulação cognitiva não só visa beneficiar as pessoas idosas, através do estímulo mental e do aumento da funcionalidade e participação na sociedade, condições imprescindíveis para a promoção da qualidade de vida no envelhecimento, como também procura responder às questões dos próprios profissionais de saúde, família e comunidade, pois contribui para uma perceção mais complexa das necessidades dos idosos e corresponde a uma alternativa eficiente e adequada de resposta a essas mesmas necessidades.

O PAPI insere-se no Ageing@Coimbra, que investe na evolução dos serviços e cuidados de saúde focalizados para a população idosa, e, apesar da sua recente origem, já foi reconhecido pela Parceira Europeia para a Inovação no Envelhecimento Ativo e Saudável (EIP-AHA; Sousa, 2017 citado por Sousa, 2018). Desta forma, o PAPI centra-se na estimulação das funções cognitivas, como a orientação, a atenção, a memória, a linguagem, as gnóscias, as funções executivas, o cálculo, as praxias e as habilidades perceptivomotoras, identicamente ao programa “Fazer a Diferença”, e, para além de incluir sessões grupais, contém 10 sessões individuais, (cada uma com duração média de uma hora), sendo constituído no total por 52 exercícios alusivos aos acontecimentos da vida diária, a fim de aumentar a proximidade com a realidade do idoso (Sousa, 2018).

Sousa e Costa (2013 citados por Sousa, 2018) desenvolveram um estudo, onde aplicaram o programa PAPI a 5 idosos institucionalizados, com pré e pós-teste, do tipo descritivo, ao longo de três meses. Este estudo teve como intuito perceber a evolução dos sujeitos em relação às capacidades cognitivas, às QSM e aos sintomas depressivos. Relativamente às capacidades cognitivas, todos os participantes obtiveram melhores resultados

no segundo momento de avaliação; quanto ao número de QSM, antes e após o programa, a maioria dos participantes relatou um aumento das QSM; por último, no que concerne à evolução do número de sintomas depressivos, todos os participantes evidenciaram um número mais baixo de sintomas depressivos, após o programa.

Sousa (2014/2015, citado por Sousa, 2018) realizou outro estudo que contou com a participação de 156 idosos, 52 internados em contexto de lar, 4 em centro de noite (serviço social que fornece acompanhamento noturno na residência do idoso), 98 em centro de dia e 2 em apoio domiciliário, tendo sido posteriormente divididos em grupo experimental (n=79) e grupo de controlo (n=77), com o objetivo de avaliar os efeitos do programa nas capacidades cognitivas e na qualidade de vida. Relativamente aos resultados obtidos, foi possível dar conta que os sujeitos que participaram no programa (grupo experimental) demonstraram melhorias estatisticamente significativas no desempenho cognitivo, considerando os resultados obtidos antes e depois do programa, contrariamente aos sujeitos do grupo de controlo, onde se verificou uma diminuição dos resultados associados ao desempenho cognitivo. Contudo, na observação dos resultados relativos à qualidade de vida, antes e depois do programa, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de estudo.

Objetivos e Hipótese de Investigação

Tendo em conta os resultados promissores e o reduzido número de estudos acerca da eficácia do programa PAPI, salienta-se a importância de desenvolver não só mais estudos que tenham como finalidade compreender os efeitos do PAPI nas dimensões abordadas nos estudos já realizados (i.e., QSM, capacidades cognitivas, sintomas depressivos, qualidade de vida e capacidade funcional), mas também perceber que outras áreas podem ser beneficiadas pela aplicação do PAPI (e.g., capacidade funcional). A aplicação de programas de estimulação cognitiva na população idosa institucionalizada demonstra-se essencial, visto que, de acordo com a literatura, a probabilidade de os idosos sofrerem graves problemas de saúde aumenta aquando da institucionalização (Barroso & Tapadinhas, 2006; Ferreira & Yoshitome, 2010; Frade et al., 2015, Vaz & Gaspar, 2011).

Assim, o presente estudo trata-se de uma investigação quase-experimental, onde se pretende avaliar os efeitos de uma intervenção (programa de estimulação cognitiva PAPI) nas variáveis dependentes (QSM, capacidades cognitivas, sintomas depressivos, qualidade de vida e capacidade funcional) numa amostra de idosos institucionalizados, com recurso ao desenho pré (antes da intervenção) e pós-teste (depois da intervenção) e de corte transversal. Neste

sentido, formulou-se a seguinte hipótese de investigação: “O programa de estimulação cognitiva PAPI - Programa de Apoio Psicológico no Idoso melhora as capacidades cognitivas, as capacidades funcionais, a qualidade de vida e diminui os sintomas depressivos e as QSM de idosos institucionalizados”. Tendo em conta a informação recolhida, o estudo propõe-se ainda a estudar a relação entre as variáveis sociodemográficas (idade e sexo) e as variáveis dependentes.

Método

Participantes

A amostra do estudo é não probabilística por conveniência (Marôco, 2018), tendo os participantes sido selecionados com base nas instituições CBESQ - Centro Social de Bem-Estar de Queluz, Lar de Santo António e Lar Sagrada Família. A primeira instituição referida trata-se de uma IPSS e as duas últimas são da Santa Casa da Misericórdia da Amadora.

A seleção dos participantes obedeceu a critérios de inclusão e de exclusão, sendo que os critérios de inclusão são: idade igual ou superior a 65 anos, encontrar-se institucionalizado num lar de terceira idade e possuir nível de instrução que permita compreender as atividades do programa de estimulação cognitiva. Por outro lado, os critérios de exclusão compreendem o diagnóstico de demência, a presença de afasias, antecedentes psiquiátricos, historial de consumo de substâncias e déficits motor, visual e/ou auditivo não corrigidos.

Posto isto, a amostra recolhida é constituída por 23 participantes, com uma média de idades de 82,39 (DP = 7,55) anos, oscilando entre 66 e 95 anos, 10 (43,5%) são do sexo masculino e 13 (56,5%) do sexo feminino. Dos 23 participantes, 11 (47,8%) são residentes no CBESQ, 5 (21,7%) no Lar Santo António e 7 (30,4%) no Lar Sagrada Família.

Ao longo da intervenção, cinco participantes desistiram, o que significa que apenas 18 participantes concluíram as 10 sessões estipuladas pelo programa PAPI, tendo sido avaliados antes e depois da intervenção.

Procedimento

Inicialmente contactou-se a autora do programa PAPI via e-mail, de forma a obter a autorização da mesma relativamente à aplicação do programa e a aceder aos materiais de apoio. Após resposta positiva, iniciou-se o contacto com as instituições para dar a conhecer o estudo

(objetivos e critérios de inclusão e de exclusão) e, conseqüentemente, poder implementar o programa com os utentes das instituições. A seguir à aprovação das instituições para realizar o programa com os respetivos utentes, foi disponibilizada uma lista, através da equipa de enfermagem ou da equipa de psicólogos, com os nomes dos utentes elegíveis para participar no programa, isto é, que respeitavam os critérios de inclusão e de exclusão. Posteriormente, os utentes indicados foram abordados individualmente, com o propósito de explicar a natureza do programa e perceber quem tinha interesse em participar no mesmo. Foi igualmente explicitado o carácter voluntário do programa, sendo possível desistir a qualquer momento sem que para tal necessitassem de justificação, e a confidencialidade dos dados, tal como visado pela Declaração de Helsínquia.

Assim, após assinatura do consentimento informado, iniciou-se a aplicação de um Questionário de dados sociodemográficos, constituído por algumas variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil e tempo de institucionalização). De seguida, os participantes responderam à Escala de Queixas Subjetivas de Memória (EQM; Schmand et al., 1996; Ginó et al., 2007), de forma a avaliar as QSM; ao *Mini Mental State Examination* (MMSE; Folstein et al., 1975; Guerreiro et al., 1994), com o objetivo de avaliar as capacidades cognitivas e determinar a presença ou ausência de défice cognitivo; à Escala de Depressão Geriátrica (GDS; Yesavage et al., 1983; Barreto et al., 2007) para avaliar a sintomatologia depressiva; e à Escala Whoqol-Bref da OMS (1996, 1997, 1998; Canavarró et al., 2007), no sentido de avaliar a qualidade de vida. Posteriormente, foi pedido a uma das funcionárias (ajudantes de ação direta) que respondesse ao Índice de Atividades da Vida Diária (Mahoney, & Barthel, 1965; Sequeira, 2018), de forma a avaliar o grau de funcionalidade de cada um dos participantes.

Na fase seguinte ocorreu a operacionalização do PAPI com os idosos de cada uma das instituições – em primeiro com os idosos residentes no CBESQ e por último com os idosos residentes no Lar Santo António e no Lar Sagrada Família. A intervenção foi realizada de forma presencial e individual, ao longo de dez semanas (num total de 10 sessões, abrangendo 52 exercícios), com uma sessão semanal de cerca de 30 a 60 minutos cada, em diferentes horários (manhã e tarde), conciliando com as rotinas dos idosos e horários das instituições. Todas as sessões foram disponibilizadas a cada um dos participantes em formato papel A4, onde podiam responder às atividades propostas. O programa incidiu nos seguintes domínios cognitivos: orientação temporal e espacial, reconhecimento visual, perceção visuo-construtiva, linguagem (nomeação e categorização), memória (de trabalho, semântica e episódica), atenção, planeamento, cálculo e criatividade (Sousa, 2018).

Por último, aplicou-se novamente o questionário sociodemográfico e os instrumentos acima mencionados, seguindo à mesma ordem, de forma a comparar os resultados obtidos antes e após a realização do programa e, conseqüentemente, avaliar os efeitos do programa nas variáveis de estudo. Identicamente, foi pedido à mesma ajudante de ação direta que respondesse ao Índice de Atividades da Vida Diária para cada um dos participantes da instituição. Importante reforçar que tanto no primeiro momento de avaliação, como no segundo, os participantes foram acompanhados e auxiliados ao longo da administração dos instrumentos supracitados, de forma a esclarecer eventuais dúvidas.

A primeira avaliação (pré-intervenção), que consistiu em responder a um questionário sociodemográfico e a cinco instrumentos, ocorreu a 17 de janeiro no CBESQ; seguido do Lar Santo António a 20 de maio; e, por último, o Lar Sagrada Família, com início a 29 de maio. Posteriormente, seguiu-se a aplicação do programa que durou cerca de dez semanas, com uma sessão semanal, tal como já foi referido, em cada um dos lares. Relativamente à segunda avaliação (pós-intervenção), que incluiu o mesmo questionário sociodemográfico e os instrumentos utilizados anteriormente, decorreu a 4 de abril no CBESQ, a 6 de agosto no Lar Santo António e a 14 de agosto no Lar Sagrada Família.

Instrumentos

Para a avaliação QSM, utilizou-se a versão portuguesa da Escala de Queixas de Memória (EQM; Schmand et al., 1996; Ginó et al., 2007). Trata-se de um instrumento que pode ser autoaplicado e tem como vantagem a avaliação rápida das QSM. A EQM é constituída por dez itens - a pontuação em cada item varia de 0 (ausência de queixas) a 1, 2 ou 3 (quanto maior o valor, maior a gravidade das queixas). Os resultados oscilam entre 0 e 21 pontos, sendo que pontuações inferiores ou iguais a 3 pontos indicam ausência de QSM significativas e pontuações superiores ou iguais a 4 pontos sugerem presença de QSM significativas. O tempo de administração foi inferior a cinco minutos.

Relativamente à avaliação das capacidades cognitivas, recorreu-se à versão portuguesa do *Mini Mental State Examination* (MMSE; Folstein et al., 1975; Guerreiro et al., 1994), o instrumento de rastreio cognitivo breve mais utilizado a nível global. Inclui tarefas de orientação (varia de 0 a 5 pontos), retenção (varia de 0 a 3 pontos), atenção e cálculo (varia de 0 a 5 pontos), evocação (varia de 0 a 3 pontos), linguagem (varia de 0 a 7 pontos) e habilidade construtiva (varia de 0 a 1 ponto). Em cada uma das questões, o valor mínimo é 0, para respostas incorretas, e o valor máximo possível é 1, para respostas corretas, sendo que o resultado na

escala varia de 0 a 30 pontos. Consideram-se com defeito cognitivo pessoas analfabetas com pontuações iguais ou inferiores a 15 pontos, pessoas com um a onze anos de escolaridade com pontuações iguais ou inferiores a 22 pontos e pessoas com escolaridade superior a onze anos com pontuações iguais ou inferiores a 27 pontos. Os itens são relativamente simples e fáceis, sendo um instrumento selecionado preferencialmente para populações com baixa escolaridade, tal como é caso dos participantes do presente estudo. O tempo de aplicação foi aproximadamente de 10 a 15 minutos.

Um outro instrumento utilizado foi a Escala de Depressão Geriátrica (GDS; Yesavage et al., 1983; Barreto et al., 2007), de forma a avaliar os sintomas depressivos. Trata-se de um instrumento que também pode ser autoaplicado, sensível à ausência e à presença de depressão, distinguindo entre leve e severa, e apresenta várias versões, tendo-se optado pela versão constituída por 30 itens adaptada para a população idosa portuguesa. Por forma a simplificar a sua administração, apresenta um formato de resposta dicotómica (sim/não), consoante o modo como o sujeito se sentiu na última semana. Relativamente à cotação, deverá ser atribuído 1 ponto para a resposta *sim* e 0 pontos para a resposta *não*, exceto nos itens 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30, com 1 ponto para *não*. Alguns dos sintomas abrangidos pela escala são: dificuldade em dormir, perda de energia, lentificação psicomotora, perda de interesse ou prazer, sentimentos de autocensura ou culpa e dificuldades de concentração. No que respeita à pontuação total, esta pode variar entre 0 e 30 pontos - 0 a 10 pontos sugere ausência de depressão, 11 a 20 pontos depressão ligeira e 21 a 30 pontos depressão grave. O tempo de administração variou entre 5 e 10 minutos.

Da mesma forma, aplicou-se a versão portuguesa do instrumento de avaliação da qualidade de vida (Whoqol-Bref) da OMS (1996, 1997, 1998; Canavarro et al., 2007), versão abreviada do Whoqol-100 composto por 100 itens. Esta nova versão abrange 26 itens, sendo que os dois primeiros itens constituem a faceta geral (concerne a satisfação global com a qualidade de vida e a perceção geral de saúde) da qualidade de vida e os restantes 24 itens estão agrupados nos domínios físico (7 itens), psicológico (6 itens), relações sociais (3 itens) e ambiente (8 itens). De um modo geral, o domínio físico engloba itens relacionados com o mal-estar, a dependência da medicação ou tratamento, a energia, a mobilidade, o sono, a capacidade de desempenhar atividades do quotidiano e a capacidade de trabalho; o domínio psicológico está relacionado com os sentimentos positivos e os sentimentos negativos, a espiritualidade, a religião, os aspetos cognitivos, a imagem corporal e a autoestima; o domínio das relações sociais, tal como o próprio nome indica, tem a ver com relações interpessoais e o apoio social, bem como a atividade sexual; e o domínio ambiente compreende a segurança física, os recursos

económicos, a oportunidade para realizar atividades de lazer e o acesso à informação e aos serviços de saúde. Os itens são respondidos através de quatro escalas de tipo Likert com um *score* de cinco pontos: Nada (1) a Completamente (5), de Muito Má (1) a Muito Boa (5), de Muito Insatisfeito (1) a Muito Satisfeito (5) ou de Nunca (1) a Sempre (5). Existem ainda três questões (Q3, Q4 e Q26) que são avaliados de forma invertida, sendo que 1 ponto nas questões referidas corresponde a 5 pontos; 2 pontos correspondem a 4 pontos; 3 pontos correspondem a 3 pontos; e 5 pontos correspondem a 1 ponto. A resposta aos vários itens é subjetiva, estando dependente dos hábitos, expectativas, alegrias e preocupações do indivíduo nas duas últimas semanas. Relativamente à pontuação nos quatro domínios, esta varia de 7 a 35 pontos no domínio físico, de 6 a 30 pontos no domínio psicológico, de 3 a 15 pontos no domínio relações sociais e de 8 a 40 pontos no domínio ambiente. O resultado obtido em cada um dos domínios é posteriormente transformado numa escala de 0 a 100 pontos, sendo que quanto mais elevada a pontuação num dado domínio, melhor é a qualidade de vida percebida pelo indivíduo nesse domínio. O tempo de aplicação foi sensivelmente de 10 a 15 minutos.

Por fim, foi utilizado o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2018) que avalia o nível de independência, isto é, a capacidade funcional do sujeito em relação à realização de dez ABVD (comer, higiene pessoal, tomar banho, uso da casa de banho, transferência da cadeira para a cama, controlo intestinal, controlo vesical, deambular, subir e descer escadas). A pontuação em cada um dos itens varia de 0 a 5, 10 ou 15 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior é a independência funcional na ABVD avaliada. A pontuação da escala varia de 0 a 100 pontos, em que 0 corresponde a dependência máxima e 100 equivale a independência total. Ainda, de acordo com Mahoney e Barthel (1965), uma pontuação total inferior a 20 indica dependência total, entre 20 e 35 dependência severa, entre 40 e 55 dependência moderada, entre 60 e 89 dependência ligeira e entre 90 e 100 independência. É um instrumento que, no caso específico do estudo, foi respondido por um ajudante de ação direta de cada instituição, com o propósito de avaliar objetivamente o grau de independência ou de incapacidade do sujeito em cada uma das ABVD. O tempo de aplicação foi relativamente curto (inferior a cinco minutos).

Relativamente ao programa de estimulação cognitiva PAPI, este integrou dez sessões, cada uma relacionada com determinados domínios cognitivos: “Sessão 1 - orientação (autopsíquica, temporal e espacial), gnosis visual (reconhecimento visual), linguagem expressiva (nomeação e categorização), perceptivomotor, praxia (visuo-construtiva), memória recente (de reconhecimento), atenção (seletiva); Sessão 2 - orientação, memória a muito longo prazo (semântica e autobiográfica), memória recente (de reconhecimento e autobiográfica),

linguagem (produção de fala espontânea), atenção (seletiva), praxia (visuo-construtiva) e memória (imediate e visual); Sessão 3 - orientação, função executiva (memória de trabalho, planejamento e sequenciação), memória (imediate), memória a muito longo prazo (semântica), linguagem expressiva (nomeação); Sessão 4 - orientação, função executiva (abstração, semelhanças, memória de trabalho, planejamento, sequenciação e flexibilidade mental/cognitiva), atenção (seletiva), memória (imediate e de reconhecimento), gnosis visual e cálculo (aritmético/adição); Sessão 5 - orientação, memória (imediate e visual), praxia (ideomotoras), memória a muito longo prazo (semântica), linguagem (vocabulário e léxico) e atenção; Sessão 6 - orientação (autopsíquica, temporal e espacial), memória a muito longo prazo (episódica), funções executivas (planeamento e sequenciação), praxia (visuo-construtiva), atenção (seletiva), cálculo (aritmética/adição) e memória (imediate e visual); Sessão 7 - orientação (autopsíquica, temporal e espacial), atenção (seletiva), memória (imediate e visual), linguagem (produção de fala espontânea), memória a muito longo prazo (semântica e autobiográfica), criatividade, função executiva (memória de trabalho, planejamento, flexibilidade mental/cognitiva), praxia (visuo-construtiva) e gnosis visual; Sessão 8 - orientação, atenção (sustentada e seletiva), memória (imediate e visual), memória recente (evocação espontânea), função executiva (planeamento), linguagem (fluência verbal e categórica) e memória recente (evocação com pista); Sessão 9 - orientação, atenção (seletiva), gnosis visual, função executiva (tomada de decisões e memória de trabalho), cálculo (aritmético/adição e subtração), gnosis visual para as cores; Sessão 10 - orientação, atenção (seletiva), memória (imediate), gnosis visual, função executiva (memória de trabalho, planejamento, flexibilidade mental/cognitiva), praxia (visuo-construtiva), memória a muito longo prazo” (Sousa, 2018, p.41-44).

Análise Estatística

A análise de dados foi realizada com recurso ao programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 27, tendo sido utilizadas medidas descritivas (média, desvio-padrão e frequências absolutas e percentuais) e medidas estatísticas (Coeficiente de Correlação de Spearman, teste Qui-quadrado, teste de Kruskal-Wallis e teste de Wilcoxon). Para as análises estatísticas efetuadas, considerou-se o valor de $p = 0,05$ como nível de significância.

Desta forma, a aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman teve como finalidade perceber a relação entre as variáveis do estudo (idade, QSM, capacidades cognitivas, sintomas depressivos, qualidade de vida e capacidade funcional). O teste Qui-quadrado e o teste de Kruskal-Wallis permitiram verificar a existência de diferenças estatísticas entre os grupos de idosos de cada instituição, no que respeita às características sociodemográficas (idade, escolaridade, sexo, estado civil e tempo de institucionalização). Por fim, o teste de Wilcoxon permitiu comparar a evolução dos sujeitos em relação às QSM, capacidades cognitivas, sintomas depressivos, qualidade de vida e capacidade funcional, antes e após a implementação do programa. Optou-se por um teste não paramétrico (teste de Wilcoxon), em vez do teste *t* para amostras emparelhadas, uma vez que o tamanho da amostra era reduzido (Marôco, 2018).

Resultados

Caraterização sociodemográfica

A amostra do estudo é constituída por 23 indivíduos – 11 da instituição CBESQ, 5 do Santo António e 7 da Sagrada Família. A idade média dos participantes é de 82,39 (DP = 7,55) anos, com idades compreendidas entre os 66 e 95 anos. O intervalo de idades com maior representatividade corresponde ao intervalo 86-90 anos, constituído por 8 (34,8%) participantes, seguido do intervalo 81-85 anos, com 7 (30,4%) participantes. No que concerne ao sexo, 10 (43,5%) participantes são do sexo masculino e 13 (56,5%) são do sexo feminino, sendo possível afirmar que há mais sujeitos do sexo feminino, em comparação com o número de sujeitos do sexo masculino, na amostra global. Na variável estado civil, observa-se uma predominância das categorias “casado”, “divorciado” e “viúvo” – 6 (26,1%) participantes são casados, 6 (26,1%) são divorciados e 11 (47,8%) são viúvos –, o que significa que os participantes podem ser classificados em “casados” ou “não casados”. Ao nível da escolaridade, 3 (13,0%) dos participantes não frequentaram a escola, 13 (56,5%) têm o 1.º ciclo, 3 (13,0%) têm o 2.º ciclo e 4 (17,4%) o ensino superior. Assim sendo, o nível académico com maior representatividade é o 1.º Ciclo. Em relação ao tempo de institucionalização, este foi racionalizado em três categorias (menos de 2 anos, 2 a 4 anos e mais de 4 anos), verificando-se que 8 (34,8%) dos participantes estão há menos de 2 anos na instituição atual, 13 (56,5%) dos participantes estão há cerca de 2 a 8 anos e 2 (8,7%) dos participantes estão há mais de 8 anos, do que se depreende que o tempo de institucionalização com maior representatividade

corresponde ao intervalo de 2 a 8 anos; a média (em anos) é de 2,90 (DP = 3,29), sendo o tempo mínimo 0,02 anos (que corresponde a 8 dias) e o máximo 14 anos (tabela 1).

Analisando cada uma das instituições, conclui-se que a média de idades dos participantes do CBESQ é de 82,36 (DP = 8,15), do Santo António é de 86,40 (DP = 2,30) e da Sagrada Família é de 79,57 (DP = 8,50). Na tabela 1, é possível verificar que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre as instituições relativamente à idade. De igual forma, não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas, no que toca ao sexo, entre as instituições de estudo, sendo que no CBESQ, 4 (36,4%) participantes são do sexo masculino e 7 (63,6%) são do sexo feminino; no Santo António, 2 (40,0%) participantes são do sexo masculino e 3 (60,0%) são do sexo feminino; na Sagrada Família, 4 (57,1%) participantes são do sexo masculino e 3 (42,9%) são do sexo feminino. Atendendo ao estado civil dos participantes em cada uma das instituições, no CBESQ, 3 (27,3%) participantes são casados, 2 (18,2%) são divorciados e 6 (54,5%) são viúvos; já no Santo António, 1 (20%) participante é casado, 2 (40%) são divorciados e 2 (40%) são viúvos; em relação à Sagrada Família, 2 (28,6%) participantes são casados, 2 (28,6%) são divorciados e 3 (42,9%) são viúvos. Nesta variável, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as instituições. No que respeita à escolaridade e ao tempo de institucionalização, não se verificaram, tal como nas variáveis sociodemográficas anteriores, diferenças estatisticamente significativas entre os idosos das diferentes instituições. Em termos de escolaridade, nota-se que na amostra do CBESQ, 3 (27,3%) participantes não possuem escolaridade, 5 (45,5%) participantes apresentam o 1.º Ciclo (36,4%) ou o 2.º Ciclo (9,1%) e 3 (27,3%) o ensino superior; na amostra do Santo António, os participantes têm o 1.º Ciclo (60%) ou o 2.º Ciclo (40%); na amostra da Sagrada Família, 6 (85,7%) participantes possuem o 1.º Ciclo e só 1 (14,3%) tem o ensino superior. No tempo de institucionalização, atendendo às médias para cada instituição, é possível afirmar que a média do tempo de institucionalização da amostra do CBESQ, 2,90 (DP = 3,29), é superior à média do tempo de institucionalização da amostra do Santo António, 2,47 (DP = 1,71), e da Sagrada Família, 2,18 (DP = 1,99), sendo a média do tempo de institucionalização da amostra do Santo António superior à da Sagrada Família. Ainda no CBESQ, observa-se que 5 (45,5%) participantes estão há menos de 2 anos institucionalizados, 3 (27,3%) participantes estão há cerca de 2 a 4 anos institucionalizados e 3 (27,3%) há mais de 4 anos; no Santo António, 1 (20%) participante está há menos de 2 anos institucionalizado, 3 (60%) estão por volta de 2 a 4 anos institucionalizados e 1 (20%) participante há mais de 4 anos; na Sagrada Família, 2 (28,6%) participantes estão há menos de 2 anos institucionalizados, 4 (57,1%) estão há cerca

de 2 a 4 anos institucionalizados e 1 (14,3%) está há mais de 4 anos institucionalizado (tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da amostra de acordo com as características sociodemográficas (sexo, estado civil, escolaridade e tempo de institucionalização).

Instituição	Total (N = 23)		CBESQ (N = 11)		Santo António (N = 5)		Sagrada Família (N = 7)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Variável								
Idade								
66-70	2	8,7	1	9,1	-	-	1	14,3
71-75	2	8,7	1	9,1	-	-	1	14,3
76-80	2	8,7	1	9,1	-	-	1	14,3
81-85	7	30,4	4	36,4	1	20,0	2	28,6
86-90	8	34,8	2	18,2	4	80,0	2	28,6
91-95	2	8,7	2	18,2	-	-	-	-
Total: M = 82,39; DP = 7,55; Mdn = 84; Mín = 66; Máx = 95								
CBESQ: M = 82,36; DP = 8,15; Mdn = 82; Mín = 66; Máx = 95								
Santo António: M = 86,40; DP = 2,30; Mdn = 86; Mín = 83; Máx = 89								
Sagrada Família: M = 79,57; DP = 8,50; Mdn = 82; Mín = 66; Máx = 89								
Teste de Kruskal-Wallis: H = 2,31 p = 0,32								
Sexo								
Masculino	10	43,5	4	36,4	2	40,0	4	57,1
Feminino	13	56,5	7	63,6	3	60,0	3	42,9
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2 = 0,78$ p = 0,68								
Estado Civil								
Solteiro	-	-	-	-	-	-	-	-
União de facto	-	-	-	-	-	-	-	-
Casado	6	26,1	3	27,3	1	20	2	28,6

Divorciado	6	26,1	2	18,2	2	40	2	28,6
Viúvo	11	47,8	6	54,5	2	40	3	42,9
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2 = 0,95$ $p = 0,92$								
Escolaridade								
Sem escolaridade formal	3	13,0	3	27,3	-	-	-	-
1.º Ciclo	13	56,5	4	36,4	3	60	6	85,7
2.º Ciclo	3	13,0	1	9,1	2	40	-	-
3.º Ciclo	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensino Secundário	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensino Superior	4	17,4	3	27,3	-	-	1	14,3
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2 = 0,13$ $p = 0,11$								
Tempo de institucionalização								
Menos de 2 anos	8	34,8	5	45,5	1	20	2	28,6
2 a 4 anos	10	43,5	3	27,3	3	60	4	57,1
Mais de 4 anos	5	21,7	3	27,3	1	20	1	14,3
Total: M = 2,90; DP = 3,29; Mdn = 2; Mín = 0,02; Máx = 14								
CBESQ: M = 3,55; DP = 4,40; Mdn = 2; Mín = 0,02; Máx = 14								
Santo António: M = 2,47; DP = 1,71; Mdn = 2; Mín = 0,33; Máx = 5								
Sagrada Família: M = 2,18; DP = 1,99; Mdn = 2; Mín = 0,08; Máx = 6								
Teste de Kruskal-Wallis: H = 0,18 $p = 0,91$								

Abreviaturas: EQM, Escala de Queixas Subjetivas de Memória; MMSE, Mini Mental State Examination; GDS, Escala de Depressão Geriátrica; Whoqol-Bref, Escala de Qualidade de Vida; M, Média; DP, Desvio-Padrão; Mdn, Mediana; Mín, Mínimo; Máx, Máximo; p, significância estatística.

Resultados anteriores à intervenção

Tendo em vista os resultados anteriores à intervenção (pré-intervenção), obtiveram-se algumas medidas descritivas (registadas na tabela 2) para cada uma das variáveis dependentes consideradas. Assim sendo, analisando primeiramente os resultados obtidos na EQM, é possível

verificar que o total de participantes obteve um valor médio de QSM de 6,13 (DP = 5,90), sendo que a percentagem de participantes (52%) que manifestou QSM, com um valor médio de QSM de 10,75 (DP = 4,45), foi superior à dos participantes (48%) que não evidenciou QSM significativas, com um valor médio de QSM de 1,09 (DP = 1,04). Os resultados nesta escala oscilam entre 0 e 21 pontos, sendo que pontuações inferiores ou iguais a 3 pontos indicam ausência de QSM significativas e pontuações superiores ou iguais a 4 pontos sugerem presença de QSM significativas.

Relativamente às capacidades cognitivas, medidas pelo MMSE, observou-se na amostra total um valor médio de 24,13 (DP = 5,22), num intervalo possível de 0 a 30 pontos (valores mais elevados correspondem a melhores capacidades cognitivas). Ainda, 39% dos participantes apresentaram defeito cognitivo, com uma média de 19,44 (DP = 5,29), e os restantes 61% não demonstraram sinais de defeito cognitivo, tendo obtido uma média de 27,14 (DP = 1,96). Consideraram-se com defeito cognitivo pessoas analfabetas com pontuações iguais ou inferiores a 15 pontos, pessoas com um a onze anos de escolaridade com pontuações iguais ou inferiores a 22 pontos e pessoas com escolaridade superior a onze anos com pontuações iguais ou inferiores a 27 pontos.

Na GDS, que avalia os sintomas depressivos, observou-se um valor médio de 14,43 (DP = 7,45), constatando-se que 70% dos participantes relataram ter depressão, com um valor médio de 18,19 (DP = 5,31). Entre os participantes que revelaram ter depressão, 48% apresentaram sintomas sugestivos de depressão ligeira, com um valor médio de 15,27 (DP = 3,10), e 22% apresentaram sintomas sugestivos de depressão grave, com um valor médio de 24,60 (DP = 2,61). Ademais, apenas 30% dos participantes não demonstraram sintomas de depressão significativos, apresentando um valor médio de 5,86 (DP = 3,13). A pontuação total nesta escala pode variar entre 0 e 30 pontos (0 a 10 pontos sugere ausência de depressão, 11 a 20 pontos depressão ligeira e 21 a 30 pontos depressão grave).

Na Whoqol-Bref, os participantes apresentaram um valor médio de qualidade de vida no domínio relações sociais (M = 74,13) superior ao valor médio no domínio psicológico (M = 68,39), no domínio ambiente (M = 66,43), na faceta geral (M = 63,91), que engloba a satisfação global com a qualidade de vida e a perceção geral de saúde, e no domínio físico (M = 61,70).

Por fim, no Índice de Barthel, os participantes obtiveram um valor médio de 85,65 (DP = 22,17), o que corresponde a uma dependência ligeira (uma pontuação total inferior a 20 indica dependência total, 20 a 35 dependência severa, 40 a 55 dependência moderada, 60 a 89 dependência ligeira e 90 a 100 independência). Através da análise dos domínios que compõem o Índice de Barthel, averiguou-se uma melhor capacidade funcional no domínio deambulação,

que corresponde à capacidade do indivíduo para se movimentar e deslocar por si próprio, visto que os participantes obtiveram neste domínio um valor médio (M = 13,70) acima do valor médio no domínio transferência cadeira/cama (M = 13,04), no domínio alimentação (M = 10,00), no domínio controlo intestinal (M = 9,13), no domínio vesical (M = 8,91), no domínio vestir (M = 8,26), no domínio uso do WC (M = 8,26), no domínio subir as escadas (M = 6,74), no domínio higiene pessoal (M = 4,57) e no domínio banho (M = 3,04).

Tabela 2. Resultados obtidos pelos participantes antes da intervenção.

Pré-Intervenção				
(N=23)				
Variável	N	%	M	DP
EQM	23	100	6,13	5,90
Presença de QSM	12	52	10,75	4,45
Ausência de QSM	11	48	1,09	1,04
MMSE	23	100	24,13	5,22
Com defeito	9	39	19,44	5,29
Sem defeito	14	61	27,14	1,96
GDS	23	100	14,43	7,45
Presença de depressão	16	70	18,19	5,31
Leve	11	48	15,27	3,10
Grave	5	22	24,60	2,61
Ausência de depressão	7	30	5,86	3,13
Whoqol-Bref				
Faceta geral	23	100	63,91	15,59
Físico	23	100	61,70	15,18
Psicológico	23	100	68,39	15,49
Relações Sociais	23	100	74,13	10,96
Ambiente	100	100	66,43	13,79
Índice de Barthel	23	100	85,65	22,17
Alimentação	23	100	10,00	0
Vestir	23	100	8,26	2,86
Banho	23	100	3,04	2,50

Higiene pessoal	23	100	4,57	1,44
Uso do WC	23	100	8,26	3,24
Controlo intestinal	23	100	9,13	2,46
Controlo vesical	23	100	8,91	2,11
Subir escadas	23	100	6,74	4,16
Transferência cadeira/cama	23	100	13,04	4,71
Deambulação	23	100	13,70	3,76

Abreviaturas: M, Média; DP, Desvio-Padrão; EQM, Escala de Queixas Subjetivas de Memória; QSM, Queixas Subjetivas de Memória; MMSE, Mini Mental State Examination; GDS, Escala de Depressão Geriátrica; Whoqol-Bref, Escala de Qualidade de Vida.

Foram ainda realizados alguns testes estatísticos, no momento anterior à intervenção, com o objetivo de analisar a relação e o comportamento das variáveis entre si. Desta forma, na tabela 3, é possível dar conta que a EQM se correlacionou significativa e negativamente com o MMSE ($\rho = -0,65$; $p < 0,01$), a Whoqol-Bref (faceta geral) ($\rho = -0,57$; $p < 0,01$) e o Índice de Barthel ($\rho = -0,43$; $p < 0,05$) e, ainda, se correlacionou significativa e positivamente com a GDS ($\rho = 0,55$; $p < 0,01$). Em paralelo, observou-se uma correlação significativa e negativa entre o MMSE e a GDS ($\rho = -0,72$; $p < 0,01$), uma correlação significativa e positiva entre o MMSE e a Whoqol-Bref (faceta geral) ($\rho = 0,66$; $p < 0,01$) e uma correlação significativa e positiva entre o MMSE e o Índice de Barthel ($\rho = 0,52$; $p < 0,05$). A GDS apresentou, ainda, uma correlação significativa e negativa com o Índice de Barthel ($\rho = -0,44$; $p < 0,05$) e a Whoqol-Bref ($\rho = -0,55$; $p < 0,01$). Por último, observou-se uma correlação significativa e positiva entre a Whoqol-Bref e o Índice de Barthel ($\rho = 0,53$; $p < 0,01$).

Tabela 3. Coeficientes de Correlação de Spearman entre as variáveis dependentes.

	EQM	MMSE	Whoqol-Bref	GDS	Índice de Barthel
EQM	1,00	-0,65**	-0,57**	0,55**	-0,43*
MMSE	-0,65**	1,00	0,66**	-0,72**	0,52*
GDS	0,55**	-0,72**	-0,55**	1,00	-0,44*
Whoqol-Bref (faceta geral)	-0,57**	0,66**	1,00	-0,55**	0,53**

Índice de Barthel	-0,43*	0,52*	0,53**	-0,44*	1,00
--------------------------	--------	-------	--------	--------	------

Abreviaturas: EQM, Escala de Queixas Subjetivas de Memória; MMSE, Mini Mental State Examination; GDS, Escala de Depressão Geriátrica; Whoqol-Bref, Escala de Qualidade de Vida; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Além disso, analisou-se a relação entre as variáveis sociodemográficas (idade e tempo de institucionalização) e as variáveis dependentes (tabela 4). Relativamente à relação entre cada uma das variáveis dependentes do estudo e a idade, não se constataram correlações significativas, o que significa que a idade, neste caso, não foi um fator determinante nas QSM, capacidades cognitivas, qualidade de vida, sintomas depressivos e capacidade funcional. Na associação entre as variáveis dependentes e a variável tempo de institucionalização, apenas observou-se uma correlação significativa e positiva entre a EQM e o tempo de institucionalização ($\rho = 0,43$, $p < 0,05$).

Tabela 4. Coeficientes de Correlação de Spearman entre as variáveis dependentes e as variáveis sociodemográficas (idade e tempo de institucionalização).

	Idade	Tempo de institucionalização
EQM	0,37	0,43*
MMSE	-0,22	-0,16
GDS	0,30	0,16
Whoqol-Bref (faceta geral)	-0,35	-0,18
Índice de Barthel	0	-0,24

Abreviaturas: EQM, Escala de Queixas Subjetivas de Memória; MMSE, Mini Mental State Examination; GDS, Escala de Depressão Geriátrica; Whoqol-Bref, Escala de Qualidade de Vida; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Resultados posteriores à intervenção

De agora em diante serão examinados os resultados obtidos no momento posterior à intervenção (pós-intervenção), expostos na tabela 5. Como resultado, é possível destacar que, na EQM, os participantes obtiveram um valor médio de QSM de 5,83 (DP = 5,40) - 67% dos participantes referiram um número significativo de QSM, tendo obtido um valor de 8,42 (DP =

4,76), e 33% dos participantes não manifestaram QSM significativas, apresentando um valor médio de 0,67 (DP = 1,21), notoriamente inferior ao dos participantes com QSM. Os resultados nesta escala oscilam entre 0 e 21 pontos, sendo que pontuações inferiores ou iguais a 3 pontos indicam ausência de QSM significativas e pontuações superiores ou iguais a 4 pontos sugerem presença de QSM significativas.

Por outro lado, no desempenho cognitivo, avaliado através do MMSE, a amostra global obteve um valor médio de 25,17 (DP = 4,58). Da avaliação dos resultados no MMSE, conclui-se que 17% dos participantes apresentaram defeito cognitivo, com um valor médio de 17,33 (DP = 4,16), e 83% dos participantes não revelaram indícios de defeito cognitivo, apresentando um valor médio de 26,73 (DP = 2,69), sendo que o máximo são 30 pontos. Consideraram-se com defeito cognitivo pessoas analfabetas com pontuações iguais ou inferiores a 15 pontos, pessoas com um a onze anos de escolaridade com pontuações iguais ou inferiores a 22 pontos e pessoas com escolaridade superior a onze anos com pontuações iguais ou inferiores a 27 pontos.

Na GDS, os participantes revelaram um valor médio de 13,22 (DP = 7,60), sendo que 61% dos participantes relataram ter depressão, com um valor médio de 18,36 (DP = 4,11) – 44% apresentou sintomas sugestivos de depressão ligeira e 17% apresentou sintomas sugestivos de depressão grave – e 39% dos participantes não tinham sintomas significativos de depressão, demonstrando um valor médio de 5,14 (DP = 3,29). A pontuação total nesta escala pode variar entre 0 e 30 pontos (0 a 10 pontos sugere ausência de depressão, 11 a 20 pontos depressão ligeira e 21 a 30 pontos depressão grave).

Relativamente aos resultados nos domínios da Whoqol-Bref, depreende-se que os participantes evidenciaram uma melhor qualidade de vida no domínio relações sociais, na medida em que o valor médio no respetivo domínio (M = 69,50) é superior ao valor médio na faceta geral (M = 68,28), bem como no domínio físico (M = 66,22), no domínio ambiente (M = 64,72) e, por último, no domínio psicológico (M = 63,11). No Índice de Barthel, que diz respeito à capacidade funcional, os participantes obtiveram um valor médio de 85,56 (DP = 20,14), revelando uma dependência ligeira (uma pontuação total inferior a 20 indica dependência total, 20 a 35 dependência severa, 40 a 55 dependência moderada, 60 a 89 dependência ligeira e 90 a 100 independência).

Em relação aos domínios do Índice de Barthel, os participantes manifestaram uma melhor capacidade funcional no domínio deambulação e transferência cadeira/cama, com um valor médio (M = 13,61) igual em ambos os domínios, superior ao valor médio dos domínios alimentação (M = 10,00), controlo vesical (M = 8,61), uso do WC (M = 8,61), controlo intestinal

(M = 8,33), vestir (M = 8,06), subir as escadas (M = 7,22), higiene pessoal (M = 4,17) e banho (M = 3,06).

Tabela 5. Resultados obtidos pelos participantes depois da intervenção.

Pós-Intervenção				
(N=18)				
Variável	N	%	M	DP
EQM	18	100	5,83	5,40
Presença de QSM	12	67	8,42	4,76
Ausência de QSM	6	33	0,67	1,21
MMSE	18	100	25,17	4,58
Com defeito	3	17	17,33	4,16
Sem defeito	15	83	26,73	2,69
GDS	18	100	13,22	7,60
Presença de depressão	11	61	18,36	4,11
Leve	8	44	16,25	2,12
Grave	3	17	24,00	1,73
Ausência de depressão	7	39	5,14	3,29
Whoqol-Bref				
Faceta geral	18	100	68,28	16,85
Físico	18	100	66,22	19,61
Psicológico	18	100	63,11	18,43
Relações Sociais	18	100	69,50	19,73
Ambiente	18	100	64,72	17,02
Índice de Barthel	18	100	85,56	20,14
Alimentação	18	100	10,00	0
Vestir	18	100	8,06	3,04
Banho	18	100	3,06	2,51
Higiene pessoal	18	100	4,17	1,92
Uso do WC	18	100	8,61	2,87
Controlo Intestinal	18	100	8,33	2,43

Controlo Vesical	18	100	8,61	2,30
Subir escadas	18	100	7,22	3,92
Transferência cadeira/cama	18	100	13,61	3,35
Deambulação	18	100	13,61	3,35

Abreviaturas: M, Média; DP, Desvio-Padrão; EQM, Escala de Queixas Subjetivas de Memória; QSM, Queixas Subjetivas de Memória; MMSE, Mini Mental State Examination; GDS, Escala de Depressão Geriátrica; Whoqol-Bref, Escala de Qualidade de Vida.

Diferenças entre antes e após a intervenção

Nesta fase, serão demonstrados os resultados anteriores e posteriores à intervenção, de forma a analisar diferenças estatísticas entre os dois momentos de avaliação (pré e pós-intervenção) e, conseqüentemente, avaliar os efeitos do programa PAPI na amostra do estudo. As seguintes análises terão por base os resultados afixados na tabela 6.

Começando pelos resultados obtidos na EQM, é possível observar uma diminuição das QSM, na medida em que o valor médio ($M = 6,13$) da primeira avaliação demonstra-se inferior ao valor médio ($M = 5,83$) da avaliação conseqüente. Apesar de os resultados frisarem um número de QSM mais favorável na avaliação posterior à intervenção, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre antes e depois da intervenção ($Z = -0,25$; $p = 0,80$). Ademais, relativamente aos indivíduos com QSM significativas, repara-se que o valor médio ($M = 8,42$) obtido após a intervenção é menor que o valor médio ($M = 10,75$) inicial, o que indica uma redução das QSM. Neste caso, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($Z = -0,98$; $p = 0,33$). Importa realçar que os resultados nesta escala oscilam entre 0 e 21 pontos, sendo que pontuações inferiores ou iguais a 3 pontos indicam ausência de QSM significativas e pontuações superiores ou iguais a 4 pontos sugerem presença de QSM significativas.

Tendo em conta os resultados obtidos no MMSE, não se constataram diferenças estatisticamente significativas ($Z = 1,38$; $p = 0,17$), embora se tenha verificado um aumento do valor médio de 24,13 para 25,17, sinalizando uma melhoria do desempenho cognitivo dos participantes, após a intervenção. Não obstante, considerando os indivíduos com defeito cognitivo, o valor médio ($M = 19,44$) da primeira avaliação foi superior ao valor médio ($M = 17,33$) da segunda, o que pressupõe um declínio do desempenho cognitivo. Contudo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as duas avaliações ($Z = -1,34$; $p =$

0,18). Também, em relação aos indivíduos sem defeito cognitivo, os resultados evidenciaram um desempenho cognitivo menos favorável na avaliação posterior à intervenção, sendo que houve uma diminuição do valor médio ($M = 27,14$) para depois da intervenção ($M = 26,73$). De igual modo, não se constataram diferenças estatisticamente significativas ($Z = 0,34$; $p = 0,73$). Consideraram-se com defeito cognitivo pessoas analfabetas com pontuações iguais ou inferiores a 15 pontos, pessoas com um a onze anos de escolaridade com pontuações iguais ou inferiores a 22 pontos e pessoas com escolaridade superior a onze anos com pontuações iguais ou inferiores a 27 pontos.

Na GDS, pôde-se verificar uma redução dos sintomas depressivos, assinalada pela diminuição do valor médio ($M = 14,43$) para depois da intervenção ($M = 13,22$). Estas diferenças, embora positivas, não são estatisticamente significativas ($Z = -1,46$; $p = 0,14$). A pontuação total nesta escala pode variar entre 0 e 30 pontos (0 a 10 pontos sugere ausência de depressão, 11 a 20 pontos depressão ligeira e 21 a 30 pontos depressão grave). Relativamente aos indivíduos que relataram ter depressão antes da intervenção ($M = 18,19$), registou-se um aumento dos níveis de depressão ($M = 18,36$), no momento a seguir à intervenção. Ainda, em relação aos indivíduos que relataram ter depressão ligeira, estes apresentaram um aumento dos níveis de depressão, sendo o valor médio da segunda avaliação ($M = 16,25$) superior à da primeira ($M = 15,27$). Contrariamente, nos indivíduos que relataram ter depressão grave, observou-se uma diminuição residual do valor médio ($M = 24,60$) para depois da intervenção ($M = 24,00$), correspondendo a um decréscimo dos sintomas depressivos. Importante referir que em nenhum destes grupos, no que concerne aos resultados na GDS antes e depois da intervenção, se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Analisando agora os resultados obtidos na Whoqol-Bref, assiste-se a uma evolução positiva da qualidade de vida na faceta geral, perceptível pelo aumento do valor médio ($M = 63,91$) para depois da intervenção ($M = 68,28$). Todavia, não foi possível apurar diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos avaliativos ($Z = 1,83$; $p = 0,07$). No que respeita aos domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente), somente o domínio físico sofreu um aumento do valor médio de 61,70 para 66,22. Os valores médios dos demais domínios diminuíram do primeiro para o segundo momento de avaliação, sendo que o domínio que alcançou um maior decréscimo foi o domínio psicológico, com uma diminuição do valor médio de 68,39 para 63,11, correspondendo a uma diferença de 5,28 valores; seguido do domínio relações sociais, com uma diferença de 4,63 valores entre os valores médios da primeira avaliação ($M = 74,13$) e da segunda ($M = 69,50$); e, posteriormente, do domínio ambiente, com uma diferença de 1,71 valores entre os valores médios da primeira avaliação (M

= 66,43) e da segunda (M = 64,72). Em nenhum destes domínios se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre antes e depois da intervenção, no que respeita aos resultados da qualidade de vida.

No Índice de Barthel, é possível notar diferenças estatisticamente significativas ($Z = -1,98$; $p = 0,05$), indiciando uma pior capacidade funcional para depois da intervenção, sendo que o valor médio passou de 85,65 para 85,56. Em ambos os momentos avaliativos (antes e depois da intervenção), a amostra apresentou, no que respeita à capacidade funcional, uma dependência ligeira geral, apesar do valor médio da segunda avaliação ser inferior ao da primeira avaliação. No domínio alimentação, o valor médio da capacidade funcional não sofreu alterações entre antes e depois da intervenção, correspondendo a 10,00 valores. Ainda, verificou-se uma diminuição da capacidade funcional, sem significância estatística, no domínio vestir, com uma diferença de 0,20 valores entre o valor médio (M = 8,26) da primeira avaliação e o valor médio (M = 8,06) da segunda; no domínio higiene pessoal, com uma diferença de 0,40 valores entre o valor médio (M = 4,57) da primeira avaliação e o valor médio (M = 4,17) da segunda; no domínio controlo intestinal, com uma diferença de 0,80 valores entre o valor médio (M = 9,13) da primeira avaliação e o valor médio (M = 8,33) da segunda; no domínio controlo vesical, com uma diferença de 0,30 valores entre o valor médio (M = 8,91) da primeira avaliação e o valor médio (M = 8,61) da segunda; no domínio deambulação, com uma diferença de 0,09 valores entre o valor médio (M = 13,70) da primeira avaliação e o valor médio (M = 13,61) da segunda. Apenas no domínio controlo intestinal se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($Z = -2,00$; $p = 0,05$), com uma diminuição da capacidade funcional posterior à intervenção. Nos domínios em falta (banho, uso do WC, subir as escadas e transferência cadeira/cama) houve um aumento da capacidade funcional, embora sem significância estatística, sendo que no domínio banho registou-se uma diferença de 0,02 valores entre o valor médio (M = 3,04) da primeira avaliação e o valor médio (M = 3,06) da segunda; no domínio uso do WC, a diferença entre o valor médio (M = 8,26) da primeira avaliação e o valor médio (M = 8,61) da segunda foi de 0,35 valores; no domínio subir as escadas obteve-se uma diferença de 0,48 valores entre o valor médio (M = 6,74) da primeira avaliação e o valor médio (M = 7,22) da segunda; no domínio transferência cadeira/cama, a diferença foi de 0,57 valores entre o valor médio (M = 13,04) da primeira avaliação e o valor médio (M = 13,61) da segunda.

Tabela 6. Resultados obtidos pelos participantes no programa PAPI.

Variável	Pré-Intervenção (N=23)		Pós-Intervenção (N=18)		Z	p
	M	DP	M	DP		
EQM	6,13	5,90	5,83	5,40	-0,25	0,80
Presença de QSM	10,75	4,45	8,42	4,76	-0,98	0,33
Ausência de QSM	1,09	1,04	0,67	1,21	0	1,00
MMSE	24,13	5,22	25,17	4,58	1,38	0,17
Com defeito	19,44	5,29	17,33	4,16	-1,34	0,18
Sem defeito	27,14	1,96	26,73	2,69	0,34	0,73
GDS	14,43	7,45	13,22	7,60	-1,46	0,14
Presença de depressão	18,19	5,31	18,36	4,11	-0,10	0,92
Leve	15,27	3,10	16,25	2,12	0,68	0,50
Grave	24,60	2,61	24,00	1,73	-0,45	0,66
Ausência de depressão	5,86	3,13	5,14	3,29	-2,12	0,03*
Whoqol-Bref						
Faceta Geral	63,91	15,59	68,28	16,85	1,83	0,07
Físico	61,70	15,18	66,22	19,61	1,02	0,31
Psicológico	68,39	15,49	63,11	18,43	-1,74	0,08
Relações Sociais	74,13	10,96	69,50	19,73	-0,56	0,57
Ambiente	66,43	13,79	64,72	17,02	-0,29	0,78
Índice de Barthel	85,65	22,17	85,56	20,14	-1,98	0,05*
Alimentação	10,00	0	10,00	0	0	1,00
Vestir	8,26	2,86	8,06	3,04	-1,00	0,32
Banho	3,04	2,50	3,06	2,51	0	1,00
Higiene Pessoal	4,57	1,44	4,17	1,92	-1,73	0,08
Uso do WC	8,26	3,24	8,61	2,87	0	1
Controlo Intestinal	9,13	2,46	8,33	2,43	-2,00	0,05*
Controlo Vesical	8,91	2,11	8,61	2,30	-0,58	0,56
Subir Escadas	6,74	4,16	7,22	3,92	0	1

Transferência Cadeira/Cama	13,04	4,71	13,61	3,35	0,58	0,56
Deambulação	13,70	3,76	13,61	3,35	-1,00	0,32

Abreviaturas: Abreviaturas: EQM, Escala de Queixas Subjetivas de Memória; QSM, Queixas Subjetivas de Memória; MMSE, Mini Mental State Examination; GDS, Escala de Depressão Geriátrica; Whoqol-Bref, Escala de Qualidade de Vida; Z, teste de Wilcoxon; *p < 0,05.

Efetuuou-se, ainda, uma análise mais detalhada, com objetivo de perceber, no sentido clínico, os efeitos do programa de estimulação cognitiva em causa (tabela 7). Desta forma, relativamente às QSM, medida pela EQM, é possível dar conta que 44,4% dos participantes evoluíram positivamente, no sentido em que houve uma diminuição do número de QSM; 33,3% evoluíram negativamente, o que corresponde a um aumento do número das QSM, posteriormente à intervenção; e 22% não sofreram qualquer evolução, o que significa que o número de QSM manteve-se igual, antes e depois da intervenção. Relativamente às capacidades cognitivas, avaliadas pelo MMSE, verifica-se que 61,1% dos participantes evoluíram positivamente (aumento do desempenho cognitivo para depois da intervenção), 27,8% evoluíram negativamente (diminuição do desempenho cognitivo para depois da intervenção), 11,1% não sofreram qualquer alteração (o desempenho cognitivo manteve-se igual para depois da intervenção). No que respeita aos efeitos do programa nos sintomas depressivos, avaliados pela GDS, constata-se que 66,7% dos participantes evoluíram positivamente, o que corresponde a uma diminuição dos sintomas depressivos após a intervenção; 27,8% evoluíram negativamente, demonstrando um aumento dos sintomas depressivos para depois da intervenção; 5,6% não sofreram qualquer evolução, mantendo o número de sintomas depressivos antes e depois da intervenção. Na Whoqol-Bref, mais concretamente na faceta geral, observa-se que 50% dos participantes evoluíram positivamente, correspondendo a um aumento da qualidade de vida para depois da intervenção; 16,7% dos participantes evoluíram negativamente, tendo ocorrido uma diminuição da qualidade de vida após a intervenção; 33,3% não sofreram qualquer alteração da qualidade vida, o que significa que a avaliação dos participantes acerca da sua qualidade de vida manteve-se igual, antes e depois da intervenção. No Índice de Barthel, que diz respeito à capacidade funcional, 5,6% dos participantes evoluíram positivamente, isto é, apresentaram melhorias ao nível da capacidade funcional depois da intervenção; 33,3% evoluíram negativamente, o que corresponde a um declínio da capacidade funcional; 61,1% não sofreram qualquer alteração relativamente à capacidade funcional.

Tabela 7. Evolução dos sujeitos nas variáveis do estudo, em função da intervenção.

Variável	Evolução positiva	Evolução negativa	Sem evolução	Total
EQM	8	6	4	18
MMSE	11	5	2	18
GDS	12	5	1	18
Whoqol-Bref				18
Faceta Geral	9	3	6	
Físico	12	5	1	
Psicológico	4	11	3	
Relações Sociais	5	7	6	
Ambiente	8	7	3	
Índice de Barthel	1	6	11	18
Alimentação	0	0	18	
Vestir	0	1	17	
Banho	0	0	18	
Higiene pessoal	0	3	15	
Uso do WC	0	0	18	
Controlo Intestinal	0	4	14	
Controlo Vesical	1	2	15	
Subir escadas	1	1	16	
Transferência cadeira/cama	2	1	15	
Deambulação	0	1	17	

Abreviaturas: EQM, Escala de Queixas Subjetivas de Memória; QSM, queixas subjetivas de memória; MMSE, Mini Mental State Examination; GDS, Escala de Depressão Geriátrica; Whoqol-Bref, Escala de Qualidade de Vida.

Comparação dos resultados antes e após a intervenção em cada lar

Não obstante o reduzido grupo de indivíduos presente em cada lar, analisaram-se os resultados (antes e depois da intervenção) obtidos por cada uma das amostras, de forma a perceber a evolução dos participantes em cada um dos lares abrangidos pelo estudo (figura 1).

Tendo em conta a situação sublinhada, demonstra-se difícil apurar diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente às pontuações na EQM, os participantes do lar CBESQ obtiveram um valor médio de 8,91 na avaliação inicial e um valor médio de 8,44 na última avaliação, o que corresponde a uma diminuição das QSM, posterior à intervenção. No lar de Santo António e Sagrada Família, ocorreu igualmente uma diminuição das QSM: no Santo António, o valor médio da primeira avaliação passou de 3,80 para 3,75; e na Sagrada Família, o valor médio sofreu um decréscimo de 3,43 para 2,80. Nos três lares, antes e depois da intervenção, os resultados demonstram presença de QSM (resultados superiores a 3 pontos sugerem presença de QSM).

Respeitante aos resultados no MMSE, nos três lares é possível verificar uma melhoria do desempenho cognitivo, sendo que, no lar CBESQ, o valor médio obtido na primeira avaliação é de 22,18, tendo aumentado para 23,67 na avaliação posterior; no lar Santo António, o valor médio passou de 23,20 para 24,50; e no lar Sagrada Família, o valor médio da primeira avaliação corresponde a 27,86 e o valor médio da segunda é de 28,40. Tendo em conta que a pontuação nesta escala varia entre 0 e 30 pontos, a instituição que obteve melhores resultados depois da intervenção, em termos de desempenho cognitivo, foi a Sagrada Família, seguida do lar Santo António e, por último, o CBESQ.

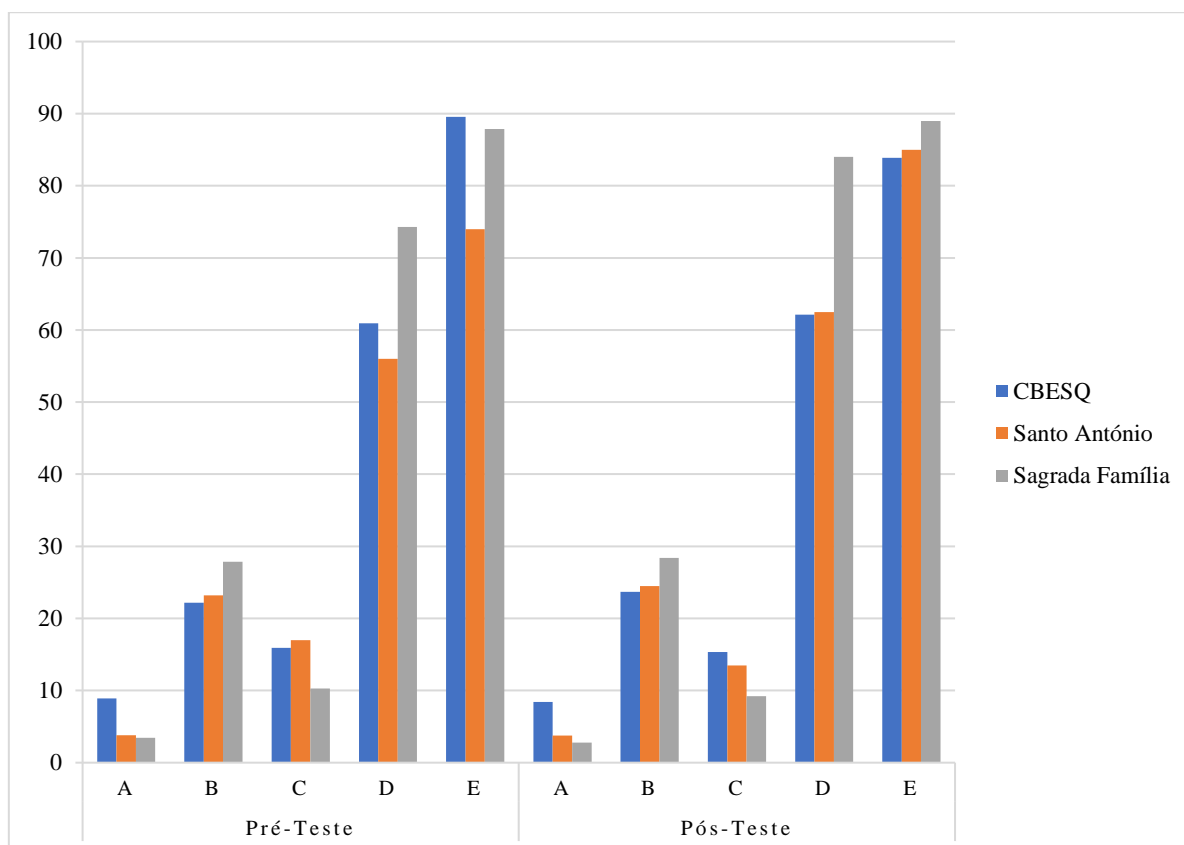
Na GDS, as amostras de cada um dos lares obtiveram resultados mais favoráveis, isto é, valores mais baixos, na avaliação posterior à intervenção, correspondendo a uma redução dos sintomas depressivos. Desta forma, os participantes do lar CBESQ obtiveram um valor médio de 15,91, anterior à intervenção, e um valor médio de 15,33, depois da intervenção, constatando-se em ambos os momentos de avaliação a presença de sintomas sugestivos de depressão ligeira (0 a 10 pontos indica ausência de depressão, 11 a 20 pontos indica depressão ligeira e 21 a 30 pontos indica depressão grave); no Santo António, na primeira avaliação obteve-se um valor médio de 17,00 e na segunda um valor médio de 13,50, o que significa que os participantes relataram sintomas sugestivos de depressão ligeira nos dois momentos de avaliação; na Sagrada Família houve uma alteração do valor médio de 10,29 (anterior à intervenção) para 9,20 (posterior à intervenção), sendo que tanto antes, como depois da intervenção constata-se ausência de depressão.

Em relação à Whoqol-Bref (faceta geral), observaram-se valores mais elevados na segunda avaliação, comparativamente com os resultados da primeira avaliação, em cada uma das instituições, o que significa que os participantes melhoraram a qualidade de vida, após a intervenção: no CBESQ, o valor médio passou de 60,91 para 62,11; no Santo António, passou

de 56,00 para 62,50; e na Sagrada Família, passou de 74,29 para 84,00 (num intervalo possível de 0 a 100 pontos). Nos três lares, os valores médios, antes e depois da intervenção, situam-se acima do valor central da escala, o que indica que os participantes evidenciaram níveis positivos de qualidade de vida.

Por último, no Índice de Barthel, ao contrário dos resultados obtidos nos lares Santo António e Sagrada Família, onde se constatou um aumento da capacidade funcional – no lar Santo António, o valor médio da primeira avaliação corresponde a 74,00 e o da segunda a 85,00, e no lar Sagrada Família, o valor médio da primeira avaliação corresponde a 87,86 e o da segunda a 89,00 –, no lar CBESQ ocorreu uma diminuição da capacidade funcional, verificando-se um decréscimo do valor médio de 89,55 para 83,89. De salientar que nos três lares, tanto antes, como depois da intervenção, verifica-se uma dependência ligeira global (uma pontuação total inferior a 20 indica dependência total, 20 a 35 dependência severa, 40 a 55 dependência moderada, 60 a 89 dependência ligeira e 90 a 100 independência).

Figura 1. Comparação dos resultados pré e pós-teste para cada um dos lares.



Legenda: A – Escala de Queixas Subjetivas de Memória; B – Mini Mental State Examination; C – Escala de Depressão Geriátrica; D - Escala de Qualidade de Vida (faceta geral); E – Índice de Barthel.

Discussão

Este estudo tem como finalidade compreender o impacto do programa de estimulação cognitiva PAPI junto de idosos institucionalizados, em particular nas QSM, nas capacidades cognitivas, nos sintomas depressivos, na qualidade de vida e na capacidade funcional, tópicos fulcrais no processo de envelhecimento. Para além disso, procurou-se perceber a associação entre as variáveis mencionadas. Estes aspetos tornam-se ainda mais relevantes na população idosa institucionalizada, visto que são afetados no decorrer da institucionalização (Vaz & Gaspar, 2011).

Desta forma, considerando os resultados da avaliação inicial, pode constatar-se que os idosos com mais QSM apresentaram um desempenho cognitivo e uma capacidade funcional menos favoráveis e um maior número de sintomas depressivos. Ademais, os idosos com um melhor desempenho cognitivo demonstraram um menor número de sintomas depressivos, uma maior capacidade funcional e uma qualidade de vida mais positiva. Relativamente aos idosos com melhor qualidade de vida, estes relataram menos sintomas depressivos e uma maior capacidade funcional. Estes resultados vão ao encontro da literatura, na medida em que é referido que indivíduos com melhores capacidades cognitivas, não só apresentam menos QSM, como também menos sintomas depressivos, sendo que há uma maior probabilidade de desenvolver sintomatologia depressiva aquando da existência de défice cognitivo e de QSM (Sousa, Pereira, & Costa, 2017). Da mesma forma, na literatura é referido que o estado cognitivo influencia a capacidade funcional (Apóstolo et al., 2011; Sequeira, 2018). Tal cenário constata-se no presente estudo, uma vez que indivíduos com melhores desempenhos ao nível das capacidades cognitivas demonstraram simultaneamente melhores resultados na capacidade funcional. Ainda, a avaliação da qualidade de vida está dependente dos mais diversos fatores, tais como a mobilidade, o estado psicológico e mental, as relações sociais e o ambiente (OMS, 1996, 1997, 1998). Assim sendo, idosos com um número de QSM significativo e um maior número de sintomas depressivos apresentaram uma pior qualidade de vida. Porém, idosos com uma melhor capacidade funcional e um melhor desempenho cognitivo evidenciaram uma melhor qualidade de vida.

Além do mais, o tempo de institucionalização pareceu afetar as QSM, no sentido em que se verificou que idosos com um maior número de QSM estavam institucionalizados há mais tempo. A idade, no presente estudo, não demonstrou influenciar as QSM, as capacidades cognitivas, os sintomas depressivos, a qualidade de vida ou a capacidade funcional. Esta situação poderá ter a ver com o reduzido número de sujeitos por grupo etário, demonstrando-se

essencial expandir a amostra, no sentido de avaliar a eficácia do programa em função da idade, mas também em função de outras variáveis sociodemográficas (e.g., sexo, estado civil e escolaridade).

Na comparação geral da performance nas variáveis de interesse antes e após a intervenção, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas variáveis QSM, capacidades cognitivas, sintomas depressivos, qualidade de vida e capacidade funcional. No entanto, ocorreu uma diminuição do número das QSM, melhorias no desempenho cognitivo e na avaliação da qualidade de vida e uma diminuição dos sintomas depressivos, indo ao encontro da hipótese de estudo. Por outro lado, na capacidade funcional obtiveram-se piores resultados no momento posterior à intervenção, com diferenças significativas. Os resultados no Índice de Barthel realçam, ainda, uma diminuição significativa ao nível do controlo intestinal. Todavia, a maioria dos participantes, ao contrário do que se poderá concluir, não sofreu alterações em relação ao nível de independência no domínio supracitado, ao longo da intervenção. Estes resultados são contraditórios com a literatura, sendo que na literatura é apontado que, através da melhoria das capacidades cognitivas, é possível obter concomitantemente uma melhoria da capacidade funcional (Apóstolo et al., 2011).

Nesta medida, a hipótese do estudo foi parcialmente corroborada, pois, apesar de se terem verificado melhorias ao nível das QSM, capacidades cognitivas, qualidade de vida, sintomas depressivos, estas não foram estatisticamente significativas e houve uma diminuição significativa da capacidade funcional. Os resultados obtidos neste estudo, principalmente ao nível da capacidade funcional, poderão dever-se ao ambiente institucional, pois sabe-se que a institucionalização compreende algumas consequências, sendo uma delas o declínio da capacidade funcional dos idosos (Ferreira & Yoshitome, 2010; Vaz & Gaspar, 2011). Ainda, as ABVD alvo de avaliação poderão não corresponder às atividades quotidianas dos idosos em ambiente institucional, sendo diferentes das atividades desempenhadas por idosos que vivem na comunidade. Desta forma, as ABVD compreendidas pelas escalas que avaliam a capacidade funcional dos idosos devem considerar as diferenças entre as atividades da vida diária de idosos em ambiente institucional e as atividades da vida diária de idosos que vivem em comunidade, de forma a aumentar a validade ecológica.

Uma outra particularidade relacionada com os resultados obtidos na Whoqol-Bref tem a ver com a diminuição da qualidade de vida, embora sem significância estatística, nos domínios psicológico, relações sociais e ambiente. Apenas no domínio físico observou-se um aumento da qualidade de vida, sem relevância significância estatística. Relativamente ao decréscimo da qualidade de vida no domínio relações sociais, este poderá estar associado ao facto de os idosos,

na altura da aplicação do programa, se encontrarem isolados das suas famílias, devido à situação pandémica do COVID-19 em que se encontrava o país. Este isolamento poderá ter sido responsável pela redução da qualidade de vida no domínio psicológico, dado que o isolamento social provoca alterações de humor, nomeadamente o desenvolvimento de sintomas depressivos (Netuveli & Blane, 2008). Importante ressaltar que o próprio contexto institucional potencia o isolamento social, responsável pela presença de sintomas depressivos (Barroso & Tapadinhas, 2006; Frade et al., 2015, Vaz & Gaspar, 2011). Ademais, o medo de contrair o vírus, bem como a preocupação acrescida relativamente à saúde dos familiares e pessoas significativas, poderão ter potenciado uma diminuição da qualidade de vida no domínio retratado. Ainda assim, pôde-se verificar uma diminuição dos sintomas depressivos, avaliados pela GDS. Esta situação poderá dever-se ao facto deste instrumento fazer referência ao que o sujeito sentiu na última semana e a Whoqol-Bref às duas últimas semanas. Os próprios lares, no início da pandemia COVID-19, viram-se obrigados a restringir por completo os encontros presenciais entre os utentes e as famílias, de forma a reduzir ao máximo o risco de infeção. Só mais tarde, os idosos voltaram a encontrar-se com as suas famílias, sendo que, por essa razão, os resultados do estudo podem ter sido enviesados, especialmente na Whoqol-Bref. No domínio ambiente da Whoqol-Bref, que concerne a segurança física, a diminuição da qualidade de vida observada poderá, de igual forma, ter a ver com a recente pandemia, no sentido em que o COVID-19 afetou um vasto número de pessoas, inclusive utentes de vários lares, o que significa que os idosos institucionalizados do estudo estão igualmente suscetíveis de contrair o vírus em causa, podendo não se ter sentido seguros no seu ambiente. Finalmente, o aumento da qualidade de vida no domínio físico é contraditório com os baixos resultados obtidos no Índice de Barthel para depois da intervenção, o que revela uma discrepância entre a perceção do idoso em relação à sua capacidade funcional e a avaliação objetiva do cuidador a respeito da capacidade funcional do idoso. De salientar que não se conhecia na íntegra o histórico de doenças dos participantes, sendo que a presença de doenças pode ter afetado os resultados da qualidade de vida.

Na comparação dos resultados obtidos entre antes e depois da intervenção, especificamente em cada um dos lares, verificou-se uma diminuição das QSM, um aumento das capacidades cognitivas, uma melhoria da qualidade de vida e um decréscimo dos sintomas depressivos nos três lares de estudo. De salientar que não existiram diferenças estaticamente significativas relativamente às variáveis supracitadas. Respeitante à capacidade funcional, observa-se que nos lares Santo António e Sagrada Família não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, contudo, considerando os resultados obtidos em ambos os momentos de avaliação, denota-se uma melhoria da capacidade funcional posterior à

intervenção. Contrariamente, no lar CBESQ verificou-se uma diminuição, sem significância estatística, da capacidade funcional dos idosos. Estes últimos resultados não vão ao encontro da hipótese de estudo, uma vez que era expectável que, através da participação no programa PAPI, houvesse uma melhoria da capacidade funcional, tal como ocorreu nas outras variáveis do estudo. Analisando ao detalhe os resultados obtidos no Índice de Barthel pelos participantes dos lares Santo António e Sagrada Família, verificou-se que nenhum evoluiu positivamente (melhorou a sua capacidade funcional no final da intervenção), sendo que houve participantes a evoluir negativamente (a capacidade funcional diminuiu após a intervenção) e participantes que mantiveram a capacidade funcional (a capacidade funcional não sofreu alterações). Desta forma, a aparente melhoria da capacidade funcional nos lares Santo António e Sagrada Família, não corresponde à realidade.

A questão da perda de participantes no presente estudo deveu-se à hospitalização de dois participantes, à saída do lar de um dos idosos para a sua antiga casa e à ausência de interesse e motivação em continuar a realizar as sessões do programa (relatado por um dos participantes); além disso, outro participante que abandonou o programa referiu sentir-se com pouca energia para responder às atividades. A hospitalização pode ser um fator com maior proeminência entre a população idosa, sobretudo institucionalizada, pois o próprio ambiente institucional conduz a um aumento da dependência física e está associado a um maior risco de quedas (Ferreira & Yoshitome, 2010). Neste caso, a hospitalização não resultou de um acidente ou queda, mas da presença de doenças crónicas preexistentes à entrada no lar. Também a saída do lar por parte de um dos participantes ocorreu por questões familiares, não estando relacionada com o contexto institucional. O participante em concreto, ao longo dos momentos compartilhados, manifestou satisfação e contentamento em relação à instituição e à sua permanência nesta. Este participante evidenciou, inclusive, uma boa qualidade de vida no domínio ambiente, o qual avalia aspetos relacionados com o local de residência, e no domínio relações sociais, relativo ao apoio social percebido pelo idoso. Este último domínio é considerado relativamente importante para o idoso na avaliação da qualidade de vida (Zaidi, 2014).

Por outro lado, relativamente à falta de energia ou fadiga manifestada por um dos idosos que abandonou o programa, tal poderá estar relacionado com a presença de determinada doença, sendo esta responsável pela origem da fadiga, ou devido à presença de depressão (Wasserman, 2021). Esta última hipótese é bastante plausível, visto que a participante em causa apresentou sintomas sugestivos de depressão grave na GDS. Deste modo, revê-se necessário realizar uma entrevista, anterior à intervenção, com a finalidade de perceber se o idoso tem ou não disponibilidade e capacidades para realizar todas as sessões do programa e de conhecer mais

aprofundadamente o historial clínico, isto é, a existência de outras doenças, para além da presença ou ausência de demência.

No que concerne à ausência de interesse e de motivação, motivo pelo qual um dos participantes desistiu, esta poderá ter a ver com as características do programa de estimulação cognitiva utilizado, uma vez que as atividades não vão ao encontro dos défices cognitivos de cada um dos participantes, sendo idênticas para todos os idosos. Apesar das atividades desenvolvidas pelo programa apresentarem graus de complexidade diferentes, algumas são relativamente fáceis, podendo ter levado à desistência do participante. A ausência de interesse e de motivação foi expressa por outro participante que, tal como o participante que desistiu por falta de motivação, obteve um ótimo desempenho cognitivo no MMSE. Esta situação não só leva à desistência dos idosos, pois idosos que possuam um desempenho cognitivo preservado, irão considerar as atividades pouco estimulantes e desafiantes, mas também não beneficiarão do programa do mesmo modo que os idosos com maiores dificuldades nos aspetos cognitivos incluídos no programa. Além disso, a longa duração do próprio programa pode contribuir para um aumento do desinteresse e da desmotivação dos participantes, não sendo aconselhado para idosos, devido aos problemas de saúde desta população.

Assim, a elaboração de estudos que abrangem idosos pode associar-se a uma probabilidade elevada de perda de participantes e, conseqüente, redução da amostra, visto que esta população apresenta frequentemente problemas de saúde, existindo um maior risco de hospitalização, mas também de eventual morte. Esta probabilidade acresce pela institucionalização, no sentido em que se presencia uma maior dependência mental e física dos idosos (Vaz & Gaspar, 2011) e um aumento do risco de quedas (Ferreira & Yoshitome, 2010).

O nível de dependência dos idosos presentes nas instituições condicionou o tamanho da amostra, sendo que a maioria dos idosos institucionalizados não apresenta os critérios de inclusão e de exclusão do programa. Ademais, a pandemia de COVID-19 colocou várias restrições e limitações, no que respeita à entrada de pessoas desconhecidas nos lares, o que dificultou a aplicação do programa na população idosa institucionalizada e, por conseguinte, à ampliação da dimensão da amostra. A pequena dimensão amostral do estudo, aliado à perda de participantes no segundo momento de avaliação, alerta para alguma cautela na leitura dos resultados e generalização dos mesmos para a população idosa institucionalizada. Desta forma, noutras circunstâncias, seria profícuo replicar o estudo numa amostra de dimensão mais alargada, através do contacto com várias instituições, de forma a assegurar a representatividade desta população e a homogeneidade no que concerne às características individuais dos participantes e, por conseguinte, aumentar a validade externa do estudo.

Para além desta situação, o facto de o programa ser composto por 10 sessões individuais, com duração aproximada de uma hora, pode constituir um fator impeditivo na obtenção de uma amostra de maior dimensão, pois para cada participante são despendidas cerca de dez horas no total, sendo perentório envolver mais investigadores na administração do programa, de forma a conseguir aplicar o programa a um maior número de idosos. Importante referir que em estudos anteriores que tiveram como base o programa PAPI, as sessões foram realizadas duas vezes por semana, sendo que, no caso do presente estudo, tal não foi possível, devido ao número diminuto de investigadores. Ademais, a inclusão de mais investigadores no estudo, poderá facilitar a relação entre o investigador e os participantes e aumentar o nível de motivação e adesão dos participantes, pois o investigador possui mais tempo para cada participante. Também, de forma a retirar conclusões mais rigorosas sobre os efeitos do programa PAPI em idosos institucionalizados, demonstra-se essencial realizar estudos com grupo de controlo (os sujeitos apenas usufruem dos cuidados habituais) e grupo experimental (os sujeitos têm acesso às sessões do programa PAPI), possibilitando, assim, a eliminação de variáveis parasitas, isto é, outras variáveis, para além do programa, que possam afetar os resultados. No caso deste estudo, um exemplo de variável parasita prende-se com a eventual inclusão de nova medicação (e.g., antidepressivos), ao longo do programa, que poderá ter influenciado os resultados obtidos. Ademais, para projetos futuros, deverá ser realizado um *follow-up*, no sentido de avaliar os resultados a médio e a longo prazo do programa PAPI.

Uma outra ideia para estudos futuros, seria replicar o estudo numa amostra de idosos com características similares às do presente estudo, em que se procurava personalizar as atividades de estimulação cognitiva, em função dos défices existentes e da deterioração global de cada participante, e, posteriormente, comparar com os resultados deste estudo. Para além de adequar as atividades às dificuldades de cada participante, poderia ser vantajoso pedir um *feedback* aos participantes, posteriormente às sessões, de forma a promover um maior envolvimento dos participantes no programa. Este envolvimento poderia passar pela planificação de outras atividades que tenham significado e sejam em simultâneo agradáveis e próximas dos interesses pessoais, bem como da realidade dos envolvidos. Também seria interessante comparar uma amostra de idosos a residir na comunidade com outra de idosos institucionalizados, com o objetivo de perceber em que grupo de idosos o programa traz mais benefícios. Ainda, visto que o programa contempla sessões grupais, poderia ser útil perceber em que contexto (individual ou em grupo) a estimulação cognitiva se demonstra mais eficaz, uma vez que a interação do grupo potencia o desenvolvimento de relações sociais positivas e a

discussão em grupo, fatores que contribuem para uma diminuição dos sintomas depressivos (Apóstolo et al., 2013) e uma melhoria global do funcionamento cognitivo (Kelly et al., 2017).

O presente estudo, ao contrário de outros similares com utilização do programa PAPI, procurou incluir uma nova variável de estudo, a capacidade funcional, de forma a perceber a evolução da mesma, em função do programa PAPI. Na literatura é referido que através da estimulação das capacidades cognitivas, é expectável uma igual melhoria da capacidade funcional (Apóstolo et al., 2011), o que justifica a pertinência da avaliação da capacidade funcional na área da estimulação cognitiva. Uma outra variável que poderia ter sido alvo de análise trata-se dos sintomas ansiogénicos, na medida em que as perturbações de ansiedade são relativamente comuns entre os idosos (OMS, 2015). Ademais, sabe-se que os sintomas ansiogénicos estão associados, tal como os sintomas depressivos, a um aumento das QSM e a um pior desempenho cognitivo (Sousa et al., 2017). Ainda, num estudo realizado por Nunes e colaboradores (2014), pôde-se concluir que a estimulação cognitiva induz melhorias na satisfação dos participantes, na sua perceção de capacidade para realizar as tarefas do dia-a-dia e na autoestima. Desta forma, seria igualmente pertinente estudar as variáveis do estudo indicado, sendo também elas afetadas pela estimulação cognitiva. Outro aspeto a ter em conta em estudos futuros são os impactos do programa PAPI no cuidador e na relação entre o cuidador e o idoso.

Conclusão

Não obstante as limitações assinaladas, os resultados do estudo demonstram ser promissores, revelando uma diminuição das QSM, uma melhoria das capacidades cognitivas, uma redução dos sintomas depressivos e um aumento da qualidade de vida, em função do programa de estimulação cognitiva. Embora os efeitos não sejam estatisticamente significativos, não deixam de ser clinicamente relevantes, correspondendo a ganhos de saúde para os intervenientes.

O programa deste estudo já foi reconhecido pela União Europeia como uma boa prática para a promoção do envelhecimento ativo e saudável, demonstra-se acessível, fácil de aplicar e apresenta um bom rácio de custo-benefício. Os resultados deste estudo, articulados com a informação existente sobre a eficácia do programa, advertem para a importância da sua aplicação nas instituições, de forma a garantir um melhor serviço e para os idosos institucionalizados. Ademais, o desenvolvimento deste estudo proporciona a abertura de novas vertentes de investigação acerca da estimulação cognitiva, a qual ainda é escassa em Portugal.

Em suma, o estudo destaca os benefícios da estimulação cognitiva na prática clínica, nomeadamente em contexto institucional, constituindo-se como uma alternativa de prevenção e intervenção às alterações associadas ao envelhecimento, e alerta para as consequências da institucionalização na capacidade funcional dos idosos, que sofreu um decréscimo significativo ao longo da intervenção. Além disso, permite responder às necessidades de conhecimento relativamente à população idosa e enfatiza a importância do papel dos profissionais de saúde, da família e da comunidade em geral na promoção de um envelhecimento ativo e saudável.

Referências bibliográficas

- Amante, M. J., Araújo, L., Fonseca, S., Nunes, M., Pereira, A., Rodrigues, T. (2015). “Making a difference” na promoção do envelhecimento bem sucedido. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*. (8), 58-61. <https://doi.org/10.17979/reipe.2015.0.08.326>
- APA – American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico de Doenças Mentais* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed. http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf
- Apóstolo, J. L. A., Cardoso, D. F. B. (2012). Operacionalização do programa de estimulação cognitiva em idosos “fazer a diferença”. http://www.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=18954&codigo=870758549.
- Apóstolo, J. L. A., Cardoso, D. F. B., Marta, L. M. G., Amaral, T. I. O. (2011). Efeitos da estimulação cognitiva em idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 193-201. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239964009>
- Apóstolo, J. L. A., Cardoso, D. F. B., Paúl, C., Rodrigues, M. A., Macedo, M. S. (2015). Efectos de la estimulación cognitiva sobre las personas mayores en el ámbito comunitario. *Enfermería Clínica*, 26(2), 111-120. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.07.008>
- Apóstolo, J. L. A., Cardoso, D. F. B., Rosa, A. I., Paúl, C. (2014). The effect of cognitive stimulation on nursing home elders: A randomized controlled trial. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(3), 157-166. <https://doi.org/10.1111/jnu.12072>
- Apóstolo, J. L. A., Carvalho, A., Tavares, C., Cardoso, D. F. B., Carvalho, M., Baptista, T. (2013). Efeito da estimulação cognitiva na sintomatologia depressiva e qualidade de vida de idosos. *Journal of Aging and Innovation*, 2(3), 82-91. <http://journalofagingandinnovation.org/pt/volume2-edicao3-julho2013/estimulacao-cognitiva/>
- Baddeley, A. (1996) The fractionation of working memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 93(24), 13468-13472. <https://doi.org/10.1073/pnas.93.24.13468>
- Ballesteros, S., Kraft, E., Santana, S., Tziraki, C. (2015). Maintaining older brain functionality: A targeted review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 55, 453-77. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.06.008>

- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2008). Escala de depressão geriátrica: Tradução portuguesa da Geriatric Depression Scale. In A. Mendonça & M. Guerreiro (Eds.), *Escalas e testes na demência* (pp. 37-43). Lisboa: GEECD
- Barroso, V. L., Tapadinhas, A. R. (2006). Órfãos geriátricos: Sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento - estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Psicologia*. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>
- Benedetti, T. R. B., Borges, L. J., Petroski, E. L., Gonçalves, L. H. T. (2008). Atividade física e estado mental de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 42(2). <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008005000007>
- Canavarro, M., Simões, M., Vaz-Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. & Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carvalhais, M., Almeida, T., Azevedo, J., Sá, T., Soares, I., Alves, F., Duarte, A., Paiva, F. (2019). Efeitos de um programa de estimulação cognitiva no funcionamento cognitivo de idosos institucionalizados. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2(2), 19-28. <https://doi.org/10.37914/riis.v2i2.54>
- Direção-Geral da Saúde. (2004). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde/OMS
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns: Enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>
- Fernández-Prado, S., Conlon, S., Mayán-Santos, J. M., Gandoy-Crego, M. (2012). The influence of a cognitive stimulation program on the quality of life perception among the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), 181-184. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.03.003>.
- Ferreira, D. C-O. & Yoshitome, A. Y. (2010). Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 991-7. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600019>

- Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. (1975). A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-98. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Frade, J., Barbosa, P., Cardoso, S., Nunes, C. (2015). Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 41-49. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14030>
- Ginó, S., Mendes, T., Ribeiro, F., Mendonça, A., Guerreiro, M., & Garcia, C. (2007). Escala de Queixas de Memória. In A. Mendonça & M. Guerreiro (Eds.), *Escalas e testes na demência* (pp. 117-120). Lisboa: GEECD.
- Guerreiro, M., P. et al. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9), 9-10.
- Hertzog, C. (1989). Influences of cognitive slowing on age differences in intelligence. *Developmental Psychology*, 25(4), 636–651. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.4.636>
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Estatísticas demográficas 2019*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Crescimento populacional inferior ao de 2019 em resultado do agravamento do saldo natural e da diminuição do saldo migratório 2020*. Lisboa: INE.
- Jean, L., Bergeron M-È, Thivierge S., Simard, M. (2010). Cognitive intervention programs for individuals with mild cognitive impairment: Systematic review of the literature. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(4), 281–296. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181c37ce9>
- Kahn, R. L., Zarit, S. H., Hilbert, N. M., Niederehe, G. (1975). Memory complaint and impairment in the aged: the effect of depression and altered brain function. *Archives of General Psychiatry*, 32(12), 1569-1573. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760300107009>
- Kelly, M. E., Duff, H., Kelly, S., Power, J. E. M., Brennan, S., Lawlor, B. A., Loughrey, D. G. (2017). The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: A systematic review. *Systematic Reviews*, 6(1), 259-277. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0632-2>
- Kennedy, K. M., Rodrigue, K. M., Bischof, G. N., Hebrank, A. C., Reuter-Lorenz, P. A., Denise, C. P. (2015). Age trajectories of functional activation under conditions of low and high processing demands: an adult lifespan fMRI study of the aging brain. *Neuroimage*, 104, 21-34. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2014.09.056>

- La Rue, A. (2010). Healthy brain aging: role of cognitive reserve, cognitive stimulation, and cognitive exercises. *Clinics in Geriatric Medicine*, 26(1), 99-111. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2009.11.003>
- Lawton, M. P. & Brody, E. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-86. https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- Lini, E. V., Doring, M., Portella, M. R. (2016). Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(6): 1004-1014. <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160043>
- Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the barthel index. *Md State Medical Journal*, 14, 56-61. https://stopstroke.massgeneral.org/pdfs/barthel_reprint.pdf
- Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS statistics*. (7ª ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber
- Maynard, C. K. (2003). Differentiate depression from dementia. *The Nurse Practitioner*, 28(3), 18-29. <https://doi.org/10.1097/00006205-200303000-00005>
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da saúde 2018*. Lisboa: Ministério da Saúde/Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/retrato-da-saude-2018/>
- Nery de Souza, J. & Chaves, E. C. (2005). O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(1), 13-9. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000100002>
- Neto, M. J., Corte-Real, J. (2013). A pessoa idosa institucionalizada: Depressão e suporte. *Journal of Aging and Innovation*, 2(3), 1-16. <http://journalofagingandinnovation.org/pt>
- Netuveli, G., Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*, 85(1), 113–126. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldn003>
- Niu, Y-X, Tan, J-P, Guan, J-Q, Zhang, Z-Q, Wang, L-N. (2010). Cognitive stimulation therapy in the treatment of neuropsychiatric symptoms in alzheimer's disease: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 24(12), 1102-1111. <https://doi.org/10.1177/0269215510376004>.
- Nunes, M. V. S., Pinho, A. A., Campos, H. M., Abreu, P., Gonçalves, I. P., Caldas, A. C. (2014). Cognitive output of a neuropsychological stimulation program in an elderly day care center with low educated participants: An observational study. *Dementia & Neuropsychologia*, 8(2), 162-168. <https://doi.org/10.1590/S1980-57642014DN82000012>

- OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2019). *State of health in the EU Portugal - Perfil de saúde do país 2019*. Paris: OCDE/Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde. <https://doi.org/10.1787/75b2eac0-pt>
- OMS – Organização Mundial de Saúde. (1996). *Whoqol-Bref introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: Field trial version*. Geneva: OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63529>
- OMS – Organização Mundial de Saúde. (1997). *Programme on mental health – WHOQOL: Measuring quality of life*. Geneva: OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63482>
- OMS – Organização Mundial de Saúde. (1998). *Programme on mental health: WHOQOL user manual*. Geneva: OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77932>
- OMS – Organização Mundial de Saúde. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
- OMS – Organização Mundial de Saúde. (2015). *World report on ageing and health*. Geneva: OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
- Orlando, M. M., Junior, I. L., Peccin da Silva, M. S. (2013) The influence of the practice of physical activity on the quality of life, muscle strength, balance, and physical ability in the elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(1), 117-127. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000100012>
- Parola, V., Coelho, A., Neves, H., Almeida, M., Gil, I., Mouro, A., Apóstolo, J. (2019). Efeitos de um programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(20), 47-56. <https://doi.org/10.12707/RIV18043>
- Pocinho, M. T. S. S., Farate, C., Dias, C. A., Lee, T. T., & Yesavage, J. A. (2009). Clinical and psychometric validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for portuguese elders. *Clinical Gerontologist*, 32, 223-236. <https://doi.org/10.1080/07317110802678680>
- Schmand, B., Hooijer, C., Jonker, C., & Lindeboom, J. (1996). Subjective memory complaints may announce dementia. *Neurology*, 46(1), 121-125. <https://doi.org/10.1212/wnl.46.1.121>
- Schroots, J. J. F. (2012). On the dynamics of active aging. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2012/818564>
- SCMA – Santa Casa da Misericórdia da Amadora. (2021). *Santa Casa da Misericórdia da Amadora*. <https://www.misericordia-amadora.pt/>
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idoso com dependência física e mental* (2.^a ed.). LIDEL.

- Sousa, M., J. A. (2017). *Queixas subjetivas de memória e défice cognitivo ligeiro na deteção precoce da doença de alzheimer: educação para a prevenção* [Tese de doutoramento, UA-Universidade de Aveiro]. Repositório do UA. <http://hdl.handle.net/10773/21254>
- Sousa, M. J. A. (2018). *PAPI – Programa de apoio psicológico no idoso*. (1.ª ed.). Viseu: Psicossoma
- Sousa, M., Alves, N. F., Cabrita, J. M., Cavadas, L. F., Guimarães, A. I., Nunes, A. (2010). Depressão em idosos: prevalência e factores associados. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26(4), 384-91. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v26i4.10764>
- Sousa, M., Pereira, A., Costa, R. (2017). Queixas subjetivas de memória: sintomas depressivos, ansiogénicos ou défices mnésicos objetivos?, *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(3), 739-746. <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180309>
- Spector, A., Orrell, M., Woods, B. (2008). Cognitive stimulation for the treatment of Alzheimer's disease. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8(5), 751-710. <https://doi.org/1586/14737175.8.5.751>
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., & Orrell, M. (2006). *Making a difference: An evidence-based group programme to offer Cognitive Stimulation Therapy (CST) to people with dementia*. Hawker Publications: UK.
- Vaz, S. F. A., Gaspar, N. M. S. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(4), 49-58. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239963008>
- Wasserman, M. R. (2021, março). Fadiga. *Manual MSD Versão Saúde para a Família*. <https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/assuntos-especiais/sintomas-n%C3%A3o-espec%C3%ADficos/fadiga>
- Yesavage, J. A., Adey, M., Brink, T. L., Huang, V., Leirer, V. O., Lum, O., Rose, T. L. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4).
- Zaidi, A. (2014). *Life cycle transitions and and vulnerabilities in old age: A review*. New York.

Anexo A - Pedido de autorização do PAPI

Programa de Estimulação Cognitiva "PAPI"

Caixa de entrada x



Beatriz Antunes <beatrizpantunes97@gmail.com>
para monic4sous4, m.sousa ▾

quinta, 11/02, 16:10



Boa tarde, Dra. Mónica Sousa

Espero que se encontre bem.

O meu nome é Beatriz Antunes e, neste momento, encontro-me a realizar a minha dissertação de mestrado em Psicologia Clínica no ISPA. O meu objetivo é aplicar o seu programa de estimulação cognitiva "PAPI" em idosos institucionalizados e realizar um pré e pós-teste, no sentido de perceber se existem ou não melhorias significativas na capacidade cognitiva, na capacidade funcional e na qualidade de vida e diminuição dos sintomas depressivos e queixas de memória.

Desta forma, tenho algumas questões a respeito da aplicação do programa e ficaria bastante agradecida se me pudesse ajudar nesse sentido. Assim, gostaria de saber se todas as respostas dos participantes ao longo das sessões devem ser por escrito ou apenas quando é dada essa indicação na folha de sessão, como por exemplo um rectângulo em que é expectável que a pessoa escreva. Outra questão que me surgiu é se, à medida que vou aplicando o programa, posso ir corrigindo as respostas erradas dos participantes.

Desde já muito obrigada.

Com os melhores cumprimentos,
Beatriz Antunes



Mónica Sousa <monic4sous4@gmail.com>
para mim ▾

quinta, 11/02, 18:23



Olá Beatriz,

Confesso que é sempre um privilégio para mim receber este tipo de email's. Desde já agradeço o seu interesse pelo PAPI - [Programa de Apoio Psicológico no Idoso®](#).

Remeto em anexo uma Declaração sob Compromisso de Honra. Após a recepção desta, terei todo o gosto em responder às suas questões como a enviar mais materiais.

Atenciosamente / Best regards



PhD - (+351) 927660855

<http://monic4sous4.wix.com/monica>

Please consider the environment before printing this e-mail.



Anexo B – Protocolo de Investigação

Consentimento Informado

Como estudante do Mestrado de Psicologia Clínica no Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, estou a realizar a minha dissertação sobre os efeitos de um programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados, sob orientação da Professora Doutora Raquel Lemos. Desta forma, será solicitado que responda a questionários sobre características sociodemográficas, estado mental, memória, sintomatologia depressiva e qualidade de vida antes e após a sua participação no programa de estimulação cognitiva “PAPI – Programa de Apoio Psicológico no Idoso”, que compreende no total 10 sessões, cada uma com duração de 1 hora. A sua colaboração é fundamental para o sucesso desta investigação e desenvolvimento da temática ao nível científico.

Toda a informação será utilizada exclusivamente para fins científicos, assegurando a sua confidencialidade e anonimato. A sua participação nesta investigação é de carácter voluntário, o que significa que pode desistir a qualquer momento.

Antes de proceder ao preenchimento dos questionários, por favor leia as instruções e informações dos mesmos com atenção.

Data: __/__/____

Eu, _____,
declaro que aceito participar de forma voluntária nesta investigação, que visa o preenchimento de questionários e participação em sessões de estimulação cognitiva, sabendo que poderei desistir em qualquer fase do processo.

Autorizo igualmente a utilização dos meus dados para efeitos de investigação científica, desde que respeitando a confidencialidade e anonimato dos mesmos.

Declaro que compreendi todas as condições relativas à participação nesta investigação.

Assinatura do Investigador:

Questionário sociodemográfico

1. Nome: _____

2. Idade: _____

3. Sexo:

Masculino

Feminino

4. Estado Civil:

Solteiro(a)

União de facto

Casado(a)

Divorciado(a)

Viúvo(a)

5. Habilitações literárias:

Sem escolaridade formal

1º Ciclo (1º, 2º, 3º e 4º ano)

2º Ciclo (5º e 6º ano)

3º Ciclo (7º, 8º e 9º ano)

Ensino Secundário (10º, 11º, 12º ano)

Ensino Superior

6. Tempo de institucionalização: _____

Escala de Queixas Subjetivas de Memória (EQM)

(Schmand et al., 1996; Ginó et al., 2007)

Parte 1

Instruções: Assinale com uma cruz (X) a opção que melhor se adequa consoante as questões apresentadas.

1. Tem queixas acerca da sua memória?

0 – Não	<input type="checkbox"/>
1 – Sim, mas sem importância	<input type="checkbox"/>
2 – Sim, com alguma importância	<input type="checkbox"/>
3 – Sim, com problemas	<input type="checkbox"/>

2. Já lhe disseram que o(a) acham esquecido(a)?

0 – Não	<input type="checkbox"/>
1 – Sim, por vezes	<input type="checkbox"/>
2 – Sim, frequentemente	<input type="checkbox"/>

3. Esquece com frequência nomes de pessoas da família ou de amigos?

0 – Não	<input type="checkbox"/>
1 – Sim, mas sem importância	<input type="checkbox"/>
2 – Sim, com alguma importância	<input type="checkbox"/>
3 – Sim, com problemas	<input type="checkbox"/>

4. Esquece-se com frequência onde põe as coisas?

0 – Não	<input type="checkbox"/>
1 – Sim, mas sem importância	<input type="checkbox"/>
2 – Sim, com alguma importância	<input type="checkbox"/>
3 – Sim, com problemas	<input type="checkbox"/>

5. Costuma tomar apontamentos para não se esquecer das coisas?

0 – Não	<input type="checkbox"/>
1 – Sim, por vezes	<input type="checkbox"/>
2 – Sim, frequentemente	<input type="checkbox"/>

6. A conversar costuma ter dificuldades em encontrar as palavras?

0 – Não	<input type="checkbox"/>
1 – Sim	<input type="checkbox"/>

7. Já alguma vez se perdeu perto de sua casa?

0 – Não	<input type="checkbox"/>
1 – Sim	<input type="checkbox"/>

8. Acha que anda a pensar mais devagar do que antes?

0 – Não	<input type="checkbox"/>
1 – Sim	<input type="checkbox"/>
2 – Sim, com problemas	<input type="checkbox"/>

9. Sente que as suas ideias por vezes ficam mais confusas (baralhadas)?

0 – Não	<input type="checkbox"/>
1 – Sim	<input type="checkbox"/>
2 – Sim, com problemas	<input type="checkbox"/>

10. Tem tido dificuldades em concentrar-se?

0 – Não	<input type="checkbox"/>
1 – Sim	<input type="checkbox"/>
2 – Sim, com problemas	<input type="checkbox"/>

Total: _____

Pontuação superior a **3 pontos**: presença de Queixas Subjetivas de Memória

Mini Mental State Examination (MMSE)

Mini-Exame do Estado Mental

(Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; Guerreiro et al., 1994)

Parte 2

“Vou fazer-lhe algumas questões relacionadas com aspetos cognitivos. Tente responder o melhor que for capaz”.

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Em que país estamos? _____

Em que distrito vive? _____

Em que terra vive? (Como se chama a localidade onde estamos?) _____

Em que casa estamos? (Como se chama a instituição onde estamos?)

Em que andar estamos? (Em que piso é que estamos?) _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pera ____

Gato ____

Bola ____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27 ____

24 ____

21 ____

18 ____

15 ____

Nota: ____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pera ____

Gato ____

Bola ____

Nota: ____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

- a. "Como se chama isto?" (Mostrar os objetos)

Relógio ____

Lápis ____

Nota: ____

- b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: ____

- c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita ____

Dobra ao meio ____

Coloca onde deve ____

Nota: ____

- d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS". Sendo analfabeto, lê-se a frase.

Fechou os olhos ____

Nota: ____

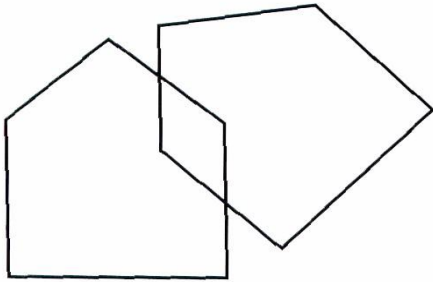
- e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: ____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta)

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



Cópia:

Nota: ____

TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Escala Geriátrica de Depressão (GDS)

(Yesavage et al., 1983; Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2007)

Parte 4

Instruções: Responda com uma cruz (X) **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há **uma semana para cá**.

	Sim	Não
1. Está satisfeito(a) com a sua vida?	S	N
2. Pôs de lado muitas das suas atividades e interesses?	S	N
3. Sente a sua vida vazia?	S	N
4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?	S	N
5. Tem esperança no futuro?	S	N
6. Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar?	S	N
7. Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	S	N
8. Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	S	N
9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	S	N
10. Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	S	N
11. Fica muitas vezes inquieto(a) e nervoso(a)?	S	N
12. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	S	N
13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro?	S	N
14. Acha que tem mais dificuldades de memória do que as outras pessoas?	S	N
15. Pensa que é muito bom estar vivo?	S	N
16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?	S	N
17. Sente-se inútil?	S	N
18. Preocupa-se muito com o passado?	S	N
19. Acha a sua vida interessante?	S	N
20. É difícil começar novas atividades?	S	N
21. Sente-se cheio(a) de energia?	S	N

22. Sente que para si não há esperança?	S	N
23. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor que você?	S	N
24. Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	S	N
25. Sente muitas vezes vontade de chorar?	S	N
26. Tem dificuldade em se concentrar?	S	N
27. Gosta de se levantar de manhã?	S	N
28. Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	S	N
29. Tem facilidade em tomar decisões?	S	N
30. O seu pensamento é tão claro como era antes?	S	N

WHOQOL – Bref

(Canavarro et al., 2007)

Parte 3

Instruções: Pretende-se conhecer a opinião que tem sobre a sua qualidade de vida, bem como perceber que aspetos são importantes para si, enquanto adulto idoso e membro da sociedade.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta resposta pode, muitas vezes, ser a primeira que lhe vem à cabeça.

Não existem respostas certas nem erradas. Tenha presente os seus hábitos, expectativas, alegrias e preocupações nas **duas últimas semanas (nos últimos 15 dias)**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

Deve assinalar com uma cruz (X) o número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número **4** se tivesse recebido bastante apoio, ou o número **1** se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor, leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e coloque uma cruz no número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

1. Como avalia a sua qualidade de vida?				
Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1	2	3	4	5
2. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto **sentiu** certas coisas nas **duas últimas semanas**.

3. Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5
4. Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5
5. Até que ponto gosta da vida?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5
6. Em que medida sente que a sua vida tem sentido?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5
7. Até que ponto se consegue concentrar?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5
8. Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5
9. Em que medida é saudável o seu ambiente físico?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver até que ponto **experimentou** ou foi capaz de fazer certas coisas nas **duas últimas semanas**.

10. Tem energia suficiente para a sua vida diária?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

11. É capaz de aceitar a sua aparência física?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

12. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

13. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

14. Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

15. Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?				
Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se **sentiu bem** ou satisfeito(a) em relação a vários aspetos da sua vida nas **duas últimas semanas**.

16. Até que ponto está satisfeito com o seu sono?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

17. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5
18. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5
19. Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5
20. Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5
21. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5
22. Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

23. Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5
24. Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5
25. Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência com que sentiu ou experimentou** certas coisas nas **duas últimas semanas**.

26. Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?				
Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

Índice de Atividades da Vida Diária

(Mahoney, & Barthel, 1965; Sequeira, 2018)

Instruções: Pretende-se conhecer o grau de dependência/independência do idoso nas atividades da vida diária (AVD). Por favor, leia atentamente as atividades enumeradas e assinale a sua opção com uma cruz (X).

AVD	Itens	Cotação	
Alimentação	Independente (Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável).	<input type="checkbox"/>	10
	Necessita de ajuda (Necessita de ajuda para cortar, para levar a comida até à boca, etc.).	<input type="checkbox"/>	5
	Dependente.	<input type="checkbox"/>	0
Vestir	Independente (Capaz de vestir e despir a roupa, abotoar-se, apertar os sapatos).	<input type="checkbox"/>	10
	Necessita de ajuda (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-se num bom tempo).	<input type="checkbox"/>	5
	Dependente.	<input type="checkbox"/>	0
Banho	Independente (Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros).	<input type="checkbox"/>	5
	Dependente.	<input type="checkbox"/>	0
Higiene Pessoal	Independente (Capaz de lavar a face, as mãos e os dentes. Capaz de pentear-se, barbear-se).	<input type="checkbox"/>	5
	Dependente.	<input type="checkbox"/>	0
Uso do WC	Independente (Usa-a sem ajuda. Senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho).	<input type="checkbox"/>	10
	Necessita de uma pequena ajuda.	<input type="checkbox"/>	5
	Dependente.	<input type="checkbox"/>	0

Controlo Intestinal	Contidente (Não apresenta episódios de incontinência).	<input type="checkbox"/>	10
	Incontinência ocasional (Apresenta episódios de incontinência uma vez por semana).	<input type="checkbox"/>	5
	Incontinente fecal.	<input type="checkbox"/>	0
Controlo Vesical	Contidente (Não apresenta episódios de incontinência).	<input type="checkbox"/>	10
	Incontinência ocasional (Máximo uma vez em 24 horas).	<input type="checkbox"/>	5
	Incontinente ou algaliado (Com um cateter no interior da bexiga através da uretra).	<input type="checkbox"/>	0
Subir Escadas	Independente (Sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio).	<input type="checkbox"/>	10
	Necessita de ajuda (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escada).	<input type="checkbox"/>	5
	Dependente.	<input type="checkbox"/>	0
Transferência Cadeira/Cama	Independente (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho).	<input type="checkbox"/>	15
	Necessita de ajuda mínima (Ajuda mínima e supervisão).	<input type="checkbox"/>	10
	Necessita de grande ajuda (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência).	<input type="checkbox"/>	5
	Dependente.	<input type="checkbox"/>	0

Deambulação	Independente (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas).	<input type="checkbox"/>	15
	Necessita de ajuda (Caminha 50 metros com ajuda ou supervisão).	<input type="checkbox"/>	10
	Independente com cadeira de rodas (Anda pelo menos 50 metros).	<input type="checkbox"/>	5
	Dependente.	<input type="checkbox"/>	0

Total de Pontos: _____

Anexo C – Evolução dos participantes do CBESQ depois do PAPI

Tabela 8. Evolução dos participantes do lar CBESQ nas variáveis do estudo, em função da intervenção.

CBESQ				
Variável	Evolução positiva	Evolução negativa	Sem evolução	Total
EQM	5	2	2	9
MMSE	4	3	2	9
Whoqol-Bref				9
Faceta Geral	4	1	4	
Físico	4	4	1	
Psicológico	1	6	2	
Relações Sociais	2	3	4	
Ambiente	4	3	2	
GDS	4	4	1	9
Índice de Barthel	1	4	4	9
Alimentação	0	0	9	9
Vestir	0	1	8	
Banho	0	0	9	
Higiene pessoal	0	2	7	
Uso do WC	0	0	9	
Controlo Intestinal	0	3	6	
Controlo Vesical	1	2	6	
Subir escadas	1	0	8	
Transferência cadeira/cama	1	1	7	
Deambulação	0	1	8	

Abreviaturas: EQM, Escala de Queixas Subjetivas de Memória; QSM, queixas subjetivas de memória; MMSE, Mini Mental State Examination; GDS, Escala de Depressão Geriátrica; Whoqol-Bref, Escala de Qualidade de Vida.

Anexo D – Evolução dos participantes do Santo António depois do PAPI

Tabela 9. Evolução dos participantes do Lar Santo António nas variáveis do estudo, em função da intervenção.

Santo António				
Variável	Evolução positiva	Evolução negativa	Sem evolução	Total
EQM	2	1	1	4
MMSE	3	1	0	4
Whoqol-Bref				4
Faceta Geral	3	1	0	
Físico	3	1	0	
Psicológico	1	2	1	
Relações Sociais	0	2	2	
Ambiente	1	2	1	
GDS	4	0	0	4
Índice de Barthel	0	2	2	4
Alimentação	0	0	4	
Vestir	0	0	4	
Banho	0	0	4	
Higiene pessoal	0	1	3	
Uso do WC	0	0	4	
Controlo Intestinal	0	1	3	
Controlo Vesical	0	0	4	
Subir escadas	0	1	3	
Transferência cadeira/cama	1	0	3	
Deambulação	0	0	4	

Abreviaturas: EQM, Escala de Queixas Subjetivas de Memória; QSM, queixas subjetivas de memória; MMSE, Mini Mental State Examination; GDS, Escala de Depressão Geriátrica; Whoqol-Bref, Escala de Qualidade de Vida.

Anexo E – Evolução dos participantes da Sagrada Família depois do PAPI

Tabela 10. Evolução dos participantes do Lar Sagrada Família nas variáveis do estudo, em função da intervenção.

Sagrada Família				
Variável	Evolução positiva	Evolução negativa	Sem evolução	Total
EQM	1	3	1	5
MMSE	4	1	0	5
Whoqol-Bref				5
Faceta Geral	2	1	2	
Físico	5	0	0	
Psicológico	2	3	0	
Relações Sociais	3	2	0	
Ambiente	3	2	0	
GDS	4	1	0	5
Índice de Barthel	0	0	5	5
Alimentação	0	0	5	
Vestir	0	0	5	
Banho	0	0	5	
Higiene pessoal	0	0	5	
Uso do WC	0	0	5	
Controlo Intestinal	0	0	5	
Controlo Vesical	0	0	5	
Subir escadas	0	0	5	
Transferência cadeira/cama	0	0	5	
Deambulação	0	0	5	

Abreviaturas: EQM, Escala de Queixas Subjetivas de Memória; QSM, queixas subjetivas de memória; MMSE, Mini Mental State Examination; GDS, Escala de Depressão Geriátrica; Whoqol-Bref, Escala de Qualidade de Vida.