

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

Arteterapia em Idosos: efeitos nas funções cognitivas

Intervenção com um grupo de idosos

TÂNIA DE JESUS BAILÃO LOPES

**Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, ramo de Especialização
em Psicoterapia e Psicologia Clínica**

Coimbra, Novembro de 2011

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

**Arteterapia em Idosos: efeitos nas funções
cognitivas**

Intervenção com um grupo de idosos

TÂNIA DE JESUS BAILÃO LOPES

Dissertação apresentada ao ISMT para obtenção de grau de Mestre em
Psicologia Clínica, ramo de Especialização em Psicoterapia e Psicologia
Clínica

Orientador: Professora Doutora Rosa Maria Martins

Coimbra, Novembro de 2011

*Aos meus anjos da guarda,
Da terra dos vivos.*

Agradecimentos

Agradeço a todos aqueles que, directa ou indirectamente, contribuíram e auxiliaram na elaboração deste estudo, em particular:

À Casa de Repouso Alexandrina Bartolomeu, que aqui permitiu a realização desta investigação.

A todos os utentes pelo seu contributo, participação neste estudo, e manifestação de carinho e ternura.

Agradeço, profundamente, à Professora Doutora Rosa Maria Martins, que muito me amparou e incentivou, aconselhando-me e ensinando-me a fazer cada vez melhor.

Obrigada às palavras, aos sorrisos e tristezas e à confiança que abriu as portas para esta partilha de emoções.

Obrigada às pessoas, aos gestos, aos olhares. Obrigada aos dias agitados e sem paciência. Obrigada àqueles que ficam e àqueles que já partiram.

Obrigada ao vento, que me abanou e me pôs à prova. Obrigada à força, que me manteve firme. Uns ficam, outros vão. Corrói-nos o peito, mas não a carne. A carne permanece. Aguenta a ventania. Até ver.

Obrigada às demências e às sanidades. Obrigada às dependências e autonomias.

Obrigada às chatices, aos gestos frios, aos rostos cansados.

Obrigada à companhia, mas também à solidão. Obrigada ao bem e ao mal, que juntos caminham de mão dada.

Obrigada a tudo isto, e tanto mais, que me tornou tão melhor.

Resumo

Enquadramento: O envelhecimento abarca muitas transformações, desencadeando variadas mudanças do organismo, nomeadamente problemas cognitivos. A intervenção através da Arteterapia tem-se revelado eficaz na conservação do funcionamento das funções cognitivas dos idosos, sendo este um tema de extrema importância na manutenção da sua qualidade de vida.

Objectivos: Identificar características sócio-demográficas da amostra; verificar se a Intervenção de arteterapia produz efeitos nas funções cognitivas dos idosos; verificar se estes efeitos correspondem a melhorias nas funções cognitivas.

Métodos: A investigação adoptada é do tipo qualitativo, quase-experimental, (ensaio de Campo) sem grupo de controlo, que decorreu durante 3 meses (de Fevereiro a Abril de 2011), com sessões de 2 horas, três vezes por semana. Participaram no estudo 6 idosos institucionalizados, do sexo feminino com uma média de idades de 85 anos. Foi aplicado um questionário caracterizador da amostra, o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) (adaptado à população portuguesa) para a avaliação das funções cognitivas gerais, assim como o *Teste da Figura Complexa de Rey*, para avaliação da percepção visual e memória.

Resultados: Existe uma melhoria em todos os itens avaliados, quando comparados os resultados pré-teste e pós-teste. Em suma, verificamos que a média de respostas correctas em todos os testes aplicados, antes da intervenção foi de 52,9% e após a intervenção foi de 69,8%. Desta forma apuramos um aumento global de 16,9% de respostas correctas, após a intervenção Arteterapeutica. O item onde os participantes demonstraram maiores dificuldades no momento anterior à intervenção, foi no exercício de reprodução de memória na Figura complexa de Rey, e na Atenção e Calculo e na Habilidade Construtiva (MMSE). No entanto, após a intervenção, as maiores subidas verificadas foram precisamente nestes dois últimos itens mencionados (30% e 33,3%, respectivamente).

Palavras-chave: Idoso; Arteterapia; Funções cognitivas

Abstract

Background: The aging encompasses many changes, triggering the body's various changes, including cognitive problems. Intervention through Art Therapy has proved effective in preserving the functioning of the cognitive functions of elderly people, and this is an issue of utmost importance in maintaining their quality of life.

Objectives: To identify socio-demographic characteristics of the sample, verify that the art therapy intervention effect on cognitive function of older persons; verify that these effects correspond to improvements in cognitive functions.

Methods: The research adopted is a qualitative, quasi-experimental (test field) with no control group, which ran for three months (February to April 2011), with sessions of two hours, three times a week. This study analyzed six institutionalized elderly female with a mean age of 85 years. A questionnaire was given characterization of the sample, the Mini-Mental State Examination (MMSE) (adapted to the Portuguese population) for the assessment of general cognitive function, as well as the Test of Rey Complex Figure, for evaluation of visual perception and memory.

Results: The analysis of the results allows us to verify that there is an improvement in all evaluated items, when comparing pretest and posttest. In summary, we found that the average of correct answers in all tests, before the intervention was 52.9% and after the intervention was 69.8%, verifying an overall increase of 16.9% of correct answers, after the intervention. The item where participants demonstrated greater difficulties at the moment before the intervention was playing in the exercise of memory in the Rey Complex Figure, and attention and calculation ability and Constructive (MMSE). However, after the intervention, the highest increases were observed especially in these last two items mentioned (30% and 33.3% respectively).

Keywords: Elderly, Art Therapy, Cognitive function

Índice

I.	Introdução	9
II.	Metodologia	18
a.	Definição das variáveis em estudo	19
b.	Método de recolha de dados.....	19
c.	Programa de intervenção desenvolvido	19
d.	População e amostra.....	27
e.	Instrumentos de avaliação utilizados	28
f.	Procedimentos formais e éticos.....	30
III.	Resultados	31
IV.	Discussão	42
V.	Conclusões	47
VI.	Referências bibliográficas	48
VII.	Anexos	56

Índice de Quadros

Quadro I- Mapa da Intervenção.....	19
Quadro II – Numero de idosos participantes no inicio e fim do programa.....	27
Quadro III - Caracterização Sócio Demográfica da Amostra.....	31

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Caracterização cognitiva dos participantes.....	32
Gráfico 2 - Resultados dos testes aplicados a AT	33
Gráfico 3 - Resultados dos testes aplicados a MC.....	35
Gráfico 4: Resultados dos testes aplicados a CP.....	36
Gráfico 5 - Resultados dos testes aplicados a OJ.....	37
Gráfico 6 -Resultados dos testes aplicados a OV	38
Gráfico 7 - Resultados dos testes aplicados a ED.....	39
Gráfico 8 - Média dos resultados globais obtidos	41

I. Introdução

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial. A população residente em Portugal em 31 de Dezembro de 2000 e de 2009 evidencia um duplo envelhecimento decorrente, sobretudo, da redução da natalidade e do aumento da longevidade que se tem verificado em Portugal. A OMS (Organização Mundial de Saúde) prevê que, em 2025, existam 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muito idosos, com 80 anos ou mais, constituem o grupo etário de maior crescimento.

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), e comparando os anos 2000 e 2009 verifica-se que a proporção de jovens (indivíduos dos 0 aos 14 anos de idade) decresceu de 16,0% para 15,2% da população residente total. Também a proporção dos indivíduos em idade activa (indivíduos dos 15 aos 64 anos de idade) se reduziu, passando de 67,7% para 66,9%. Em sentido inverso, aumentou o peso relativo da população idosa (indivíduos com 65 ou mais anos de idade) de 17,6% para 17,9%. O índice de envelhecimento aumentou de cerca de 102 (em 2000) para cerca de 118 idosos por cada 100 jovens (em 2009).

Perante estes factos, torna-se importante desenvolver meios para melhor atender às dificuldades do crescente grupo de idosos. Múltiplas áreas do conhecimento dedicam-se a estudar formas de proporcionar aos idosos não só mais anos de vida, mas também, mais qualidade a esses anos a mais. Simões (2006) refere que o envelhecimento para além de ser pessoal (dependente da nossa biologia e dotação genética) é também um fenómeno contextual (depende de como vivemos, das experiências, do ambiente, da sociedade, da região geográfica entre outros tantos factores que interferem na maneira como cada indivíduo vivencia o seu envelhecimento). A complexa interacção entre essas duas ordens de factores determina a imensa variedade das experiências individuais do envelhecer.

De facto o processo de envelhecimento é um fenómeno inerente a todo o ser humano, capaz de desencadear modificações biopsicossociais. É nesta etapa da vida que se começam a evidenciar as fragilidades do organismo, tornando-o mais susceptível às doenças (Santin & Borowski, 2008), doenças estas que, na sua generalidade, são crónicas e múltiplas, perduram por vários anos, exigindo cuidados

permanentes (Giacomin et al, 2005, cit in Resende et al 2008) e conseqüentemente gerar dependência e incapacidade.

A Institucionalização surge, normalmente, como ultima alternativa. Porém se é verdade que a perda de autonomia física é determinante na opção de internamento, também o é o facto de que, associados a esta dependência física surgem outros factores que, por vezes condicionam esta decisão. Na opinião de Pimentel, “o motivo mais frequente é o isolamento, ou seja, a insistência de uma rede de interacções que facilite a integração social e familiar do idoso e que garanta um apoio afectivo em caso de maior necessidade”. Contudo, quando falamos de Institucionalização, para que a integração do idoso seja positiva, é essencial ter em atenção diversas dimensões, especificamente, o estabelecimento de relações sociais, quer com os seus pares no interior da Instituição, quer com pessoas da comunidade envolvente.

Muitas vezes, e sobretudo após a institucionalização, o envelhecimento é perspectivado como um acontecimento patológico e marco inicial para a contagem regressiva de suas vidas. Alguns idosos abandonam a preocupação de se manterem participativos no ambiente social em que vivem, entregando-se de maneira passiva, inactiva e cada vez menos reflexiva, o que, por sua vez, pode representar um prejuízo incondicional à saúde mental e física do indivíduo, além de ser um factor de risco para o declínio cognitivo e para a demência. Estabelece-se um ciclo vicioso, no qual a degeneração psico-biológica própria do envelhecimento induz a inactividade e a pouca requisição de processos cognitivos, que por sua vez acelera a degeneração psico-biológica e assim por diante (Souza & Chaves, 2005)

No processo de envelhecimento normal, podem ser observadas alterações cognitivas que não chegam a comprometer a funcionalidade do indivíduo. Contudo, no envelhecimento patológico, tal como nas demências, as perdas neurológicas resultam em limitações na funcionalidade que afectam a vida diária do paciente (Freitas et al, 2011)

Para Xavier et al (2010), as funções executivas são as mais complexas componentes da capacidade funcional, responsáveis por organizar informações, fixar objectivos, manter controlo sobre as circunstâncias do meio ambiente, antecipar possibilidades e modificar objectivos e planos de forma coerente. As áreas do cérebro que possibilitam as funções executivas são as últimas a amadurecer, usualmente não antes da idade adulta jovem. Durante o seu desenvolvimento, as funções executivas tornam-se progressivamente mais ligadas aos domínios do

conhecimento de factos, números, palavras e imagens, e são aplicadas em comportamentos de aprendizagem e consciência crítica.

A realidade mostra, que tanto a idade como a presença de doenças crónicas estão associadas a possíveis perdas das funções executivas (Treitz *et al*, 2007). No entanto, estas funções viabilizam a aprendizagem e a organização ao longo de toda a vida. A orientação temporal também é um marcador precoce e de alta especificidade para problemas cognitivos, menos dependente do nível educacional do que outras tarefas, tais como atenção e cálculo, orientação espacial, linguagem e desenho (Xavier *et al*, 2010).

No entanto, para Fernandes *et al* (2010), o problema de memória é o que mais personifica a velhice. Para ele, a memória é um processo activo relacionado com a atenção e a repetição, em que a informação passa por três etapas de armazenamento – armazém sensorial, memória primária e memória secundária.

No entender dos mesmos autores, quando se fala de memória pode distinguir-se: a memória sensorial, a memória a curto prazo e a memória a longo prazo. A memória sensorial é um armazém específico que conserva por um curto espaço de tempo os estímulos aos nossos sentidos; a memória a curto prazo, também designada de memória de trabalho, consiste num sistema de capacidade limitada, mas fundamental, dada a quantidade de tarefas em que intervém, que implica por um lado um armazenamento temporário de alguma informação, e a capacidade de execução de uma tarefa de processamento (que requer, por sua vez, atenção, selecção e manipulação de determinados estímulos). Por último, a memória a longo prazo, que está dividida em: memória episódica (armazém de acontecimentos concretos, recordações da nossa experiência pessoal e que são activamente recuperados utilizando informação contextual sobre como e quando ocorreram), memória semântica (que se refere ao conhecimento sobre o mundo, organizado e acumulado, e portanto, muito relacionado com a linguagem); e memória procedimental (função da memória relacionada com as habilidades que uma vez aprendidas não requerem esforço consciente para ser recuperadas). Estes autores subdividiram ainda a memória a longo prazo em memória implícita e memória explícita. Esta classificação relaciona sobretudo a intencionalidade do sujeito implicada na memória e na sua recuperação. A memória explícita requer intenção para recordar e, portanto, produz conhecimento daquilo que foi feito e as memórias que têm ocorrido, enquanto memória implícita não se lembra conscientemente.

Sabemos que com o avanço da idade, o cérebro sofre diversas alterações morfológicas, ocorrendo redução do peso e do volume, perda selectiva de neurónios e baixa resistência à degeneração (Quevedo et al., 2006). Por esta razão, a memória e outras funções cognitivas sofrem uma degradação com o decorrer dos anos, sendo difícil especificar se o declínio ocorrido está dentro do normal ou é mais acentuado do que o que é esperado (Hollveg, 2008).

A memória visual, que possibilita ao indivíduo fixar e reconhecer formas, cores, linhas e fisionomias, bem como identificar a posição relativa de um determinado objecto no espaço, também se degenera, tornando-se um problema para o dia-a-dia dos idosos e de quem os rodeia (Barroso, 2008).

Fernandéz-Ballesteros (2004), diz-nos que após realizados alguns estudos sobre a memória visual verificou-se que com o aumento da idade existe um aumento de tempo requerido para identificar um estímulo visual, que se relaciona mais com processos de atenção e percepção do que com deficits de memória.

Ocorre também uma redução na velocidade de processamento da informação que afecta o desempenho cognitivo, principalmente na memória e atenção (Carvalho et al, 2010). As alterações previstas no envelhecimento abarcam a diminuição na memória imediata ou memória de trabalho (Wood *et al*, 2001), e na memória episódica (Charchat *et al*, 2005; Yassuda *et al*, 2005). Os estudos de estimulação da memória, por outro lado, demonstram que os idosos têm capacidade de aprender e aplicar estratégias mnemónicas, tornando a gravação e a evocação de informações novas mais eficazes (Yassuda, Tavares-Batistoni, Fortes, & Neri, 2006).

Segundo Fernandes et al (2010) grande parte das alterações de memória que ocorrem durante a velhice, ou não tem uma base biológica ou, se a têm, podem ser reabilitados, devido à grande plasticidade do nosso sistema nervoso.

Fonseca (2006), diz-nos também, que a inteligência e as capacidades cognitivas em geral declinam progressivamente com a idade após terem alcançado um pico entre os 18 e os 25 anos. No entanto, a ideia de declínio generalizado e irreversível das capacidades cognitivas com a idade, não é bem aceite e surge apenas como mais um estereótipo ligado ao envelhecimento.

Na verdade, os adultos e os idosos apresentam formas de pensamento e de resolução de problemas diferentes, mas a haver uma forma de inteligência característica para os idosos, ela não pode ser desligada dos contextos em que vivem, fazendo de resto com que em certas sociedades seja junto dos anciãos que se procura

a fonte da sabedoria e de justa decisão. Estas considerações revelam, que entre os idosos existem muitas diferenças a nível cognitivo, pois algumas pessoas mantêm as suas capacidades cognitivas intactas até ao fim da vida, enquanto outras, mesmo antes do envelhecimento, já perderam parte delas (Fernandes et al, 2010).

Segundo Silva & Santos (2009), a manutenção das funções cognitivas mantém o idoso independente e activo, e a avaliação dessas funções é necessária como medida preventiva, uma vez que os quadros de defeito cognitivo leve e de demência estão directamente associados a disfunções na memória, praxia, linguagem, atenção, entre outros (Hototian et al., 2008). Desta forma, e de acordo com vários estudos, (Charchat et al, 2005; Hamdan & Bueno, 2005; Souza et al, 2007; Vasconcelos et al, 2007, Vitiello et al, 2007), quando as dificuldades são constatadas precocemente, são maiores as hipóteses de uma intervenção apropriada (farmacológica, reabilitação neuropsicológica, complementadas por actividades físicas e/ou de lazer) e consequentemente estabilização dos quadros por períodos maiores de tempo.

Segundo Wilson (Ávila, 2002), idosos sem actividades podem perder algumas das suas capacidades intelectuais. Os estímulos como exercícios são importantes, a fim de proteger o intelecto contra a deterioração. Existe assim a hipótese de que as actividades cognitivas possibilitam aos idosos a manutenção das suas capacidades.

As dinâmicas da estimulação cognitiva têm características lúdicas, objectivando estimular as funções cognitivas, fornecer suporte psicológico e socializar o paciente (Camara et al, 2009).

Assim, a arteterapia tem sido um tipo de intervenção recomendada para os idosos devido ao seu grande potencial e sentido de estimulação, pois melhora as suas relações sociais e a sua auto-estima (Douglas et al, 2004).

Embora as expressões de estados internos sejam frequentes no decorrer da história da humanidade, a Arteterapia emergiu, distinguindo-se como opção terapêutica a partir de 1930, quando psiquiatras se interessaram pelos trabalhos desenvolvidos por alguns pacientes, (sobretudo esquizofrénicos), procurando a relação entre as suas produções artísticas e a sua patologia (Carvalho, 2001). Neste sentido, a arteterapia é um processo terapêutico que resgata a tradição milenar de utilizar diversos recursos expressivos com o objectivo de auxiliar os indivíduos a contactar com conteúdos inconscientes. Procura-se, a partir das informações

provenientes desses níveis mais profundos de funcionamento psíquico, facilitar o desenvolvimento da personalidade num todo (Ormezzano & Arruda, 2005).

A visão expressa por Valladares & Fussi (2003) é a de que a Arte é universal, uma vez que evoca uma linguagem primária e pré-verbal versátil e, simultaneamente, flexível, possibilitando uma forma de expressão e comunicação humana, por vezes não exprimível pela linguagem comum. A Arteterapia relaciona os produtos de imagens artísticas com os seus conteúdos simbólicos específicos, num âmbito ilógico e irracional, transpondo-os para a linguagem consciente.

Para Valladares et al (2008) as produções artísticas são projecções internas e manifestações pessoais, permitindo que o indivíduo se expresse de forma mais espontânea, originando um novo sentido da sua própria vida. A arteterapia, ao trabalhar com o processo criativo, pode ser um caminho revelador e inspirador que ajuda a entrar em contacto com a possibilidade de acreditar, desafiar, reconstruir, criar e expressar as emoções, sentimentos e imagens. Também para Puffal et al (2009) a criatividade é um elemento importante dentro do trabalho arteterapêutico, já que é um aspecto inerente a todo ser humano, porém nem sempre evidenciado e trabalhado.

Neste sentido, a Arteterapia pretende valorizar a singularidade do sujeito sem perder de vista o colectivo, utilizando a arte, que é um caminho de expressão, de comunicação e síntese da experiência pessoal da pessoa. Representando conteúdos inconscientes e conscientes, integra aspectos afectivos e cognitivos de saúde e doença, sendo benéfica para ampliar a compreensão do ser humano (Valladares, 2006), permitindo a aquisição de habilidades muitas vezes não disponíveis anteriormente (Carvalho, 2001).

Para Alessandrini (2004, cit in Valladares 2006) as actividades artísticas permitem que a pessoa simbolize as suas percepções sobre o mundo, sobretudo quando não consegue expressar-se verbalmente ou através da linguagem escrita. Através da arteterapia é possível trabalhar outras linguagens não-verbais, como a sonora, a corporal e a plástica, estimulando também a audição, a visão, as funções motoras e cognitivas.

Através da arteterapia, a produção plástica facilita a abertura de canais de comunicação, de percepção e de sensibilidade, proporcionando ao idoso uma melhor aceitação de si e da sua realidade (Rigo, 2007).

Coutinho (2008) refere que além das mudanças biológicas e existenciais o envelhecimento traz também consequências psicológicas, que dizem respeito à implacável consciência da proximidade da morte, a necessidade de manter e/ou reinventar um papel social, enfrentando dificuldades como culpa, arrependimentos e medos. Segundo esta autora, a Arteterapia, pode ajudar nesta tarefa, pois esta técnica auxilia a diminuir alguns preconceitos, desmistificando a ideia de que os idosos são pouco criativos.

Através dos seus estudos, Waller (2007) conclui, que a arteterapia é uma prática com evidente utilidade no trabalho com pessoas idosas, pois permite a expressão das emoções e angústias dos indivíduos, de forma criativa, evidenciando também a importância das relações interpessoais.

Outros estudos levados a cabo por Valladares *et al.*,(2008) mostraram as contribuições relevantes da arteterapia para a área da saúde mental, dado ser uma prática acessível ao tratamento de doentes mentais onde já foram obtidos resultados satisfatórios.

Através da arteterapia o idoso trabalha a sua faceta artística e através da moldagem (de barro, plasticina, pasta de papel ou outro material), bordados, pintura, desenho, colagem, etc., consegue exprimir algumas das suas emoções. Estas actividades permitem ainda que a pessoa idosa desenvolva a motricidade fina, a precisão manual e a coordenação psicomotora (Jacob, 2008)

Com recurso às mais variadas técnicas criativas e terapêuticas, a arteterapia permite também o desenvolvimento individual, da personalidade, bem como das relações sociais. O sentimento e a vivência de apoio facilitados no grupo Arteterapeutico assumem também uma dimensão simbólica de solidariedade e cooperação (Urrutigaray, 2008), sendo por isso uma mais-valia no trabalho com idosos institucionalizados.

A arteterapia pode ser desenvolvida através de diferentes modalidades expressivas, como o teatro, a dança, a poesia, a música, a literatura e as artes visuais. Ao trabalharmos com essas linguagens verbais e não verbais, ocorrem, conseqüentemente, transformações internas (Ormezzano & Arruda, 2005).

Valladares (2003) diz-nos que cada modalidade expressiva tem propriedades inerentes e específicas, cabendo ao arteterapeuta adequá-las aos seus pacientes, e respectivos quadros clínicos. Durante este processo, pode-se adoptar uma

multiplicidade de actividades, ou apenas uma, que será intensificada à medida que o paciente explore mais facilmente as suas possibilidades expressivas.

Segundo a mesma autora, as modalidades mais utilizadas no processo Arteterapeutico são o Desenho (pois objectiva a forma, a precisão, o desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação visuo-motora e espacial, possuindo também a função ordenadora, uma vez que está relacionado com o movimento e reconhecimento do objecto); a Pintura (que devido à fluidez da tinta, exerce uma função libertadora, induzindo o movimento de soltura, de expansão, trabalhando o relaxamento dos mecanismos defensivos de controlo, e evocando os sentimentos, as emoções e sensações, a sensibilidade, o gesto e a intuição); a Colagem e Recorte (dado que favorecem a organização de estruturas pela junção e articulação de formas prontas, e a organização espacial simbólica); Modelagem (que é sobretudo sensorial, pois trabalha o toque e a organização tridimensional, dando ainda a possibilidade de se colorirem as peças após a sua secagem); a construção (uma vez que permite edificar, estruturar, organizar, elaborar tridimensionalmente, alcançando níveis mais elaborados que os das actividades bidimensionais); e a Dramatização (pois permite a experiencia de novos papeis, trabalhando na criação de personagens, figuras, historias, onde o paciente se permite dizer algo que não diria por si só, sendo desta forma bastante abrangente, devido às comunicações simbólicas).

De acordo com Rigo (2007), trabalhar a consciência corporal com recurso à Arteterapia também é factor determinante para o desenvolvimento da percepção e orientação do idoso. Segundo Leloup (2002), o corpo conta muitas histórias e em cada uma delas há um sentido a descobrir, como o significado dos acontecimentos. O corpo é nossa memória mais arcaica, nele nada é esquecido. Cada acontecimento vivido deixa no corpo uma marca profunda pois a memória do corpo é sempre muito intensa. Puffal et al (2008) referem, através dos seus estudos, que o relaxamento e a sensibilização do corpo físico, através da arteterapia, permitem o resgate de fatos ocorridos, o auto-conhecimento e o aumento da auto-estima e da qualidade de vida.

Outra estratégia que pode ser trabalhada com recurso à arteterapia é a reminiscência. A terapia da reminiscência é uma ferramenta útil para trabalhar com idosos institucionalizados, uma vez que promove competências para lidar com o quotidiano, e proporciona fundamentos para intervenções comunitárias, favorecendo o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos (Gonçalves et al, 2008). Não sendo uma

estratégia exclusiva da intervenção com idosos, a eficácia da reminiscência é potenciada junto desta faixa etária, uma vez que consiste na análise do percurso de vida, realizando um balanço de vida e, eventualmente, resolvendo conflitos localizados no passado (Bohlmeijer et al, 2005). Neste sentido, Knight (2004) sugere que no trabalho com idosos, a reminiscência pode servir o objectivo primordial de reconstrução do auto-conceito, que estaria ameaçado neste momento da vida dos sujeitos. Verifica-se assim como a reminiscência, enquanto estratégia de intervenção psicoterapêutica, se relaciona com a reminiscência enquanto construção partilhada de significados, uma vez que o auto-conceito do idoso está imbuído do discurso social, cultural e histórico circundante.

De acordo com Portella & Ormezzano (2010), no desenrolar do processo Arteterapêutico, os idosos resgatam a sua identidade nas reminiscências dos acontecimentos de outrora. Os resultados positivos da terapia da reminiscência podem ser explicados pela ausência de aprendizagem de estratégias, isto é, os participantes fazem o que sempre fizeram, falar sobre passado, com a mesma linguagem que utilizavam anteriormente e sobre um tópico que conhecem bem, que é a sua história de vida (Bohlmeijer et al., 2005).

Todos estes declínios e limitações associados à terceira idade, constituem um grande desafio para os profissionais que cuidam de idosos, especialmente no que tange ao modo de promover a assistência e o cuidado a esta população, para atender às especificidades da pessoa idosa. É fundamental estimular a adopção de atitudes que prolonguem a independência à medida que as pessoas envelhecem (Lenardt et al, 2009).

Face ao exposto, parece-nos bastante pertinente investigar o efeito da intervenção Arteterapêutica nas funções cognitivas dos idosos.

Partindo deste pressuposto, emerge a seguinte questão global de investigação: em que medida o Programa de intervenção Arteterapêutica produz efeitos positivos nas funções cognitivas dos idosos?

II. Metodologia

Segundo Vergara (2007), a metodologia é uma disciplina normativa definida como o estudo sistemático e lógico dos princípios que dirigem a pesquisa científica, desde as suposições básicas até às técnicas de verificação. Desta forma, passaremos a apresentar as orientações do nosso estudo, assim como os instrumentos utilizados.

Na génese das linhas do nosso estudo, definimos como objectivo geral analisar o efeito da intervenção Arteterapeutica nas funções cognitivas dos idosos;

Já como objectivos específicos temos:

- Identificar num primeiro momento as funções cognitivas nos idosos;
- Comparar as funções cognitivas dos idosos, antes e depois da arteterapia;
- Verificar se existem melhorias das funções cognitivas dos idosos depois da intervenção Arteterapeutica;

Este estudo é classificado como quase-experimental, (ensaio de campo) do tipo pré-teste e pós-teste, sem grupo de controlo, descritivo e longitudinal. (Fig.1)

Fig.1



Para a concretização do nosso objectivo do estudo foi desenvolvido um programa de intervenção Arteterapeutica, criado e desenvolvido por nós, tendo por base a pesquisa bibliográfica sobre programas já delineados e aplicados em Idosos visando atingir os mesmos objectivos.

As questões de investigação levantadas foram:

- O Programa de intervenção Arteterapeutica produz efeitos nas funções cognitivas dos idosos?
- As Funções Cognitivas melhoram após a Intervenção Arteterapeutica?

a. Definição das variáveis em estudo

Como Variáveis independentes consideram-se as Funções Cognitivas do Idoso (que vão ser avaliadas antes e após a aplicação da intervenção arteterapeutica) e a Arteterapia. A Variável Dependente prende-se com o efeito da Arteterapia nas funções cognitivas do Idoso.

b. Método de recolha de dados

A recolha de dados irá decorrer através da aplicação de vários instrumentos, abaixo descritos, e da observação sistemática do decorrer das sessões.

c. Programa de intervenção desenvolvido

No âmbito do estágio do Mestrado de Psicologia clínica, ramo de especialização Psicoterapia, realizado na Casa de Repouso Alexandrina Bartolomeu, foi desenvolvido um programa de Intervenção Arteterapeutica com idosos residentes.

O programa implementado foi de cariz grupal. Desta forma foram seleccionados os participantes, integrando o grupo Pré-Teste, ao qual foram aplicados os instrumentos de avaliação das funções cognitivas abaixo descritos. Elaborado este processo, iniciámos a intervenção Arteterapeutica durante cerca de 3 meses, com sessões de 2 horas, três vezes por semana, que decorreram entre os meses de Fevereiro e Abril de 2011, de acordo com o mapa da intervenção apresentado no quadro I. Após este período foram aplicados novamente os testes de avaliação cognitiva ao grupo, designado agora de *Pós-Teste*, e analisaram-se os resultados.

Quadro I- Mapa da Intervenção

Planificação da Intervenção Arteterapeutica (Duração média de 2 meses, de acordo com Valladares, 2006)			
	Segunda	Quarta	Sexta
Fevereiro		2	4 1ª Sessão: Apresentação da Intervenção e esclarecimento de dúvidas.
	Dia 7 2ª Sessão: Consciência corporal: desenho da mão (Rigo, 2007, Decker & Pereira, 2009)	Dia 9 3ª Sessão: Desenho do que mais gostava de fazer quando era Jovem (Gonçalves et al, 2008)	Da 11 4ª Sessão: Modelagem: um animal que o represente (Rigo, 2007)
	Dia 14 5ª Sessão: Continuação da modelagem: um animal que o represente (Rigo, 2007)	Dia 16 6ª Sessão: Elaboração de Calendário de Parede (Câmara et al, 2009)	Dia 18 7ª Sessão: Continuação da elaboração de Calendário de Parede (Câmara et al, 2009)

Arteterapia em idosos: efeitos nas funções cognitivas

	Dia 21 8ª Sessão: Continuação da elaboração de Calendário de Parede (Câmara et al, 2009)	Dia 23 9ª Sessão: Elaboração de Puzzles com animais que criavam quando eram novos (Gonçalves et al, 2008)	Dia 25 10ª Sessão: Elaboração de Puzzles com animais que criavam quando eram novos (Gonçalves et al, 2008)
Março	Dia 28 11ª Sessão: Recortes de revistas: 3 coisas que adoro VS 3 coisas que detesto (Rigo, 2007)	Dia 2 12ª Sessão: Pintura (Aguiar e Macri, 2010; Valladares e Carvalho, 2006) Pintura de caixas de madeira e realização da técnica de falso vitral	Dia 4 13ª Sessão: Pintura (Aguiar e Macri, 2010; Valladares e Carvalho, 2006) Pintura de caixas de madeira e realização da técnica de falso vitral
	Dia 7 14ª Sessão: Elaboração de cartaz das 4 estações (Câmara et al, 2009)	Dia 9 15ª Sessão: Elaboração de cartaz das 4 estações (Câmara et al, 2009)	Dia 11 16ª Sessão: Reminiscência: Modelagem/desenho: objectos antigos (Gonçalves et al, 2008)
	Dia 14 17ª Sessão: Pintura do auto-retrato (Moreira, 2007)	Dia 16 18ª Sessão: Pintura do auto-retrato (Moreira, 2007)	Dia 18 19ª Sessão: Consciência Corporal, Massagem e desenho dos pés (Rigo, 2007; Puffal et al, 2008)
	Dia 21 20ª Sessão: Dramatização (Valladares et al, 2008)	Dia 23 21ª Sessão: Desenho de como se sente neste momento (Ormezzano, 2005)	Dia 25 22ª Sessão: Desenho da sua casa (Rigo, 2007)
	Dia 28 23ª Sessão: Desenho da sua casa (Rigo, 2007)	Dia 30 24ª Sessão: Elaboração de postais através de recorte e colagem (Valladares, 2003)	Dia 1 25ª Sessão: Elaboração de postais através de recorte e colagem (Valladares, 2003)
Abril	Dia 4 26ª Sessão: Pintura simétrica (Valladares e Carvalho, 2006)	Dia 6 27ª Sessão: Pintura simétrica (Valladares e Carvalho, 2006)	Dia 8 28ª Sessão: Decalque de moedas (Valladares, 2008)
	Dia 11 29ª Sessão: Decalque de moedas (Valladares, 2008)	Dia 13 30ª Sessão: Desenho da Arvore (Ormezzano e Arruda, 2005)	Dia 15 31ª Sessão: Desenho da Arvore (Ormezzano e Arruda, 2005)
	Dia 18 32ª Sessão: Retrospectiva com utentes acerca da intervenção realizada		

Como referenciado anteriormente, a elaboração desta intervenção foi baseada em actividades e programas de intervenção Arteterapeutica planificados para idosos, desenvolvidos por vários autores. Resultou daqui um plano de intervenção com diversas actividades, cada uma delas com objectivos dirigidos e muito específicos, que passaremos a apresentar:

- 1ª Sessão: Apresentação da Intervenção e esclarecimento de dúvidas.

Inicialmente foi realizada uma primeira sessão para explicar aos participantes em que iria consistir o processo de intervenção, e esclarecer eventuais dúvidas no sentido de promover a sua participação de forma consciente e esclarecida.

- 2ª Sessão: Consciência corporal: desenho da mão (Rigo, 2007, Decker & Pereira, 2009)

Nesta actividade, o que era pedido aos participantes era que desenhassem o contorno da sua mão numa folha de papel para de seguida preencherem o desenho ao seu gosto.

Objectivos: Desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação visual - motora e organização espacial simbólica, com vista à promoção da consciência corporal e orientação temporal, promoção da valorização pessoal e auto-estima, promoção do relacionamento e comunicação interpessoal, estimulação dos movimentos finos e desenvolvimento da criatividade.

- 3ª Sessão: Desenho sobre o que mais gostava de fazer quando era Jovem (Gonçalves et al, 2008)

Nesta actividade era pedido ao grupo uma ilustração, através de um desenho, sobre uma coisa ou um momento de que tivesse gostado muito enquanto mais novos.

Objectivos: Desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação viso-motora e organização espacial simbólica, promoção da orientação temporal e espacial, promoção da valorização pessoal e auto-estima, promoção do relacionamento e comunicação interpessoal, estimulação dos movimentos finos e desenvolvimento da criatividade, promoção da reflexão e expressão das emoções.

- 4ª e 5ª Sessões: Modelagem: um animal que o represente (Rigo, 2007)

Nesta actividade o que era solicitado aos participantes era que, com um pedaço de plasticina, moldassem, individualmente, um animal que em seu entender os caracterizasse.

Objectivos: Organização espacial simbólica (através da modelagem), orientação temporal e estimulação da memória (técnica da reminiscência), promoção da valorização pessoal e auto-estima, capacidade crítica e caracterização da auto-imagem, promoção do relacionamento e comunicação interpessoal, estimulação dos movimentos finos e desenvolvimento da criatividade, estimulação da percepção visual.

- 6ª, 7ª e 8ª Sessões: Elaboração de calendário de parede (Câmara et al, 2009)

Aqui propôs-se ao grupo, elaborar em cartolina um calendário dinâmico, para afixar na sala de estar, para que todos os idosos pudessem ver diariamente o dia da

semana, dia do mês, mês e estação do ano em que se encontravam, e actualiza-lo, todos os dias.

Objectivos: Organização espacial simbólica (através do recorte e colagem), estimulação da percepção visual, orientação temporal, estimulação da memória, promoção da valorização pessoal e auto-estima, promoção do relacionamento e comunicação interpessoal, estimulação dos movimentos finos e desenvolvimento da criatividade.

- 9^a e 10^a sessões: Elaboração de Puzzles com animais que criavam quando eram novos (Gonçalves et al, 2008)

À semelhança das acções anteriores era proposto ao grupo a elaboração de puzzles com fotos de animais domésticos (galinhas, porcos, vacas, cordeiros, etc....).

Objectivos: Organização espacial simbólica (através do recorte, colagem e montagem dos puzzles), estimulação da percepção visual, orientação temporal e estimulação da memória (técnica da reminiscência), promoção da valorização pessoal, auto-estima e autonomia, promoção do relacionamento e comunicação interpessoal, estimulação dos movimentos finos e desenvolvimento da criatividade.

- 11^a Sessão: Recorte de Revistas (3 coisas de que gosta e 3 coisas que detesta) (Rigo, 2007)

Após a entrega de várias revistas a cada elemento do grupo, solicitava-se que cada participante seleccionasse seis imagens, três coisas que gostassem e três que não gostassem, para posteriormente as recortarem e colarem numa folha de papel branco.

Objectivos: Organização espacial simbólica (através do recorte, colagem), estimulação da percepção visual, promoção da valorização pessoal, auto-estima e autonomia, promoção do relacionamento e comunicação interpessoal, estimulação dos movimentos finos e desenvolvimento da criatividade e capacidade crítica.

- 12^a e 13^a Sessões: Pintura (Aguiar e Macri, 2010; Valladares e Carvalho, 2006) Pintura de caixas de madeira e realização da técnica de falso vitral

Nesta actividade era proposto ao grupo a pintura de caixas de madeira, seguindo a aplicação da técnica do falso vitral, realizada com tinta de vidro e cola branca.

Objectivos: Desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação viso-motora e organização espacial simbólica, promoção da valorização pessoal e auto-estima, promoção do relacionamento e comunicação interpessoal, estimulação dos movimentos finos e desenvolvimento da criatividade;

De referir que nesta actividade apenas uma idosa quis participar, ficando os restantes apenas a observar o seu trabalho.

- 14^a e 15^a Sessões: Elaboração de quadro das 4 estações (Câmara et al, 2009)

Nesta actividade foi apresentado um conjunto de fotos por recortar. Depois de recortadas, entregou-se um conjunto de imagens a cada participante. De seguida solicitámos a cada um que identificasse uma imagem que correspondesse a cada estação do ano. Por fim foi elaborado pelo grupo um cartaz alusivo às quatro estações do ano.

Objectivos: Organização espacial simbólica (através do recorte e colagem), estimulação da percepção visual, orientação temporal, estimulação da memória, promoção da valorização pessoal, auto-estima e autonomia, promoção do relacionamento e comunicação interpessoal, estimulação dos movimentos finos e desenvolvimento da criatividade.

- 16^a Sessão: Reminiscência: Modelagem/ desenho: objectos antigos (Gonçalves et al, 2008)

Inicialmente, de forma a suscitar a curiosidade aos participantes, foi apresentado o objecto, neste caso uma cabaça, tapado com um pano, convidando todos a adivinhar o que era. De seguida foi solicitado que tentassem representar, em massa moldável, a cabaça, exposta no centro do grupo.

Objectivos: Organização espacial simbólica (através da modelagem), orientação temporal e estimulação da memória (técnica da reminiscência), promoção da valorização pessoal e auto-estima, promoção do relacionamento e comunicação interpessoal, estimulação dos movimentos finos e desenvolvimento da criatividade.

- 17^a e 18^a Sessões: Pintura do auto-retrato (Moreira, 2007)

Com recurso a fotografias dos participantes, foi elaborado, através do programa informático Photoshop, Versão 5, um desenho dos traços do rosto, e solicitada a pintura do seu rosto a cada membro do grupo.

Objectivos: Desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação viso-motora e organização espacial simbólica, promoção da consciência corporal e orientação temporal, promoção da valorização pessoal e auto-estima, promoção do relacionamento e comunicação interpessoal, estimulação dos movimentos finos e desenvolvimento da criatividade, promoção da reflexão e expressão das emoções.

- 19ª Sessão: Consciência Corporal, Massagem e desenho dos pés (Rigo, 2007; Puffal et al, 2008)

Nesta actividade foi proposto que cada idoso sentisse, na planta do pé, vários objectos e texturas e que, fechando os olhos, tentando adivinhar que objectos eram. Depois foi feito o contorno do pé numa folha de papel e pedido que o decorassem ao seu gosto, com recurso a lápis de cor e lápis de cera.

Objectivos: Desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação viso-motora e organização espacial simbólica, promoção da consciência corporal e orientação temporal, promoção da valorização pessoal e auto-estima, promoção do relacionamento e comunicação interpessoal, estimulação dos movimentos finos e desenvolvimento da criatividade.

- 20ª Sessão: Dramatização (Valladares et al, 2008)

Nesta sessão foi proposto ao grupo que encarnasse vários personagens, com recurso a vestidos, perucas e outros acessórios. O tema foi o Carnaval e os hábitos que tinham antigamente, no dia de Entrudo.

Objectivos: Desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação viso-motora e organização espacial simbólica, promoção da orientação temporal e espacial, promoção da valorização pessoal e auto-estima, promoção do relacionamento e comunicação interpessoal, estimulação dos movimentos finos e desenvolvimento da criatividade, promoção da reflexão e expressão das emoções, promoção.

- 21ª Sessão: Desenho de como se sente neste momento (Ormezzano, 2005)

Nesta actividade foi solicitado a todos os participantes, que elaborassem um desenho que ilustrasse como cada um se sentia naquele momento, com recurso a lápis de cor e lápis de cera.

Objectivos: Desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação viso-motora e organização espacial simbólica, promoção da orientação temporal, promoção da valorização pessoal e auto-estima, promoção do relacionamento e comunicação interpessoal, estimulação dos movimentos finos e desenvolvimento da criatividade, promoção da reflexão e expressão das emoções.

- 22ª e 23ª Sessões: Desenho da sua casa (Rigo, 2007)

Nesta actividade os participantes foram convidados a desenhar a sua casa, com recurso a lápis de cor e pastel de óleo.

Objectivos: Desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação viso-motora e organização espacial simbólica, promoção da orientação temporal, promoção da valorização pessoal e auto-estima, promoção do relacionamento e comunicação interpessoal, estimulação dos movimentos finos e desenvolvimento da criatividade, promoção da reflexão e expressão das emoções.

- 24ª e 25ª Sessões: Elaboração de postais através de recorte e colagem (Valladares, 2003)

Nesta actividade foi proposto ao grupo o recorte dos elementos impressos (borboletas, flores e passarinhos), e que os colassem em cartão colorido, de forma a elaborar postais para oferta nos aniversários da Instituição.

Objectivos: Organização espacial simbólica (através do recorte, colagem), estimulação da percepção visual, promoção da valorização pessoal e auto-estima, promoção do relacionamento e comunicação interpessoal, estimulação dos movimentos finos e desenvolvimento da criatividade.

- 26ª e 27ª Sessões: Pintura simétrica (Valladares e Carvalho, 2006)

Nesta actividade deu-se a escolher de 3 a 4 cores de tinta, colocada a tinta na ponta de um pauzinho, este foi pressionado sobre a folha de papel branca, de forma a criarem-se nela pequenos montes de tinta. Depois de colocados, a folha foi dobrada ao meio, de forma juntar as tintas e assim elaborar uma pintura simétrica. Aberta a folha, e através do efeito da junção de cores, foi perguntado a cada participante o que sugeria o seu desenho.

Objectivos: Desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação viso-motora e organização espacial simbólica, promoção da valorização pessoal e

auto-estima, promoção do relacionamento e comunicação interpessoal, estimulação dos movimentos finos e desenvolvimento da percepção visual e criatividade, promoção da reflexão e expressão das emoções.

- 28ª e 29ª Sessões: Decalque de moedas (Valladares, 2008)

Nesta actividade incentivou-se o desenho, nomeadamente a técnica do decalque, no entanto, antes de iniciados os trabalhos, foram apresentadas todas as moedas que circulam neste momento, desde a moeda de 1 cêntimo até à de 2 euros. Depois de conhecidas as moedas e o seu valor comercial, foi solicitado ao grupo que, através do decalque, desenhasse no papel branco algumas moedas. A cada participante foi dado a escolher um conjunto de moedas, e entregue uma folha branca de papel e vários lápis de carvão e de cera.

Objectivos: Desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação viso-motora e organização espacial simbólica, promoção da orientação temporal, promoção da valorização pessoal e auto-estima, promoção do relacionamento e comunicação interpessoal, estimulação dos movimentos finos e desenvolvimento da criatividade.

- 30ª e 31ª Sessões: Desenho da árvore (Ormezzano & Arruda, 2005)

Inserido no contexto da Primavera, foi proposto a todos os participantes que desenhassem uma árvore. Foram disponibilizados lápis de cor e lápis de cera.

Objectivos: Desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação viso-motora e organização espacial simbólica, promoção da valorização pessoal e auto-estima, promoção do relacionamento e comunicação interpessoal, estimulação dos movimentos finos e desenvolvimento da criatividade.

- 32ª Sessão: Retrospectiva com utentes acerca da intervenção realizada

Após a realização do programa de intervenção proposto, foi feita uma retrospectiva acerca de todo o trabalho realizado, e elaborado um balanço com todos os participantes.

d. População e amostra

Os participantes deste estudo numa fase inicial eram 8 idosos, apoiados pela Casa de Repouso Alexandrina Bartolomeu, uma Instituição de Apoio à Terceira Idade, situada no distrito de Leiria.

Neste contexto seleccionámo-los de forma não probabilística e de conveniência, e de acordo com os seguintes critérios:

- **Critérios de inclusão**
 - Capacidade de comunicar e compreender comandos;
 - Capacidade de exercer movimentos finos;
- **Critérios de exclusão**
 - Incapacidade de realização de actividades;
 - Incapacidade de comunicar e realizar movimentos;
 - Diagnostico de Psicopatologia grave;

Durante o decorrer do programa verificou-se a desistência de 2 idosos, ficando assim a nossa amostra reduzida a 6 indivíduos (*vide* Quadro II). Estas desistências devem-se ao facto, de apesar de num período inicial todos os idosos terem mostrado interesse em participar, no decorrer das sessões esta postura foi desvanecendo e o desinteresse instalou-se face à realização das actividades.

Se por um lado a não-existência de actividades empobrece a vida do idoso, ao contrário do sujeito activo e criativo, que age sobre o mundo em que vive (Portela e Ormezano, 2010), por outro lado, por maior e mais generoso que seja o esforço para intervir com a Arteterapia, este pode ser recebido com reserva, pois constitui uma invasão ao espaço do idoso e quebra do ritmo habitual (Barbosa & Werba, 2009).

Quadro II – Numero de idosos participantes no inicio e fim do programa

	Inicio do programa			Final do programa		
	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total
N	7	1	8	6	0	6
%	87,5	12,5	100	100	0	100

e. Instrumentos de avaliação utilizados

Os instrumentos de avaliação utilizados foram seleccionados tendo em conta a sua adequação à população e faixa etária em estudo, bem como aos objectivos propostos.

Inicialmente foi aplicado um questionário sócio demográfico (*vide* anexo A), de forma a caracterizarmos a nossa amostra, bem como averiguar a sua relação com as variáveis em estudo.

No que concerne a instrumentos de avaliação, utilizámos o Teste da Figura complexa de Rey (*vide* anexo B) e o Mini Mental Examination State (*vide* anexo C), aplicados em dois momentos de avaliação, no início e no fim do programa.

O Teste da Figura Complexa de Rey consiste numa figura geométrica complexa composta por um rectângulo grande, bissectores horizontais e verticais, duas diagonais, e detalhes geométricos adicionais interna e externamente ao rectângulo grande. A aplicação do teste é simples, mas a avaliação e a interpretação de resultados é um pouco mais complexa (Jamus e Mader, 2005).

Os materiais utilizados são folhas de papel branco, uma delas contendo a figura complexa de Rey. O procedimento básico envolve a cópia da figura e posteriormente, sem aviso prévio, a reprodução de memória (Foss et al, 2010).

O idoso é solicitado a copiar a figura e depois, sem aviso prévio, é solicitado a reproduzi-la de memória. Tanto a memória imediata (após 3 minutos) como a memória tardia podem ser avaliadas (após 30 minutos).

Neste estudo, apenas aplicamos este teste em duas vertentes, a cópia e a reprodução de memória imediata (após 3 minutos da execução da cópia). O processo de cópia permite-nos perceber como o sujeito isola estas figuras e as relaciona umas com as outras, como as vê e as hierarquiza em formas envolventes e em formas incluídas, em formas que suportam e em formas que são sustentadas. É também importante perceber a sequência do seu aparecimento no desenvolvimento mental, a fim de construirmos padrões característicos de um nível de desenvolvimento da percepção visual (Rey, 2002). Para isso foi determinada uma sequência de 5 cores, e dado ao participante apenas um lápis de cor diferente de cada vez, durante todo o processo de cópia.

Após o término da cópia solicita-se ao participante que reproduza de memória, mas nesta etapa não há necessidade de uso de cores diferentes. (Jamus e Mader, 2005).

Desenvolvido por Rey (1942), Osterrieth (1945) organizou posteriormente este teste, com o objectivo de avaliar o planeamento, estratégias de resolução de problemas, habilidades perceptivas e visuo-construtivas, motoras e de memória de indivíduos idosos (Foss et al, 2010). Osterrieth analisou os desenhos de acordo com o método utilizado pelo paciente para desenhar, bem como erros de cópia específicos. Considerando os hábitos intelectuais, a rapidez da cópia e a precisão dos resultados, este autor identificou 7 tipos diferentes de procedimento: I) O sujeito começa desenhando o rectângulo principal e os detalhes são adicionados em relação a ele; II) O sujeito inicia com um detalhe ligado ao rectângulo principal, ou faz o rectângulo incluindo nele um outro detalhe e depois termina a reprodução do rectângulo; III) O sujeito começa seu desenho com o contorno geral da figura, sem diferenciar o rectângulo central e então adiciona os detalhes internos; IV) O sujeito realiza justaposição de detalhes um a um, sem uma estrutura organizada; V) O sujeito copia partes discretas do desenho sem nenhuma organização; VI) O sujeito substitui o desenho por um objecto similar, como um barco ou uma casa; VII) O desenho é uma garatuja, na qual não se reconhece os elementos do modelo (Jamus & Mader, 2005).

De acordo com Foss et al (2010), uma das vantagens deste instrumento é a de avaliar o planeamento e a estratégia da cópia da figura e, também, a interferência desse aspecto na evocação da memória. Portanto, pode-se estimar a interferência das funções executivas sobre a memória. Além disso, esse teste é de baixo custo e de fácil aceitação por parte dos indivíduos, o que faz com que seja amplamente utilizado em estudos científicos que visem avaliar prejuízos das funções cognitivas em diversas patologias. Contudo, poucos estudos apresentam dados relativos à população idosa.

Para a avaliação cognitiva global, aplicámos o *Mini-Mental State Examination* (MMSE), que permitiu avaliar a orientação temporal e espacial, a memória imediata e de evocação, a capacidade de cálculo e atenção, a linguagem, a habilidade de seguir comandos, verbais e escritos, e apraxia (Caliman & Oliveira, 2005).

Elaborado por Folstein et al (1975), é um dos testes mais empregados e mais estudados em todo o mundo, e é utilizado para o diagnóstico e avaliação do declínio

cognitivo, para o acompanhamento de quadros demenciais e na monitorização da resposta ao tratamento (Lourenço & Veras, 2006). Em cinco grupos é avaliada a orientação, a memória episódica, imediata e tardia, o cálculo/memória de trabalho, a habilidade visuo-espacial e a linguagem. O teste não é controlado pelo tempo de duração e a pontuação máxima é de 30 pontos, sendo pontuadas as respostas correctas e a incapacidade de responder a um item é considerada como erro e não pontuada (Lourenço et al, 2008). Para o nosso estudo utilizámos a versão adaptada para a população portuguesa elaborada por Guerreiro (2008).

f. Procedimentos formais e éticos

A ética é o campo do conhecimento que se debruça sobre o estudo dos valores e virtudes do homem, propondo um conjunto de normas de conduta e de postura para que a vida em sociedade se dê de forma ordenada e justa (Mariz-Silva e Lamela, 2006). Desta forma foi feito um pedido formal de autorização para a realização do estudo, dirigido à Direcção da Casa de Repouso Alexandrina Bartolomeu, através de uma carta onde foram especificados os objectivos da investigação.

Foi também entregue uma carta de apresentação do projecto aos familiares, informando os objectivos e implicações do estudo, solicitando a sua autorização para o envolvimento do familiar idoso nesta investigação. Todos os participantes neste estudo foram convidados a participar de forma voluntária e elucidados acerca do mesmo.

III. Resultados

O estudo efectuado pretendeu, como já referido, analisar o efeito da intervenção Arteterapeutica nas funções cognitivas dos idosos.

Entraram no estudo 6 idosos, com idades compreendidas entre os 78 e os 91 anos, com uma média de 85,2 anos, sendo todos indivíduos do sexo feminino (*vide* Quadro III).

A análise da variável estado civil mostra, que apenas uma idosa pertence ao grupo dos casados, sendo as restantes viúvas.

No que respeita às habilitações literárias, verificou-se que duas participantes são analfabetas, seguindo-se duas que frequentaram a primeira classe, uma terminou a terceira e por fim uma possui quarta classe completa.

Em relação à variável “ocupação exercida anteriormente” podemos verificar que, duas idosas trabalharam durante toda a vida na agricultura, uma foi doméstica, enquanto as restantes tiveram profissões fora de casa, nomeadamente comerciante, ajudante de lar e funcionária de lanifícios.

Todas as participantes são actualmente reformadas. Como já foi referido, todas residem na instituição onde foi realizado este estudo, e em relação ao tempo de internamento, uma idosa reside há menos de um ano, duas residem entre quatro a cinco anos, uma reside há seis/sete anos, e duas residem há cerca de 8/9 anos.

Quadro III - Caracterização Sócio Demográfica da Amostra

Características Sócio Demográficas	N	%
Idade		
[78-81]	1	16,7
[82-86]	3	50
[87- 91]	2	33,3
Sexo		
Feminino	6	100
Masculino	0	0
Estado Civil		
Casado	1	16,7
Viúvo	5	83,3
Habilitações Literárias		
Analfabeto	2	33,3
1ª Classe	2	33,3

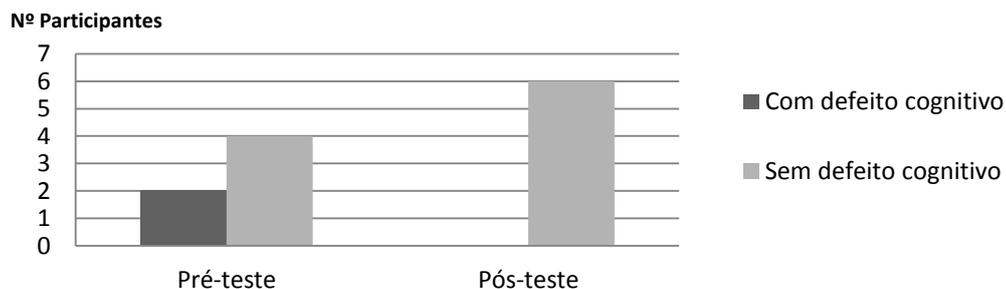
3ª Classe	1	16,7
4ª Classe	1	16,7
Ocupação anterior		
Agricultura	2	33,3
Ajudante de lar	1	16,7
Comerciante	1	16,7
Domestica	1	16,7
Funcionário da Industria de Lanifícios	1	16,7
Ocupação actual		
Reformado	6	100
Tempo de internamento		
Até 1 ano	1	16,7
Entre 4 e 5 anos	2	33,3
Entre 6 e 7 anos	1	16,7
Entre 8 a 9 anos	2	33,3

Aplicados os instrumentos supra apresentados, em dois momentos, anteriormente (pré-teste) e posteriormente (pós-teste) a intervenção Arteterapeutica, procedemos à análise dos resultados.

Inicialmente analisámos o indicador de defeito cognitivo, com base no ponto de corte do MMSE, sendo que apenas considerámos defeito cognitivo a pontuação igual ou inferior a 15, para analfabetos e pontuação igual ou inferior a 22, para participantes com escolaridade entre 1 a 11 anos (Guerreiro, 1998). Neste primeiro gráfico (Gráfico 1) verificámos que apenas dois participantes, OV e OJ, apresentam valores indicativos de defeito cognitivo antes da intervenção Arteterapeutica.

Após a Intervenção (Pré-teste), todos os participantes apresentam resultados favoráveis, sem defeito cognitivo.

Gráfico 1 – Caracterização cognitiva dos participantes



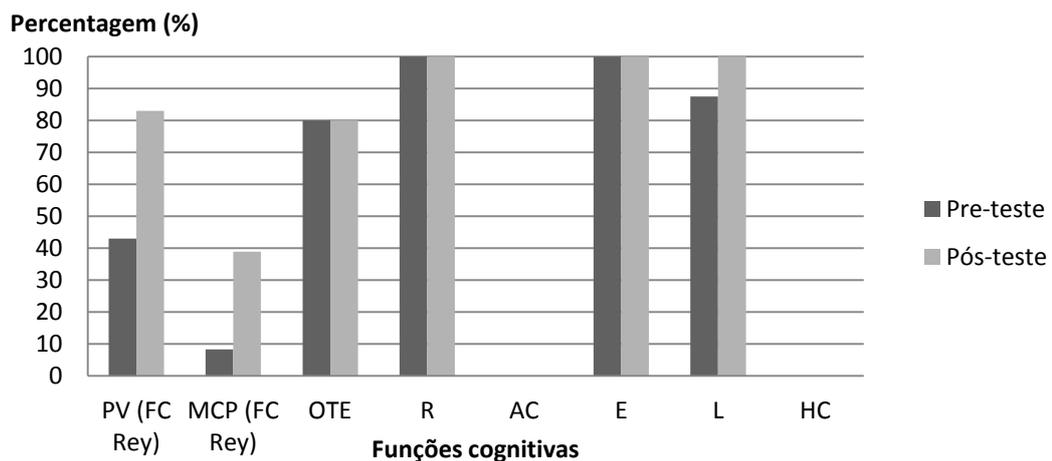
Passaremos a apresentar os resultados individualmente, exibindo um gráfico com os resultados de cada participante, comparando os resultados obtidos antes e após a intervenção.

- **Resultados de AT**

Durante a aplicação do Teste da Figura Complexa de Rey, AT manifestou insegurança nos dois momentos (pré e pós-teste), pois não queria “fazer mal feito”, apesar de lhe ter sido dito que não havia trabalhos certos e errados, e que o seu trabalho iria ter muito valor.

AT tem 82 anos, é analfabeta e durante a sua vida trabalhou na agricultura. Num primeiro momento, antes da intervenção Arteterapeutica (pré-teste), podemos verificar através do gráfico 2, que AT obteve, na cópia do teste acima referido, 15,5 pontos, numa realidade de 36 pontos, o que corresponde a 43% da pontuação total. Para a realização deste teste a idosa utilizou entre 21 e 22 minutos, o tipo de cópia foi o IV, observando-se justaposição de detalhes, e o percentil obtido foi inferior a 10 (Osterrieth, 1945). No que respeita à reprodução de memória, AT obteve 3 pontos, correspondendo a 8,3% da pontuação total, utilizando entre 2 e 3 minutos na sua execução, obtendo também aqui percentil inferior a 10 (Osterrieth, 1945).

Gráfico 2 - Resultados dos testes aplicados a AT



No mesmo Teste, mas após a intervenção (pós-teste), AT alcançou significantes melhorias. Na avaliação da Percepção visual, através da cópia, obteve 30 pontos, o que corresponde a 83%, uma subida de 40%, quando comparados os valores no momento pré-teste. Desta forma, o percentil obtido foi de 20, o tipo de

cópia manteve-se (IV, observando-se justaposição de detalhes) e o tempo utilizado na sua realização foi entre 24 e 25 minutos.

No que concerne à reprodução de memória no momento pós-teste, AT obteve 14 pontos, correspondendo a 38,9% da pontuação máxima, utilizando entre 6 e 7 minutos na sua execução. Apesar de manter o percentil inferior a 10, podemos verificar uma subida de 30,6%, quando comparados estes valores aos obtidos antes da intervenção.

Relativamente à aplicação do MMSE, e à comparação dos valores obtidos nos momentos pré-teste e pós-teste, o gráfico (gráfico 2) aponta não haver alterações significativas nos parâmetros de avaliação da Orientação Temporal e Espacial (pré-teste: 80%, pós-teste: 80%), Retenção (pré-teste: 100%, pós-teste: 100%), Atenção e cálculo (pré-teste: 0%, pós-teste: 0%), Evocação (pré-teste: 100%, pós-teste: 100%) e Habilidade construtiva (pré-teste: 0%, pós-teste: 0%). Apenas na Linguagem se verifica uma melhoria de 12,5%, após a intervenção (pré-teste: 87,5%, Pós-teste: 100%).

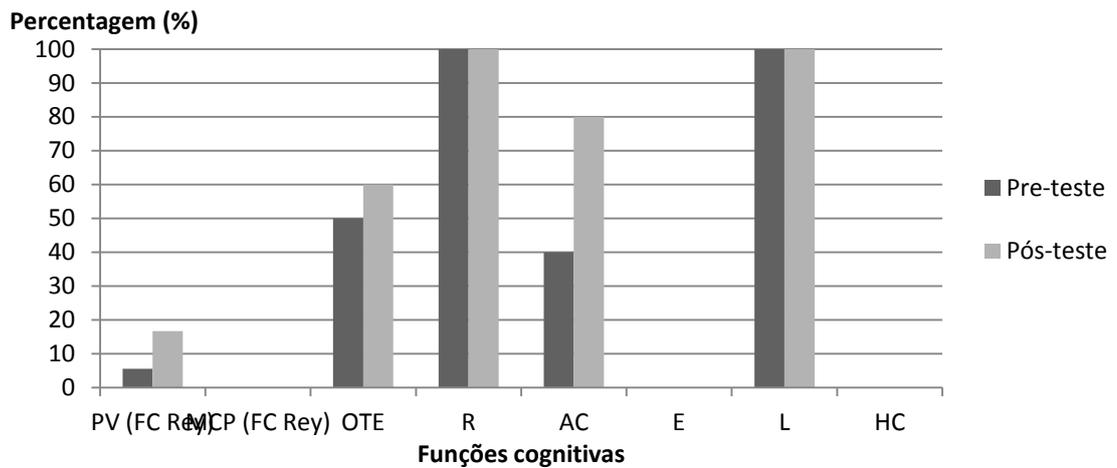
- **Resultados de MC**

O gráfico 3 apresenta-nos os resultados de MC. Esta Participante mostrou alguma insegurança no teste da figura complexa de Rey, tendo recusado fazer a reprodução de memória. MC tem 91 anos, é analfabeta e durante a sua vida trabalhou na agricultura e esteve durante 18 anos a trabalhar como auxiliar num lar de idosos na América.

No momento pré-teste, podemos verificar que MC obteve, na cópia do teste acima referido, 2 pontos, numa realidade de 36 pontos, o que corresponde a 5,6 % da pontuação total. Para a realização deste teste a idosa utilizou entre 19 e 20 minutos, o tipo de cópia foi o IV (Osterrieth, 1945), observando-se justaposição de detalhes, e o percentil obtido foi inferior a 10 (Osterrieth, 1945).

No mesmo Teste, mas após a intervenção (pós-teste), MC obteve 6 pontos, o que corresponde a 16,7%, uma subida de 11,1%, quando comparados os valores dos dois momentos de avaliação. O percentil manteve-se inferior a 10, assim como o tipo de cópia (IV, observando-se justaposição de detalhes) e o tempo utilizado na sua realização foi entre 31 e 32 minutos.

Gráfico 3 - Resultados dos testes aplicados a MC



No que concerne ao MMSE, e à comparação dos valores obtidos nos momentos pré-teste e pós-teste, o gráfico (gráfico 3) aponta não haver alterações significativas nos parâmetros de avaliação da Retenção (pré-teste: 100%, pós-teste: 100%), Evocação (pré-teste: 0%, pós-teste: 0%), Linguagem (pré-teste: 100%, pós-teste: 100%) e Habilidade construtiva (pré-teste: 0%, pós-teste: 0%). No entanto, verificamos algumas alterações na Orientação Temporal e Espacial (pré-teste: 50%, pós-teste: 60%) e na Atenção e cálculo, sendo esta a melhoria mais significativa deste teste (pré-teste: 40%, pós-teste: 80%).

• Resultados de CP

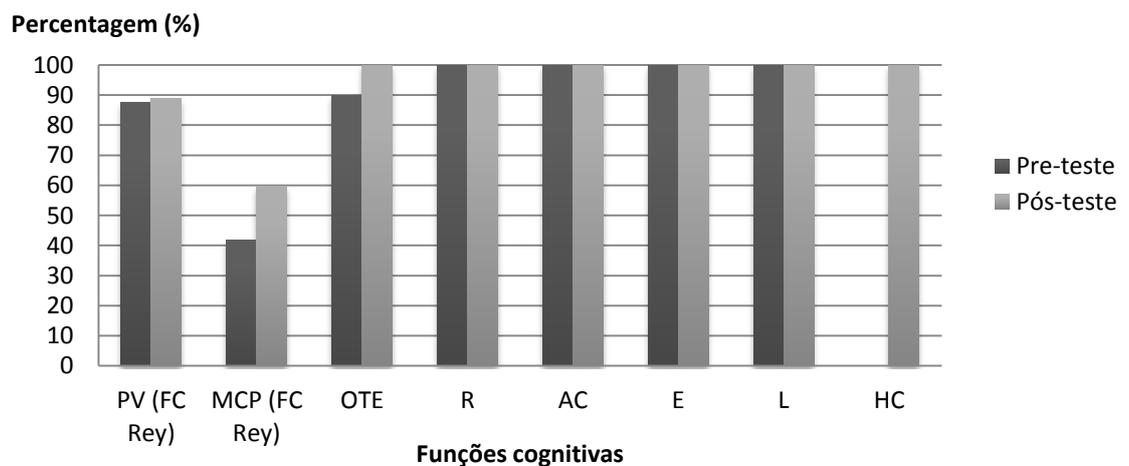
Esta idosa realizou os testes com muito empenho e segurança. Com 78 anos e a 1ª classe concluída, no momento pré-teste, podemos verificar através do gráfico 4, que CP obteve, na cópia do teste da figura complexa de Rey, 31,5 pontos, numa realidade de 36 pontos, o que corresponde a 87,5% da pontuação total. Para a realização deste teste a idosa utilizou entre 28 e 29 minutos, o tipo de cópia foi o IV (Osterrieth, 1945), observando-se justaposição de detalhes, e o percentil obtido foi entre 25 e 30 (Osterrieth, 1945). No que respeita à reprodução de memória, CP obteve 15 pontos, correspondendo a 41,7% da pontuação total, utilizando entre 2 e 3 minutos na sua execução, obtendo aqui percentil de 10 (Osterrieth, 1945).

No mesmo Teste, mas após a intervenção (pós-teste), CP obteve ligeiras melhorias. Na cópia, obteve 32 pontos, o que corresponde a 88,9%, uma subida de 1,4%, quando comparados os valores no momento pré-teste. Desta forma, o percentil obtido situa-se entre 40 e 50 (Osterrieth, 1945), o tipo de cópia manteve-se (IV,

observando-se justaposição de detalhes (Osterrieth, 1945)) e o tempo utilizado na sua realização foi entre 27 e 28 minutos.

Na reprodução de memória no momento pós-teste, CP obteve 21,5 pontos, correspondendo a 59,7% da pontuação total. O percentil situa-se nos 40 (Osterrieth, 1945), tendo utilizado entre 2 a 3 minutos na sua elaboração. Quando comparados estes valores aos obtidos antes da intervenção, verificamos uma melhoria de 18%.

Gráfico 4 - Resultados dos testes aplicados a CP



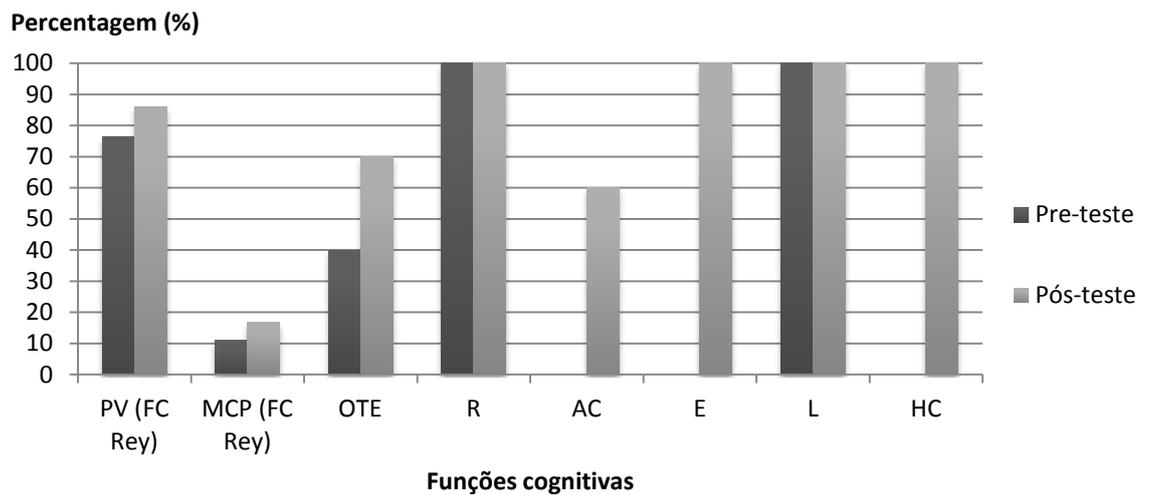
Relativamente à aplicação do MMSE, e à comparação dos valores obtidos nos momentos pré-teste e pós-teste, o gráfico (gráfico 4) aponta não haver alterações significativas nos parâmetros de avaliação da Retenção (pré-teste: 100%, pós-teste: 100%), Atenção e cálculo (pré-teste: 100%, pós-teste: 100%), Evocação (pré-teste: 100%, pós-teste: 100%) e Linguagem (pré-teste: 100%, pós-teste: 100%). Apenas se verifica melhoria de 10% na Orientação Temporal e Espacial (pré-teste: 90%, pós-teste: 100%) e de 100% na Habilidade construtiva (pré-teste: 0%, pós-teste: 100%).

• Resultados de OJ

OJ esteve sempre muito motivada na realização dos testes propostos. Viúva, de 90 anos e com a 3ª classe concluída, OJ obteve, no momento pré-teste, na cópia do teste da figura complexa de Rey, 27,5 pontos, numa realidade de 36 pontos, o que corresponde a 76,4% da pontuação total (gráfico 5). Para a realização deste teste a idosa utilizou entre 29 e 30 minutos, o tipo de cópia foi o IV (Osterrieth, 1945), observando-se justaposição de detalhes, e o percentil obtido é inferior a 10

(Osterrieth, 1945). No que respeita à reprodução de memória, OJ obteve 4 pontos, correspondendo a 11,1% da pontuação total, utilizando entre 13 e 14 minutos na sua execução, mantendo percentil abaixo de 10 (Osterrieth, 1945).

Gráfico 5 - Resultados dos testes aplicados a OJ



No momento pós-teste, OJ obteve melhorias. Na cópia, obteve 31 pontos, o que corresponde a 86,1%, uma subida de 9,7%, quando comparados os valores no momento pré-teste. Desta forma, o percentil obtido situa-se entre 25 e 30 (Osterrieth, 1945), o tipo de cópia manteve-se (IV, observando-se justaposição de detalhes (Osterrieth, 1945)) e o tempo utilizado na sua realização foi entre 27 e 28 minutos.

Na reprodução de memória no momento pós-teste, OJ obteve 6 pontos, correspondendo a 16,7% da pontuação total. O percentil mantém-se inferior a 10 (Osterrieth, 1945), tendo utilizado entre 11 e 12 minutos na elaboração desta prova. Quando comparados estes valores aos obtidos antes da intervenção, verificamos uma melhoria de 5,6%.

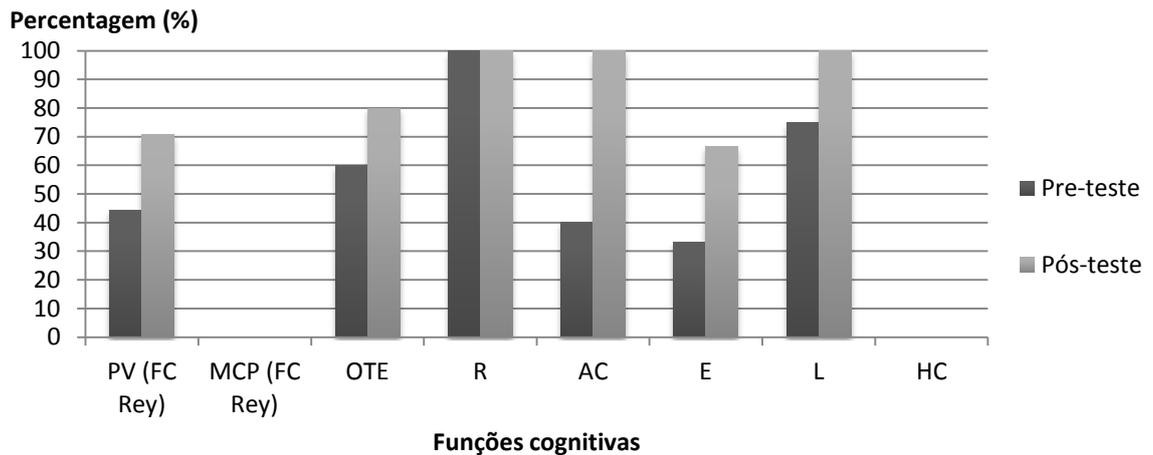
Relativamente à aplicação do MMSE, e à comparação dos valores obtidos nos momentos pré-teste e pós-teste, o gráfico (gráfico 5) aponta não haver alterações nos parâmetros de avaliação da Retenção (pré-teste: 100%, pós-teste: 100%) e Linguagem (pré-teste: 100%, pós-teste: 100%).

No entanto, verificamos melhoria de 30% na Orientação Temporal e Espacial (pré-teste: 40%, pós-teste: 70%), de 60% na Atenção e cálculo (pré-teste: 0%, pós-teste: 60%), de 100% na Evocação (pré-teste: 0%, pós-teste: 100%), e de 100% na Habilidade construtiva (pré-teste: 0%, pós-teste: 100%).

- **Resultados de OV**

O gráfico 6 apresenta-nos os resultados de OV. Esta participante é viúva, tem 85 anos, possui a 1ª classe e mostrou alguma insegurança no teste da figura complexa de Rey, tendo também recusado fazer a reprodução de memória.

Gráfico 6 -Resultados dos testes aplicados a OV



No momento pré-teste, podemos verificar que OV obteve, no exercício de cópia do teste acima referido, 16 pontos, numa realidade de 36 pontos, o que corresponde a 44,4 % da pontuação total. Para a realização deste teste a idosa utilizou entre 31 e 32 minutos, o tipo de cópia foi o IV (Osterrieth, 1945), observando-se justaposição de detalhes, e o percentil obtido foi inferior a 10 (Osterrieth, 1945).

No mesmo teste, mas após a intervenção (pós-teste), OV obteve 25,5 pontos, o que corresponde a 70,8%, uma subida de 26,4%, quando comparados os valores dos dois momentos de avaliação. O percentil manteve-se inferior a 10, assim como o tipo de cópia (IV, observando-se justaposição de detalhes) e o tempo utilizado na sua realização foi entre 20 e 21 minutos.

No que concerne ao MMSE, e à comparação dos valores obtidos nos momentos pré-teste e pós-teste, o gráfico (gráfico 6) mostra não haver alterações significativas nos parâmetros de avaliação da Retenção (pré-teste: 100%, pós-teste: 100%) e da Habilidade Construtiva (pré-teste: 0%, pós-teste: 0%). No entanto, verificamos melhoria de 20% na Orientação Temporal e Espacial (pré-teste: 60%, pós-teste: 80%), de 60% na Atenção e cálculo (pré-teste: 40%, pós-teste: 100%), de

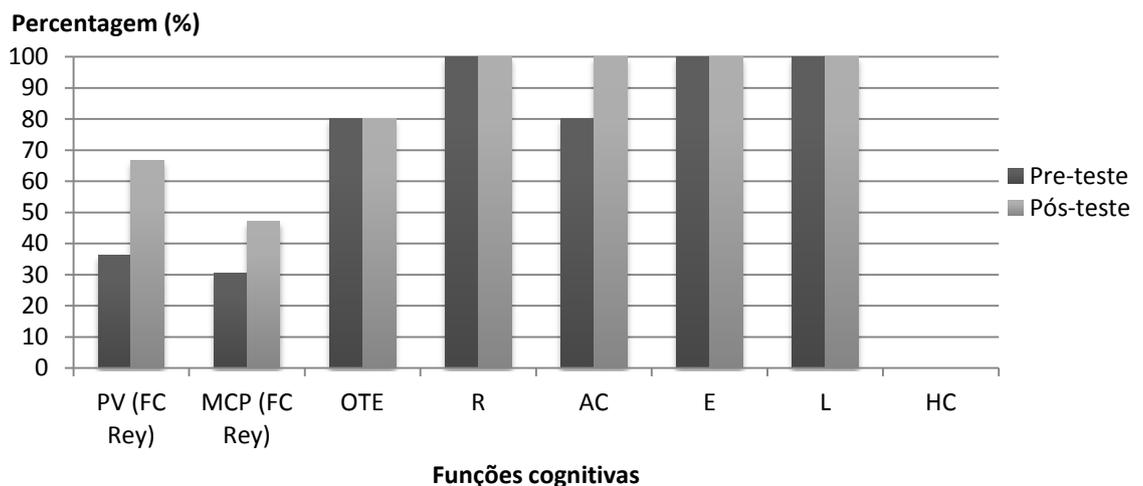
33,3% na Evocação (pré-teste: 33,3%, pós-teste: 66,6%) e de 25% na Linguagem (pré-teste: 75%, pós-teste: 100%).

• **Resultados de ED**

ED realizou os testes com muito interesse. Viúva, com 85 anos, é das participantes a com maior grau de escolaridade, tendo completado a 4ª classe. No momento pré-teste ED obteve, na cópia do teste da figura complexa de Rey (gráfico 7), 13 pontos, correspondendo a 36,1% da pontuação total. Para a realização deste teste a idosa utilizou entre 31 e 32 minutos, o tipo de cópia foi o IV (Osterrieth, 1945), observando-se justaposição de detalhes, e o percentil obtido foi inferior a 10 (Osterrieth, 1945). No que respeita à reprodução de memória, ED obteve 11 pontos, correspondendo a 30,6% da pontuação total, utilizando entre 24 e 25 minutos na sua execução, obtendo também aqui percentil inferior a 10 (Osterrieth, 1945).

No mesmo teste, mas após a intervenção (pós-teste), ED obteve melhorias. Na cópia, obteve 24 pontos, o que corresponde a 66,7%, uma subida de 30,6%, quando comparado com os valores do momento pré-teste. Desta forma, o percentil obtido mantém-se inferior a 10 (Osterrieth, 1945), o tipo de cópia permanece (IV, observando-se justaposição de detalhes (Osterrieth, 1945)) e o tempo utilizado na sua realização foi entre 28 e 29 minutos.

Gráfico 7 - Resultados dos testes aplicados a ED



Na reprodução de memória no momento pós-teste, ED obteve 17 pontos, correspondendo a 47,2% da pontuação total. O percentil situa-se agora nos 20

(Osterrieth, 1945), tendo utilizado entre 27 e 28 minutos na sua elaboração. Quando comparados estes valores aos obtidos antes da intervenção, verificamos uma melhoria de 16,9%.

Relativamente à aplicação do MMSE, e à comparação dos valores obtidos nos momentos pré-teste e pós-teste, o gráfico (gráfico 7) aponta não haver alterações significativas nos parâmetros de avaliação da Orientação Temporal e Espacial (pré-teste: 80%, pós-teste: 80%), da Retenção (pré-teste: 100%, pós-teste: 100%), da Evocação (pré-teste: 100%, pós-teste: 100%), da Linguagem (pré-teste: 100%, pós-teste: 100%) e da Habilidade construtiva (pré-teste: 0%, pós-teste: 0%). Apenas se verifica uma melhoria de 20% na Atenção e Cálculo (pré-teste: 80%, pós-teste: 100%).

Passaremos a apresentar a média de resultados de todos os participantes, comparando os resultados obtidos antes e após a intervenção.

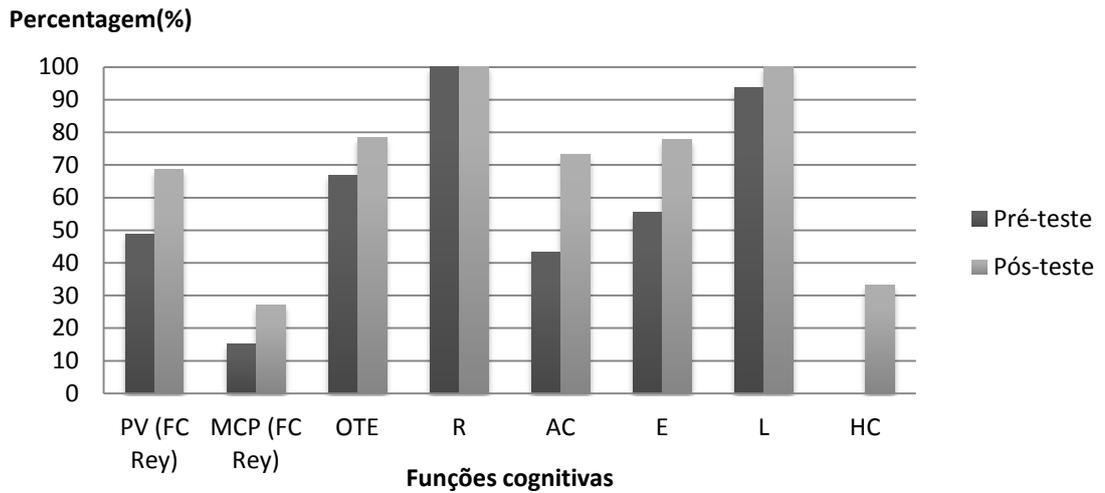
- **Resultados globais**

Comparando os resultados de todos os indivíduos (gráfico 8), podemos verificar que, com excepção da retenção, que obteve pontuação máxima antes e após a intervenção, existe uma melhoria em todos os itens de avaliados, quando comparados os resultados pré-teste e pós-teste. No que respeita ao teste da figura complexa de Rey, na avaliação da percepção visual através do teste de cópia, obtivemos uma melhoria de 19,9%, e na avaliação da memória a curto prazo a melhoria foi de 11,8%.

Já nos resultados do MMSE, a orientação temporal e espacial obteve uma subida de 11,6%, a Atenção e Cálculo auferiu um aumento de 30%, a evocação alcançou uma subida de 22,2%, a linguagem foi, entre todos os itens, aquele que obteve um aumento mais reduzido, de apenas 6,2%, e a habilidade construtiva foi de todos os parâmetros avaliados aquele que obteve a mais alta melhoria, alcançando os 33,3%.

O item onde os participantes demonstraram maiores dificuldades no momento anterior à intervenção, foi no exercício de reprodução de memória na Figura complexa de Rey, e na Atenção e Calculo e na Habilidade construtiva (MMSE). No entanto, após a intervenção, as maiores subidas verificadas foram precisamente nestes dois últimos itens mencionados, 30% e 33,3%, respectivamente.

Gráfico 8 - Média dos resultados globais obtidos



Em suma, verificamos que a média de respostas correctas em todos os testes aplicados, antes da intervenção foi de 52,9% e após a intervenção foi de 69,8%. Desta forma apuramos um aumento global de 16,9% de respostas correctas, após a intervenção Arteterapeutica.

IV. Discussão

A expressão artística tem acompanhado a humanidade desde o seu início, como espelho deste processo amplo, intemporal e vivo. Para a sobrevivência, saúde e crescimento da sensibilidade humana é fundamental que haja um espaço para criar, sonhar, realizar, descobrir; um tempo criativo para pensar, sentir e criar; um instrumento próprio para viajar com as cores da imaginação; um voto de confiança para a coragem de acreditar na liberdade e na autenticidade e confiança no seu próprio valor. Este tempo e vivências proporcionadas pelo contacto com pessoas parecidas ou diferentes são proporcionados no grupo Arteterapeutico (Puffal et al, 2009).

Desta forma, é importante mencionar que a criação deste grupo foi importante, no sentido em que foi possível criar um espaço de partilha, de incentivo à criatividade e auto-estima. Durante toda a intervenção atendemos às particularidades de cada idoso, e verificámos à partida a prevalência de baixa auto-estima e insegurança. Philippini (2006) mostra-nos que resultados encontrados na oferta de actividades que configuram o uso da arte como meio de estimulação de idosos, também têm obtido como resultado global, a redefinição positiva de papéis e funções dos mesmos, além de promover a recuperação da auto-estima do idoso institucionalizado.

As convicções das suas incapacidades eram muito fortes, pelo que muitos participantes referiram, repetidamente durante as sessões, frases como “Eu não sou capaz...”; “Está a ficar tudo mal feito...”; “Eu não estudei...não sei fazer estas coisas...”. Desta forma, com o intuito de valorizar as capacidades e reduzir as fragilidades, reforçámos, para todo o grupo, que a Arteterapia não se preocupa com a estética e com a técnica, mas privilegia a possibilidade de expressão e comunicação e o resgate e ampliação de possibilidades criativas, tal como Barbosa & Werba (2009) referem nos seus estudos.

Segundo Guedes (2007), a velhice é uma etapa da vida cercada por diversas limitações e constrangimentos. Envelhecer implica enfrentar transformações no corpo e na vida social. Em muitos casos, junto ao tempo livre, aparecem também sentimentos negativos que se podem transformar em problemas de saúde, como depressão e solidão. A autora diz ainda que quando isso acontece, a arte pode

possibilitar – por meio de trabalhos artísticos como: a pintura, o desenho, recorte, etc. - a socialização do idoso, pois é um meio de expressão e comunicação, uma actividade lúdica que permite descobertas e aprendizagem e neste processo os indivíduos revelam os seus sentimentos, emoções, além da criatividade e o talento até então por desvendar.

Ao longo de toda a intervenção verificámos que houve uma melhoria significativa neste campo, pelo que os participantes começaram a sentir mais segurança na execução dos seus trabalhos, assim como maior confiança nos resultados obtidos, expondo-os com orgulho aos colegas do grupo e ao terapeuta.

Os resultados mostram-nos que houve progressos em relação ao indicador de defeito cognitivo, com base no ponto de corte do MMSE, sendo que apenas considerámos defeito cognitivo a pontuação igual ou inferior a 15, para analfabetos e pontuação igual ou inferior a 22, para participantes com escolaridade entre 1 a 11 anos (Guerreiro, 1998). Verificamos assim, que apenas dois participantes, OV e OJ, apresentaram valores indicativos de defeito cognitivo antes da intervenção Arteterapeutica, mas após a mesma, todos os participantes exibiram resultados favoráveis, sem defeito cognitivo. Também no estudo realizado por Fernandes et al (2010), realizado com recurso à estimulação cognitiva através de imagens, houve um aumento significativo na média das pontuações obtidas no MMSE, quando comparados os dois momentos de avaliação, antes e depois da intervenção.

Quando analisados os resultados individualmente, obtidos antes e após a intervenção, verificamos que AT, ED e OV foram as participantes que obtiveram maior subida de resultados na cópia do teste da Figura de Rey. AT, ED e OV, auferiram, antes da intervenção Arteterapeutica (pré-teste), 43%, 36,1 e 44,4%, respectivamente. Após a intervenção verificámos uma subida de 40% para AT, 30,6% para ED e 26,4% para OV. OJ e CP abarcaram um aumento de 9,7% e 1,4%, respectivamente, no entanto foram as duas participantes com melhor pontuação nos dois momentos (OJ: pré-teste: 76,4% / pós-teste: 86,1%; CP: pré-teste: 87,5% / pós-teste: 88,9%). Apenas MC apresentou resultados mais baixos, antes e após a intervenção (5,6% e 16,7%, respectivamente), quando feita a comparação com os restantes membros do grupo, tendo, no entanto, e tal como os outros participantes, revelado melhorias nesta prova (11,1%) após a intervenção.

Quanto ao tipo de cópia, verificámos que em todo o grupo foi o IV, pois o método de elaboração deste teste foi através da justaposição de detalhes. O percentil

obtido por cada participante variou de acordo com as respectivas pontuações, sendo que, à excepção de CP (pré-teste: percentil entre 25 e 30, pós-teste: percentil entre 40 e 50), os restantes membros do grupo obtiveram, anteriormente à intervenção, percentil inferior a 10. Após a intervenção apenas duas participantes elevaram o seu valor de percentil, AT (percentil de 20) e OJ (percentil entre 25 e 30), tendo MC, OV e ED mantido o percentil inferior a 10.

No que respeita ao teste de reprodução de memória, AT, CP e ED foram as participantes que apresentaram maiores progressos, quando comparados os resultados antes e após a intervenção, obtendo 30,6%, 18% e 16,6%, respectivamente. OJ também apresentou melhorias, apesar de mais reduzidas (5,6%). MC e OV recusaram fazer esta prova. Este foi o teste que mais causou insegurança e dificuldades nas nossas participantes. Todos os elementos que realizaram a prova utilizaram justaposição de detalhes, mantendo assim o tipo de construção da figura (IV) (Osterrieth, 1945). O percentil de AT, OJ e ED situou-se, no momento pré-teste, abaixo de 10, sendo que apenas o percentil de CP atingiu o valor de 10. Após a intervenção CP e ED elevaram o valor de percentil, alcançando 40 e 30, respectivamente (Osterrieth, 1945).

Já na aplicação do MMSE, as participantes viram avaliada, num primeiro item, a Orientação temporal e espacial. Neste item, no momento pré-teste, verificamos que OJ tem a menor pontuação (40%), seguindo-se, com pontuação ligeiramente mais alta, MC (50%) e OV (60%), pelo que as pontuações mais elevadas foram conseguidas por AT (80%), ED (80%) e CP (90%). Após a intervenção, OJ foi quem alcançou a subida mais elevada (de 30%), obtendo agora 70% de respostas correctas neste item. OV também teve uma melhoria da sua pontuação (20%), respondendo correctamente a 80% das questões. MC e CP tiveram uma melhoria de 10%, e AT e ED mantiveram a pontuação inicial.

No segundo item desta prova, foi avaliada a Retenção. Todos os membros do grupo tiveram excelentes resultados, antes e após a intervenção, obtendo a pontuação máxima (100%) nos dois momentos de avaliação.

O terceiro item, que avaliou a Atenção e Cálculo, suscitou algumas dificuldades a AT, que receou responder, argumentando que nunca andou na escola. Esta idosa é muito hábil no que concerne ao cálculo mental, e quando não está sob avaliação, executa exercícios de cálculo bastante mais complexos que os que foram apresentados neste teste. No entanto, após varias tentativas, AT recusou-se sempre a

responder dizendo “eu não consigo... não consigo”, pelo que respeitámos a sua decisão. Já CP obteve a pontuação máxima nos dois momentos da prova. As restantes idosas obtiveram melhorias nesta prova. ED obteve uma melhoria de 20%, MC de 40%. Já OV e OJ foram as participantes que auferiram a maior melhoria (ambas obtiveram uma subida de 60%).

No item que avalia a Evocação, MC recusou participar, antes e após a intervenção. Já AT, CP e ED obtiveram pontuação máxima nos dois momentos de avaliação. Desta forma, apenas verificamos melhorias em OV (33,3%), e em OJ (100%), que anteriormente à intervenção, se disse incapaz de responder às questões colocadas, e após a intervenção respondeu correctamente a todas as perguntas.

Na avaliação da Linguagem, todas as idosas tiveram resultados positivos, pelo que MC, CP, OJ e ED obtiveram 100% de respostas correctas nos dois momentos de avaliação. AT e OV, que inicialmente obtiveram 87,5% e 75%, respectivamente, de respostas correctas, atingiram, após a intervenção, a pontuação máxima, o que corresponde a uma subida de 12,5% para AT e de 25% para OV.

A Habilidade Construtiva foi o item do MMSE onde as idosas tiveram maiores dificuldades. AT, MC, OV e ED não obtiveram pontuação em nenhum dos momentos de avaliação. No entanto, CP, que inicialmente demonstrou bastantes limitações, e OJ, que recusou fazer o exercício no momento pré-teste, após a intervenção ambas conseguiram realizar este exercício correctamente, alcançando, as duas, uma melhoria de 100%.

Tal como verificamos nos nossos resultados obtidos no MMSE, também nos estudos realizados por Dias et al (2010), as maiores dificuldades dos idosos concentram-se na atenção e cálculo, e também na habilidade construtiva, referindo ainda que, nos seus estudos, muitos idosos alegaram perda de sensibilidade e tacto o que dificultava a coordenação motora para o desenho, além de dificuldades para calcular mentalmente as subtracções. Os idosos que participaram nesta intervenção não referiram perda de sensibilidade, mas falta de “jeito” e prática em desenho, e muita insegurança, pois tinham muito receio de fazer “mal feito”. No entanto, e talvez derivado ao intenso trabalho de estimulação da motivação, os participantes que inicialmente recusaram executar o exercício da habilidade construtiva, mostraram agora menos receio e maior vontade de colaborar, tal como podemos verificar no caso de OJ.

Os estudos efectuados por Ribeiro et al (2010) e Beeri et al (2006) apontam para uma associação positiva entre escolaridade, melhor desempenho cognitivo, no entanto, no nosso estudo isto não foi verificado. Um factor que poderá ser responsável por estes resultados, será o facto de haver participantes com baixa escolaridade, mas que se apresentam mais activos, como por exemplo, gostam de saber o dia da semana, fazendo contas de cabeça de forma a estarem orientados no tempo, gostam de seguir programas televisivos e participam em todas as actividades propostas na Instituição. A ilustrar este exemplo temos o caso CP, apenas com a 1^a classe, foi quem obteve maior número de respostas certas em todas as provas, nos dois momentos deste estudo, e de AT, analfabeta, mas muito participativa em toda a dinâmica diária do lar, que obteve resultados muito positivos. Abraham (2006) e Kramer et al (2005) também demonstraram nos seus estudos que maior convívio com actividades que solicitam diferentes funções cognitivas pode conduzir a um efeito positivo na preservação das funções cognitivas na velhice.

Analisando globalmente os resultados, verificamos que existe uma melhoria em todos os itens de avaliados, quando comparados os resultados pré-teste e pós-teste. No que respeita ao teste da figura complexa de Rey, obtivemos uma melhoria global tanto no teste de cópia (19,9%) como na avaliação da memória a curto prazo (11,8%). Já nos resultados do MMSE, com excepção da Retenção, que obteve pontuação máxima antes e após a intervenção, obtivemos melhorias na Orientação Temporal e Espacial (11,6%), na Atenção e Cálculo (30%), na Evocação (22,2%), na Linguagem (6,2%) e na habilidade construtiva (33,3%).

O item onde os participantes demonstraram maiores dificuldades no momento anterior à intervenção, foi no exercício de reprodução de memória na Figura complexa de Rey, e na Atenção e Calculo e na Habilidade construtiva (MMSE). No entanto, após a intervenção, as maiores subidas verificadas foram precisamente nestes dois últimos itens mencionados, 30% e 33,3%, respectivamente.

Em suma, verificamos que a média de respostas correctas em todos os testes aplicados, antes da intervenção foi de 52,9% e após a intervenção foi de 69,8%. Desta forma apuramos um aumento global de 16,9% de respostas correctas, após a intervenção Arteterapeutica.

V. Conclusões

Após a realização deste estudo os participantes mostraram-se satisfeitos com a sua realização, e empenhados em manter as actividades de Arteterapia. Desta forma, foi sugerido à Instituição que mantivesse algumas das actividades, mediante as suas capacidades.

De todas as actividades realizadas, as que suscitaram maior interesse foram as que abarcavam a pintura e a colagem/recorte, sendo que o desenho sobre folha de papel branco foi o que promoveu menor interesse. O grupo manifestou insegurança quando estava perante folhas brancas e ausentes de desenho ou forma. A manifestação da baixa auto-estima, tão presente neste grupo, limitou por vezes a execução dos seus trabalhos, pois tinham medo de fazer errado, e por isso, em certos momentos, optavam por não fazer a actividade proposta.

Como limitações do nosso estudo apontamos o reduzido tamanho da amostra, uma vez que apenas 6 indivíduos não conseguem representar a realidade de todos os idosos.

Referimos também como limitação a durabilidade do estudo, uma vez que consideramos que, apesar de outros estudos se efectuarem em semelhantes períodos de tempo (Valladares, 2006; Barbosa & Werba, 2009; Portella & Ormezzano, 2010; Simões, 2010), os idosos em muito beneficiariam se o mesmo se alongasse.

Seria interessante, tornar a Arteterapia numa prática regular no seio da instituição, derivado ao interesse e motivação demonstrados pelas idosas, após o seu término.

Por fim, concluímos com este estudo que há ainda um grande caminho a ser percorrido nesta área e esperamos que o nosso trabalho possa dar o seu humilde contributo. Ao longo deste percurso muitos são os ensinamentos adquiridos, contribuindo para o crescimento do terapeuta, tanto a nível profissional como pessoal.

VI. Referências bibliográficas

Abraham, W. C. (2006). Memory maintenance. The changing nature of neural mechanisms. *Association for Psychological Science, 15*, 5-8.

Aguiar, A. P., Macri, R., (2010). Promovendo a qualidade de vida dos idosos através da arteterapia. *R. Pesq.: Cuid. Fundam. Online 2*(ed. supl.):710-713

Barbosa, E. T., Werba, G.C., (2009). Arteterapia e Idosos Institucionalizados: Uma Experiência no Tempo. *Conversas Interdisciplinares. Ano 1, Vol. 1.*

Barroso, G. (2008). Avaliação da memória Visuo-motora em idosos institucionalizados, praticantes e não praticantes de actividade desportiva. Porto: Dissertação de Licenciatura apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Beeri, M. S., Schmeidler, J., Sano, M., Wang, J., Lally, R., & Grossman, H. (2006). Age, gender, and education norms on the CERAD neuropsychological battery in the oldest old. *Neurology, 67*, 1006-1010.

Bohlmeijer, E., Valenkamp, M., Westerhof, G., Smit, F., & Cuijpers, P. (2005). Creative reminiscence as an early intervention for depression: Results of a pilot study. *Aging & Mental Health, 9* (4), 302-304.

Camara, V. D., Gomes, S. S., Ramos, F., Moura S., Duarte, R., Costa, S. A., Ramos, P. A. F., Lima, J. A. M. C., Camara, I. C. G., Silva, L. E., Silva, A. B., Ribeiro, M. C., Fonseca, A. A. (2009). Cognitive Rehabilitation of Dementia. *Revista Brasileira de Neurologia, Vol. 45* (1): 25-33.

Carvalho, M. R. (2001). Cognitive-behavioral therapy through art-therapy. *Rev. Psiq. Clín. 28* (6), 318-321.

Carvalho, F. C. R., Neri, A. L. & Yassuda, M. S. (2010). Treino de Memória Episódica com Ênfase em Categorização para Idosos sem Demência e Depressão. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23 (2), 317-323

Charchat, H. F., Caramelli, P., Sameshima, K., & Nitrini, R. (2005). Decline of cognitive capacity during aging. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, 12, 79-82.

Coutinho, V. (2008). *Arteterapia com idosos: ensaios e relatos*. Rio de Janeiro: Wak Ed.

Decker, S. S., Pereira, E. R. (2009). *Trabalhando a percepção do corpo e a auto-estima na terceira idade: relato de experiencia*. Curitiba: Centro Reichiano.

Dias, M., França, M., Almeida, M. B., Dias, K. M., Moreno, M. L., Bittencourt, A. M.,(2010). Mini-Exame Do Estado Mental: Em Busca do Conhecimento da Alteração da Cognição do Idoso na Zona Oeste do Município do Rio de Janeiro. *R. pesq.: cuid. fundam. online*. 2(Ed. Supl.), 944-94

Douglas, S., James, I., Ballard, C. (2004) Non-pharmacological interventions in dementia. *The Royal College of Psychiatrists: Advances in Psychiatric Treatment* 10: 171-177

Fernandes, A., Fernandes, H., Teixeira, D., Ferreira, H., Marques, I., Pereira, S. (2010). Estimulação da Cognição em Idosos residentes num Lar de Idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*. Ano IV – Volume III. (2)

Fernández – Ballesteros, R. (2004); *Gerontología Social*; Ediciones Pirámide; Madrid.

Freitas, E.V., Xavier Cançado, F.A., Doll, J., Gorzoni, M.L. (2011). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Folstein, M.F. , Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res.* 12:189-98.

Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa

Foss, M. P., Bastos-Formigheri, M. S., Speciali, J. G. (2010). Rey complex figures for the elderly. *Aval. psicol.* vol.9 (1)

Gonçalves, D.C., Albuquerque, P. B. & MARTÍN, I.(2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. *Análise Psicológica.* 1 (XXVI): 101-110

Guedes, M. H. M. (2007). Idoso e Arte: Uma relação possível com a auto-imagem? Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Universidade Católica de Brasília, 2007.

Guerreiro, M. (1998). Contributo da Neuropsicologia para o estudo das Demências. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Medicina de Lisboa.

Hamdan, A. C. & Bueno, O. F. A., (2005). Relações entre controlo executivo e memória episódica verbal no comprometimento cognitivo leve e na demência tipo Alzheimer. *Estudos de Psicologia, 10*, 63-71.

Hollveg, P. & Hamdan, A.C., (2008). Avaliação neuropsicológica em idosos. *RBCEH, Passo Fundo*, v. 5 (2).

Jacob, L. (2008). Animação de idosos: actividades. Porto: AMBAR.

Jamus, D. R. & Mader, M. J. (2005). The Rey Complex Figure and its importance a method of neuropsychological assessment. *J. epilepsy clin. neurophysiol.* vol.11 (4).

Knight, B. G. (2004). *Psychotherapy with older adults*. California: SAGE Publications.

Kramer, A. F., Colcombe, S. J., McAuley, E., Scalf, P. E., Erickson, K. I. (2005). Fitness, aging and neurocognitive function. *Neurobiology of Aging*, 26.

Leloup, J. (2002). O corpo e seus símbolos: Uma antropologia essencial. Petrópolis, Vozes. 2002.

Lenardt, M.H., Michel, T., Wachholz, P.A., Borghi, A.S., Seima, M.D. (2009). Institutionalized elder women's performance in the mini-mental state examination. *Acta Paul Enferm.* 22(5):638-44.

Lourenço, R. A., Veras, R. P., Ribeiro, P. C. C., (2008). Test-retest reliability of the Mini-Mental State Examination in an elderly population attended in a primary health care setting. *Rev Saúde Pública*, Vol. 11 (1).

Lourenço, R. A. & Veras, R. P. (2006). Mini-Mental State Examination: psychometric characteristics in elderly outpatients. *Rev Saúde Pública* Vol. 40 (4), 712-719.

Mariz-Silva, E. & Lamela, D. (2006) Research in Ethics and Deontology in Gerontology: Reflections for the development of a code of ethics in Portugal, *Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia*; 2006; 8(1); 9-20;

Moreira, P. R. T. (2007). *Arte-terapia: Comece onde você está, Construindo a sua própria imagem*. Maceió - Alagoas, CRP 15/1659.

Ormezzano, G. & Arruda, L. Z. (2005). Art therapeutic intervention with an old oncologic patient. *RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo*, 16-27.

Osterrieth, R. A. (1945). Lê Test de Copie d'une Figure Complexe. *Archives de psychologie*, 30, 205-353.

Philippini, A. Para entender Arteterapia. Cartografias da Coragem. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2006.

Pimentel, L. (2001), *O lugar do idoso na família*. Lisboa, Editora Quarteto;

Pinto, A. L. F.(1999). Memory: A Challenge to the Autonomy of the Elderly. *Fam. Saúde Desenv., Curitiba, V.1, (1/2)*, 39-48.

Portella, M. R. & Ormezzano, G. (2010). Arte-terapia no cuidado gerontológico: reflexões sobre vivências criativas na velhice e na educação. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia Universidade Sênior Contemporânea*, Ano iv – Volume iii, (2) 61-80.

Puffal, D. C., Wosiack, R. M. R., Junior, B. B. (2009) Art Therapy: helping the self perception at old Age. *RBCEH, Passo Fundo*, v. 6 (1), 136-145.

Quevedo, J., Martins, M. R., Izquierdo, I. (2006). Alterações Cerebrais E Memória. In: Bottino, C. M. C., Laks, J., Blay, S. L. *Demência e Transtornos Cognitivos em Idosos*. Rio De Janeiro: Guanabara Koogan.

Rey, A. (1942). L'Examen Psychologique dans l'ê Cãs d'Encéphalopathie Traumatique. *Archives de Psychologie*, 28, 286-340.

Rey, A. (1959) *Manuel: Test de Copie d'une Figure Complexe*. Paris, EU: Centre de Psychologie Appliquée.

Rey, A. (2002). Teste de Cópia de Figuras Complexas. Centre de Psychologie Appliquée (Paris). Adaptação Portuguesa: Departamento de Investigação e Publicações Psicológicas - CEGOC-TEA.

Resende, M. C., Turra, D. D., Alves, F., Pereira, F. B., Santos, S. A. P., Trevisan, V. C. (2008) Caring for persons with Alzheimer: social, physical and psychological influences involved in this task. *RBCEH, Passo Fundo, vol.5 (1)*, 19-31.

Ribeiro, P. C. C., Oliveira, B. H. D, Cupertino, A. P., Neri, A. N., Yassuda, M. S., (2010). Performance of the Elderly in the CERAD Cognitive Battery: Relations with Socio-Demographic Variables and Perceived Health. *Psicol. Reflex. Crit.* vol.23 (1).

Rigo, L. M. (2007). Elderly people living in an institution. *RBCEH, Passo Fundo, vol. 4, (2), 83-93.*

Santin, J. R., Borowski, M. Z. (2008). Aged and the constitutional principle of the dignity human being. *RBCEH, Passo Fundo, vol. 5, (1), 141-153.*

Silva, G.E., Santos, F.H. (2009). Effects of sedentarism on cognitive functions of elderly ladies with intermediate education. *Psico*, v. 40 (1), pp. 81-87.

Simões, A. (2006.) *A nova velhice: um novo público a educar*. Lisboa: Âmbar.

Simões, A. (2010). A influência da animação artística na qualidade de vida dos idosos. Instituto Politécnico de Bragança – Escola Superior de Educação.

Souza, J. N., Chaves, E. C. (2005). The Effect of Memory Stimulation Practices as a Therapeutic Method on Healthy Elders, *Rev Esc Enferm USP.* 39(1): 13-9.

Souza, P. S., Falcão, J. T. R., Leal, M. C. C., Marino, J. G. (2007). Avaliação do desempenho cognitivo em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 10, 29-38.*

Treitz, F., Heyder, K., Daum, I. (2007). Differential course of executive control changes during normal aging. *Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn.*14(4), 370-9.

Urrutigaray, M. C. (2008). *Arteterapia: a transformação pessoal pelas imagens*. 4. ed. Rio de Janeiro: Wak, 2008.

Valladares, A. C. A., Fussi, F. E. C. (2003). *Arteterapia: Possibilidade de um outro olhar*. Branco, in R. F. G. R. (Org) *A relação com o paciente: teoria, ensino e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 287-293.

Valladares, A. C. A., Carvalho, A. M. P. (2006). Improving graphic skills during hospitalization.. *Rev. Eletr. Enf.* 8(1):128-33.

Valladares, A. C. A. (2006). Art therapy, sick mental and family. An integrated care and possible in mental health in our present time. *Rev. Arteterapia: Imagens da Transformação. Rio de Janeiro: Clínica Pomar. Vol. 12 (12) 09-32.*

Valladares, A. C. A., Júnior, A. L., Pimentel, A. A. C., Bonfim, M. C., Guarda, P. J., Carvalho, I. B. (2008). Arteterapia no resgate do envelhecimento saudável. *In: Jornada Goiana De Arteterapia (2) 158-168.*

Vasconcelos, L. G., Brucki, S. M. D., Bueno, O. F. A. (2007). Cognitive and functional assessment tools: review of Brazilian literature. *Dementia and Neuropsychologia, 1, 18-23.*

Vergara, S. C. (2007). Projectos e relatórios de pesquisa em administração. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

Vitiello, A. P., Ciriaco, J. G. M., Takahashi, D. Y., Nitrini, R., Caramelli, P. (2007). Avaliação cognitiva breve de pacientes atendidos em ambulatório de Neurologia geral. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 65, 299-303*

Waller, D. (2007). Dementia, stigmatisation and art therapy. *Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social, Vol. 2, 63-70.*

Wood, G. M. O., Carvalho, M. R. S., Rothe-Neves, R., & Haase, V. G. (2001). Validação da Bateria de Avaliação da Memória de Trabalho (BAMT-UFMG). *Psicologia: Reflexão e Crítica. 14(2), 325-341.*

Xavier, A. J., Orsi, E., Sigulem, D., Ramos, L.R. (2010). Time orientation and executive functions in the prediction of mortality in the elderly: Epidoso study. *Rev Saúde Pública. 44(1), 148-58.*

Yassuda, M. S, Lasca, V. B., & Neri, A. L. (2005). Meta-memória e auto-eficácia de instrumentos de pesquisa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 78-90.

Yassuda, M. S., Tavares-Batistoni, S. S., Fortes, A. G., & Neri, A. L. (2006). Treino de memória no idoso saudável: Benefícios e mecanismos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 470-481.

VII. Anexos

Índice de Anexos

Anexo I – Relatório diário da Intervenção

Anexo II - Consentimento informado

Anexo III - Testes aplicados ao grupo