

Rita Camacho Silvestre Nobre

# **Envelhecimento Ativo no Idoso Institucionalizado**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE  
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

2016

Rita Camacho Silvestre Nobre

# **Envelhecimento Ativo no Idoso Institucionalizado**

Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sobre a orientação de:

Professora Doutora Aurízia Anica



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

2016

## Declaração de autoria de trabalho

Declaro ser o(a) autor(a) deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam na listagem de referências incluída.

---

Copyright © Rita Camacho Silvestre Nobre

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

*«(...) O envelhecimento deve ser pensado numa perspectiva positiva, centrado nas características da pessoa que envelhece e nas medidas de controlo e redução das perdas e não apenas nos efeitos negativos da velhice.»*

(Sequeira, 2007, p. 32)

## Dedicatória

À minha mãe, a minha melhor amiga.

Ao meu pai, o meu herói.

Aos meus amigos, a minha segunda família.

## Agradecimentos

Este espaço é dedicado àqueles que deram a sua contribuição para a realização deste trabalho. A todos eles deixo aqui o meu mais sincero agradecimento.

À professora Doutora Aurízia Anica, diretora do mestrado e orientadora do presente trabalho, obrigada pelo apoio, paciência, dedicação e aconselhamento.

À Dra. Nicole Lobo, orientadora local, pela colaboração, disponibilidade, incentivo, atenção e apoio que sempre me dedicou.

À Ana Caço, animadora do Lar Seara de Abril, pela colaboração, apoio, acompanhamento e disponibilidade que sempre demonstrou em todas as atividades.

A toda a equipa do Lar Seara de Abril, sem exceção, por me fazerem sentir em casa e pela forma como me receberam.

Aos idosos, por quem fui sempre recebida de braços abertos, por me ensinarem e ajudarem a perceber que o melhor modo de trabalhar com eles é estar próxima deles e, sem eles, nada disto teria sido possível. O meu mais sincero obrigada!

Aos meus amigos, Corina, Sara, Cristina, Maria que, entre outros, sempre me acompanharam e se mostraram dispostos a ouvir os meus receios, dúvidas, ideias, e que sempre me apoiaram neste percurso.

Um enorme obrigado ao meu namorado Miguel, pelo amor, apoio, paciência, conselhos e acima de tudo pela força.

E, em especial aos meus pais, sem a vossa ajuda não disto teria sido possível. O meu obrigado por sempre me terem incentivado e ajudado a prosseguir os meus sonhos, pela educação que me deram, por todos os sacrifícios que fizeram ao longo das suas vidas para que nada me tenha faltado, pela paciência e esforço que tiveram ao longo de todo este percurso e, acima de tudo, por acreditarem e confiarem em mim. É a eles a quem devo tudo.

A todos um muito OBRIGADA!

## Resumo

O projeto de investigação-ação desenvolvido no âmbito de estágio foi subordinado ao tema Envelhecimento Ativo no Idoso Institucionalizado e foi realizado no Lar Seara de Abril de Santa Bárbara de Padrões. Teve como principal objetivo estimular as capacidades cognitivas e físico-motoras dos idosos institucionalizados, no sentido de promover o envelhecimento ativo. Pretendia-se principalmente manter ou melhorar a capacidade funcional e cognitiva dos idosos e, portanto, a sua qualidade de vida.

Foi desenhado um projeto que se desenrolou ao longo de cinco meses, em três fases: a primeira de diagnóstico, a segunda de implementação e avaliações parcelares das atividades e estratégias programadas e a terceira de avaliação final dos resultados. Foi feita uma análise contextual da instituição e no universo dos clientes da instituição participaram na implementação vinte e sete idosos do Lar Seara de Abril de Santa Bárbara de Padrões. Foram pré-avaliados e pós-avaliados os participantes com dois instrumentos: MEEM e índice de KATZ na primeira e na terceira fases do projeto. Realizaram o pós-teste dezoito dos vinte e sete idosos que participaram na fase de implementação do projeto. As estratégias e atividades foram planificadas e concretizadas de acordo com a problemática, os objetivos definidos e os dados recolhidos sobre o contexto, os participantes e o comportamento destes no período da implementação.

Os resultados obtidos neste projeto, comprovados nos testes, vêm confirmar que o programa de atividades desenhado e implementado melhorou ou preservou, efetivamente, as capacidades funcionais e cognitivas da maioria dos idosos intervenientes. Considera-se, portanto, que este projeto alcançou os objetivos traçados, inferindo-se que terá contribuído para a melhoria do bem-estar e qualidade de vida dos que nele participaram.

**Palavras-chave:** Envelhecimento ativo; idosos institucionalizados, estimulação cognitiva e funcional; qualidade de vida.

## Abstract

The action-investigation project developed within the internship was subject to the theme active aging in the institutionalized elderly and it was realized in the nursing home Seara de Abril of Santa Bárbara de Padrões. Had has its main objective to stimulate the cognitive, physical and motor capabilities of institutionalize elderly, in the sense of promoting an active aging. Mainly intending in to keep or improve the functional and cognitive capabilities of the elderly therefore their life quality.

Was drawn a project that unrolled for five months, in three phases: the first of diagnosis, the second of implementation and sketchy evaluation of the activities and programmed strategies and the third of the final results evaluation.

Was performed a contextual analysis of the institution and on a universe of the clients of the institution participated on the implementation twenty seven elderly of the nursing home Seara de Abril de Santa Bárbara de Padrões. Were pre-assessed and post-evaluated the participants with two instruments: MEEM and the Katz index at the first and third phases of the project. Of the twenty seven elderly that participated on the implementation phase of the project eighteen conducted a post-exam.

The strategies and activities where planned and implemented according with the problematic, the objectives defined and collected dada about the context, the participants behavior since the implementation period.

The results obtained in this project, proven by the tests, come to confirm that the program activities drawn and implemented improved or preserved actually the functional and cognitive capabilities of participant elderly.

We consider, therefore, that the objectives outlined were achieved, inferring that this project contributed to improving the welfare and quality of life of those who participated in it.

**Keywords:** Active ageing; elderly institutionalization; cognitive and functional stimulation; life quality.



## Índice

Dedicatória .....	ii
Agradecimentos .....	iii
Resumo .....	iv
Abstract.....	v
Introdução .....	1
Capítulo 1. Enquadramento Teórico .....	4
1.    Conceitos de Envelhecimento .....	4
1.1.    O Envelhecimento Demográfico .....	4
1.2.    O Processo de Envelhecimento.....	6
2.    Envelhecimento Ativo .....	17
3.    Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado.....	19
Capítulo 2. Metodologia .....	21
2.1.    Investigação-ação.....	21
2.2.    Processo de Intervenção na Instituição.....	24
2.2.1.    Objetivos .....	24
2.2.2.    Participantes.....	25
2.3.    Técnicas e instrumentos de recolha de dados.....	25
2.3.1.    Questionário Sociodemográfico .....	26
2.3.2.    Mini Exame do Estado Mental – MEEM.....	26
2.3.3.    Índice de Katz .....	27
2.3.4.    Diário de Campo .....	28
2.4.    Programa de atividades desenvolvidas .....	29
2.5.    Procedimentos Éticos .....	31
Capítulo 3. A Associação de Solidariedade Social Seara de Abril - Lar de Idosos Santa Bárbara de Padrões .....	32
3.1.    O Contexto Externo .....	32
3.2.    O Contexto Interno.....	33
3.2.1.    Espaço físico .....	33
3.2.2.    Funcionamento e organização institucional.....	33
3.2.3.    Recursos Humanos e Materiais .....	34
3.2.4.    Parcerias e apoios .....	36
3.3    Caracterização dos utentes .....	36

3.3.1. Caracterização Sociodemográfica .....	36
3.3.2. Caracterização do estado mental .....	47
3.3.3. Caracterização da autonomia nas atividades de vida diária.....	50
Capítulo 4. Análise e Interpretação dos Resultados .....	52
4.1. Resultados por atividade.....	52
4.2. Função cognitiva.....	56
4.3. Funcionalidade .....	59
Considerações Finais .....	61
Referências Bibliográficas .....	63
ANEXOS .....	68
<b>ANEXO I</b> - Questionário Sociodemográfico .....	69
<b>ANEXO II</b> – Mini Exame do Estado Mental.....	72
<b>ANEXO III</b> – Índice de Katz .....	75
<b>ANEXO IV</b> – Declaração de Consentimento Informado aos Inquiridos .....	77
<b>ANEXO V</b> – Cronograma de Tarefas .....	79
<b>ANEXO VI</b> – Cronograma Mensal das Atividades .....	81
<b>ANEXO VII</b> – Planeamento Mensal das Atividades de Animação Sociocultural .....	83
<b>ANEXO VIII</b> – Plano de Intervenção na Instituição de Solidariedade Social Seara de Abril .....	89
APÊNDICES .....	95
<b>APÊNDICE I</b> – Exemplo de uma folha do Diário de Campo .....	96
<b>APÊNDICE II</b> – Ficha de Avaliação das Atividades .....	98

## Índice de Tabelas

Tabela 1.1 – Modificações fisiológicas do envelhecimento

Tabela 1.2 – Tipologia do Envelhecimento segundo Reichard, Levinson e Peterson

Tabela 1.3 – Tipologia do Envelhecimento segundo Neugarten, Havinghurst e Toben

Tabela 2.1 – Atividades desenvolvidas, objetivos e materiais

Tabela 3.1 – Recursos humanos e materiais da instituição

Tabela 3.2 – Distribuição de frequência da variável idade.

Tabela 3.3 – Distribuição de frequência da variável sexo

Tabela 3.4 – Distribuição de frequência da variável concelho

Tabela 3.5 – Distribuição de frequência da variável estado civil

Tabela 3.6 – Distribuição de frequência da variável nível de escolaridade

Tabela 3.7 – Distribuição de frequência da variável tempo de institucionalização

Tabela 3.8 – Distribuição de frequência da variável motivo de institucionalização

Tabela 3.9 – Distribuição de frequência da variável ser ativo na instituição

Tabela 3.10 – Distribuição de frequência da variável mobilidade/dependência

Tabela 3.11 – Distribuição de frequência da variável qualidade de vida na instituição

Tabela 3.12 – Frequência de alfabetizados e não alfabetizados no MEEM

Tabela 3.13 – Resultados obtidos no pré-estes do MEEM

Tabela 3.14 – Resultados obtidos no pré-teste do Índice de Katz

Tabela 4.1 – Resultados obtidos no pós-teste do MEEM

Tabela 4.2 – Resultados obtidos no pós-teste do Índice de Katz

## Índice de Gráficos

Gráfico 1.1 – População dos 0-4, 0-14 e com 60 ou mais anos de 1950 a 2050

Gráfico 3.2 – Distribuição de frequência da variável idade

Gráfico 3.3 – Distribuição de frequência da variável sexo

Gráfico 3.4 – Distribuição de frequência da variável concelho

Gráfico 3.5 – Distribuição de frequência da variável estado civil

Gráfico 3.6 – Distribuição de frequência da variável nível de escolaridade

Gráfico 3.7 – Distribuição de frequência da variável tempo de institucionalização

Gráfico 3.8 – Distribuição de frequência da variável motivo de institucionalização

Gráfico 3.9 – Distribuição de frequência da variável ser ativo na instituição

Gráfico 3.10 – Distribuição de frequência da variável mobilidade/dependência

Gráfico 3.11 – Distribuição de frequência da variável qualidade de vida na instituição

## Listas de abreviaturas, siglas e símbolos

<b>AVD's</b>	Atividades de Vida Diária
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estatística
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>UNFPA</b>	United Nations Population Fund
<b>SOC</b>	Seleção, Otimização e Compensação
<b>IPSS</b>	Instituição Particular de Solidariedade Social
<b>FA</b>	Frequência Absoluta
<b>FAA</b>	Frequência Absoluta Acumulada
<b>FR</b>	Frequência Relativa
<b>FRA</b>	Frequência Relativa Acumulada
<b>MEEM</b>	Mini Exame do Estado Mental

## Introdução

No âmbito do curso de mestrado em Gerontologia Social foi proposto aos discentes a escolha entre a realização de um estágio, de um trabalho de projeto ou de uma dissertação, cujo principal objetivo recaía na aplicação dos conhecimentos e desenvolvimento de competências adquiridas ao longo de todo o percurso académico.

A minha escolha incidiu no estágio, a realizar em uma instituição que presta cuidados a pessoas idosas, pois é nesta área que incidem os meus interesses profissionais e expectativas em explorar as várias hipóteses de intervenção e também a que, até à data, sempre me estimulou e motivou a querer desenvolver algum tipo de projeto.

O estágio decorreu no Lar Seara de Abril - Associação de Solidariedade Social situada em Santa Bárbara de Padrões, no concelho de Castro Verde – onde tive contacto com a realidade em questão e onde, transversalmente, procurei desenvolver um trabalho de campo que recaísse especialmente no nível cognitivo e funcional de acordo com as necessidades identificadas.

Sendo o estágio realizado em uma instituição residencial para idosos, foi importante desenvolver previamente algumas temáticas-chave. Desta forma, iniciarei este relatório com um enquadramento teórico relativo aos conceitos de envelhecimento, envelhecimento ativo, estimulação cognitiva e funcional, qualidade de vida do idoso e o idoso institucionalizado.

Frequentemente ouvimos que Portugal está envelhecido, que o número de idosos é cada vez maior e que a taxa de natalidade tem diminuído. O aumento exponencial do número de idosos exige que os estados se adaptem a uma nova realidade demográfica e coloca novos desafios a nível social, estrutural, político e familiar. Deste modo, têm surgido nas últimas décadas, particularmente nos países mais desenvolvidos, inúmeros estudos que se debruçam sobre a temática do envelhecimento com o objetivo de o conhecer melhor e criar estratégias e soluções para melhorar e promover o bem-estar desta população. Paralelamente, desenvolveram-se áreas científicas, como a Gerontologia que estuda o envelhecimento através de uma abordagem holística, onde se insere a presente investigação.

O envelhecimento é um processo adaptativo, lento e contínuo que trás consigo uma vasta sequência de alterações marcadas por fatores biológicos, psicológicos e sociais. É um processo universal e complexo que decorre ao longo da vida, mas a

maneira como envelhecemos depende de múltiplos fatores, sendo diferente de sujeito para sujeito, uma vez que cada indivíduo, para além de poder estar integrado em diferentes contextos, interpreta as vivências, os estímulos e aprendizagens de maneira diferente. Algumas capacidades cognitivas e funcionais podem deteriorar-se, sobretudo no que respeita a idades mais avançadas, sendo possível com treino adequado recuperá-las ou enriquecê-las.

O processo de envelhecimento é acompanhado por importantes alterações, tais como alterações a nível músculo-esquelético, visual, vestibular e somatosensorial que conduzem a alterações na marcha e equilíbrio, a uma maior propensão a quedas, a declínio da capacidade funcional e consequente perda da independência (Begate, Ricardo, & Sawazki, 2009). Estas alterações dificultam a realização das atividades de vida diária (AVD's), como caminhar, andar, subir e descer degraus, levantar-se e manter o equilíbrio postural. O declínio da capacidade funcional acarreta na maioria das vezes diminuição da qualidade de vida dos idosos e um declínio da capacidade física e mental (Silva, Freitas, Monteiro, & Borges, 2010). A capacidade funcional, em especial o domínio motor, é um dos importantes marcadores de um envelhecimento bem-sucedido e de qualidade de vida dos idosos (Catarino, 2015).

A manutenção da cognição é importante para a autonomia e funcionalidade das pessoas idosas. A cognição é modificável, os estímulos cognitivos podem alterar a plasticidade e as tarefas cognitivas. O idoso pode e deve ser capaz de ter um papel ativo na sociedade. Uma boa qualidade de vida passa por fatores biológicos, psicológicos e sociais, relativamente aos quais são relevantes a interação e adaptação ao meio. O envelhecimento não é acompanhado necessariamente pela doença ou pelo afastamento da sociedade, mas isso implica haver um trabalho de integração por parte do idoso e da sociedade que o acolhe (Silva, et al., 2011).

As alterações cognitivas podem causar incapacidades e limitações, tais como, incapacidade de mobilidade, de tomar decisões, etc. Assim, existe uma menor participação na sociedade e, por consequência aumenta a solidão e diminuem os laços familiares, o que leva à institucionalização. Por estas e outras razões, é de extrema importância a promoção do envelhecimento ativo para a inserção do idoso no meio, na vida social (Sequeira C. , 2010).

Existem três riscos possíveis no decurso da institucionalização ( Fernandes S. D., 2014):

- Decréscimo da habilidade cognitiva, dificuldade na tomada de decisões, depressões e demências;
- Inaptidão física, principalmente de mobilização, diminuição das Atividades de Vida Diária (AVD), aumento de doenças crónicas, entre outros;
- Mudanças afetivas, sociais e económicas tais como a viuvez, a solidão, as dificuldades nas relações familiares e o apoio social.

Alguns estudos mostram que a institucionalização pode afetar negativamente a função cognitiva, sendo o resultado do sedentarismo ou falta de incentivo ( Fernandes S. D., 2014).

Na maior parte das vezes, as perdas cognitivas existentes nos idosos resultam da inexistência, ou pouco treino do estímulo mental. Assim, desenvolver programas de treino mental auxilia e potencia um envelhecimento ativo e saudável ( Fernandes S. D., 2014).

No contexto desta problemática, surgiu a pertinência da criação de um projeto que potenciase as habilidades cognitivas e funcionais dos idosos institucionalizados, que criasse e dinamizasse atividades que colocassem o idoso como agente de promoção de aprendizagens, sendo importante desenvolver uma estratégia que potenciase os saberes dos idosos, estimulando o encontro e a partilha.

Neste sentido, o estágio integrou vertentes de intervenção educativa e sociocultural, tendo como base a construção de um plano de intervenção social. Esta intervenção procurou desenvolver estratégias para colmatar necessidades ao nível das capacidades funcionais e cognitivas, contribuindo para um envelhecimento ativo.

Sendo o público-alvo deste estágio um grupo de idosos a residir numa instituição social, primeiramente procedeu-se a um enquadramento institucional. São abordados os princípios, valores e missão desta instituição, o espaço físico, o funcionamento e a organização institucional e, por fim, as parcerias e os apoios. No capítulo dedicado à metodologia define-se o problema e as questões de investigação. Delimita-se os objetivos, justifica-se o estudo, caracteriza-se a população da instituição onde decorreu o estágio. Apresenta-se o método de investigação e as técnicas utilizadas para a recolha de dados.

Depois é a vez de se apresentar os resultados da investigação: no capítulo 3 caracteriza-se a instituição onde foi realizado o estudo do ponto de vista externo e interno; no capítulo 4, apresenta-se e interpreta-se os dados recolhidos durante e após a intervenção e faz-se, por último, o balanço de todo o processo de investigação-ação.



## Capítulo 1. Enquadramento Teórico

### 1. Conceitos de Envelhecimento

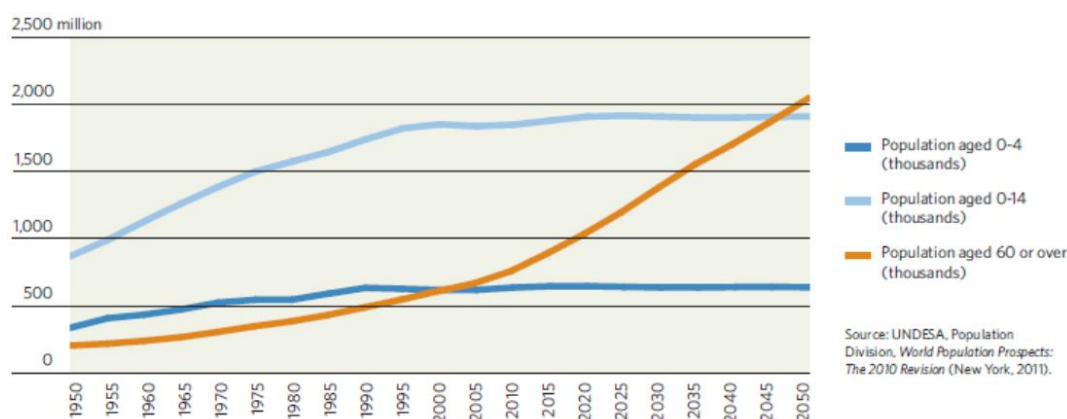
O envelhecimento da população é um fenómeno que se desenrola à escala mundial, a ritmos diferenciados e um dos mais discutidos nos últimos anos (Vega & Martínez, 2000).

O crescimento da população idosa e a diminuição da população mais jovem são um traço indissociável da sociedade atual. Devido ao acentuar destas tendências, conjugadas com outras transformações sociais e culturais, levantaram-se algumas problemáticas como a diversidade das respostas sociais a oferecer e o aumento da institucionalização, bem como a qualidade de vida dos mais idosos.

#### 1.1. O Envelhecimento Demográfico

A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 65 anos. Em todo o mundo, o número de pessoas com mais de 60 anos cresce com maior rapidez que qualquer outro grupo etário. Em 2006 estimava-se que esta população rondaria os 688 milhões de pessoas e prevê-se que atinja quase dois biliões de pessoas até 2050, altura em que ultrapassará, pela primeira vez na história da humanidade, o número de crianças com menos de 14 anos. O gráfico que se segue (gráfico 1.1) ilustra o aumento da população idosa e o decréscimo da população jovem (United Nations Population Fund, 2012).

Gráfico 1.1 - População de 0-4, 0-14 e com 60 ou mais anos, 1950-2050



O envelhecimento demográfico define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Em Portugal, à semelhança dos outros países desenvolvidos, estas alterações na estrutura demográfica estão bem patentes, apresentando um aumento significativo do número de idosos nos últimos anos, como consequência das tendências de aumento da longevidade e de declínio da fecundidade (Instituto Nacional de Estatística, 2011)

Nos últimos 30 anos, a esperança média de vida cresceu mas em ordem inversa. A evolução científica e tecnológica ou a nova visão sobre o significado de qualidade de vida têm-se evidenciado cada vez mais como dois dos fatores justificativos para este aumento. Pela redução da taxa de fecundidade e natalidade que originam a redução da população ativa e jovem do país, prevê-se um futuro onde os idosos predominam, e cresce a preocupação com o apoio que esta população necessitará (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

A Gerontologia foi criada em 1903 por Elie Metchnikoff e define-se a partir das expressões gero (velhice) e logia (estudo), e, neste sentido lato, esta ciência tem vindo a valorizar-se, crescendo exponencialmente a sua visibilidade pública e política, em termos mundiais, já que enquanto campo do saber especificamente comprometido com a velhice e com o envelhecimento, a Gerontologia tem como objeto de estudo a pessoa idosa, as suas circunstâncias e representações, sendo, atualmente reconhecida como uma área interessante e atrativa para estudos futuros (Ribeiro & Paúl, 2012).

Esta preocupação crescente para ampliar a Gerontologia deveu-se aos inúmeros desafios lançados à sociedade moderna, como reflexo do envelhecimento populacional ao longo dos anos e do aumento gradual da população idosa que torna as populações cada vez mais envelhecidas.

A sociedade antiga, contrariamente ao que se verifica na sociedade moderna, estimava o saber e a experiência dos mais velhos, protegendo-os e cuidando-os a todo o custo, até um fim de vida respeitável, embora pudesse haver circunstâncias em que esta realidade não se verificava. Como nos refere (Daniel, 2009), hoje, não porque tenha desaparecido o conceito de família, mas por uma necessidade de readaptação constante às exigências sociais e económicas das famílias, o cuidado dos idosos é confiado, muitas vezes, a grupos sociais externos à família ou instituições.

Desta forma, este envelhecimento demográfico é apontado como o fenómeno mais relevante do século XX-XXI nas sociedades desenvolvidas devido às suas implicações na esfera socioeconómica, traduzindo-se na reestruturação familiar e

profissional, para além das modificações ocorridas a nível individual e em novos estilos de vida na população portuguesa.

Este crescente fenómeno veio obrigar-nos a refletir sobre várias questões como são exemplo a qualidade de vida dos idosos, a sua saúde, o seu estatuto na sociedade e os serviços que há ao seu dispor. É essencial que se venha a capacitar o indivíduo para uma vida ativa e participativa nesta faixa etária, de modo a promover-se um envelhecimento positivo e a contribuir-se para uma boa qualidade de vida onde não se exclua o idoso da restante sociedade, o que traduz uma forte preocupação na construção de estruturas que dêem resposta a este número crescente de idosos que necessitam de apoios.

## 1.2. O Processo de Envelhecimento

Envelhecer representa um processo ativo, universal, que evolui gradualmente com as transformações no organismo e que se inicia no nascimento e irá terminar com a morte (Dalsenter & Matos, 2009). O envelhecimento é um processo universal complexo e contínuo que acompanha a pessoa humana ao longo da sua vida. O envelhecimento como processo que acompanha toda a vida humana implica deterioração endógena da estrutura e funcionalidade de vários órgãos e tecidos, existindo também a contribuição de fatores extrínsecos no envelhecimento e no modo como se envelhece.

Por ser um processo universal e que está constantemente a evoluir, muitos são os autores que têm algo a dizer sobre este processo. Para Agree e Freedman (2001), envelhecimento é um processo individual e coletivo, pois cada ano de existência de vida do indivíduo é sinal cronológico de envelhecimento, assim como o aumento da proporção da população considerada idosa. Paúl e Fonseca (2008, p.32) sublinham, no entanto, a diversidade do processo de envelhecimento humano: “se envelhecer constitui uma experiência comum a todos aqueles que têm o privilégio de viver vidas longas, o processo de envelhecimento é muito diferenciado de pessoa para pessoa, sendo marcado por diferentes modos de experimentação, das vivências que o atravessam”.

Segundo Zimerman (2000), envelhecer pressupõe alterações de ordem física e psicológica no indivíduo. A forma natural e gradual das transformações que ocorrem ao longo da vida, poderão estar associadas às características genéticas individuais, e principalmente ao modo de vida de cada um.

E, ainda, de acordo com a OMS, à medida que a pessoa envelhece a sua qualidade de vida é fortemente marcada pela capacidade em manter autonomia e independência, uma vez que a autonomia é caracterizada pela possibilidade de tomar decisões por si, sobre como deverá viver diariamente em concordância com as suas próprias regras e preferências, estando a independência virada para a capacidade de realizar atividades relacionadas com a vida diária (Dalsenter & Matos, 2009).

No que diz respeito ao processo de envelhecimento, acredita-se que a sociedade deverá entender que este processo é dinâmico, progressivo distinguindo-se por manifestações a nível biológico, psíquico e social que sucedem ao longo da vida do indivíduo de modo diferenciado (Lima, Lima, & Ribeiro, 2010).

O envelhecimento, para Fernández-Ballesteros (2009), pode ser classificado em dois tipos: como envelhecimento normal ou primário (alterações normais associadas ao processo de envelhecimento, não afetadas pela doença e/ou influências ambientais) e como envelhecimento patológico ou secundário (associado a múltiplas patologias de carácter crónico). Desta distinção, emergem dois conceitos distintos: o de senescência e o de senilidade, que apesar da sua fácil distinção do ponto de vista teórico, na prática muitas vezes essa diferenciação é extremamente difícil devido à sua mútua interação. A senescência ou envelhecimento primário caracteriza-se pelas mudanças corporais associadas à idade enquanto a senilidade ou envelhecimento secundário consiste nas mudanças que ocorrem com maior frequência, mas que não têm que estar necessariamente presentes. O envelhecimento primário parece estar associado à longevidade máxima da espécie e o envelhecimento secundário às diferenças interindividuais (Spar & La Rue, 2005).

Para Fontaine (2000), o envelhecimento é o conjunto de processos que o organismo sofre após a sua fase de desenvolvimento. Envelhecimento e desenvolvimento são fenómenos dinâmicos que evocam transformações do organismo de natureza biológica e psicológica em função do passar do tempo.

Carvalho e Dias (2011), referem, ainda, que o envelhecimento é um fenómeno complexo que não envolve somente aspetos demográficos da população, mas também aspetos de cariz sociocultural, económico e político, estando estes em permanente interação com a dimensão biológica e subjetiva de cada pessoa.

### 1.2.1. Aspetos Biológicos

O envelhecimento biológico, caracteriza-se por uma diminuição da taxa metabólica, como consequência da diminuição das trocas energéticas no organismo, devido à morbidade a que as pessoas se encontram expostas ao longo da vida. O envelhecimento representa um processo biológico complexo que se caracteriza por um declínio geral das funções fisiológicas e bioquímicas da maioria dos sistemas. O envelhecimento é deste modo um processo inevitável que implica também modificações somáticas e psicossociais, em que as dimensões biológica, social e psicológica interagem de forma ininterrupta e que se afetam mutuamente (Catarino, 2015).

De acordo com Doria, Buonocore, Focarelli e Marzatico (Catarino, 2015) durante o envelhecimento podem ser observadas inúmeras alterações biológicas, que incluem uma reduzida capacidade para utilizar o oxigénio, capacidade cardiovascular e de adaptação respiratória débil, deterioração do sistema nervoso (alteração na forma, número e velocidade de condução dos potenciais evocados) e diminuição da massa muscular com uma redução do diâmetro das fibras (causada por uma alteração qualitativa e quantitativa das fibras musculares). A nível celular, estão também inerentes alterações a nível morfológico e bioquímico.

Segundo Sequeira (2010), a senescência inicia-se com alterações ao nível do aspeto exterior, por exemplo no aparecimento dos cabelos brancos, na lentidão gradual dos movimentos, nas alterações no equilíbrio, na diminuição da força muscular, na diminuição da velocidade de reação, nas alterações emocionais e nas alterações cognitivas. As alterações internas do organismo ocorrem associadas às mudanças que ocorrem ao nível de alguns órgãos vitais (coração, pulmão, rins, fígado, etc.) e do metabolismo basal (circulação, tónus muscular, atividade glandular, etc.), as quais associadas ao envelhecimento intrínseco implicam frequentemente uma diminuição da capacidade funcional. Embora este processo se inicie muito antes, é nos idosos que se pode verificar claramente que a pele e músculos ficam com menos elasticidade, há uma diminuição da massa e da força muscular, à qual se associa uma lentidão no funcionamento dos diversos sistemas corporais.

As alterações a nível fisiológico, de acordo com Berger (Berger & Poirier-Mailloux, 1995), podem, de uma forma esquemática, ser divididas em alterações estruturais e alterações funcionais, como é possível verificar no quadro que se segue:

Tabela 1.1 - Modificações Fisiológicas do Envelhecimento (Berger & Poirier-Mailloux, 1995, p. 127)

<b>Modificações fisiológicas do envelhecimento</b>	
<p><b>1) ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS</b></p> <p>a) Células e tecidos</p> <p>b) Composição global do corpo e peso corporal</p>	<p>c) Músculos, ossos e articulações</p> <p>d) Pele e tecido subcutâneo</p> <p>e) Tegumento</p>
<p><b>2) ALTERAÇÕES FUNCIONAIS</b></p> <p>a) Sistema cardiovascular</p> <p>b) Sistema respiratório</p> <p>c) Sistema renal e urinário</p> <p>d) Sistema gastrintestinal</p> <p>e) Sistema nervoso e sensorial</p>	<p>f) Sistema endócrino e metabólico</p> <p>g) Sistema reprodutor</p> <p>h) Sistema imunitário</p> <p>i) Ritmos biológicos e sono</p>

### 1.2.2. Aspectos Psicológicos

As implicações e alterações inerentes ao envelhecimento, não ficam circunscritas exclusivamente aos domínios do fisiológico e biológico. Com efeito, as alterações surgem também a nível psicológico, muitas vezes associadas às modificações corporais, que se traduzem numa mudança de atitudes e comportamentos (Sequeira, 2010).

A nível psicológico, procede-se a uma avaliação do equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, como forma de minimizar as perdas associadas ao envelhecimento. O envelhecimento psicológico é um processo extremamente complexo que “depende de factores patológicos, genéticos, ambientais, do contexto sociocultural em que se encontra inserido e da forma como cada um organiza e vivencia o seu projecto de vida” (Sequeira, 2010, p. 23).

Segundo Berger (Berger & Poirier-Mailloux, 1995, p. 184), as estruturas da

personalidade e os modos de vida mantêm-se mais ou menos idênticos na velhice. É fundamental ter em conta os estados emotivos, as respostas às situações antigas e novas, o ambiente e o papel que continuam a desempenhar na sociedade para uma melhor percepção das mudanças vividas pelas pessoas idosas. As alterações emotivas e a afetividade são influenciadas pelo ambiente em que estão inseridas e pela saúde física e mental. Com a idade, os fatores de stress aumentam, as crises e os problemas tornam-se mais numerosos.

Ainda de acordo com os autores acima citados, “a adaptação ao envelhecimento é função do equilíbrio entre as estruturas cognitivas e emocionais do sujeito” (p.184). Os idosos para terem um comportamento adaptado têm que estar motivados para tal e são as suas preocupações e as suas expectativas que irão determinar a mudança de comportamento.

Ao nível das emoções ou afetividade, o envelhecimento está frequentemente ligado a imagens estereotipadas de pessoas irritáveis, difíceis, desagradáveis e tristes. No entanto, é sabido que a vida afetiva dos idosos não é assim tão diferente da vida das pessoas mais novas, embora tenham que lidar com certos elementos como a reforma, o sentimento de inutilidade e de impotência, as perdas no plano físico, emotivo e social, que a tornam mais difícil (Berger & Poirier-Mailloux, 1995, p. 186).

Relativamente à motivação (Berger & Poirier-Mailloux, 1995, p. 186), isto é, à capacidade para ter atividades ou para agir, os idosos são tendencialmente menos ativos e tendem a passar mais tempo a descansar, a ler e a ver televisão. No entanto, não se deve analisar de forma tão rígida a motivação dos idosos, uma vez que é necessário ter em conta outros fatores como a condição socioeconómica, o grau de escolaridade e as características individuais.

Por último, relativamente à personalidade (Berger & Poirier-Mailloux, 1995, pp. 186-190), o seu desenvolvimento é um processo de diferenciação contínuo, que se explica pela acumulação de experiências do indivíduo e um melhor domínio das pulsões, ou seja, o ser humano está sempre a adaptar-se, desde a infância até à velhice. As pesquisas demonstram que existe na certa continuidade entre as estruturas da personalidade e os aspetos sociais e pessoais da adaptação. Nem sempre é fácil definir e medir a personalidade, contudo estabeleceram-se duas tipologias sobre a personalidade das pessoas idosas. A primeira tipologia refere-se às personalidades adaptadas e personalidades mal-adaptadas e provêm de um estudo de Reichard, Levinson e Peterson. Esta tipologia define cinco tipos de personalidades, três consideradas

adaptadas e duas consideradas mal adaptadas (tabela 1.2.)

Tabela 1.2. Tipologia do Envelhecimento segundo Reichard, Levinson e Peterson (Adaptado Berger & Poirier-Mailloux, 1995, p. 188)

Tipologia do Envelhecimento segundo Reichard, Levinson e Peterson
<p>A. Personalidades Adaptadas</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Os maduros: Pessoas amáveis, que aproveitam a vida, aceitam-se de forma realista, mantêm actividades e não se arrependem do passado.</li><li>2. Os pantufinhas: Pessoas passivas, dependentes e felizes com a reforma, vivem poucos conflitos, exteriorizam-se pouco, bem adaptadas à reforma e não têm remorsos quanto ao passado.</li><li>3. Os durões: Pessoas que recorrem a mecanismos de defesa, muitas vezes estritas, centradas mais no dever do que no prazer, são pouco introspectivas e tornam-se vulneráveis quando são obrigadas a cessar a sua actividade.</li></ol>
<p>B. Personalidades Mal-Adaptadas</p> <ol style="list-style-type: none"><li>4. Os zangados: Pessoas coléricas, hostis, negativas, azedas e desconfiadas, que não aceitam a velhice, desprezam os jovens e têm medo da morte.</li><li>5. Os que se auto-depreciam: Pessoas depressivas, com uma fraca auto-estima, balanço de vida negativo e com muitos remorsos. Para eles, a velhice representa a decadência, e a morte a libertação.</li></ol>

Um segundo estudo realizado por Neugarten, Havighurst e Toben permitiu estabelecer uma segunda tipologia, que engloba quatro tipos de personalidades, as quais se subdividem em oito categorias (tabela 1.3.).



Tabela 1.3. Tipologia do Envelhecimento segundo Neugarten, Havighurst e Toben (Adaptado Berger & Poirier-Mailloux, 1995, p. 189)

Tipologia do Envelhecimento segundo Neugarten, Havighurst e Toben
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personalidades Bem Integradas (muito satisfeitas com a vida)               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Os reorganizadores</li> <li>2) Os reflectidos</li> <li>3) Os Descomprometidos</li> </ol> </li> <li>• Personalidades de Carapaça Blindada (muito ou medianamente satisfeitas com a vida)               <ol style="list-style-type: none"> <li>4) Os conservadores</li> <li>5) Os reservados (ou inquietos)</li> </ol> </li> <li>• Personalidades Dependentes e Passivas (fraca, medianamente ou mesmo muito satisfeitas com a vida)               <ol style="list-style-type: none"> <li>6) As pessoas à procura de protecção</li> <li>7) Os apáticos</li> </ol> </li> <li>• Personalidades Não Integradas (pouco ou nada satisfeitas com a vida)               <ol style="list-style-type: none"> <li>8) Os desorganizados</li> </ol> </li> </ul>

No entanto, nos últimos anos, outras teorias têm ganhado cada vez mais notoriedade e importância, tal como as que se desenvolvem com especial enfoque no “ciclo vital”, através do estudo do processo de envelhecimento ao longo da vida como um processo contínuo. Entre os diversos autores, que estudaram o ciclo vital, destaca-se Baltes (1987) que estabeleceu uma série de reflexões sobre esta temática, que passamos a referir, socorrendo-nos da síntese de Fernández-Ballesteros (2009):

I. Ao longo da vida existe um equilíbrio entre ganhos (crescimento) e perdas (declínio). Sendo que durante os primeiros anos os ganhos são maiores que as perdas, e na velhice acontece o contrário.

II. Existem determinadas funções psicológicas que se perdem com a idade (inteligência fluída) e outras que se mantêm (inteligência cristalizada);

III. Durante o ciclo de vida, a variabilidade interindividual vai-se tornando mais notória, tornando as pessoas cada vez mais diferentes entre si.

IV. Existe capacidade de reserva ao longo do ciclo vital, ou seja, capacidade para compensar as perdas através de treino ou manipulação externa;

V. A variabilidade entre idosos está associada a três formas de envelhecer: normal, patológica e bem-sucedida. O envelhecimento bem-sucedido pode ser obtido através de mecanismos de seleção, otimização e compensação;

Baltes e Baltes (1990), tendo em conta os princípios acima referidos propuseram um modelo, o “modelo de otimização seletiva por compensação”- modelo SOC, que define o envelhecimento bem-sucedido assente em dois pressupostos: (1) a procura de um elevado nível de funcionamento e o (2) afastamento dos comportamentos de risco.

De uma forma geral podemos dizer que, a seleção consiste na especialização em certas atividades físicas e intelectuais, que serão depois otimizadas (por exemplo, na escolha de uma profissão), enquanto a compensação consiste no desempenho de determinada atividade na qual o indivíduo mantém o seu nível de funcionamento mediante a utilização dos seus conhecimentos e do seu saber (utiliza a inteligência cristalizada para neutralizar o declínio da inteligência fluída). Tendo em consideração todo este processo, o resultado final será “a manutenção de um elevado nível de funcionamento nalgumas atividades, a conservação de um sentimento de eficácia pessoal (local de controlo interno) e de um sentimento geral de velhice bem-sucedida” (Fontaine, 2000, p.157).

Partindo de uma perspetiva do envelhecimento ao longo da vida, e segundo Sequeira (2010), a satisfação e o bem-estar psicológico estão associados ao envelhecimento bem-sucedido. A qualidade de vida e o bem-estar psicológico contemplam domínios como a satisfação pessoal, as emoções, a sensibilidade, os sentimentos e os desejos de acordo com a subjetividade de cada indivíduo. A história de vida, o sistema de valores e o contexto social assumem desta forma uma importância significativa na obtenção do envelhecimento bem-sucedido.

### 1.2.3. Aspectos Sociais

A nível social, o envelhecimento também traz profundas mudanças, sobretudo ao nível da participação ativa dos idosos na sociedade.

Segundo Sequeira (2010), os idosos sofrem profundas mudanças ao nível dos papéis desempenhados, a nível familiar, laboral e ocupacional. Tendencialmente, participam em redes sociais de menores dimensões e diminuem os contactos intersociais. Os idosos são socialmente ativos junto da família e grupos restritos de amigos. As redes sociais sofrem alterações ao longo dos anos e vai sendo necessária uma constante reorganização das mesmas, de forma a manter a participação social e a independência. Importa aqui dar especial destaque à reforma, muitas vezes desejada, no entanto indubitavelmente associada à desvinculação ao mercado de trabalho e à diminuição da importância social do idoso, que passa muitas vezes a ser considerado inútil e problemático.

Atualmente, os idosos são raras vezes discriminados, e o seu espaço no seio da família é cada vez menor, como consequência da competitividade laboral e da necessidade de manter um rendimento adequado. Os elementos do agregado familiar veem-se forçados a efetuar horários alargados e longe do local de residência. É desta forma que surge o recurso ao lar, não como uma opção, mas sim como uma consequência de todo este processo. Os idosos têm perdido progressivamente a sua influência passando a integrar a família como mais um membro, destituído de qualquer valor relativo, por questões de prioridade, na qual o emprego muitas vezes se sobrepõe por uma questão de sobrevivência. Nestas circunstâncias o idoso é remetido para as instituições de apoio tal como os lares, os centros de dia, etc. (Sequeira C. , 2010).

Face ao atual quadro demográfico, as famílias, que têm um papel fundamental na assistência e na manutenção do idoso no seu contexto habitual durante o maior tempo possível, estão hoje perante um grande desafio. No entanto, quando deixa de ser possível ou viável mobilizar recursos financeiros e familiares para cuidar de um idoso ou quando a sua capacidade funcional se começa a degradar, a institucionalização surge como uma alternativa (Gonçalves, et al., 2010).

A institucionalização está muitas vezes associada a fatores como a classe social, a presença de doenças ou a disfunção (imobilidade, instabilidade, incontinência e deterioração cognitiva, etc.) (Gonçalves, et al., 2010). A participação da mulher no

mercado de trabalho, bem como alterações da estrutura familiar também conduzem à institucionalização (Gonçalves, et al., 2010).

#### 1.2.4. Aspectos Cognitivos

Como foi atrás referido, o envelhecimento normal conduz a uma série de alterações cognitivas que não tem repercussões a nível das atividades diárias, uma vez que alguns fatores relacionados com a natureza gradual das alterações permitem a manutenção do funcionamento, a readaptação e a preservação dos conhecimentos, das competências e das capacidades dos idosos.

Spar e la Rue (2005) apontam algumas variáveis como mediadoras da cognição no envelhecimento normal, entre os quais se destaca: fatores genéticos, saúde, escolaridade, atividade mental, atividade física, personalidade e humor, meio social e cultural, treino cognitivo, sexo e conhecimentos especializados. No entanto importa referir que as alterações cognitivas, quando não compensadas com outros mecanismos, interferem na globalidade das funções do idoso, entre as quais se destacam o processamento de informação e a memória de trabalho.

No que concerne ao processamento de informação, este está em grande parte dependente da capacidade do idoso para receber e reter informação, sendo fundamental efetuar a distinção entre os dois tipos de inteligência envolvidos no processo, a inteligência fluída e a cristalizada. Estes dois tipos de inteligência sofrem diferentes influências e alterações durante o processo de envelhecimento. Por um lado, a inteligência cristalizada, consiste na aquisição de conhecimentos centrados na educação (cultura), no conhecimento e na experiência que os indivíduos acumulam ao longo da vida (Sequeira C. , 2010). Por outro lado, a inteligência fluída, isto é, a capacidade de raciocinar, perceber a relação entre os objetos, criar novas ideias, adaptar-se a mudanças, sofre um declínio com a idade, diminuindo a velocidade e a precisão no processamento de informação (Sequeira C. , 2010).

Relativamente à memória, esta é uma das queixas mais frequentes associadas ao processo de envelhecimento. De facto, a memória constitui uma das funções cognitivas fundamentais à manutenção de um envelhecimento ativo, sendo fundamental à manutenção do quotidiano, da orientação, da comunicação, da execução de tarefas, etc., e com a idade ocorre uma diminuição da velocidade de recuperação dos vários recursos da memória, especialmente ao nível da memória de trabalho (memória a curto prazo ou

imediate). Relativamente à memória a longo prazo (memória de recordação), esta mantém-se relativamente estável ou declina muito pouco com a idade (Spar & La Rue, 2005).

Segundo (Spar & La Rue, 2005), o envelhecimento pode interferir nas funções cognitivas através de alterações nas seguintes aptidões:

- Habilidades perceptivomotoras: declínio começa por volta dos 50-60 anos;
- Atenção: pode manter-se estável ou sofrer ligeiro declínio. Problemas em dividir a atenção, filtrar ruído, deslocar a atenção;
- Inteligência: pode declinar em idades avançadas, essencialmente em novas tarefas;
- Linguagem: a comunicação, a sintaxe, a fluência e o conhecimento das palavras pode manter-se estável ou sofrer ligeiro declínio. Dificuldade no processamento de mensagens complexas;
- Memória de curto prazo (imediate): estável a declínio ligeiro.
- Memória de trabalho (recente): estável ou declínio ligeiro a moderado. Dificuldade na manipulação da memória a curto prazo;
- Memória remota: declínio variável. Intacta para aspetos mais importantes da história pessoal;
- Visuo-espacial (copiar desenhos, etc.): declínio variável, intacta em figuras simples, dificuldade em figuras complexas;
- Raciocínio: declínio variável na resolução lógica dos problemas;
- Funções executivas: ligeiro declínio, planeamento e execução menos eficiente de comportamentos complexos;
- Velocidade: declínio com lentificação do pensamento e da ação. É a mudança mais constante do envelhecimento.

Todas estas alterações, embora façam parte do processo de envelhecimento, dependem das características individuais e do contexto onde o idoso está inserido (Sequeira C. , 2010).

As alterações cognitivas, acima mencionadas, que acompanham o processo normal de envelhecimento, dificultam muitas vezes o diagnóstico de perturbações mentais orgânicas, como é o caso da demência. A demência constitui uma situação de défice das faculdades mentais, onde se incluem as faculdades mentais, cognitivas e volitivas, o comportamento e a personalidade. Existe unanimidade em afirmar que a prevalência e incidência das demências aumentam com a idade, uma vez que esta está associada ao envelhecimento e tem um carácter crónico e insidioso (Sequeira C. , 2010). O diagnóstico da demência nem sempre é fácil, particularmente nos mais idosos e tendo em conta a ausência de marcadores biológicos específicos (Spar & La Rue, 2005), pelo que se privilegiam os instrumentos de avaliação da função cognitiva, como adotado no presente estudo, o Mini Exame do Estado Mental (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, segundo adaptação portuguesa de Manuela Guerreiro *et al.*, 1993) e que constitui uma forma de diagnóstico e despiste das situações em que existe défice cognitivo de acordo com o grau de escolaridade (Sequeira C. , 2010).

## 2. Envelhecimento Ativo

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Envelhecimento Ativo consiste no “processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem” (WHO, 2002, p. 12). Este conceito deve ser compreendido no contexto da cultura e do género. O envelhecimento ativo para a OMS remete para a participação ativa nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis. O idoso precisa de continuar a participar na sociedade de forma útil. É importante que sinta que continua a fazer parte dela, intervindo e contribuindo para o seu desenvolvimento. Ou seja, este novo modelo surge como sendo mais consensual, no sentido que preconiza a qualidade de vida e a saúde dos mais velhos, com manutenção da autonomia física, psicológica e social, em que os idosos estejam integrados em sociedades seguras e em que assumam uma cidadania plena (Ribeiro & Paúl, 2011).

O envelhecimento pode ser vivenciado de inúmeras formas, e usufruir de um envelhecimento ativo e bem-sucedido depende, não apenas das questões relacionadas com a saúde, mas, principalmente, das ações e responsabilidades de cada indivíduo. O aumento da esperança média de vida coloca novos desafios à sociedade, entre os quais à saúde e à prestação de cuidados. A saúde constitui um recurso essencial a um bom

envelhecimento, pelo que se deve apostar numa prevenção das doenças e porque a longevidade implica um maior risco de doença e, conseqüentemente, um maior índice de dependência, logo existirá uma maior necessidade de prestação de cuidados (Sequeira C. , 2010).

Ribeiro e Paúl (2011) dizem existir formas diferentes de envelhecer e com um contacto diário com as pessoas mais velhas podemos constatar isso mesmo. Um envelhecimento bem-sucedido, satisfatório ou ativo não depende de fatores como a sorte, mas sim de cada um de nós, das nossas ações e responsabilidades individuais, bem como dos contextos promotores dessas formas de envelhecimento.

Neste sentido, Jacob e Fernandes (2011) afirmam que qualquer programa que pretenda melhorar um envelhecimento ativo com êxito deverá prevenir a doença e a incapacidade associada à otimização do funcionamento psicológico e do funcionamento cognitivo. Deste modo, os fatores psicológicos estão na base de um bom envelhecimento ativo, pois são estes fatores que fazem o indivíduo conseguir ultrapassar quaisquer situações adversas que encontre.

O processo de envelhecimento conduz a alterações na vida quotidiana dos indivíduos, impondo uma adaptação a novas situações e vivências que levam frequentemente ao isolamento e à perda de relações sociais. O modelo de envelhecimento ativo preconizado pela OMS contempla uma variedade de fatores:

- ✓ Determinantes de ordem pessoal (fatores biológicos, genéticos, e psicológicos);
- ✓ Determinantes de ordem comportamental (estilos de vida saudável e participação ativa no cuidado da própria saúde);
- ✓ Determinantes de ordem económica (rendimentos, proteção social, oportunidades de trabalho digno);
- ✓ Determinantes do meio físico (acessibilidade a serviços de transporte, moradias e vizinhança seguras e apropriadas, água limpa, ar puro e alimentos seguros);
- ✓ Determinantes de ordem social (apoio social, educação e alfabetização, prevenção de violência e abuso);
- ✓ Determinantes relativos aos serviços sociais e de saúde (orientados para a promoção da saúde e prevenção de doenças, acessíveis e de qualidade (Ribeiro & Paúl, 2011, p. 3).

### 3. Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado

O conceito de qualidade de vida é algo difícil de definir, pois não há uma definição exata. A Direção-Geral da Saúde - Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004, p. 6), citando a OMS, corrobora a dificuldade em definir qualidade de vida, visto considerar que se trata de uma “percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objectivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjectivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspectos importantes do meio ambiente”.

Para compreender a qualidade de vida dos idosos institucionalizados devemos ter em conta vertentes de natureza material, emocional, social e de saúde, tentando não sobrevalorizar a saúde em detrimento dos restantes, visto a qualidade de vida não ser uma consequência direta do estado de saúde ( Paúl & Fonseca, *Psicossociologia da Saúde*, 2001).

Por seu lado, Fernández-Ballesteros (1998) afirma que a qualidade de vida dos idosos institucionalizados está muito dependente das vivências, do estilo de vida e das características individuais de cada pessoa. Estamos, assim, perante uma conceito multidimensional que pressupõe a correlação de diferentes componentes e condicionantes, cuja relevância dependente não só de parâmetros sociais, como pessoais.

A questão da qualidade de vida emerge com peculiar importância, uma vez que surgem questões de ordem ética e prática, nas quais reside o princípio da legitimidade e oportunidade de prolongamento da vida dos idosos. Efetivamente, este ciclo de vida apresenta-se como sendo o mais frágil do ponto de vista físico e mental, pressupondo com alguma evidência a formação de equipas multidisciplinares, onde se deverão juntar vários profissionais, especialistas em áreas muito diferentes, capacitados em prestar cuidados primários e secundários aos idosos mais dependentes física e psicologicamente (Zagher, Pierezan, & Claudino, 2009). A nível biológico, os idosos são suscetíveis a mais problemas de saúde que poderão influenciar positiva ou negativamente o seu bem-estar subjetivo e/ou psicológico na sua qualidade de vida (Fernandes M. S., 1996).

Frequentemente, os idosos que estão institucionalizados possuem um autoconceito mais baixo e um maior índice de depressão do que os idosos que vivem em



suas casas. Isto pode dever-se ao facto do reduzido número de atividades que os idosos institucionalizados efetuam e também ao facto de se sentirem sós e da modificação da vida pessoal a que o idoso fica sujeito quando entra para uma instituição (Marrachinho , 2014).

Assim, é muito importante que estas instituições prestem cuidados especializados e cuidados de qualidade, pois a qualidade das instituições depende muito das pessoas que trabalham nessa mesma instituição. Os trabalhadores têm tarefas importantes a cumprir, nomeadamente, a criação de um ambiente institucional favorável ao idoso, onde a vida deve ser valorizada e a dignidade do idoso reconhecida. Segundo Winnicott (Pinhel, 2011), o ambiente institucional deve ser adaptado às necessidades emocionais da pessoa idosa, onde esta possa demonstrar a sua própria personalidade e onde usufrua de uma base segura, evitando, deste modo, possíveis sentimentos de solidão, ou seja, o ambiente institucional deve centralizar-se na pessoa, desenvolvendo cuidados gerontológicos apropriados a cada caso.

## Capítulo 2. Metodologia

Neste capítulo apresenta-se o processo de investigação do ponto de vista metodológico.

O presente relatório resulta de um processo de investigação-ação e da observação direta e participativa, cujo objetivo foi o de contribuir para a resolução de problemas práticos através de uma mudança social, na qual o investigador não foi um mero observador mas, também, um participante.

### 2.1. Investigação-ação

A Associação de Solidariedade Social Seara de Abril é uma instituição dinamizadora de inúmeras atividades destinadas aos seus utentes, tendo sempre presente a unidade com a comunidade e os seus intervenientes. Dadas as motivações da autora e as necessidades da instituição, a estratégia de investigação mais adequada foi a investigação-ação.

A investigação-ação procura colocar em conjunto a ação e a reflexão, a teoria e a prática, em participação com outros, na procura de soluções práticas para problemas de natureza permanente para as pessoas e mais genericamente da prosperidade das pessoas individualmente e das suas comunidades (Reason & Bradbury, 2001).

Para Guerra (2002, p.56), a investigação-ação, tem como finalidade “modificar os comportamentos, os hábitos, as atitudes dos indivíduos ou populações, melhorar as relações sociais, ou ainda modificar as regras institucionais de uma organização”. Este autor aponta, ainda, as características da investigação-ação:

- É um processo continuado e não pontual, influenciando todo o percurso de investigação;
- Implica que os grupos “objectos” do conhecimento se constituam como “sujeitos” do conhecimento;
- O seu ponto de partida não é uma teoria nem um quadro de hipóteses, mas sim uma situação, um problema e uma prática real e concreta;
- O objetivo não é fundamentalmente o aumento do conhecimento sobre a realidade, mas a resolução de problemas e, assim, interessa mais o processo de mudança social exigido pela investigação-ação do que o resultado desta;
- O investigador não é um mero observador, mas um apoiante dos sujeitos

implicados na acção.

Kurt Lewin surge, após John Dewey, como pioneiro da investigação-ação. A escola psicossocial de Kurt Lewin é a primeira a introduzir o conceito de investigação-ação durante os anos 40 nos Estados Unidos. Contudo, ao longo dos anos, vários foram os autores que se debruçaram sobre esta temática. Nos anos 70, do séc XX, temos Stenhouse da escola de Cambridge, Stephen Kemmis da corrente australiana, entre outros. Charles Delorme – corrente francófona – e Orlando Fals-Borda, assim como Paulo Freire surgem, também, como defensores do processo de investigação-ação, que, para fazer sentido, tem que partir de necessidades sentidas quer a nível individual, quer a nível social (Lucio-Villegas, 1993).

Segundo Guerra (2002), as metodologias de investigação-ação permitem, em simultâneo, a produção e o conhecimento sobre a realidade, a inovação no sentido da singularidade de cada caso, a produção de mudanças sociais e, ainda, a formação de competências dos intervenientes. Os trabalhos de Kurt Lewin evidenciavam três grandes características da investigação-ação, nomeadamente o carácter participativo, o impulso democrático e o seu interesse simultâneo em consolidar um corpo de conhecimentos válido para as Ciências Sociais, com atividades de transformação inerentes a tentativas de mudança social nas populações que participam nestes processos (Lucio-Villegas, 1993).

Lewin apresenta-nos a investigação-ação associada a uma espiral auto-reflexiva, que acaba por ser seguida pela grande maioria dos precursores desta metodologia. De acordo com Lewin, tanto nas relações intergrupais, como noutros campos da prática social, o diagnóstico tem de ser complementado, por estudos experimentais comparativos sobre a efectividade de diferentes mecanismos de mudança. Assim, segundo o autor, nem sempre basta partir de um bom diagnóstico, sendo muitas vezes necessário complementá-lo com estudos experimentais, mesmo, com projectos experimentais (Lucio-Villegas, 1993).

A abordagem de consciencialização caracteriza-se por tentar intervir na realidade de uma forma rigorosa e sistemática, por um procedimento em espiral, no qual se intervém a partir do momento em que se inicia o diagnóstico, guardando claramente todos os passos da investigação-ação (diagnóstico, plano de acção, seguimento, avaliação e reajuste do plano de acção) (López Górriz, 1998).

Rahman e Fals Borda (1992), por sua vez, definem a investigação-ação como um processo de vida e de trabalho, uma vivência, uma progressiva evolução para uma

transformação total e estrutural da sociedade e da cultura com objetivos sucessivos e parcialmente coincidentes. É um processo que requer um compromisso, uma postura ética e uma persistência em todos os níveis. Enfim, é uma filosofia da vida na mesma medida em que é um método.

Este é um processo que releva extrema consistência, na medida em que envolve não só o investigador, mas, também, os próprios sujeitos da ação, bem como todos os elementos nela envolvida, directa ou indirectamente. A investigação-ação é aplicada, não só em contextos educativos mas, também, nos mais diversos contextos sociais, onde todos os indivíduos são encarados como possíveis produtores de conhecimento.

A participação de todos os intervenientes no processo é fundamental para levar a cabo um qualquer projeto de investigação-ação (Lucio-Villegas, 1993). É a partir destes pressupostos que surge o conceito de investigação participativa, uma das abordagens da investigação-ação, segundo a qual os indivíduos se tornam, simultaneamente, objetos e sujeitos da investigação. De acordo com Lucio-Villegas (1993), a investigação participativa permite-nos ir construindo saberes que nascem da reflexão sobre as práticas.

Esta investigação-ação participativa (López Górriz, 1998), implica uma participação ativa e total da comunidade, dos investigadores e dos técnicos. Estes têm de ajudar a consciencializar os sujeitos das suas possibilidades, dos seus recursos e acompanhá-los na sua mobilização e organização.

Importa, ainda, salientar que sendo a investigação-ação uma estratégia de investigação bastante complexa, de carácter qualitativo, a mesma implica a utilização de vários métodos e técnicas no decorrer de todo o processo.

## 2.2. Processo de Intervenção na Instituição

De seguida apresenta-se o processo da intervenção, bem como os objetivos gerais e específicos de cada atividade. Importa referir, desde já, que algumas atividades previstas sofreram mudanças no decorrer da sua implementação, em função das capacidades e gostos dos idosos.

Relativamente à calendarização, o plano de atividades realizou-se durante cinco meses consecutivos (de 8 de Janeiro de 2016 a 8 de Junho de 2016), correspondentes ao estágio curricular do curso de mestrado em Gerontologia Social (Anexo V).

Durante a intervenção foram feitas anotações sobre cada atividade que se desenvolvia com os utentes. Este diário de campo ajudou a organizar a informação recolhida de acordo com a área de intervenção em que se baseava a atividade e com a atividade específica e a sua data, hora, local, duração e participante (s).

### 2.2.1. Objetivos

Partindo do conhecimento da realidade e do levantamento de necessidades, como todos os projetos sociais, este também implicou necessariamente a delimitação prévia dos objetivos que se pretendiam alcançar com a concretização das diversas atividades desenvolvidas. Os objetivos do presente projeto encontram-se divididos em objetivos gerais e específicos.

O objetivo geral da investigação consiste em conhecer o impacto da estimulação cognitiva na funcionalidade e na cognição.

Deste emergem os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar na fase inicial as necessidades dos utentes;
- Avaliar na fase inicial e no final do projeto as capacidades funcionais dos utentes;
- Superar as dificuldades e necessidades físicas, cognitivas sociais;
- Promover o bem-estar físico, emocional, pessoal e social;
- Promover o envelhecimento ativo;
- Promover a participação ativa nas atividades;
- Promover a memória, a destreza motora, e ainda um melhor raciocínio.

### 2.2.2. Participantes

Os principais beneficiários da implementação deste projeto de investigação - ação foram, fundamentalmente, os utentes da Instituição de Solidariedade Social Seara de Abril. Esta população (N=40) foi a base para o diagnóstico das necessidades e posterior definição e implementação das atividades programadas. No pré-teste participaram vinte e sete utentes, sendo que na fase de pós-teste participaram, por vontade própria, apenas dezoito utentes. Dos restantes vinte e dois utentes, não participaram seis por motivo de falecimento.

### 2.3. Técnicas e instrumentos de recolha de dados

Le Compte e Preissle (1993) elucidam-nos que esta fase começa com uma abordagem clara no âmbito da realidade a pesquisar, os objetivos do estudo, a informação adequada às questões específicas da pesquisa e às estratégias mais adequadas para obter a informação necessária. No presente relatório procura-se descrever um conjunto flexível de linhas orientadoras que relaciona os paradigmas teóricos com as estratégias de pesquisa e os métodos de recolha de todo material empírico.

Para Fortin (2009), os dados são elementos de informação recolhidos junto dos participantes, trata-se de uma das etapas da investigação e poderá levar muito tempo. Os tipos de métodos de recolha de dados são vários.

Segundo Quivy e Campenhout (1992), o instrumento selecionado, neste caso o questionário, está dependente dos objetivos da investigação, do modelo de análise e das características do estudo. Referem ainda que o questionário apresenta como vantagens a possibilidade de quantificar uma pluralidade de dados possibilitando imensas análises de correlação. Permitindo, igualmente, em períodos curtos de tempo obter muita informação.

Para a recolha dos dados foram selecionados vários métodos, tais como, o inquérito por questionário para a caracterização sociodemográfica, elaborado por mim, tendo em atenção as características da investigação e a necessidade de recolha de informação sobre os idosos. Como instrumentos de avaliação foram aplicados: o Mini Exame do Estado Mental – MEEM (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, segundo adaptação portuguesa de Manuela Guerreiro e colabs., 1993) e o Índice de Katz (Katz e

colabs., 1963, versão apresentada por Sequeira, 2007) validados para a população portuguesa e que seguidamente apresento.

### 2.3.1. Questionário Sociodemográfico

Realizou-se um questionário sociodemográfico (Anexo I), composto por questões de fácil compreensão, com o intuito de se caracterizar os participantes no estudo. O questionário é composto por questões abertas e fechadas cuja finalidade assenta na colheita de dados sobre os idosos e sobre a instituição.

Este questionário foi aplicado oralmente a vinte e sete utentes, existindo o cuidado de falar pausadamente e, quando necessário, o de adaptar a linguagem de modo a ser mais facilmente compreendida. Foi dada ênfase às questões relacionadas com a idade, o sexo, a escolaridade, o estado civil, a profissão exercida, o motivo de internamento em instituição, o tempo de institucionalização, a participação nas atividades da instituição, as amizades e as visitas (Anexo I).

### 2.3.2. Mini Exame do Estado Mental – MEEM

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM), elaborado por Folstein *et al.*, (1975), é um dos instrumentos mais estudados e utilizados para avaliar o estado cognitivo e rastrear quadros demenciais (Lourenço & Veras, 2006). É um teste de fácil e rápida aplicação, que procura a existência de distúrbios cognitivos, permitindo avaliar a gravidade e intensidade dos mesmos (Gil & Busse, 2009). Foi também desenvolvido para se utilizar na prática clínica, mais precisamente, na avaliação da mudança do estado cognitivo de pacientes geriátricos (Apóstolo, 2011).

É constituído por várias questões agrupadas em domínios cognitivos diferentes: orientação; retenção; atenção e cálculo; evocação; linguagem e habilidade construtiva. Em termos de validade de conteúdo avalia oito de onze aspetos principais do estado cognitivo, não focando a abstração, o julgamento e a expressão (Chaves, 2009). Cada questão tem uma pontuação de 0 ou 1, ou seja, depende da realização ou não da questão e se esta está ou não correta, sendo que a pontuação máxima é de 30 pontos.

As questões são realizadas pela ordem apresentada no instrumento, recebendo assim uma pontuação imediata para cada questão. Após a conclusão do teste, serão

somados os pontos atribuídos a cada questão respondida corretamente, obtendo-se assim a pontuação final (Apóstolo, 2011). Uma vez que o desempenho neste teste depende também da escolaridade do sujeito, recomenda-se a utilização de pontos de corte distintos, consoante o nível de educação do sujeito (Lourenço & Veras, 2006). Na versão original de Folstein *et al.*, (1975), a cotação de 23/24 pontos foi considerada o valor indicador de declínio cognitivo. No entanto, com a tradução e adaptação do MEEM para a população portuguesa, são identificados valores de corte para detetar défice cognitivo, nomeadamente, menor ou igual a 15 pontos para indivíduos analfabetos, menor ou igual a 22 pontos para 1 a 11 anos de literacia e menor ou igual a 27 pontos para literacia superior a 11 anos (Guerreiro M. G., 1998).

Este instrumento pode ser utilizado como teste de rastreio para perdas cognitivas ou mesmo como avaliação cognitiva, apenas não pode ser utilizado para diagnosticar demência (Chaves, 2009). Esta escala de avaliação foi escolhida por essa mesma razão, para avaliar o estado cognitivo e também pela sua aplicação rápida e eficaz, possibilitando uma avaliação breve do estado mental. Participaram no pré-teste, com este instrumento, vinte e sete utentes (Anexo II).

### 2.3.3. Índice de Katz

O Índice de Katz ou Índice de Atividades de Vida Diária desenvolveu-se para medir o funcionamento físico de doentes com doença crónica (Katz, Ford, Moskowitz, & Jackson, 1963). Várias foram as teorias e instrumentos de medida desenvolvidos a partir de então. Katz e colaboradores demonstraram, por exemplo, que a recuperação do desempenho funcional de seis actividades consideradas básicas da vida quotidiana de idosos incapacitados (banhar-se, vestir-se, ir à casa de banho, transferir-se, ser incontinente e alimentar-se) era semelhante à sequência observada no processo de desenvolvimento da criança.

Verificou-se, através de estudos antropológicos, a existência de semelhanças entre essas seis funções e o comportamento das pessoas nas sociedades primitivas, o que sugeria que as funções citadas eram biológicas e psico-socialmente primárias, refletindo uma hierarquização das respostas neurológicas e locomotoras (Duarte, Andrade & Lebrão, 2007). Estes autores desenvolveram um estudo tendo por objetivo descrever o desenvolvimento histórico, a evolução e a correta utilização do Índice de



Independência nas Atividades de Vida Diária de Katz, bem como as modificações e adaptações desenvolvidas.

Com a versão de Sequeira (2007), podemos avaliar se o idoso é dependente, necessita de ajuda, necessita de supervisão ou é independente. A pontuação das atividades vai de 1 a 4 para cada item, sendo que a pontuação 1 representa dependência completa, 2 necessidade de ajuda, 3 necessidade de supervisão e 4 independência total (Sequeira C. , 2010). Assim, quanto maior a pontuação, melhor é a funcionalidade do idoso, isto é, quanto mais próximo de 24 valores, mais independência o idoso tem face às atividades básicas de vida diária (Sequeira, 2007). Considera-se que se um idoso se recusar a realizar determinada tarefa, não realiza a mesma, embora pudesse ser considerado capaz (Apóstolo, 2011). Estudos feitos na Turquia, Brasil e Índia com este mesmo índice revelam a sua fiabilidade na avaliação funcional dos idosos (Luthra, Negi & Gupta, 2016; Rebustini et al., 2015; Arik et al., 2015). Participaram no pré-teste, com este instrumento, vinte e sete utentes (Anexo III).

#### 2.3.4. Diário de Campo

Nalguns casos o observador regista as suas notas em diário de campo, efectuado num determinado período, previamente estabelecido (um dia, uma semana, uma mês).

Através da análise do diário de campo é possível ver a evolução do relacionamento do observador com a comunidade/grupo em estudo, facilitando também a observação/avaliação do trabalho. As notas de campo “ajudam o investigador a acompanhar o desenvolvimento do projecto, a visualizar como é que o plano de investigação foi afectado pelos dados recolhidos” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 151).

As notas do diário de campo dizem o que o investigador regista, diária e sistematicamente, as suas observações e informações, as suas reflexões teóricas e metodológicas e todas as impressões e estados de espírito. Costa (1986) teoriza que o diário de campo tem a preocupação de distinguir claramente cada um daqueles três tipos de registo. Na anotação da informação substantiva distingue ainda observações pessoalmente realizadas, informações prestadas por outras pessoas e enunciados verbais dos atores sociais em estudo, procurando transcrever estes últimos tão à letra quanto possível.

Nos diários de campo registei o meu dia-a-dia na Instituição, as atividades que

desenvolvia com os utentes e as informações que obtinha junto dos profissionais que trabalhavam diariamente na instituição (Apêndice I).

#### 2.4. Programa de atividades desenvolvidas

O programa de atividades foi definido tendo em conta as características da população alvo, os recursos existentes e os objetivos a alcançar. No final de cada atividade era sempre preenchida uma ficha de avaliação das atividades onde anotava o nome da atividade, o dia em que tinha sido realizada, o número de participantes e se os utentes tinham gostado ou não gostado da atividade (Apêndice II).

Tabela 2.1 – Atividades desenvolvidas, objetivos e materiais

Atividade	Objetivos	Descrição da Atividade	Materiais utilizados
Puzzles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Praticar a manipulação de formas;</li> <li>- Atuar no raciocínio lógico;</li> <li>- Estimular a capacidade de memorização;</li> <li>- Associar a peça/figura ao orifício correspondente.</li> </ul>	Os participantes construíram imagens ou desenhos cortados previamente.	Imagens ou desenhos cortados em tamanho grande.
Jogo das Cartas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular o raciocínio;</li> <li>- Desenvolver e/ou manter a capacidade intelectual, participativa e organizativa;</li> <li>- Convívio.</li> </ul>	Os utentes juntavam-se em pares. O jogo que mais gostaram foi o da bisca.	Baralho de cartas
Jogo do Dominó	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular o raciocínio;</li> <li>- Desenvolver e/ou manter a capacidade intelectual, participativa e organizativa;</li> </ul>	Os idosos gostavam de jogar individualmente, uns contra os outros.	Dominó

	- Convívio.		
Jogo do Bingo	-Estimular o raciocínio; -Desenvolver e/ou manter a capacidade intelectual, participativa e organizativa; - Convívio.	Cada utente jogava individualmente. À medida que iam saindo os números, teriam que confirmar nos seus cartões se tinham esse número. O primeiro que preenchesse o cartão, ganhava.	Roleta do bingo; Cartões com números; Feijões.
Acerta no Alvo	- Estimular o raciocínio lógico; - Coordenação óculo-manual; - Fortalecimento dos músculos dos braços e mãos.	O idoso tinha que conseguir acertar com as malhas, de 4 cores diferentes, dentro do arco.	1 Arco; 4 Discos.
Jogo das Tampas	- Estimular o raciocínio lógico; - Fortalecimento dos músculos das mãos e da motricidade fina; - Coordenação óculo-manual.	Cada utente tinha que conseguir retirar o maior número de tampas, colocadas no alguidar com água, com a ajuda de dois pauzinhos.	Alguidar com água; Várias tampas de garrafas; Pauzinhos.
Identificar as cores	- Estimular a memória cognitiva; - Manutenção da motricidade fina; - Domínio da nomenclatura das cores e sua distinção.	Cada utente tinha que adivinhar qual a cor que estava num papel e, por ordem, pendurar a mola com a cor correspondente no estendal. E assim sucessivamente, até chegar ao fim da lista de cores	Molas pintadas de várias cores; Papel com riscas de várias cores.
Jogo da Memória Tátil	- Estimular a memória tátil; - Identificar, através do tato, peças iguais.	Coloquei dentro de uma caixa dez objectos. Cada uma das peças está repetida. Pede-se ao idoso que retire um objeto e o identifique. De seguida, pede-se que com as mãos, consiga encontrar o	Caixa; 2 bolas, 2 canetas, 2 livros, 2 régua e 2 batons.

		objeto igual ao que retirou anteriormente.	
Jogo dos Sons	- Estimular a memória auditiva; - Identificar os diversos sons.	Importa referir que previamente é necessário reduzir os sons distratores, tais como o som da tv. De seguida, coloco diversos sons e peço aos idosos para identificarem cada um.	Computador com diversos sons.
Fila de Objetos	- Estimular a memória visual; - Ser capaz de enunciar os objetos observados.	Coloco em cima da mesa sete objectos e peço a cada um dos utentes para os observarem durante 30 segundos. Passados 30 segundos, tapo os objectos com um pano e peço ao utente para mencionar os objetos que visualizou.	Livro; Relógio; Lápis; Estojo; Garrafa de água; Borracha; Caixa de comprimidos; Pano.

## 2.5. Procedimentos Éticos

Tendo em consideração que a investigação aplicada em seres humanos pode eventualmente causar prejuízo dos direitos e liberdades da pessoa torna-se fundamental tomar todas as precauções necessárias de forma a proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações (Fortin, 2003).

Deste modo, a presente investigação teve como pressupostos éticos a garantia do anonimato e confidencialidade dos dados, ou seja, os resultados são “apresentados de tal forma que nenhum dos participantes num estudo possa ser reconhecido nem pelo investigador, nem pelo leitor do relatório de investigação” (Fortin, 2003, p.117).

O consentimento livre e esclarecido foi outro dos procedimentos éticos adotados, por meio da disponibilização de informação relativa à descrição do estudo, objetivos e da recolha do consentimento escrito, livre e esclarecido, por parte dos sujeitos (Fortin,

2003). Neste sentido, foi disponibilizado a todos os inquiridos, um documento relativo ao consentimento livre, informado e esclarecido de participação na presente investigação (Anexo IV).

### Capítulo 3. A Associação de Solidariedade Social Seara de Abril - Lar de Idosos Santa Bárbara de Padrões

#### 3.1. O Contexto Externo

Santa Bárbara de Padrões é uma freguesia do concelho de Castro Verde que se situa a treze quilómetros do dito concelho, e é constituída por nove aglomerados populacionais (A-do Corvo, Beringelinho, Lombador, Montinhos, Neves da Graça, Rolão, Santa Bárbara de Padrões, Sete e Viseus). Com 66,32 km<sup>2</sup> de área e 1271 habitantes, tem uma densidade populacional de 19,2 hab./Km<sup>2</sup>.

A paisagem da freguesia apresenta uma orografia mais acidentada que o resto do concelho, assumindo-se como um território de transição entre as planícies do Campo Branco e a Serra do Caldeirão.

Pertencendo ao antigo concelho de Padrões desde a sua fundação no século XIII, a freguesia foi integrada no concelho de Castro Verde, na reforma administrativa de Passos Manuel, em 1836.

A vida económica da freguesia está intimamente ligada à riqueza do subsolo, pois é aí que está localizada a Mina de Neves-Corvo, a maior exploração de Pirite da Europa. Tradicionalmente, esta freguesia está há muito ligada à atividade mineira, pois dessa realidade foram encontrados vestígios arqueológicos desde, pelo menos, 1700 a.C..

Ainda ao nível arqueológico, foi também em Santa Bárbara de Padrões que foram descobertas largas centenas de lucernas romanas, que remontam ao século I, e que agora podem ser apreciadas e estudadas no Museu da Lucerna, em Castro Verde. No adro da Igreja Matriz de Santa Bárbara de Padrões foi descoberta uma pedra que tem servido de banco, mas que na realidade se trata de um verdadeiro Menir. Assim, pode-se deduzir que Santa Bárbara de Padrões já era povoada no período megalítico.

Para além da indústria extrativa, a freguesia está economicamente ligada à

agricultura e à pastorícia, refletindo-se essa realidade nos hábitos artesanais, dos quais se destaca o fabrico das tradicionais mantas de lã do Lombador. Nesta freguesia encontram-se ainda em atividade, não há muitos anos, um conjunto importante de cardadores e tecedeiras. Apesar dos muitos esforços efetuados, esta actividade encontra-se em declínio. Entre o artesanato da freguesia encontramos ainda as cadeiras de buíño e a construção de Violas Campaniças.

Contrariamente às outras aldeias integradas, com necessidade de revitalização populacional, a Santa Bárbara de Padrões levanta-se outro desafio não menos importante, a promoção de um crescimento controlado que respeite as suas características e identidade próprias.

A nível cultural, destacam-se a Associação de Artesãs Dobadoira e a Associação de Cante Alentejano "Os Cardadores", e a nível do desporto destaca-se o Grupo Desportivo da Sete.

## 3.2. O Contexto Interno

### 3.2.1. Espaço físico

A Associação de Solidariedade Social Seara de Abril é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) sem fins lucrativos, fundada em 2002 por um grupo de habitantes da freguesia e sediada na freguesia de Santa Bárbara de Padrões, concelho de Castro Verde.

O Lar de Terceira Idade de Santa Bárbara de Padrões foi inaugurado no dia 4 de Dezembro de 2013.

O novo equipamento representou um investimento da Câmara Municipal de Castro Verde na ordem dos 1.775.664.32 €, co-financiado em 85% pelo programa In Alentejo.

### 3.2.2. Funcionamento e organização institucional

A Associação de Solidariedade Social Seara de Abril visa a promoção cultural e social de todos os seus habitantes, pelo fomento da solidariedade e da participação ativa da população na solução dos seus próprios problemas. A instituição tem como principal

finalidade a prestação de apoio social à população em geral e, promoção de actividades de âmbito sociocultural que permitam o estabelecimento de laços de solidariedade bem como actividades de animação comunitária.

Embora a instituição pareça não ter definido a missão, a visão e os valores podemos considerar com base na informação oral fornecida pela directora técnica, que a missão do Lar passa por proporcionar serviços permanentes e adequados às utentes; contribuir, dentro do possível, para a melhor qualidade de vida dos utentes no seu processo natural de envelhecimento; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação interfamiliar e potenciar a integração social. Assim, como os Valores do Lar que são o respeito pela dignidade, a individualidade, a integridade e o desenvolvimento da sua personalidade, autonomia, privacidade e intimidade, confidencialidade, igualdade, participação, liberdade de expressão, liberdade religiosa, autonomia na gestão do seu património.

O Lar proporciona aos seus utentes, serviços adequados às suas necessidades, procurando contribuir para uma melhor qualidade de vida do idoso. Os principais serviços passam pelo alojamento; cuidados de higiene e conforto; a alimentação variada e equilibrada e tratamento de roupa; prestação de cuidados de saúde e tratamentos de fisioterapia; actividades de animação sociocultural, de actividade física e de actividade lúdica, cuidados de imagem, acompanhamento nas tarefas diárias e saídas ao exterior, para efeito de consultas e tratamentos, dando conhecimento aos familiares e solicitando a sua ajuda, se necessário.

A Estrutura Residencial para Pessoas Idosas está localizada no coração do Alentejo, numa aldeia rodeada de amplas vistas e tranquilidade. O edifício de construção moderna e totalmente equipado de acordo com as necessidades dos seus destinatários é composto por quarenta e seis camas, divididas entre vinte quartos duplos e seis individuais. Todos os quartos têm wc privado, acesso à Internet e ligação para TV.

### 3.2.3. Recursos Humanos e Materiais

O lar é dirigido a nível técnico pela directora técnica, a qual conta com o apoio da secretária, e a qual faz a ponte entre a mesma e o pessoal operacional. Todo o pessoal

trabalha por turnos, com a exceção da diretora técnica, da secretária, da técnica de animação, da fisioterapeuta, da enfermeira e dos dois rececionistas, estando as noites apenas reservadas para as auxiliares de ação direta e para as auxiliares de serviços gerais.

A enfermeira possui um gabinete próprio e apoia tanto a nível de medicação e tratamentos, como na higiene das residentes com saúde mais instável e acompanhamento a consultas fora da instituição. O serviço de enfermagem está disponível todos os dias (exceto ao fim-de-semana e feriados), das 8h às 17h. A fisioterapeuta tem uma sala de fisioterapia onde ajuda os utentes na melhoria das suas capacidades de locomoção e equilíbrio, bem como a coordenação dessas funções e o aumento da força muscular. O lar possui animadora sociocultural e existe uma sala de atividades onde esta desenvolve diversas atividades com os utentes. A instituição dispõe ainda de uma sala de convívio onde os utentes passaram a maior parte do seu tempo e onde também se desenvolvem atividades em grupo, uma sala de refeições e dois jardins interiores, onde os utentes gostam de dar um passeio.

Tabela 3.1 – Recursos humanos e materiais da instituição

<b>Físico/Materiais</b>	<b>Humanos</b>
1 Imóvel térreo	1 Diretora Técnica
23 Quartos com wc privativa num total de 46 camas	1 Técnica de Animação
8 Wc individuais	1 Enfermeira
1 Cozinha	1 Fisioterapeuta
2 Copas	1 Cozinheira
1 Sala de Fisioterapia	2 Ajudantes de cozinha
1 Enfermaria	2 Lavadeiras
1 Sala de Atividades	1 Secretária
1 Secretaria	1 Jardineiro
1 Sala de Convívio	11 Auxiliares de Ação Direta
1 Gabinete de Direção	8 Auxiliares de Serviços Gerais
1 Lavandaria	2 Rececionistas
4 Salas de Arrumo	1 Dispenseiro
1 Receção	



2 Escritórios	
1 Sala de Reuniões	
1 Átrio	
4 Corredores	
2 Jardins interiores	
1 Quintal	
1 Sala para o pessoal	
1 Dispensa	

Fonte: Observação de dados facultados pela instituição

#### 3.2.4. Parcerias e apoios

Os principais parceiros da instituição são a Câmara Municipal de Castro Verde e a Junta de Freguesia de Santa Bárbara de Padrões. Aliás, os dois primeiros constituem importantes fontes de financiamento das respostas sociais da Associação de Solidariedade Social Seara de Abril.

A nível de financiamento público, os recursos são da Segurança Social. A nível do financiamento privado, os recursos são dos utentes.

### 3.3 Caracterização dos utentes

#### 3.3.1. Caracterização Sociodemográfica

Este projeto foi feito com e para os idosos do lar Seara de Abril de Santa Bárbara de Padrões.

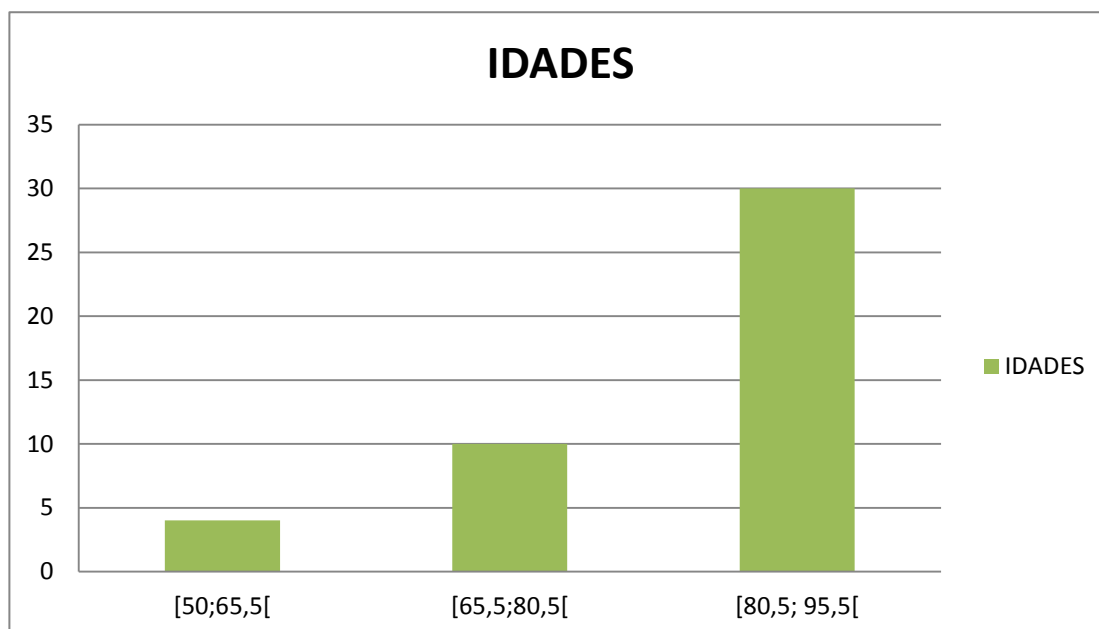
Os utentes desta IPSS são 44 e a média de idades é de 83 anos. Como se pode verificar na tabela e gráfico abaixo, os indivíduos têm entre os 55 e os 93 anos. Embora para efeitos estatísticos sejam considerados idosos os indivíduos com mais de 65 anos, o lar tem 4 utentes com menos de 65 anos, que sofrem de patologias do foro psicológico e necessitam de apoio (tabela 3.2 e gráfico 3.2).

Tabela 3.2 – Distribuição de frequência da variável idade

Idades	FA	FAA	FR	FRA
[50;65,5[	4	4	$4/44= 0,09$	$4/44= 0,09$
[65,5;80,5[	10	14	$10/44= 0,23$	$14/44=0,32$
[80,5; 95,5[	30	44	$30/44= 0,68$	$44/44= 1$
Total	44		1	

Fonte: Observação de dados facultados pela instituição

Gráfico 3.2 – Distribuição de frequência da variável idade



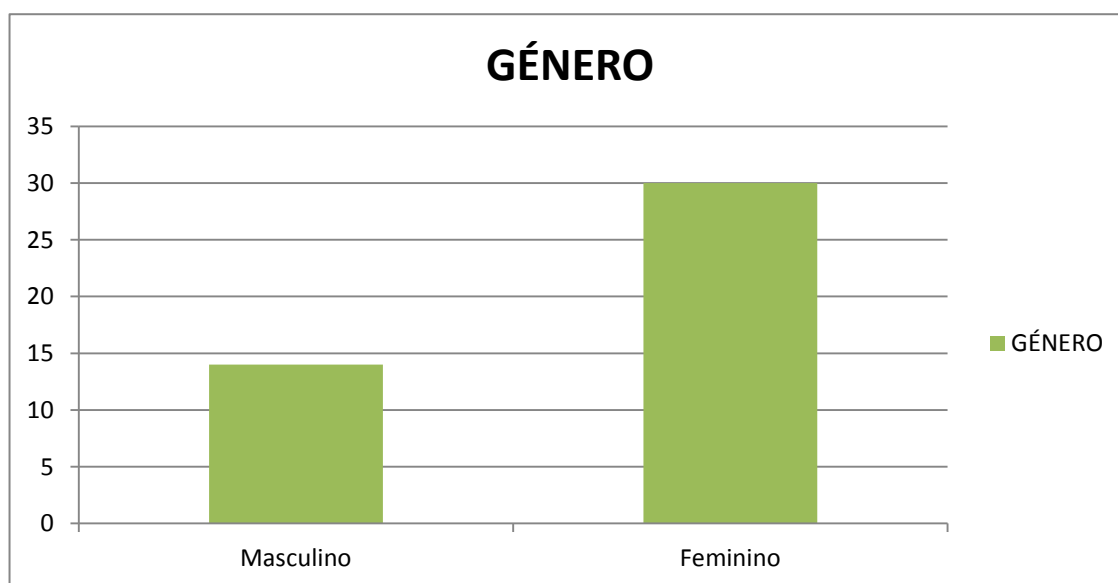
No lar, 68% dos utentes são mulheres e apenas 32% são homens. Esta discrepância deve-se talvez há maior longevidade da mulher face ao homem (tabela 3.3 e gráfico 3.3).

Tabela 3.3 – Distribuição de frequência da variável sexo

Género	FA	FR
Masculino	14	$14/44= 0,32$
Feminino	30	$30/44= 0,68$
Total	44	1

Fonte: Observação de dados facultados pela instituição

Gráfico 3.3 – Distribuição de frequência da variável sexo



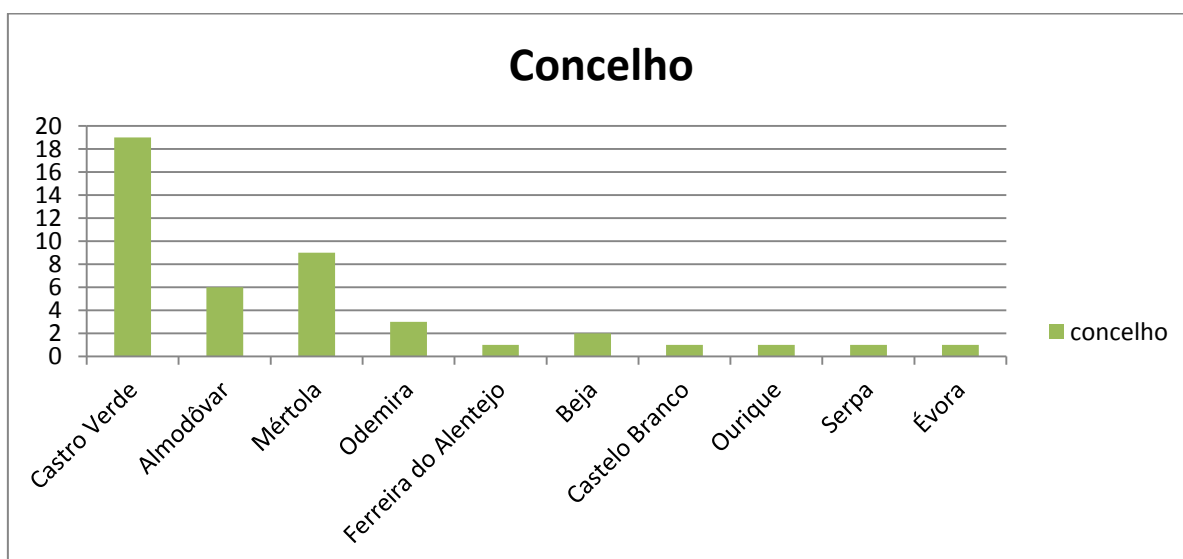
Apesar do lar se situar em Santa Barbara de Padrões a população abrangida compreende outras localidades. O maior número de idosos provém do concelho de Castro Verde (43%), de Mértola com 20% e de Almodôvar com 14% (tabela 3.4 e gráfico 3.4).

Tabela 3.4 – Distribuição de frequência da variável concelho

Concelho	FA	FR
Castro Verde	19	$19/44= 0,43$
Almodôvar	6	$6/44= 0,14$
Mértola	9	$9/44= 0,20$
Odemira	3	$3/44= 0,07$
Ferreira do Alentejo	1	$1/44= 0,02$
Beja	2	$2/44= 0,05$
Castelo Branco	1	$1/44= 0,02$
Ourique	1	$1/44= 0,02$
Serpa	1	$1/44= 0,02$
Évora	1	$1/44= 0,02$
Total	44	1

Fonte: Observação de dados facultados pela instituição

Gráfico 3.4 – Distribuição de frequência da variável concelho



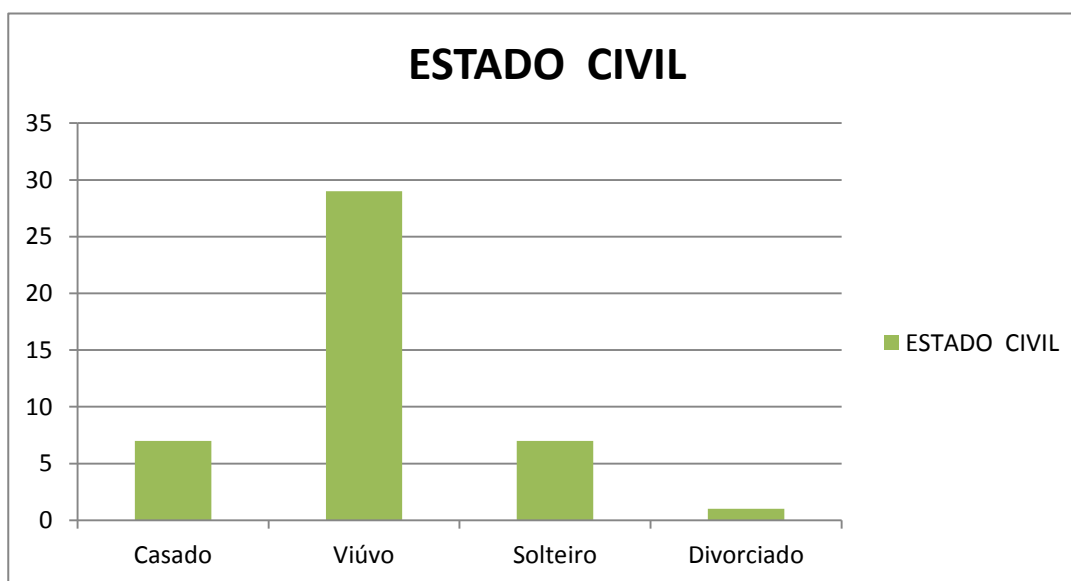
A maioria dos idosos são viúvos (66%). Solteiros e casados têm a mesma percentagem, 16%, e divorciados 2% (tabela 3.5 e gráfico 3.5).

Tabela 3.5 – Distribuição de frequência da variável estado civil

Estado Civil	FA	FR
Casado	7	$7/44= 0,16$
Viúvo	29	$29/44= 0,66$
Solteiro	7	$7/44= 0,16$
Divorciado	1	$1/44= 0,02$
Total	44	1

Fonte: Observação de dados facultados pela instituição

Gráfico 3.5 – Distribuição de frequência da variável estado civil



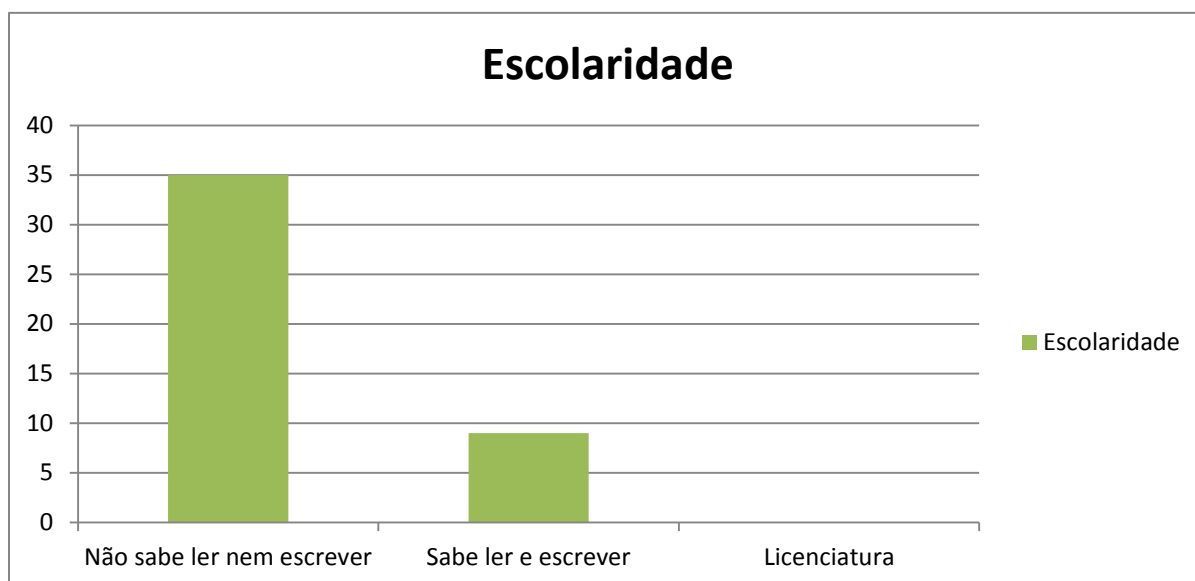
A nível de escolaridade, 78% dos utentes não sabem ler nem escrever, 22% sabem ler e escrever e não há ninguém licenciado (tabela 3.6 e gráfico 3.6).

Tabela 3.6 – Distribuição de frequência da variável nível de escolaridade

Escolaridade	FA	FR
Não sabe ler nem escrever	35	$35/44 = 0,80$
Sabe ler e escrever	9	$9/44 = 0,20$
Licenciatura	0	$0/44 = 0$
Total	44	1

Fonte: Observação de dados facultados pela instituição

Gráfico 3.6 – Distribuição de frequência da variável nível de escolaridade



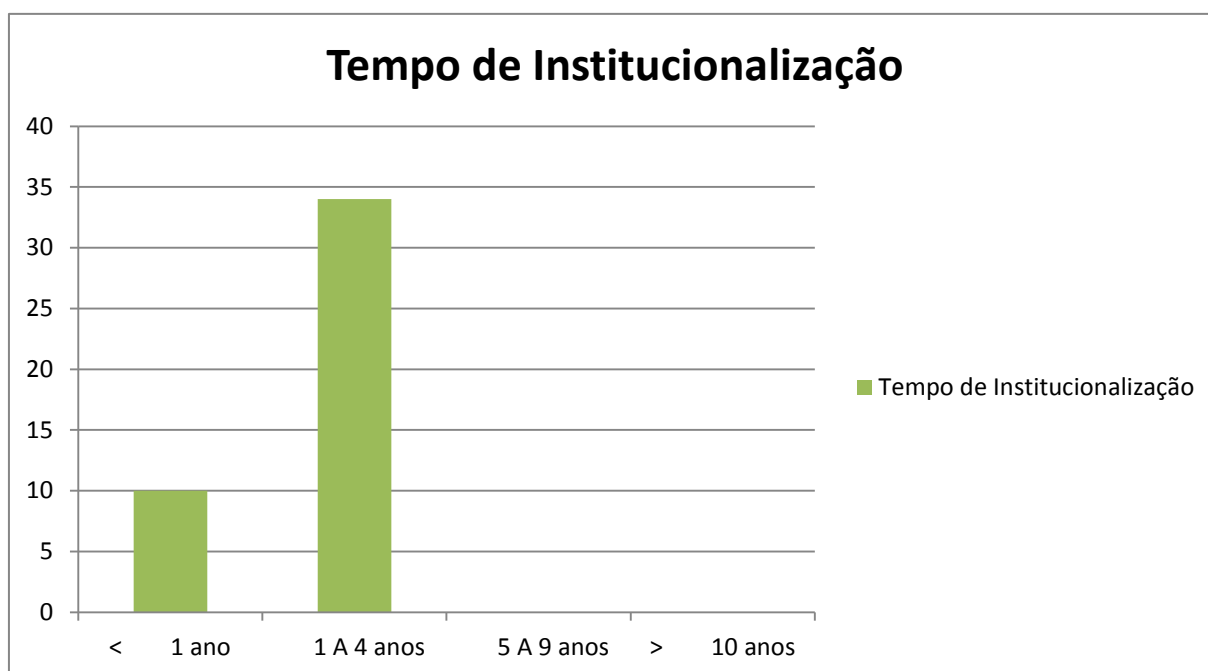
Sobre o tempo de institucionalização, a maioria dos utentes, 77%, estão institucionalizados há 1 a 4 anos, 23% dos utentes estão institucionalizados há menos de 1 ano e ninguém está institucionalizado há mais de 5 anos (tabela 3.7 e gráfico 3.7).

Tabela 3.7 – Distribuição de frequência da variável tempo de institucionalização

Tempo de Institucionalização	FA	FR
< 1 ano	10	$10/44= 0,23$
1 A 4 anos	34	$34/44= 0,77$
5 A 9 anos	0	$0/44= 0$
> 10 anos	0	$0/44= 0$
Total	44	1

Fonte: Observação de dados facultados pela instituição

Gráfico 3.7 – Distribuição de frequência da variável tempo de institucionalização



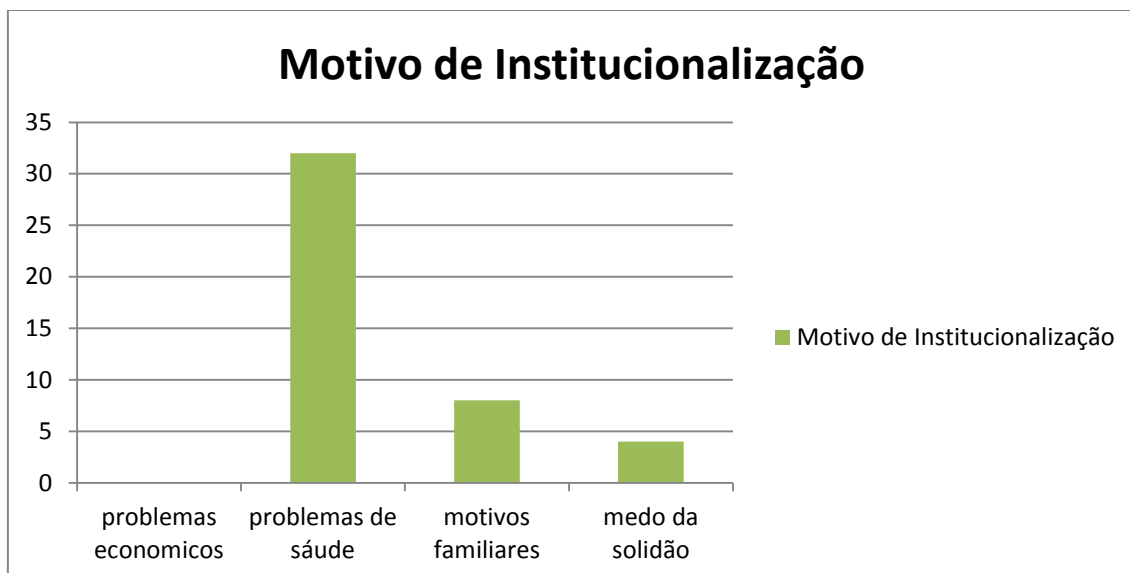
A maioria dos utentes, 73%, estão institucionalizados devido a problemas de saúde, 18% estão institucionalizados devido a motivos familiares, 9% por ter medo da solidão e 0% devido a problemas económicos (tabela 3.8 e gráfico 3.8).

Tabela 3.8 – Distribuição de frequência da variável motivo de institucionalização

Motivos de Institucionalização	FA	FR
Problemas Económicos	0	0/44= 0
Problemas de Saúde	32	32/44= 0,73
Motivos Familiares	8	8/44= 0,18
Medo da Solidão	4	4/44= 0,09
Total	44	1

Fonte: Observação de dados facultados pela instituição

Gráfico 3.8 – Distribuição de frequência da variável motivo de institucionalização





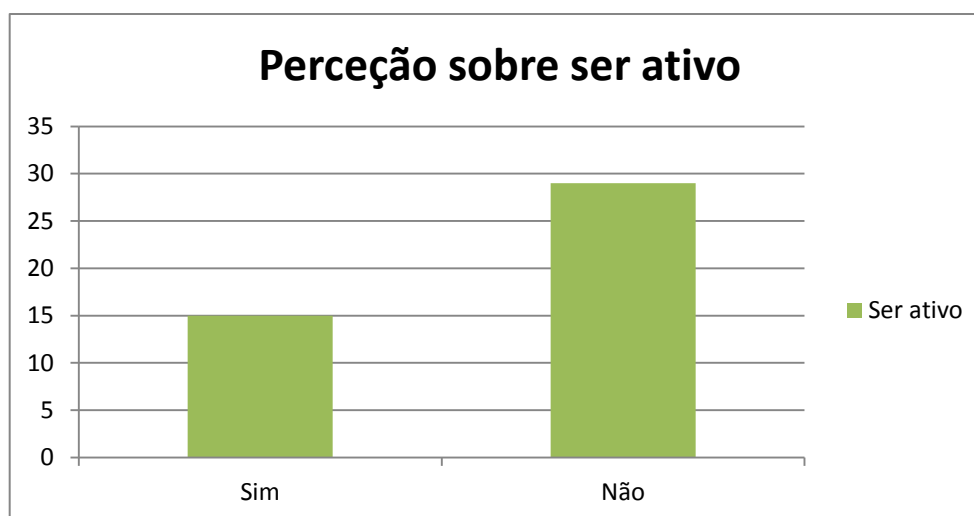
Mais de metade dos utentes, 66% não é ativo na participação de tarefas organizadas pela instituição, apenas 34% se diz ativo na participação de tarefas organizadas pela instituição (tabela 3.9 e gráfico 3.9).

Tabela 3.9 – Distribuição de frequência da variável ser ativo na instituição

Ser ativo	FA	FR
Sim	15	$15/44= 0,34$
Não	29	$29/44= 0,66$
Total	44	1

Fonte: Observação de dados facultados pela instituição

Gráfico 3.9 – Distribuição de frequência da variável ser ativo na instituição



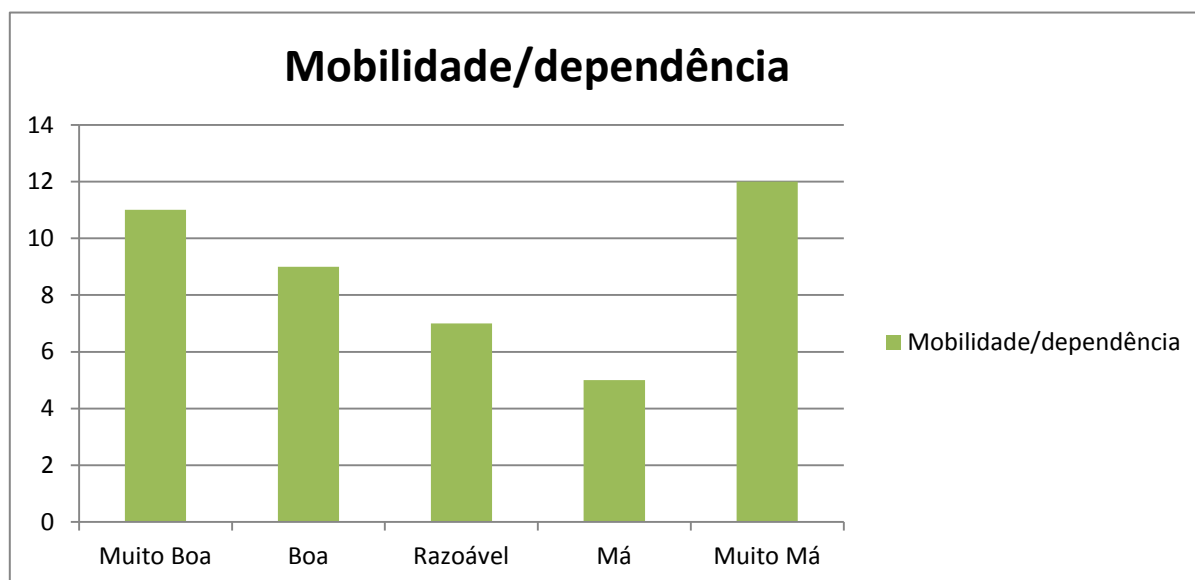
Em relação à questão de como os utentes avaliam a sua mobilidade/dependência (capacidade para se movimentar e deslocar sozinho), 27% dos utentes avalia a sua mobilidade/dependência como sendo Muito Má, 25% diz que a sua mobilidade/dependência é Muito Boa, 20% avalia a sua mobilidade/dependência como Boa, 16% como Razoável e 11% como sendo Má (tabela 3.10 e gráfico 3.10).

Tabela 3.10 – Distribuição de frequência da variável mobilidade/dependência

Mobilidade/dependência	FA	FR
Muito Boa	11	$11/44= 0,25$
Boa	9	$9/44= 0,20$
Razoável	7	$7/44= 0,16$
Má	5	$5/44= 0,11$
Muito Má	12	$12/44= 0,27$
Total	44	1

Fonte: Observação de dados facultados pela instituição

Gráfico 3.10 – Distribuição de frequência da variável mobilidade/dependência



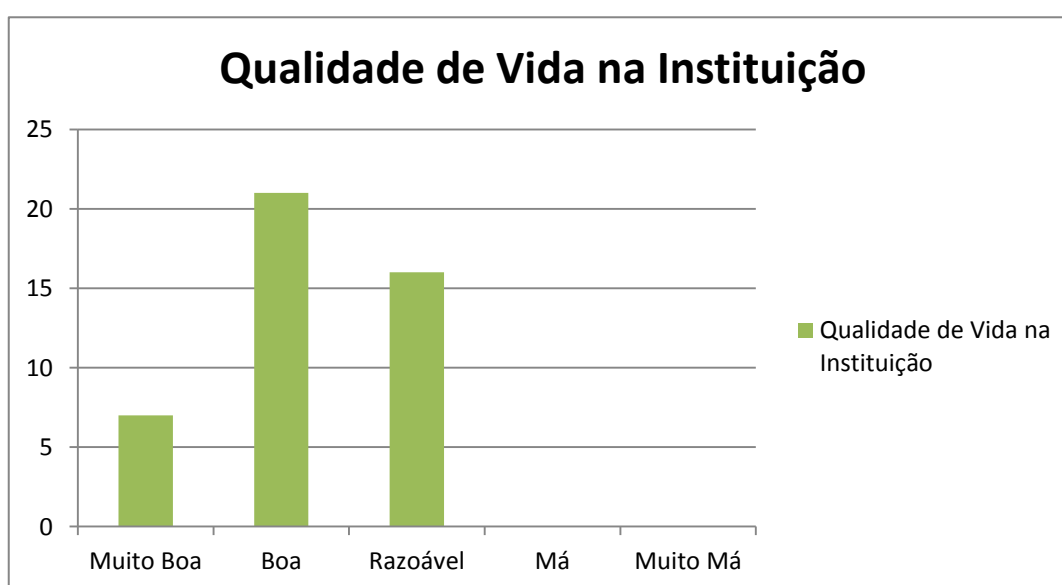
Na questão de como avaliam a sua qualidade de vida na Instituição, 48% dos utentes avalia-a como sendo Boa, 36% como Razoável. E apenas 16% avalia a sua qualidade de vida como Muito Boa. Nas duas restantes opções (Má ou Muito Má) ninguém se manifestou (tabela 3.11 e gráfico 3.11).

Tabela 3.11 – Distribuição de frequência da variável qualidade de vida na instituição

Qualidade de Vida na Instituição	FA	FR
Muito Boa	7	$7/44= 0,16$
Boa	21	$21/44= 0,48$
Razoável	16	$16/44= 0,36$
Má	0	$0/44= 0$
Muito Má	0	$0/44= 0$
Total	44	1

Fonte: Observação de dados facultados pela instituição

Gráfico 3.11 – Distribuição de frequência da variável qualidade de vida na instituição



### 3.3.2. Caracterização do estado mental

De seguida, caracteriza-se o estado mental dos utentes do lar Seara de Abril de Santa Bárbara de Padrões considerando o grau de escolaridade. Os resultados foram obtidos através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), um instrumento de avaliação cognitiva de referência nos idosos com demência, que possibilita o despiste de défice cognitivo de acordo com o grau de escolaridade (Sequeira, 2010).

No caso desta amostra constituída por vinte e sete utentes, a maioria destes frequentou entre 1 a 4 anos de escolaridade (n=16) e os restantes são analfabetos (n=11). Este facto deve-se à proveniência modesta da maioria dos idosos, oriundos de estratos sociodemográficos muito baixos e de regiões em processo de desertificação, onde se privava as crianças de acesso fácil a escolas ou, por outro lado, onde não existiam condições monetárias para a permanência das crianças na escola para além do 4º ano (antiga 4ª classe).

Como se pode constatar na tabela 3.12, a categoria de analfabeto reúne 40% dos idosos da amostra, ao passo que a categoria dos alfabetizados com escolaridade entre 1 e 11 anos de escolaridade agrupa 60% dos idosos da amostra. A categoria de alfabetizados com mais de 11 anos de escolaridade não apresenta qualquer pessoa.

Tabela 3.12 – Frequência de alfabetizados e não alfabetizados no MEEM

Categoria	FA	FR
Analfabetos	11	$11/27 = 0,40$
Alfabetizados (de 1 a 11 anos de escolaridade)	16	$16/27 = 0,60$
Alfabetizados (mais 11 anos de escolaridade)	0	$0/27 = 0$
Total	27	1

Relativamente aos resultados obtidos no MEEM, por categoria (tabela 3.13), é possível verificar que a falta de escolaridade não é factor impeditivo de atingir um valor alto no instrumento MEEM. Por seu turno, parece invulgar que os indivíduos que não frequentaram a escola e/ou que são analfabetos tenham conseguido manter a função cognitiva a um nível muito superior ao ponto de corte, pois, efetivamente, muitos autores (Forciea & Lavizzo-Mourey; 1998, Marchand, 2001; Schaie, 1996) defendem o nível de educação como fator protetor do surgimento de declínios cognitivos leves ou graves na velhice.

Pormenorizando, é possível constatar que, no conjunto dos vinte e sete utentes, na categoria dos não alfabetizados, 7 utentes obtiveram valores superiores ao ponto de corte para esta categoria ( $\leq 15$  pontos) e, apenas, 4 utentes obtiveram menos de 15 pontos. Na categoria dos Alfabetizados (1 a 11 anos de escolaridade), 6 utentes apresentaram valores superiores ao ponto de corte para este grupo ( $\leq 22$  pontos), e 10 utentes obtiveram valores menores ou iguais a 22 pontos. Por último, na categoria dos Alfabetizados com mais de 11 anos de escolaridade não houve registo de nenhum utente (tabela 3.13).

Pode-se supor que estes resultados devem-se a factores de ordem biológica, psicológica e social. Assim, pressupõe-se que este processo pode explicar como alguns idosos por ação de ambientes menos favoráveis, tenham iniciado o declínio cognitivo mais cedo (apesar de pouco acentuado) e, que por outro lado, outros o tenham conservado, ou até mesmo melhorado as suas capacidades, por ação de ambientes mais favoráveis (por exemplo, a permanência num trabalho mais exigente).

Tabela 3.13 – Resultados obtidos no pré-teste do MEEM

Utentes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Categoria																											
Não alfabetizados (menor ou igual a 15 pontos)		24	23	14		25							19	21		11	12		11				19			21	
Alfabetizados (1 a 11 anos escolaridade) (menor ou igual a 22 pontos)	16				15		11	19	19	19	22	26			24			12		26	24	26		17	22		24
Alfabetizados (com + de 11 anos de escolaridade) (menor ou igual a 27 pontos)																											

### 3.3.3. Caracterização da autonomia nas atividades de vida diária

Segundo o Índice de Katz (Katz *et al.*, 1963, versão apresentada por Sequeira, 2007), quanto maior a pontuação do teste, maior a funcionalidade do idoso, isto é, quanto mais próximo de 24 valores, melhor é a capacidade funcional.

Com base no Índice de Katz, foi caracterizada a autonomia nas atividade de vida diária da amostra de vinte e sete utentes. Através de uma análise dos dados obtidos, constatei que as pontuações variaram entre 9 e 24 pontos, sendo que uma percentagem significativa obteve entre 20 a 22 pontos no teste.

Foco, de seguida, os resultados deste teste em relação às seis atividades avaliadas (tabela 3.14). No controlo de esfínteres, a maioria dos idosos são independentes e apenas 6 idosos revelam dependência.

Em relação ao banho, cerca de 21 idosos são independentes com ajuda, apenas 2 idosos são totalmente independentes e 4 idosos são dependentes relativamente a esta atividade de vida diária. Na atividade “utilização da casa de banho”, a maioria é independente (17 idosos), 4 idosos são independentes com supervisão, outros 4 idosos são totalmente dependentes e apenas 2 são independentes com ajuda.

Na mobilidade, 16 idosos são independentes e 3 idosos apenas são independentes com supervisão. Em relação à categoria independente com ajuda temos 3 idosos e 5 idosos são dependentes.

No vestir/despir, 13 idosos são independentes com ajuda, 10 idosos são totalmente independentes, ao passo que 4 idosos são dependentes. Por fim, na alimentação, todos os idosos da amostra (27 idosos) são independentes.

Tabela 3.14 – Resultados obtidos no pré-teste do Índice de Katz

Utentes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Categoria																											
Controlo de esfíncteres	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	1	1	1	4	4	4	1	1	4	4	4
Banho	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	4	1	2	2	2	2
Utilização W.C.	2	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	2	4	4	4	1	1	1	4	4	4	1	3	4	4	4
Mobilidade	4	4	4	3	4	4	4	4	4	1	3	4	2	4	3	4	1	1	1	4	4	4	1	2	4	2	4
Vestir/despir	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2	2	2	2	2	4	1	1	1	4	4	4	1	2	4	4	4
Alimentação	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Total	18	20	22	19	20	21	20	20	24	16	18	20	16	17	19	22	9	9	9	22	22	24	9	14	22	20	22



## Capítulo 4. Análise e Interpretação dos Resultados

O presente capítulo é relativo ao tratamento dos dados recolhidos por meio da observação participante e registos em diário de campo e da aplicação de dois instrumentos de avaliação: o Mini Exame do Estado Mental e o Índice de Katz.

Estes dois instrumentos de avaliação foram aplicados antes de se iniciar o projeto (pré-teste) e após a implementação do projeto (pós-teste), com um programa que incluía atividades que estimulassem os participantes nos âmbitos cognitivo, afetivo, físico e motor (Anexo VIII). No primeiro ponto descreve-se as atividades e os resultados das observações da participação nestas. No segundo e terceiro pontos, compara-se os dados iniciais com os dados obtidos após a intervenção (MEEM e Índice de Katz).

### 4.1. Resultados por atividade

Apresenta-se, seguidamente, os resultados parcelares obtidos em cada atividade realizada, segundo os dados das observações registados no decurso das mesmas.

#### ➤ Atividades Lúdicas e Recreativas

- As atividades de expressão plástica consistiram na produção de recortes e colagens, pinturas, desenhos, cortes e costura, modelagens e decalques.

Este grupo de atividades esteve associado às épocas festivas, como o Carnaval e a Páscoa, nas quais os idosos participaram ativamente nos trabalhos de recortes. Tivemos, ainda, um ateliê de chapéus, onde os idosos colaboraram na construção e decoração dos chapéus.

Os objetivos das atividades eram:

- Desenvolver a destreza manual;
- Estimular a criatividade;
- Desenvolver a atenção, a concentração e a coordenação;
- Promover a orientação espacial e temporal;
- Adquirir novos conhecimentos.

Os objetivos parecem ter sido alcançados na medida em que se trabalhou cada um destes objetivos através da interação entre os participantes, quer em grupo quer individualmente, nas várias atividades. Isto foi possível inferir através da observação direta participante e das conversas informais que ia estabelecendo no decorrer de cada atividade.

Consegui, também, observar que os idosos ficavam bastante mais entusiasmados quando estas atividades eram feitas em grupo, pois eram atividades mais dinâmicas que permitiam que houvesse oportunidade de aquisição de novos conhecimentos. Devo ainda salientar que não foram demonstradas graves dificuldades no decorrer das mesmas.

#### ➤ Atividades Socioculturais

- As atividades socioculturais consistiram na recolha de património oral, adivinhas, provérbios, rimas e versos, tendo como objetivo o desenvolvimento pessoal e social.

A festa do Dia Internacional da Mulher, a festa do 25 de Abril, o desfile de Carnaval e os passeios de convívio (Passeio à Mina de São Domingos, visita à universidade sénior, torneio de boccia, baile dos chapéus e caracolada no Monte Pereiro) com outros lares do concelho de Castro Verde, contaram com a participação ativa da maioria dos utentes.

Ainda na época de Santo António, foram plantados, para reprodução, vários manjericos, atividade na qual participaram os utentes.

A recolha de património oral deu-se em quase todas as atividades.

Os objetivos traçados foram:

- Estimular a comunicação verbal;
- Partilha de experiências;
- Estimular a memória;
- Reviver as vivências e experiências adquiridas ao longo da vida;
- Incrementar a participação ativa dos idosos;
- Permitir a relação com o meio envolvente;
- Fomentar a integração social do/a idoso/a;
- Proporcionar momentos de convívio e confraternização;

- Envolver a comunidade nas comemorações festivas;
- Preservar o meio ambiente.

No geral, os idosos mostraram-se cooperantes e interessados na maior parte das atividades, mas nem sempre o tempo de duração destas foi bem controlado.

#### ➤ Atividades Cognitivas

- As atividades de estimulação cognitiva/mental e sensorial contaram com atividades ligadas a jogos de mesa (puzzles, cartas, dominó e bingo), a jogos lúdicos (acerta no alvo, jogo das tampas, jogo da pesca, construir formas geométricas com plasticina, associação de imagens), ao cálculo matemático, a exercícios de memória, a jogos de semelhanças e diferenças, a jogos de identificar as cores e a jogos de reconhecimento auditivo, tátil e visual.

Estas atividades foram as mais dinâmicas do plano na opinião dos participantes. Ainda que tenha existido alguma dificuldade nas atividades de cálculo matemático, das tarefas verbais e dos jogos de memória, com a ajuda de todos os idosos acabaram por executar todas as tarefas até ao fim.

Relativamente ao cálculo matemático, somente alguns idosos mostraram grande destreza e gosto em responder às questões.

Os jogos de reconhecimento auditivo, tátil e visual foram aqueles que mais se destacaram a nível de entusiasmo e espírito de grupo. Os jogos de reconhecimento auditivo consistiram na reprodução de sons digitais e identificação numa lista do que estes eram; nos jogos de reconhecimento tátil foram utilizados vários objetos, relativamente aos quais o idoso tentou adivinhar, através do toque e com os olhos vendados, o que era cada um; por fim, nos jogos de reconhecimento visual utilizaram-se imagens em pares, viradas ao contrário, para que cada um levantasse duas imagens de cada vez e encontrasse os pares corretos.

Os objetivos destas atividades foram os seguintes:

- Fomentar o espírito de grupo e cooperação;
- Atuar no raciocínio lógico;
- Adquirir novos conhecimentos e partilha de informação;
- Evitar o isolamento;
- Prevenir a rápida degradação mental;

- Estimular a memória e a concentração;
- Dominar a nomenclatura das cores e a sua distinção.

Foi possível inferir que todos os objetivos terão sido cumpridos com sucesso e que todas estas atividades foram, na opinião dos idosos, as mais divertidas, sendo observável no decorrer de todas as atividades a boa disposição e o interesse na partilha de histórias relacionadas com as temáticas. O tempo de duração das atividades nem sempre muito foi bem controlado, pois existia alguma dispersão, o que, por sua vez, também ajudou a que o idoso interagisse mais com quem o rodeava.

#### ➤ Atividades Físico-Motoras

- As atividades de animação física e motora consistiram em exercícios de aquecimento e relaxamento, ginástica habilitativa, jogo da *boccia* e caminhadas.

Neste quadro de atividades, o jogo da *boccia* parece ter sido a atividade que conseguiu despertar alguma satisfação. Talvez por não necessitar de um grande esforço físico, contrariamente às outras atividades.

Todos os idosos mostraram severos problemas em executar quaisquer exercícios ligados à atividade física, inclusive era necessário incentivá-los para que realizassem a atividade. Fatores justificativos deste acontecimento talvez sejam a idade já avançada e as dificuldades de mobilidade relacionadas com a falta de ocupação livre.

Dentro das dificuldades sentidas, os exercícios de aquecimento e relaxamento eram aqueles que, lentamente, eram executados dentro dos termos solicitados. Nas caminhadas, o número de idosos também era um pouco reduzido devido à pouca mobilidade de alguns idosos e por mais de metade estarem dependentes de cadeiras de rodas e andarilhos. Ainda assim, com muito custo, sempre acabaram por realizar a maior parte das atividades ligadas à animação física ou motora.

Os objetivos definidos foram:

- Estimular os/as idosos/as para as práticas desportivas;
- Coordenar e controlar o próprio corpo;
- Aumentar a resistência física;
- Estimular a comunicação não-verbal;

De todas as atividades, estas foram as que os participantes menos gostaram. Seria necessário desenvolver um trabalho adequado, constante, persistente, de modo a prevenir a rápida degradação física dos idosos e a cativá-los para a prática de exercício físico. Isto acabaria não só por contribuir para que não sentissem tantas dificuldades em executar algum tipo de exercícios como, também, para que se sentissem melhor consigo próprios por conseguirem realizar alguns exercícios, ainda que com ajuda. Não havendo um grande interesse na prática destas atividades, o tempo de duração destas foi bem controlado.

#### 4.2. Função cognitiva

Tendo como referencial o objetivo proposto, apresenta-se os dados obtidos antes e após a implementação do projeto de intervenção, utilizando o Mini Exame do Estado Mental (Folstein, Folstein e McHugh, 1975, segundo adaptação portuguesa de Manuela Guerreiro e colabs., 1993). Este teste dá-nos uma pontuação total de 0 a 30 pontos, tem apenas três pontos de corte a reter ( $\leq 15$  – analfabetos;  $\leq 22$  – 1 a 11 anos de escolaridade;  $\leq 27$  – escolaridade superior a 11 anos).

Como atrás foi referido, o pré-teste foi aplicado a um conjunto de vinte e sete utentes. Foi possível verificar que este grupo de idosos se apresentava com uma incidência mais elevada de défice cognitivo entre os alfabetizados (62,5%) do que entre os não alfabetizados (36,4%). No pós-teste (tabela 4.1.), no qual participaram 18 utentes pertencentes ao grupo que realizou o pré-teste, verificou-se que aumentou a incidência de défice cognitivo entre os alfabetizados (88,9%), tendo-se reduzido a incidência do défice cognitivo no grupo dos não alfabetizados (22,2%). Estes resultados não são comparáveis globalmente, porque o número de participantes não é idêntico nos dois momentos, dado que nem todos os participantes no pré-teste aceitaram ou puderam participar no pós-teste. Isto mesmo considerando que se apresentam os valores percentuais da incidência do défice cognitivo em ambos os momentos. Ainda assim, é de realçar que o grupo dos não alfabetizados apresentou uma melhoria de resultados percentuais no pós-teste, face aos resultados do pré-teste. Pelo contrário, o grupo dos alfabetizados apresentou piores resultados no pós-teste, quando estes resultados são comparados com os do pré-teste. Convém acrescentar que o número de participantes

alfabetizados se reduziu de 16 no pré-teste para 9 no pós-teste, ao passo que no grupo dos não alfabetizados o número de participantes se reduziu de 11 no pré-teste para 9 no pós-teste.

Relativamente ao conjunto dos 18 utentes que responderam tanto ao pré-teste como ao pós-teste, é possível verificar que 7 (38,9%) utentes melhoraram os resultados e 8 (44,4%) utentes obtiveram menos pontos no pós-teste, sendo que 3 (16,7%) utentes mantiveram o mesmo resultado, tanto no pré-teste como no pós-teste.

Pormenorizando, é conveniente referir que, no conjunto dos dezoito utentes que responderam ao pré-teste e ao pós-teste, no grupo dos não alfabetizados, composto por nove pessoas, 4 (44,4%) utentes melhoraram os resultados, igualmente 4 (44,4%) utentes obtiveram piores resultados e apenas 1 (11,1%) utente manteve o mesmo resultado. Quanto ao grupo dos alfabetizados, composto igualmente por nove utentes, verifica-se que 3 (33,3%) melhoraram nos resultados do pós-teste, 4 (44,4%) utentes obtiveram menos pontos e 2 (22,2%) utentes mantiveram o mesmo resultado.

Tabela 4.1 – Resultados obtidos no pós-teste do MEEM

Utentes	1	2	3	4	5	6	7	10	12	14	15	16	17	19	24	25	26	27
Categoria																		
Não alfabetizados (menor ou igual a 15 pontos)		20	22	18		22				20		22	12	12			22	
Alfabetizados (1 a 11 anos escolaridade) (menor ou igual a 22 pontos)	16				20		21	19	22		22				12	23		22
Alfabetizados (com mais de 11 anos de escolaridade) (menor ou igual a 27 pontos)																		

### 4.3. Funcionalidade

De acordo com o segundo objetivo específico do presente estudo foram caracterizados os idosos institucionalizados ao nível das suas atividades de vida diária. Apresento, seguidamente, os resultados obtidos no Índice de Katz (Katz *et al.*, 1963, versão de Sequeira, 2007). Neste teste quanto maior for a pontuação, maior é o grau de funcionalidade do idoso, isto é, quanto mais próximo de 24 pontos, melhor é a capacidade funcional.

Como atrás foi referido, no pré-teste apliquei este instrumento a um conjunto de vinte e sete utentes. Foi possível verificar que este grupo de idosos se apresentava com uma elevada taxa de resultados próximos do máximo, uma vez que 15 utentes apresentaram resultados situados entre 20 e 24 pontos (55,6%). Com resultados entre 12 e 19 pontos encontraram-se 8 utentes (29,6%) e apenas 4 utentes obtiveram resultados abaixo de 12 pontos (14,8%). No pós-teste (tabela 4.2.), no qual participaram 18 utentes, todos eles participantes no grupo que realizou o pré-teste, verificou-se que 12 utentes (66,7%) obtiveram uma pontuação situada entre 20 e 24 pontos. Com resultados entre 12 e 19 pontos, encontra-se 6 utentes (33,3%). Abaixo de 12 pontos não foi encontrado caso algum (0%).

Os resultados obtidos no índice de Katz, atrás referidos, apesar de não serem comparáveis globalmente, porque o número de participantes não é idêntico nos dois momentos em que foi aplicado o teste - dado que nem todos os participantes no pré-teste aceitaram ou puderam participar no pós-teste - parecem indicar uma melhoria da capacidade funcional em parte dos participantes no projeto, o que se confirma se considerarmos, como se fará seguidamente, apenas os resultados dos participantes que responderam ao pré-teste e ao pós-teste.

Efetivamente, no conjunto dos 18 utentes que responderam ao pré-teste e ao pós-teste é possível verificar que, no pós-teste, 9 utentes (50%) melhoraram os resultados obtidos no pré-teste, ao passo que 6 utentes mantiveram o mesmo resultado e apenas 2 utentes pioraram relativamente aos resultados obtidos no pré-teste.



Tabela 4.2 – Resultados obtidos no pós-teste do Índice de Katz

Utentes	1	2	3	4	5	6	7	10	12	14	15	16	17	19	24	25	26	27
Categoria																		
Controlo de esfíncteres	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Banho	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	3	2	2
Utilização W.C.	2	4	4	2	4	4	4	2	4	4	4	4	1	1	1	4	4	4
Mobilidade	2	4	4	4	4	4	3	1	4	4	4	4	1	1	1	4	4	4
Vestir/despir	2	2	4	2	2	4	4	3	4	2	4	4	1	1	1	4	4	4
Alimentação	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Total	16	20	22	18	20	22	21	16	22	20	22	22	12	12	12	23	22	22

## Considerações Finais

Consideramos que o projeto de investigação-ação que desenvolvemos e que se propôs implementar estratégias para o envelhecimento ativo no idoso institucionalizado, partindo dos interesses, das motivações e do conhecimento prévio das condições específicas dos utentes de uma estrutura residencial no baixo Alentejo, para estimular estes utentes principalmente nos domínios cognitivo e físico-motor, veio confirmar que o objetivo principal de contribuir para melhorar a qualidade de vida das pessoas nestes âmbitos é não só possível como indispensável.

Foi desenhado um projeto de investigação-ação, que se desenrolou ao longo de cinco meses, em três fases: a primeira fase de diagnóstico; a segunda fase de implementação e avaliações parcelares das atividades e estratégias programadas; a terceira fase de avaliação final dos resultados. A fase de implementação consistiu fundamentalmente em sessões de atividade física, motora e de estimulação social e cognitiva que foram planeadas, dinamizadas e observadas diretamente, tendo em vista ajustamentos pontuais que se revelassem necessários. Foram avaliados na primeira fase (pré-teste) e na terceira fase (pós-teste) os participantes com recurso a dois instrumentos: MEEM e índice de KATZ. Participaram no projeto vinte e sete utentes do Lar Seara de Abril de Santa Bárbara de Padrões. Embora, o pré-teste tenha sido realizado pelos vinte e sete utentes participantes, o pós-teste apenas foi realizado por dezoito utentes.

Uma das estratégias utilizadas neste projeto para motivar os idosos a participar nas atividades programadas foi a promoção do diálogo, tanto durante as atividades, como fora delas. Estes idosos institucionalizados têm muita necessidade de falar sobre si próprios e sobre aquilo que os rodeia, tornando-se qualquer preocupação ou aspeto que os perturbe esgotante para eles, do ponto de vista psicológico. Por essa razão, procurando criar um ambiente propício à comunicação e à convivialidade, optou-se por cultivar um diálogo continuado, tanto individualmente, como em grupo, o que em nosso entender favoreceu o desenvolvimento do projeto e os resultados obtidos.

Os resultados avaliados com recurso aos instrumentos acima mencionados confirmam a evidência científica demonstrando que, para além de manter, é possível melhorar a capacidade funcional e cognitiva dos idosos institucionalizados. Os resultados, comprovados nos testes aplicados, vêm confirmar que, embora não

garantindo o alcance de todos os participantes, é possível preservar as capacidades funcionais e cognitivas e, melhor do que isso, melhorá-las em uma parte bastante significativa dos utentes institucionalizados, com incidência, na população institucionalizada não alfabetizada. Estes resultados foram obtidos após o desenvolvimento de um projeto multidimensional e integrado de atividades adequadas às necessidades e motivações dos utentes, com incidência especial nos domínios cognitivo e físico-motor, atrás descrito.

Para terminar, é indispensável fazer um balanço global do estágio curricular no qual se integrou o trabalho de investigação-ação apresentado. Os conhecimentos adquiridos ao longo dos três semestres da parte curricular do curso foram postos em prática e confrontados com a problemática de uma estrutura residencial para idosos, onde foi necessário desenhar, desenvolver e avaliar um projeto de intervenção e os seus resultados. O trabalho foi realizado com empenho, dedicação, iniciativa, autonomia e responsabilidade, tanto nas atividades inerentes ao projeto propriamente dito, como nas tarefas que se desenvolveram para além deste.

Considera-se que o investimento e o esforço tiveram êxito e foram reconhecidos, o que representa um desafio para o futuro. Os seis meses regulamentares de estágio equivaleram, por isso, a uma significativa oportunidade de aprendizagem que marcará seguramente o futuro pessoal e profissional da autora deste relatório.

## Referências Bibliográficas

- Agree, M., & Freedman, A. (2011). Implicações do Envelhecimento de população para a saúde geriátrica. . In J. Murphy, J. Gallo, P. Rabins, & R. Silliman, *Reichel, Assistência ao idoso: aspetos clínicos do envelhecimento*. (pp. 494-501). Rio de Janeiro: Guanabara .
- Apóstolo, J. (2011). *Instrumentos para avaliação em Geriatria. Documento de Apoio*. Obtido de [file:///C:/Users/PC/Downloads/Instrumentos\\_de\\_Avalia%C3%A7%C3%A3o\\_Geri%C3%A1trica\\_MAIOR\\_12%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/PC/Downloads/Instrumentos_de_Avalia%C3%A7%C3%A3o_Geri%C3%A1trica_MAIOR_12%20(3).pdf).
- Arik, G., Varan, H., Yavuz, B., Karabulut, E., Kara, O., Kilic, M., . . . Cankurtarana, M. (2015). Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, pp. 344-350.
- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). *Psychological Perspectives on Successful Aging: The Model of Selective Optimization with Compensation*. In: P. Baltes, & M. Baltes (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. New York: Cambridge University Press.
- Begate, P., Ricardo, A., & Sawazki, G. (2009). Avaliação do desempenho funcional de idosos institucionalizados e não institucionalizados através do teste Timed Up and Go (TUG). *Revista Funcional*, pp. 43-52.
- Berger, L., & Poirier-Mailloux, D. (1995). *Pessoas Idosas. Uma abordagem global. Processo de Enfermagem por Necessidades*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Carvalho, P., & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, pp. 161-184.
- Catarino, T. C. (2015). *Avaliação do perfil funcional dos idosos do conselho de Monchique: fundamentos com vista à intervenção do fisioterapeuta. Dissertação de mestrado*. Faro: Universidade do Algarve. Obtido de SAPIENTIA: <http://hdl.handle.net/10400.1/8008>.
- Chaves, M. F. (2009). *Testes de avaliação cognitiva: Mini-Exame do Estado Mental*. Brasil.
- Costa. (1986). *A pesquisa de terreno em Sociologia*. In Augusto Santos Silva & José Madureira Pinto (orgs.). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.

- Dalsenter, C., & Matos, F. (2009). Percepção da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados da cidade de Blumenau. *Dynamis revista tecnocientífica*, pp. 32-37.
- Daniel, F. (2009). Profissionalização e Qualificação da Resposta Social 'Lar de Idosos' em Portugal. *Revista Interações*, pp. 65-74.
- Duarte, Y., Andrade, C., & Lebrão, M. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, pp. 317-325.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011 - Resultados Provisórios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Fernandes, M. S. (1996). *Conceito de qualidade de vida para o idoso. Dissertação de Mestrado*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Obtido de Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa: <http://hdl.handle.net/10400.14/2190>.
- Fernandes, S. D. (2014). *Estimulação Cognitiva em Idosos Institucionalizados. Dissertação de Mestrado*. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança. Obtido de Biblioteca Digital do IPB: <http://hdl.handle.net/10198/11546>.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Gerontologia Social. Una introducción. In Gerontologia Social*. Madrid: Ediciones Piramide.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: the differential conditions. *Psychology in Spain*, pp. 57-65.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini Mental State - A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 189-198.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Forcica, M., & Lavizzo-Mourey, R. (1998). *Segredos em Geriatria: Respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds na clínica, em exames orais e escritos*. Porto Alegre: Artmed.
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação*. Loures: Lusociência, 3ª Edição.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gil, G., & Busse, A. (2009). Avaliação neuropsicológica e o diagnóstico de demência, comprometimento cognitivo leve e queixa de memória relacionada à idade. *Arquivos médicos dos hospitais e a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, pp. 44-50.

- Gonçalves, L., Silva, A., Mazo, G., Benedetti, T., Santos, S., Marques, S., . . . Rezende, T. (2010). O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. *Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, pp. 1738-1746.
- Guerra, I. (2002). *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção. O Planeamento em Ciências Sociais*. Lisboa: Principia.
- Guerreiro, M. G. (1998). *Contributo da Neuropsicologia para o Estudo das Demências. dissertação de doutoramento*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1993). *MMSE- Adaptação Portuguesa*. Lisboa: Laboratório de Estudos do Centro Egas Moniz, Hospital de Santa Maria.
- Jacob, L., & Fernandes, H. (2011). *Ideias para um Envelhecimento Activo*. Almeirim: RUTIS.
- Katz, S., Ford, A., Moskowitz, R., & Jackson, B. J. (1963). Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL, a Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA The Journal of the American Medical Association*, 914-919.
- Le Compte, M. D., Preissle, J., & Tesch, R. (1993). *Ethnography and Qualitative Design in Educational Research*. San Diego: Academic Press.
- Lima, D. L., Lima, M. A., & Ribeiro, C. (2010). Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, pp. 346-356.
- López Górriz, I. (1998). *Metodología de investigación-acción: trayectoria histórica y encuadres epistemológicos y metodológicos de la investigación-acción*. Sevilla: Grupo de investigación M.I.D.O., Universidad de Sevilla.
- Lourenço, R., & Veras, R. (2006). Mini Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista Saúde Pública*, pp. 712-719.
- Lucio-Villegas, E. (1993). *La Investigación Participativa en Educación de Personas Adultas. La Construcción de un Saber Colectivo*. Sevilla: SPS-CAPP-KRONOS.
- Luthra, M., Negi, K., & Gupta, S. (2016). A Comparative Field Based Study of Katz and Barthel Indices in North Indian City of Dehradun. *Indian Journal of Community Health*, pp. 108-112.

- Marchand, H. (2001). *Temas de Desenvolvimento Psicológico do Adulto e do Idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Marrachinho, A. V. (2014). *Qualidade de vida e solidão do idoso institucionalizado*. Dissertação de Mestrado. Obtido de Sapiencia: <http://hdl.handle.net/10400.1/8267>.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2008). Saúde e qualidade de vida ao envelhecer; perdas, ganhos e um paradoxo. *Geriatría e Gerontologia*, pp. 32-37.
- Pinhel, M. J. (2011). *A solidão nos idosos institucionalizados em contexto de abandono familiar*. Dissertação de Mestrado. Obtido de Biblioteca Digital do IPB: <http://hdl.handle.net/10198/6863>.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rahman, M., & Fals-Borda, O. (1992). *La situación actual y las perspectivas de la IAP en el mundo*. In María C. Salazar (ed.), *La investigación-acción participativa: inicios y desarrollos* (pp. 205-223). Madrid: Editorial Popular.
- Reason, P., & Bradbury, H. (2001). *Handbook of action research: participative inquiry and practice*. London: Sage Publications.
- Rebustini, R., Balbinotti, M., Jacob-Filho, W., Rebustini, F., Suemoto, C., Pasqualucci, C., . . . Nitrini, R. (2015). Validity of the Katz Index to assess activities of daily living by informants in neuropathological studies. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, pp. 944-950.
- Ribeiro, Ó., & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2012). *Manual de Gerontologia - Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel.
- Saúde, D.-G. d. (02/07/2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Circular Normativa. Nº13/DGCG. Ministério da Saúde.
- Schaie, K. (1996). *Intellectual development in adulthood: The Seattle Longitudinal Study*. Nova York: Cambridge University Press.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Silva, A. O., Pereira, A. P., Gonçalves, D. R., Vieira, A. d., Medeiros, R. F., Altermann, C. D., . . . Carpes, P. B. (2011). Perfil Cognitivo de Idosos

- Institucionalizados de Uruguaiana/RS. *Revista Contexto & Saúde*, pp. 1185-1190.
- Silva, T., Freitas, R., Monteiro, M., & Borges, S. (2010). Avaliação da capacidade física e quedas em idosos ativos e sedentários da comunidade. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, pp. 392-398.
- Spar, J., & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi.
- United Nations Population Fund. (2012). *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge*. New York & London: United Nations Population Fund. Obtido de <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-Exec-Summary.pdf>.
- Vega, J., & Martínez, B. (2000). *Desarrollo Adulto y Envejecimiento (2ªed.)*. Madrid: Editorial Síntesis.
- WHO. (2002). *Active Ageing: : a policy framework*. Geneve.
- Zagher, M., Pierezan, P., & Claudino, R. (2009). *Avaliação da qualidade de vida dos profissionais da saúde que prestam assistência a pacientes geriátricos*. Obtido de Efdportes.com: <http://www.efdeportes.com/efd135/qualidade-de-vida-nos-profissionais-da-saude.htm>.
- Zimmerman, G. (2000). *Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.



## ANEXOS

## **ANEXO I - Questionário Sociodemográfico**

## Questionário da Caracterização Sócio-Demográfico

### Grupo 1- Caracterização individual

Nome do utente:

Idade: \_\_\_\_\_

Localidade:

Sexo: F  M

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Grau de Escolaridade:

Não sabe ler, nem escrever	<input type="checkbox"/>	Ensino Técnico Profissional	<input type="checkbox"/>
Sabe ler e escrever	<input type="checkbox"/>	Licenciatura	<input type="checkbox"/>
Ensino Básico	<input type="checkbox"/>	Pós - Graduação	<input type="checkbox"/>
Ensino Preparatório	<input type="checkbox"/>	Mestrado	<input type="checkbox"/>
Ensino Secundário	<input type="checkbox"/>	Doutoramento	<input type="checkbox"/>

### Grupo 2 – A vida na Instituição

1. Há quanto tempo vive nesta instituição?

<1 Ano

1 A 4 anos

5 A 9 anos

> 10 Anos

2. Por que motivo veio para a instituição:

Problemas Económico

Problemas de Saúde

Motivos Familiares

Medo da Solidão

Outros motivos:

---

## Grupo 2 – A vida na Instituição

1. Considera-se uma pessoa ativa na participação das tarefas organizadas pela instituição?

---

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

Sim

Não

3. Como avalia a sua mobilidade/dependência (capacidade para se movimentar e deslocar sozinho/a)

Muito Boa	Boa	Razoável	Má	Muito Má

4. Como avalia a sua qualidade de Vida:

Muito Boa	Boa	Razoável	Má	Muito Má

5. O que considera importante para ter uma boa qualidade de vida?

5.1. Ter saúde física	
5.2. Ter saúde psicológica	
5.3. Ter dinheiro	
5.4. Ter o apoio da família	
5.5. Ter o apoio dos amigos	
5.6. Poder passear e divertir-se	
5.7. Outro. Qual?	

**Obrigada pela sua colaboração!**

**ANEXO II – Mini Exame do Estado Mental**

## AVALIAÇÃO COGNITIVA

### MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

(Folstein, Folstein e McHugh, 1975, segundo adaptação portuguesa de Manuela Guerreiro e colabs., 1993. Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz, Hosp. Sta. Maria)

Paciente: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Data de Avaliação: \_\_\_\_\_

#### 1. ORIENTAÇÃO (1 ponto por cada resposta correcta).

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que país estamos? \_\_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
Em que terra vive? \_\_\_\_\_  
Em que casa estamos? \_\_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 2. RETENÇÃO (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida).

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

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 3. ATENÇÃO E CÁLCULO (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas.)

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

27 \_\_ 24 \_\_ 21 \_\_ 18 \_\_ 15 \_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 4. EVOCAÇÃO (1 ponto por cada resposta correcta.)

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

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

**5. LINGUAGEM** (1 ponto por cada resposta correcta).

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio \_\_\_\_\_

Lapis \_\_\_\_\_

Nota:

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

Nota:

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

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_\_

Nota:

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

Fechou os olhos

Nota:

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

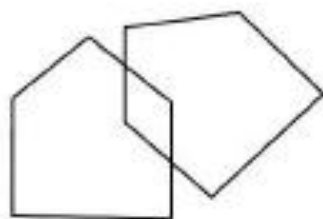
Nota:

**6. HABILIDADE CONSTRUTIVA** (1 ponto pela cópia correcta.)

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

Não valorizar, tremor ou rotação.

**DESENHO**



**CÓPIA**

(Máximo 30 pontos)

TOTAL:

**ANEXO III – Índice de Katz**



AVALIAÇÃO FUNCIONAL  
 ÍNDICE DE KATZ - ESCALA DE ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA  
 (Katz e colabs., 1963, versão apresentada por Sequeira, 2007)

Paciente: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Data de Avaliação: \_\_\_\_\_

Índice de Katz	Independente	Independente com supervisão	Independente com ajuda	Dependente
Controlo de esfíncteres	4	3	2	1
Banho	4	3	2	1
Utilização da casa de banho	4	3	2	1
Mobilidade	4	3	2	1
Vestir/despir	4	3	2	1
Alimentação	4	3	2	1

**ANEXO IV – Declaração de Consentimento Informado aos Inquiridos**

## Declaração de Consentimento Informado

Aceito responder às perguntas do inquérito por questionário apresentado por Rita Camacho Silvestre Nobre, com o objetivo de recolher dados para um trabalho curricular de mestrado a apresentar na Universidade do Algarve, respostas para as quais me é garantida total confidencialidade.

O presente inquérito é destinado aos utentes do Lar Seara de Abril - Associação de Solidariedade Social de Santa Bárbara de Padrões e tem como finalidade o estudo da estimulação cognitiva nas capacidades funcional e cognitiva do idoso do institucionalizado

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_



## Agradecimento da investigadora

Eu, Rita Camacho Silvestre Nobre, a realizar investigação conducente à obtenção do grau de mestre em Gerontologia Social na Universidade do Algarve, desde já agradeço toda a atenção dispensada e colaboração neste inquérito por questionário, garantindo a total confidencialidade das respostas concedidas.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

**ANEXO V – Cronograma de Tarefas**

### Cronograma de Tarefas

Calendarização	Tarefas	Fase da Investigação
Janeiro de 2016	Conhecer os idosos, a equipa de trabalho da Instituição e a Instituição. Recolher informação.	Investigação
De Fevereiro de 2016 a Maio de 2016	1.ª Fase da Aplicação dos Instrumentos de Avaliação Desenvolver e participar nas atividades.	Ação
Maio de 2016	2.ª Fase da Aplicação dos Instrumentos de Avaliação.	Ação
De Junho a Agosto de 2016	Escrita do Relatório Final.	Avaliação
Setembro de 2016	Entrega da 1.ª versão à Orientadora.	Conclusão
Setembro de 2016	Reformulação do Relatório Final.	Conclusão
A 30 de Setembro de 2016	Entrega da Versão Final nos serviços académicos.	Conclusão

**ANEXO VI – Cronograma Mensal das Atividades**

### Cronograma Mensal das Atividades

Mês/dia de semana	2ªF	3ªF	4ªF	5ªF
Fevereiro	1	2	3	4
Fevereiro	8	9	10	11
Fevereiro	15	16	17	18
Fevereiro	22	23	24	25
Fevereiro	29			

Mês/dia de semana	2ªF	3ªF	4ªF	5ªF
Março		1	2	3
Março	7	8	9	10
Março	14	15	16	17
Março	21	22	23	24
Março	28	29	30	31

Mês/dia de semana	2ªF	3ªF	4ªF	5ªF
Abril	4	5	6	7
Abril	11	12	13	14
Abril	18	19	20	21
Abril	25	26	27	28

Mês/dia de semana	2ªF	3ªF	4ªF	5ªF
Maio	2	3	4	5
Maio	9	10	11	12
Maio	16	17	18	19
Maio	23	24	25	26
Maio	30	31		

**ANEXO VII** – Planeamento Mensal das Atividades de Animação Sociocultural



Planeamento Mensal das Atividades de Animação Sociocultural

Mês de Fevereiro

2ªF	3ªF	4ªF	5ª
10h: Jogo de Memória Auditiva  14h30m: Boccia Sénior	10h: Cuidados Estéticos  14h30m: Trabalhos Manuais: Carnaval	10h: Hora do Conto  14h30m: Aplicação dos instrumentos de avaliação	10h: Ginástica Sénior  14h30m: Ateliê de Costura
10h: Questionários aos Utentes  14h30m: Boccia Sénior	Feriado: Dia de Carnaval	10h: Puzzles  14h30m: Puzzles	10h: Cuidados Estéticos  14h30m: Ateliê de Costura
10h: Visionamento de um filme  14h30m: Boccia Sénior	10h: Jogo de Memória Visual  14h30m: Ateliê de Costura	10h: Jogos de mesa  14h30m: Ateliê de Costura	10h: Ginástica Sénior  14h30m: Ateliê de Costura
10h: Ateliê de Costura  14h30m: Boccia Sénior	10h: Jogo de memória cognitiva  14h30m: Jogo Acerta no Alvo	10h: Jogo das Cartas  14h30m: Jogo do Bingo	10h: Ginástica S
10h: Jogo de memória tátil  14h30m: Boccia Sénior			

Planeamento Mensal das Atividades de Animação Sociocultural

Mês de Março

2ªF	3ªF	4ªF	5ª
	10h: Ateliê de chapéus  14h30m: Ateliê de costura	10h: Continuação do ateliê de chapéus  14h30m: Ateliê de croché	10h: Ginástica Sénior  14h30m: Ateliê de Costura
10h: Cuidados estéticos  14h30m: Boccia Sénior	10h: Cuidados Estéticos  14h30m: Festa do Dia da Mulher	10h: Hora do Conto  14h30m: Jogos de mesa	10h: Jogo de memória visual  14h30m: Caminhada pela aldeia
10h: Trabalhos Manuais: Páscoa  14h30m: Boccia Sénior	10h: Jogo acerta no alvo  14h30m: Baile dos Chapéus	10h: Trabalhos Manuais: Páscoa  14h30m: Jogo do Dominó	10h: Trabalhos Manuais: Páscoa  14h30m: Ateliê de Costura
10h: Trabalhos Manuais: Páscoa  14h30m: Boccia Sénior	10h: Trabalhos Manuais: Páscoa  14h30m: Ateliê de Culinária	10h: Jogo das Cartas  14h30m: Lanche da Páscoa	10h: Caminhada Matinal  14h30m: Ginástica Sénior
10h: Jogo de memória visual  14h30m: Boccia Sénior	10h: Jogos de motricidade fina  14h30m: Ateliê de costura	10h: Jogo de identificar as cores  14h30m: Ateliê de costura	10h: Ginástica Sénior  14h30m: Cuidados Estéticos

Planeamento Mensal das Atividades de Animação Sociocultural

Mês de Abril

2ªF	3ªF	4ªF	5ª
10h: Jogos de mesa  14h30m: Boccia Sénior	10h: Jogos de estimulação cognitiva  14h30m: Jogo das Cartas		10h: Ginástica Sénior  14h30m: Cuidados Estéticos
	10h: Jogo das Tampas  14h30m: Ateliê de costura	10h: Hora do Conto  14h30m: Visita à universidade sénior em Castro Verde	10h: Ginástica Sénior  14h30m: Ateliê de Costura
	10h: Jogo de Memória Visual  14h30m: Ateliê de Costura	10h: Jogos de mesa  14h30m: Teatro Infantil (comemorações do 25 de Abril)	10h: Ginástica Sénior  14h30m: Ateliê de Costura
Feriado: 25 de Abril	10h: Jogo de memória cognitiva  14h30m: Ateliê de costura	10h: Jogo das Cartas  14h30m: Jogo do Bingo	10h: Ginástica Sénior  14h30m: Ateliê de costura

Planeamento Mensal das Atividades de Animação Sociocultural

Mês de Maio

2ªF	3ªF	4ªF	5ªF
10h: Jogo das Cartas  14h30m: Boccia Sénior	10h: Jogo de Identificar as cores  14h30m: Ateliê de costura	10h: Ateliê de Costura  14h30m: Jogo do Bingo	10h: Ginástica sénior  14h30m: Ateliê de costura
10h: Jogo do Dominó  14h30m: Boccia Sénior	10h: Ateliê de Costura  14h30m: Jogo do Bingo	10h: Plantar Manjericos  14h30m: Trabalhos manuais	10h: Ateliê de costura  14h30m: Trabalhos manuais
10h: Cuidados Estéticos  14h30m: Boccia Sénior	Passeio à Mina de São Domingos	10h: Hora do Conto  14h30m: Ateliê de costura	Seminário em Beja
10h: Jogo da memória auditiva  14h30m: Boccia Sénior	10h: Ateliê de Costura  14h30m: Jogo de memória visual	10h: Jogo acerta no alvo  14h30m: Jogo das cartas	Feriado
10h: Caminhada matinal  14h30m: Boccia Sénior	10h: Jogo de memória cognitiva  14h30m: Jogo das Tampas		

Planeamento Mensal das Atividades de Animação Sociocultural

Mês de Junho

2ªF	3ªF	4ªF	5ªF
		<p>10h: Aplicação da 2ª fase dos instrumentos de avaliação</p> <p>14h30m: Ateliê de costura</p>	<p>10h: Ginástica Sénior</p> <p>14h30m: Caracolada no Monte Pereiro</p>
<p>10h: Jogo das Tampas</p> <p>14h30m: Boccia Sénior</p>	<p>10h: Cuidados Estéticos</p> <p>14h30m: Jogos de Estimulação Cognitiva</p>	<p>10h: Jogos de Mesa</p> <p>14h30m: Torneio de Boccia Sénior em Castro Verde</p>	<p>Fim do Estágio Curricular</p>

**ANEXO VIII** – Plano de Intervenção na Instituição de Solidariedade Social Seara de  
Abril

Plano de Intervenção na Instituição de Solidariedade Social Seara de Abril

Pré-teste e pós-teste

<b>Área de Intervenção</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>
Avaliação Física e Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar a existência de algum grau de incapacidade física e/ou cognitiva;</li> <li>- Comparar a evolução dos idosos antes e depois de aplicado o plano de intervenção.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação das atitudes e comportamentos;</li> <li>- Conversas informais;</li> <li>- Recolha de informação junto da equipa de auxiliares;</li> <li>- Preenchimento do MiniExame do Estado Mental de Folstein, Folstein &amp; McHugh (1975), traduzido por Guerreiro e col. (1993);</li> <li>- Índice de Katz – Escala de Atividades Básicas de Vida Diária de Katz e colabs. (1963), versão apresentada por Sequeira (2007).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Material de suporte às atividades;</li> <li>- Animadora sociocultural.</li> </ul>

### Atividades lúdicas e recreativas

Área de Intervenção	Objetivos	Atividades	Recursos
Expressão plástica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver a destreza manual;</li> <li>- Estimular a criatividade;</li> <li>- Desenvolvimento da atenção, concentração e coordenação;</li> <li>- Promoção da orientação espacial e temporal;</li> <li>- Aquisição de novos conhecimentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pintura;</li> <li>- Desenho;</li> <li>- Corte e costura;</li> <li>- Modelagem e decalque;</li> <li>- Recortes e colagens.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Material de suporte às atividades; Animadora sociocultural.</p>



### Atividades Socioculturais

Área de Intervenção	Objetivos	Atividades	Recursos
<p style="text-align: center;">Desenvolvimento pessoal e social</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a comunicação verbal;</li> <li>- Partilha de experiências;</li> <li>- Estimular a memória;</li> <li>- Reviver as vivências e experiências adquirida ao longo da vida;</li> <li>- Incrementar a participação ativa dos idosos;</li> <li>- Permitir a relação com o meio envolvente;</li> <li>- Fomentar a integração social do/a idoso/a;</li> <li>- Proporcionar momentos de convívio e confraternização;</li> <li>- Envolver a comunidade nas comemorações festivas;</li> <li>- Preservar o meio ambiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conversas informais;</li> <li>- Recolha de património oral (rimas, adivinhas, provérbios, canções, anedotas);</li> <li>- Recolha de dizeres populares;</li> <li>- Desfile de Carnaval;</li> <li>- Festa do Dia da Mulher;</li> <li>- Festa do 25 de Abril;</li> <li>- Torneio de Boccia;</li> <li>- Baile dos Chapéus;</li> <li>- Passeios de convívio;</li> <li>- Plantar manjericos para o Santo António.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Material de suporte às atividades; Animadora sociocultural.</p>

## Atividades Cognitivas

Área de Intervenção	Objetivos	Atividades	Recursos
Estimulação cognitiva/mental e sensorial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar o espírito de grupo e cooperação;</li> <li>- Atuar no raciocínio lógico;</li> <li>- Aquisição de novos conhecimentos e partilha de informação;</li> <li>- Evitar o isolamento;</li> <li>- Prevenir a rápida degradação mental;</li> <li>- Estimular a memória e a concentração;</li> <li>- Domínio da Nomenclatura das cores e a sua distinção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jogos de mesa;</li> <li>- Jogos lúdicos;</li> <li>- Cálculo matemático;</li> <li>- Exercícios de memória;</li> <li>- Jogos de semelhanças e diferenças;</li> <li>- Jogos de identificar as cores;</li> <li>- Jogos de reconhecimento auditivo, tátil e visual.</li> </ul>	<p>Material de suporte às atividades;</p> <p>Animadora sociocultural.</p>

### Atividades Físico-Motoras

Área de Intervenção	Objetivos	Atividades	Recursos
Animação física ou motora	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular os/as idosos/as para as práticas desportivas;</li> <li>- Aquisição, coordenação e controlo do próprio corpo;</li> <li>- Aumentar a resistência física;</li> <li>- Estimular a comunicação não-verbal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercícios de aquecimento e relaxamento;</li> <li>- Ginástica habilitativa;</li> <li>- Jogo da Boccia;</li> <li>- Caminhadas.</li> </ul>	<p>Material de suporte às atividades;</p> <p>Animadora sociocultural.</p>

## APÊNDICES

**APÊNDICE I** – Exemplo de uma folha do Diário de Campo

## Exemplo de uma folha do Diário de Campo

11-02-2016 : (Quinta-feira)

A manhã começou c/ os habituais cumprimentos. Hoje decidimos dar um novo ar a alguns dos nossos apartamentos e como tal, eu e a Ana estivemos durante a manhã a pintar as unhas a algumas das senhoras (A. Felicidade, D. Vitória, D. Priscila, D. Pipita, D. Diamantina, D. Joana Câmara e Joana Silvestre, D. Ilda Vitória, A. Bárbara).

Durante a tarde estivemos no atelier de costura c/ a D. Rosa.

//  
Semana de 15-02-2016 / 18-02-2016

15-02-2016 : (Segunda-feira)

A manhã de 2ª começou c/ todas as rotinas. Cheguei às 9 e pouco, dirigi-me à sala de Actividades pt deixar as minhas coisas e fui cumprimentar todos os utentes e funcionários. Durante a manhã estivemos a poder passar na TV uma reportagem q passou ontem na Tvi, "minutos de mim". Mas, infelizmente, não conseguimos rodar o filme. Amanhã iremos tentar novamente.

Da parte da tarde tivemos o habitual jogo de

Bocua c/ a professora Lina.

//  
16-02-2016 : (Terça-feira)

A manhã começou c/ os habituais cumprimentos. Estivemos a ver a reportagem "minutos de mim" e a ouvir músicas e a ver fotos das festas que cá se fazem na instituição. Fez-se horas de almoço. Da parte da tarde estive pelo sala de Actividades c/ a D. Rosa, c/ a D. Constança e c/ a D. Conceição, estivemos no atelier de costura.

//  
17-02-2016 : (Quarta-feira)

Da parte da manhã estive na sala de estar a realizar algumas actividades c/ a D. Pipita e a D. Ilda Raimundo. Estivemos a fazer puzzles, a jogar ao jogo do Lotto e os cartas. Fez-se hora de almoço. Da parte da tarde estive pelo sala de actividades c/ a D. Rosa e a D. Conceição, no atelier de costura.

//  
18-02-2016 : (Quinta-feira)

Da parte da manhã tivemos a habitual

**APÊNDICE II – Ficha de Avaliação das Atividades**

Associação de Solidariedade Social Seara de Abril

Santa Bárbara de Padrões

Ficha de Avaliação das Atividades

Atividade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Participantes	Gostaram ☺	Não Gostaram ☹	Obs.