

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Educação de
Paula Frassinetti para obtenção do grau de mestre em Intervenção
Comunitária, especialização em Educação para a Saúde

**EM QUE MEDIDA A ESTIMULAÇÃO COGNITIVA VERTENTE
ESTIMULAÇÃO SENSORIAL, CONTRIBUI PARA O BEM ESTAR
E A QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA COM DEMÊNCIA**

**Por
Daulina Maria da Côrte**

**Sob a orientação de
Professor Doutor Daniel Serrão**

Janeiro de 2014

Dedico este meu trabalho às pessoas que já não estão comigo, mas, que foram alicerces importantes na minha formação como pessoa são elas: o meu pai, as minhas avós Luz e Celestina, as minhas saudosas amigas: Ilda e Constantino.

RESUMO

Este trabalho de investigação ação do projeto de estimulação cognitiva, vertente estimulação sensorial pretende responder à pergunta: “ Em que medida a estimulação cognitiva na vertente estimulação sensorial, contribui para o bem estar e a qualidade de vida da pessoa idosa com demência”.

Pretendeu-se com este projeto fazer 25 sessões de estimulação cognitiva na vertente de estimulação sensorial, PEC-ES, isto é, a estimulação dos cinco sentidos: a visão, o olfato, o tato, a audição e o paladar.

A população escolhida para PEC-ES foram idosos com idades compreendidas entre 75 e 85 anos, com demência, que frequentavam o Centro de Dia ou o Lar do Centro Social e Paroquial de São Bento da Ribeira Brava. O projeto desenvolve-se entre os meses de julho e setembro de 2013.

Consideramos que os resultados foram gradualmente melhorando e que todos os intervenientes mostraram cada vez mais interesse em querer participar. Ao longo do trabalho descrevemos como foram desenvolvidas as atividades e como obtivemos os resultados apresentados, e quais foram as suas limitações.

Palavra chave: Envelhecimento, demência, cérebro, memória, inteligência, estimulação cognitiva; estimulação sensorial; intervenção; idoso; bem estar; qualidade de vida.

ABSTRACT

This research project action of cognitive stimulation , sensory stimulation strand aims to answer the question : " To what extent cognitive stimulation present in sensory stimulation , contributes to the well being and quality of life of elderly people with dementia ."

The aim was to make this 25 sessions of cognitive stimulation in the present sensory stimulation, PEC- ES project , ie , the stimulation of the five senses : sight, smell, touch , hearing and taste .

The choice for PEC- ES were elderly population aged 75 to 85 years , with dementia , who attended the day center or the Social Center Home and Parish of São Bento da Ribeira Brava . The project develops between the months of july and september 2013.

We believe that the results were gradually improving and that all stakeholders have shown increasing interest in wanting to participate. Throughout the paper we describe how the activities were conducted and how the results obtained , and what were its limitations .

Keyword : Aging , dementia , brain, memory , intelligence , cognitive stimulation , sensory stimulation ; intervention ; elderly; well-being , quality of life

AGRADECIMENTOS

No decorrer deste meu trabalho foram tantas as pessoas que me ajudaram, que acreditaram em mim e me incentivaram neste meu projeto e a todos quero agradecer.

Em primeiro lugar, agradeço ao meu bom Deus, por me dar a força e a esperança necessária para continuar, cada dia mais um pouco.

Em segundo lugar, a meu agradecimento aos idosos que comigo trabalharam, pelos momentos de alegria, de convívio, de boa disposição que passamos todos juntos, pois sem eles este trabalho não se poderia concretizar.

Em terceiro lugar, ao meu orientador Professor Doutor Daniel Serrão pela sua compreensão, paciência, ânimo, dedicação e disponibilidade sempre que eu precisava.

Em quarto lugar, agradeço à Instituição que me acolheu de braços abertos e disponibilizou tudo o que necessitei, na pessoa do Sr. Padre Bernardino, Dra Maria Carlos, Colega Vânia e Teresa.

Agradeço à minha família na pessoa da minha mãe Mary, da tia Ida e do meu irmão Nelson, todo o apoio e carinho demonstrado para que este meu projeto se concretizasse.

O meu bem haja, aos meus amigos e amigas que disponibilizaram do seu tempo, para me escutarem, orientarem, ajudarem nos dias mais complicados.

Agradeço também a todos os professores, colaboradores da ESEPF e às colegas de mestrado que me acompanharam ao longo deste tempo, o meu muito obrigado.

Por fim agradeço aos restantes idosos e colaboradores do Centro Social e Paroquial São Bento, por todo o apoio e solidariedade demonstrada.

O meu bem haja a todos!!!!

ÍNDICE

Resumo.....	iii
Abstract.....	iv
Agradecimentos.....	v
Índice Geral.....	vi
Índice de Siglas.....	ix
Índice de Quadros.....	x
Índice de Figuras.....	xi
Índice de Gráficos.....	xii
Índice de Grelhas.....	xiii
Índice de Fichas.....	xiv
Índice de Escalas.....	xv
INTRODUÇÃO.....	16
1. PARTE CONCEPTUAL	
1.1.Revisão da Literatura.....	18
1.1.1 Envelhecimento.....	18
1.1.2Envelhecimento em números.....	19
1.2. O que é a demência?.....	21
1.2.1 Demência em números.....	23
1.2.2 Tipos de demências.....	23
1.2.3 Doença de Alzheimer (DA).....	24
1.2.4 Características e estádios da Doença de Alzheimer (DA).....	24
1.2.5. Sintomas comportamentais e psicológicos das demências.....	26
1.3.Como funciona o nosso cérebro?.....	27
1.4.O que é a memória?.....	34
1.4.1. Tipos de memória.....	37
1.4.2. Relação entre memória e emoção.....	40
1.4.3.Dificuldades de memória no idoso.....	40
1.4.4.Depressão e memória.....	41

1.4.5. Como melhorar a capacidade de memória.....	41
1.5. Podemos perguntarmo-nos como se produz uma mente consciente?.....	44
1.6. Inteligência emocional, como defini-la?.....	48
1.7. O porquê da estimulação?.....	50
1.8. Evolução cognitiva é possível?.....	52
1.9. Estimulação cognitiva e demência.....	53
1.10. Estratégias de intervenção cognitiva na demência.....	55
1.11. Como implementar um programa a actividade de estimulação.	56
2. ENQUADRAMENTO DO ESTUDO	
2.1. Programa de Estimulação Cognitiva – Estimulação Sensorial (PEC-ES).....	58
2.2. Importância da estimulação sensorial.....	59
2.3. O porquê destes jogos?.....	61
2.3.1. Jogo de estimulação cognitiva – estimulação sensorial I – Cheiros.....	63
2.3.2. Jogo de estimulação cognitiva – estimulação sensorial II – Imagens.....	64
2.3.3. Jogo de estimulação cognitiva – estimulação sensorial III – Sons.....	66
2.3.4. Jogo de estimulação cognitiva – estimulação sensorial IV – Toques.....	68
2.3.5. Jogo de estimulação cognitiva – estimulação sensorial V- Sabores.....	69
3. PARTE EMPÍRICA	
3.1. Método.....	72
3.2. Recolha de dados.....	72
3.3. Determinação da amostra.....	73
3.3.1. Procedimentos para a selecção da amostra.....	74
3.3.2. Instrumentos de recolha de dados.....	74

3.3.2.1. Ficha de identificação dos idosos participantes no PEC-ES.....	75
3.3.2.2. Escala de depressão geriátrica.....	75
3.3.2.3. Avaliação clínica da Demência.....	76
3.3.2.4. Escala de avaliação da doença da Alzheimer.....	76
3.4. Instrumentos de recolho de dados da observação e da avaliação do PEC-ES.....	77
3.4.1. Grelhas de observação de cada sessão.....	77
3.4.2. Grelhas de avaliação de satisfação de cada sessão...	78
4. Análise de dados.....	80
4.1. Análise de conteúdo da ficha de identificação de cada idoso	80
4.2. Análise de conteúdo da Escala de Depressão Geriátrica de cada idoso.....	83
4.3. Análise de conteúdo da Avaliação Clínica da Demência de cada idoso.....	84
4.4. Análise de conteúdo da Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer (ADAS) de cada idoso.....	89
4.5. Análise de conteúdo de cada sessão do PEC-ES.....	101
4.5.1. Rotina de cada sessão.....	101
4.5.2. Relatório de cada sessão.....	104
4.5.3. Análise de conteúdo das fichas de avaliação das sessões do PEC-ES	134
5. Discussão de dados.....	136
6. Reflexões Finais.....	143
7. Referências Bibliográficas.....	145
ANEXOS	

ÍNDICE DE SIGLAS

PEC-ES - Programa de Estimulação Cognitiva vertente Estimulação Sensorial

INE - Índice Nacional de Estatística

OMS - Organização Mundial de Saúde

AAP - Associação Americana de Psiquiatria

DA - Doença de Alzheimer

DSM-IV - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

SNC - Sistema Nervoso Central

SNP - Sistema Nervoso Periférico

WAIS - Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos

PEC - Programa Estimulação Cognitiva

IGM-DA - Intervenção Gerontológica de Montessori - Doentes de Alzheimer

ONU - Organização Nações Unidas

PSP - Polícia Segurança Pública

CSPSB - Centro Social e Paroquial de São Bento

CDR - Clinical Dementia Rating

MEEM - Mini Exame do Estado Mental

ADAS - Alzheimer's Disease Assessment Scale

GDS - Scale Dementia Geriatric

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Quadro conceitual

Quadro 2 - Atividades utilizadas para estimulação cognitiva

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Disfunções neurológicas

Figura 2 - Principais estruturas do cérebro

Figura 3 - Desenho de um neurónio

Figura 4 - Desenho do Sistema Nervoso Central

Figura 5 – Desenho do Cérebro e da Medula Espinal

Figura 6 - Divisão das diferentes áreas do cortex cerebral

Figura 7 - Constituição do sistema límbico

Figura 8 - Funções dos hemisférios

Figura 9 - Evolução do potencial cognitivo ao longo da vida

Figura 10 - Efeitos do treino e reabilitação das funções cognitivas

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução da proporção da população idosa

ÍNDICE DE GRELHAS

Grelha 1 – Exemplo de grelhas de observação das 25 sessões do PEC-ES dos idosos

Grelha 2 – Exemplo de grelha de avaliação das 25 sessões do PEC-ES dos idosos

Grelha 3 - Grelhas de observação das 25 sessões do PEC-ES pelo idoso A

Grelha 4 - Grelha de avaliação das 25 sessões do PEC-ES pelo idoso A

Grelha 5 - Grelhas de observação das 25 sessões do PEC-ES pelo idoso B

Grelha 6 - Grelha de avaliação das 25 sessões do PEC-ES pelo idoso B

Grelha 7 - Grelhas de observação das 25 sessões do PEC-ES pelo idoso C

Grelha 8 - Grelha de avaliação das 25 sessões do PEC-ES pelo idoso C

Grelha 9 - Grelhas de observação das 25 sessões do PEC-ES pelo idoso D

Grelha 10 - Grelha de avaliação das 25 sessões do PEC-ES pelo idoso D

Grelha 11 – Grelha final das avaliações das 25 sessões do PEC-ES

ÍNDICE DE FICHAS

Ficha 1 – Exemplo de ficha de identificação dos Idosos do projeto

Ficha 2 – Exemplo da Ficha de avaliação Clínica da Demência

Ficha 3 – Avaliação Clínica da Demência do idoso A

Ficha 4 – Avaliação Clínica da Demência do idoso B

Ficha 5 – Avaliação Clínica da Demência do idoso C

Ficha 6 – Avaliação Clínica da Demência do Idoso D

ÍNDICE DE ESCALAS

Escala 1 - Escala de Depressão Geriátrica

Escala 2 - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer

Escala 3 – Escala de Depressão Geriátrica do Idoso A

Escala 4 – Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso A

Escala 5 – Escala de Depressão Geriátrica do Idoso B

Escala 6 – Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso B

Escala 7 – Escala de Depressão Geriátrica do Idoso C

Escala 8 – Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso C

Escala 9 – Escala de Depressão Geriátrica do Idoso D

Escala10 – Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer

INTRODUÇÃO

[Existe um sentimento mais profundo que temos que imaginar e depois vir a encontrar nas profundezas da mente consciente.

O que interessa é o que sentimos!]

A. Damásio

O que se pretendeu estudar, analisar, compreender foi a importância da estimulação cognitiva na vertente estimulação sensorial, ou seja, até que ponto a estimulação dos cinco sentidos permitem ou possibilitam o bem estar e a qualidade de vida dos idosos com demência. O que se pretendeu foi estudar a temática do idoso na sua vertente mais débil, ou seja, o idoso demente, e assim promover, desenvolver um conjunto de atividades que vão de encontro às necessidades e anseios da pessoa idosa demente e que lhe proporcione momentos de bem estar, alegria, convívio e animação.

Desde a Grécia antiga que o teatro, a música e a dança eram atividades utilizadas para alívio ou tratamento de doenças. Assim, a arte por si só já é uma terapia, logo será intermediária das relações com os nossos conflitos ou perturbações internas. Por exemplo, a música é uma forma de transmissão de ideias, através de uma determinada linguagem e é sem dúvida uma configuração de comunicação, onde pode provocar o nosso estado de espírito, como também pode transportar-nos para um estado meditativo de transcendência.

Assim, procurou-se uma intervenção com idosos, porque acreditamos que poderíamos dar um bocadinho de nós, como profissionais (Educador Social) àqueles que por vezes nada têm, nada pedem. Ser idoso na sociedade em que vivemos não é tarefa fácil, mas ser idoso demente ainda complica mais a situação. Certamente é tarefa do Educador Social promover uma melhor qualidade de vida e neste caso do idoso e no âmbito da sua profissão, as suas diretrizes pautam-se na intervenção para prevenir ou melhorar as situações dos autores dessa mesma sociedade. Nomeadamente através da conceção e

realização de projetos na área da saúde, sendo que a saúde é um completo bem estar físico, psicológico e social para o desenvolvimento do mesmo idoso.

Este trabalho também exige de nós técnicos, a capacidade para lidar com as incerteza e a imprevisibilidade que marcam o caminhar do homem pelo mundo, mundo este que queremos que seja mais equitativo, mais justo e mais solidário.

Atendendo que este trabalho de investigação ação foi desenvolvido com idosos, não esqueçamos que os idosos são fonte de saber, de capital cultural mas, muitas vezes passivos em relação a uma sociedade que está sempre à espera da novidade, do momento presente, do aqui e agora. O caminho da nossa sociedade não é feito só por linhas retas, do momento presente e atual, das “auto-estradas” do conhecimento cada vez mais virtuais, mas também das curvas daqueles que andam nas “estradas nacionais” mas que chegam ao seu destino, que precisam de mais atenção, de mais apoio, de mais ajuda, que são os nossos idosos. Contudo, e antes de começarmos a trabalhar no projeto foram necessárias diferentes abordagens para focar e refletir na temática da intervenção propriamente dita.

Assim, este projeto exploratório de investigação ação foi dividido em 3 partes principais. Na primeira parte, ou seja, na parte concetual abordamos os seguintes temas: o envelhecimento, as demências, o cérebro, a memória, a consciência, a inteligência e todas as suas inter-relações, estimulação cognitiva e estimulação sensorial. Na segunda parte, abordamos o enquadramento do estudo. E na última etapa, isto é, na fase final do projeto centrou-se na parte empírica onde são apresentados, analisados e discutidos os resultados a que se chegou.

1. PARTE CONCRETUAL

1.1. Revisão da Literatura

Num trabalho de conhecimento científico de investigação ação, o conhecimento científico assenta em teorias e em regras metodológicas. Assim, para se concretizar um processo de investigação-acção, e segundo Pérez Serrano (1994) apresentado por *Jaume Trilla* (1998) será necessário seguir algumas fases: diagnosticar ou descobrir uma preocupação temática, isto é o “problema”; construção de um plano de acção; reflexão; interpretação e integração dos resultados. Para este Programa de Estimulação Cognitiva vertente Estimulação Cognitiva (PEC-ES) foi necessário uma boa pesquisa, isto é, uma boa fundamentação teórica que passou pela pesquisa, seleção e leitura de uma ampla bibliografia construção de um Quadro Concretual (Q. C.) com a organização das temáticas abordadas no trabalho (Ver anexo 1) isto para, que o trabalho fosse o mais rigoroso possível e respondesse à nossa pergunta de partida.

1.1.1. Envelhecimento

O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade. É também um dos nossos maiores desafios. Neste século XXI, o envelhecimento global causa um aumento das discussões sociais e económicas por todo o mundo. Assim, consideram-se pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos. Este mesmo envelhecimento pode ser analisado sob duas grandes perspetivas: envelhecimento individual e o envelhecimento demográfico. O envelhecimento individual assenta na maior longevidade dos indivíduos por meio do aumento da esperança média de vida, por seu turno o envelhecimento demográfico define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Esse aumento consegue-se em detrimento da população jovem, e/ou em detrimento da população em idade ativa, ou seja a população entre os 15-64 anos ativa ou potencialmente ativa e dos 0-14 anos são considerados população jovem e 65 e mais anos como a população idosa.

Alguns indicadores de avaliação explicam a evolução da nossa população tais como: a proporção da população idosa, a relação das pessoas ativas e o número de idosos e o índice de envelhecimento.

1.1.2. Envelhecimento em números

Segundo o gráfico sobre a evolução da população idoso em Portugal (Ver anexo 13) a proporção de pessoas com 65 ou mais anos, duplicou nos últimos 40 anos, passando de 8% em 1960, para 11% em 1981, 14% em 1991 e 16% em 2001. De acordo com as projeções demográficas mais recentes, elaboradas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), estima-se que esta proporção volte a crescer nos próximos 50 anos, representando, em 2050, 32% do total da população. Segundo o INE a esperança de vida em 2010 era no total 77,7 anos sendo que, os homens representa 74,4 anos e as mulheres 81,2 anos. Segundo a mesma fonte Instituto Nacional de Estatísticas (INE) e no que diz respeito ao número de idosos por cada 100 pessoas em idade ativa em 1960 era de 13 idosos; em 2001 era de 24, e em 2008 era de 26. Em relação ao índice de envelhecimento entre 1981 e 2001 aumentou de 45 para 103 idosos por cada 100 jovens.

Conclui-se que estes números representam um aumento exponencial no número de idosos na sociedade portuguesa e alguns dos factores marcantes que justificam estas percentagens anteriores passam pela diminuição da natalidade, da mortalidade e da fecundidade, avanços da medicina e melhor qualidade de vida. Percebemos também que a longevidade e a esperança média de vida é e será maior em relação a décadas passadas, sendo que, viveremos mais tempo, com mais qualidade e mais exigentes, por outro lado, teremos também outras implicações tais como quem cuidará de nós, e quanto mais tempo terá para cuidar; certamente teremos idosos mais jovens a cuidar de idosos mais velhos; será que teremos que trabalhar mais e será que teremos reforma?

Alguns autores definem o que entendem por envelhecimento e segundo Vitta, (2000), [*O envelhecimento é considerado um processo, universal, lento, gradual que ocorre em diferentes ritmos para diferentes pessoas e grupos*

conforme actuam sobre essas pessoas e grupos as influências genéticas, sociais, históricas e psicológicas do curso de vida]. De acordo com Paúl (1994), [O envelhecimento deve ser encarado como uma experiência positiva]. Para Cabrita (2004) [O processo de envelhecimento é caracterizado pelo declínio das várias funções orgânicas, alterando a capacidade de resposta do organismo, tornando o idoso mais susceptível às doenças]. (ver Q.C. anexo 1). Podemos então referir que o processo de envelhecimento apresenta-se como uma perda gradual e irreversível da capacidade do idoso para se ajustar ao meio envolvente. Esta capacidade aplica-se tanto a nível físico como mental, e é a necessária para o desempenho das atividades do seu dia a dia.

Outra perspectiva, também abordada em relação ao envelhecimento é a da relação entre o aspecto cognitivo e, da personalidade e de acordo com Neri cit in Bandura (2002), *[O envelhecimento, para além das alterações do organismo, traz ao ser humano alterações nas funções cognitivas, bem como uma série de mudanças psicológicas que pode resultar em: perturbações da inteligência, da memória e da aprendizagem; dificuldades de adaptação a novos papéis; baixa auto-imagem e auto-estima; dificuldades de acomodação às mudanças rápidas; falta de motivação e dificuldade de planear o futuro; depressão, hipocondria, alterações psíquicas que exigem tratamento].* Nesta linha de abordagem do desenvolvimento cognitivo na vida adulta, King e Kitchener (1994) falam da evolução ao nível do raciocínio reflexivo, que segundo as autoras, é caracterizado por sete estádios de desenvolvimento. Salientando o sétimo estádio o indivíduo reconhece que as ideias e pressupostos devem ser confrontados com a realidade, podendo esse processo de inquérito ser falível. O conhecimento resulta, assim, do processo de exame racional, podendo ser sempre alvo do escrutínio e crítica por parte de outras pessoas, segundo estas mesmas autoras.

Já Erikson (1963-1976) que se dedicou ao estudo do desenvolvimento da personalidade, sendo que este, prolonga-se ao longo da vida, e em cada uma das etapas, ou estádios, *[Relaciona-se sistematicamente com todos os outros e que todos eles dependem do desenvolvimento adequado na sequência própria de cada item].* Assim, a última etapa corresponde ao

culminar do progressivo amadurecimento da pessoa humana: a fase da integridade. Este crescimento permite ao indivíduo ser capaz de aceitar o seu ciclo vital e daqueles que se tornaram significantes ao longo desse mesmo ciclo. A pessoa não receia encarar todo o seu “caminho percorrido”, levando-a a compreender o percurso das pessoas que acompanharam o seu ciclo de vida, livre do desejo de que eles fossem diferentes, e uma aceitação do facto de que a vida de cada um é da sua própria responsabilidade. O perigo desta etapa reside no desespero que se manifesta quando o indivíduo sente que o tempo é demasiado curto para voltar a recomeçar a sua vida com vista a encontrar rumos alternativos para a integridade.

Ballesteros (2009) defende que atribuídas à idade acontecem modificações biofisiológicas e neurobiológicas do envelhecimento que perturbam as necessidades de comunicação e que afetam a visão a audição e o tato. No que diz respeito ao tato, diminui as sensações táteis ligadas ao frio, ao calor, na audição por sua vez, existe uma degenerescência das estruturas nervosas da audição, um espessamento do tímpano, rigidez dos ossículos do ouvido médio, atrofia no nervo auditivo que provoca mais cedo ou mais tarde a surdez. Em relação à visão, existe uma influência direta na acuidade visual por modificações do cristalino que pode provocar cataratas, alteração na percepção das cores, perda da reação à escuridão e à claridade, redução da reabsorção dos líquidos intra-oculares que pode provocar glaucoma.

Segundo *Keiling* (2006), defende que algumas das modificações neurobiológicas do envelhecimento como: atrofia dos grupos neuronais, redução da atividade sináptica e um decréscimo da plasticidade, aumento da atividade glial, diminuição de certos grupos receptores, como por exemplo receptores de acetilcolina, danos nos radicais livres, contudo os défices cognitivos mais frequentes dos idosos estão relacionados com a memória, que por vezes traduzir-se-ão em demência.

1.2. O que é a demência?

De entre as várias definições de demência encontradas na literatura, a da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012) e a da Associação Americana

de Psiquiatria (AAP) são as mais frequentemente citadas e define demência como um [*Síndrome resultante de doença cerebral, em geral de natureza crónica ou progressiva, na qual se registam alterações de múltiplas funções nervosas superiores incluindo a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a linguagem e o raciocínio. Não há alteração do nível de consciência/alerta, as perturbações das funções cognitivas são muitas vezes acompanhadas, e por vezes precedidas, por deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação*].

Por outro lado, o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV, 2002) define demência [*Como uma síndrome caracterizada por deterioração adquirida e persistente da função cognitiva que afeta a memória e pelo menos outra área, como a linguagem (afasia), a capacidade para idealizar e realizar movimentos coordenados para levar a cabo um ato voluntário (apraxia), o reconhecimento do que se percebe através dos sentidos (agnosia), ou da capacidade executiva do indivíduo (planeamento, organização, sequenciação e abstração); os défices cognitivos devem ser suficientemente importantes para alterar as relações sociais e/ou laborais do indivíduo, representar um declínio relativamente a um nível anteriormente superior de funcionamento e não ocorrer, exclusivamente, no contexto de delírio*]. A demência não é uma doença específica, é um síndrome, isto é, um conjunto de sintomas e sinais mais ou menos homogêneos, que podem ter como etiologia subjacente uma multiplicidade de patologias. Assim sendo, implica perceber como funciona a mente e quais as suas funções.

Goldberg (2008), a demência depende de cada indivíduo e da sua profissão em certa maneira porque, e segundo o autor, um escritor diminuirá mais o sistema espacial do que a linguagem enquanto que um arquiteto com a mesma demência diminuirá mais a linguagem do que o sistema espacial; cada atividade ou profissão depois terá um grau maior de dificuldade ou no sistema espacial ou na linguagem.

1.2.1. Demência em números

Conforme o relatório da OMS (2012) mais de 35 milhões de pessoas são afetadas por demência em todo o mundo, número que pode duplicar em 2030 e mais do que triplicar em 2050, mas há falta de informação sobre o problema, alertou a OMS. Esta doença atinge toda a população, porém, mais de metade (58%) das pessoas com demência vive em países com baixo ou médio rendimento e em 2050 esta percentagem deverá subir aos 70%. Os custos de tratar e cuidar dos dementes estão estimados em 604 mil milhões de dólares, cerca de 460 mil milhões de euros por ano, montante que inclui cuidados de saúde e sociais e o apoio aos cuidadores.

1.2.2. Tipos de demências

Dados da literatura referentes à temática das demências referem a existência de dois tipos de demência: por um lado a demência cortical e subcortical. As demências corticais são caracterizadas pela velocidade no processamento de informação se encontrar normal mas por outro lado, a linguagem está alterada, podendo apresentar-se como uma pseudo afasia; a memória de fixação está alterada, a memória de evocação tem o marco temporal presente, o estado de humor não está muito alterado, casos de depressão são raros, a consciência mórbida (insight) está ausente, a apatia é pouco comum nestes doentes, a articulação da linguagem, funções psicomotoras, postura e marcha, estão normais até fases avançadas, as operações de cálculo estão alteradas, acalculia, a percepção visual gravemente alterada.

No que diz respeito, a demências subcorticais são caracterizadas pela velocidade no processamento de informação estar diminuída, a linguagem é mantida, a memória de fixação está alterada, a memória de evocação tem o marco temporal ausente, o estado de humor é alterado, casos de depressão frequentes, a consciência mórbida (insight) está presente a apatia é muito comum nestes doentes, a articulação da linguagem apresenta uma disartria inicial, funções psicomotoras lentificadas, postura e marcha alteradas, as

operações de cálculo relativamente mantidas a percepção visual ligeiramente alterada.

Considera-se que 50 a 75% de todos os casos de demência são de Alzheimer; contudo outras demências podem ser: de corpos de Lewy; fronto-temporal ou vascular, mas, estas não podem ser só associadas ao envelhecimento, embora a prevalência das demências aumentem com o envelhecimento.

1.2.3. Doença de Alzheimer (DA)

Esta é a causa mais frequente de demência, é uma doença degenerativa e progressiva do cérebro. Algumas das causas da mesma poderão ser enfartes cerebrais múltiplos, alcoolismo, doença da tiróide, traumatismo craniano, infeções do sistema nervoso central. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), (2007) *[A DA é uma doença neurológica que afeta os adultos e leva à perda progressiva das capacidades cognitivas, sendo que é diferente da doença mental, pois esta é do foro psiquiátrico como a esquizofrenia ou o atraso mental grave]*. A OMS (2012) revela que 18 milhões de homens e mulheres sofrem de Alzheimer, e a projeção é de que esse número possa quase dobrar até 2025, atingindo pelo menos 34 milhões.

Segundo a Alzheimer Portugal (2012) *[Existem em Portugal cerca de 90 000 pessoas com doença de Alzheimer. Na Europa são já mais de 7,3 milhões, prevendo-se que estes números dupliquem até 2040. Face a este cenário, já diversos países conceberam e estão a implementar planos nacionais para a DA. A Comissão Europeia e o Parlamento Europeu (2012) reconheceram a doença de Alzheimer como uma prioridade de saúde pública]*.

1.2.4. Características e estádios da Doença Alzheimer (DA)

Segundo, Leuschner (2005), a DA não atinge totalmente o indivíduo de forma súbita; esta doença apresenta um declínio gradual em que o doente declina para um esquecimento gradual ao longo de anos e não de meses. A DA é acionada tendo em atenção a idade, a vulnerabilidade genética, o nível de escolaridade, o sexo, o ambiente, o meio de trabalho; assim sendo, esta é uma doença física relacionada com a idade que afeta o cérebro. A diminuição

da capacidade de raciocínio e autocontrole entre outras faculdades mentais são afectadas, num primeiro momento subtilmente, e depois, e mais progressivamente, afeta o indivíduo muito antes de estar completamente perturbado ou inapto e ser incapaz de as esconder por mais tempo.

Por outras palavras a DA afeta o indivíduo numa escala de deterioração, dividida em sete estádios segundo *Phauneuf* (2010) são os seguintes estádios: num primeiro estágio não há dano funcional, no segundo estágio a pessoa queixa-se de algumas perturbações na memória, traduzindo-se em alguma inquietação perante os sintomas, ou seja, este estágio é caracterizado por um enfraquecimento intelectual muito ligeiro.

No terceiro estágio o enfraquecimento intelectual é ligeiro, onde entra a confusão e o perder-se, a e dificuldade em encontrar as palavras certas para falar. No quarto estágio caracteriza-se pelo enfraquecimento moderado, num estado de confusão marcado pela dificuldade em fazer cálculos corretamente e foge às tarefas mais complicadas. Num quinto estágio caracteriza-se pela demência precoce, em que o enfraquecimento é moderadamente grave, em que o indivíduo já não pode viver sem ajuda de outros, este já não se lembra do endereço da sua casa, nem o seu número de telefone, nem das pessoas que lhe são mais próximas. No sexto estágio o enfraquecimento intelectual é grave, existem dificuldades em contar de 0-10, precisa de ajuda para as atividades de vida diária, possível incontinência, modificações da personalidade, delírio, agitação, possível comportamento violento, contudo, conserva uma certa memória do passado. Por fim, e no último estágio o enfraquecimento intelectual é muito grave, em que a demência é profunda, caracteriza-se pela afasia e perda de funções psicomotoras, ou seja, já não tem a capacidade de conseguir andar, o cérebro já não é capaz de dar “ordens” ao corpo. Assim, e em jeito de resumo, podemos compreender a evolução da DA em quatro fases, numa primeira fase os dados são mais focados na memória, personalidade e orientação.

Numa segunda fase, os danos são na afasia (não consegue falar), apraxia (não consegue movimentar-se), confusão e insónia. Já na terceira fase, os danos são a nível da incontinência, agitação, anomia (perda da capacidade de

contar números) e amnésia. Na fase terminal o indivíduo encontra-se acamado, disfasia (não verbaliza), mutismo (não fala, nem responde) e infeções de várias ordens.

Por outras palavras, uma pessoa com DA terá memórias do passado relativamente preservadas, enquanto que memórias de eventos recentes terão desaparecido de uma forma precoce no decurso da doença. As disfunções cerebrais relacionadas com a idade em que o cérebro é afetado por minúsculas lesões discretas, destroem as células nervosas e perturbam a comunicação entre elas, podemos ver na (Ver anexo 3) as diferenças entre um cérebro normal e um cérebro com Alzheimer nas áreas de linguagem e memória. Assim, a memória na DA sofre várias alterações, nomeadamente a memória de trabalho central executiva é afetada, o sistema visuo espacial é afetado, mas o *loop* fonológico não é afetado. A memória episódica e semântica é afetada, a memória remota é relativamente preservada mas a perda é de acordo com o gradiente temporal. A memória implícita, o *priming* é afetado, a aprendizagem perceptual normal e aprendizagem de competências mantêm-se normais.

1.2.5. Sintomas comportamentais e psicológicos das demências

Alguns comportamentos são muito característicos para pessoas com demência como pensamentos delirantes, insónias, depressão e ansiedade, que se traduzem muitas vezes por deambulação e fuga. Por outro lado também, comportamentos culturalmente desaprovados como desinibição sexual, perguntas repetitivas, discursos ofensivos, gritos ou algumas agressões físicas. Alguns dos comportamentos são a depressão, a insónia, ou agitação psicomotora.

Os medicamentos para DA são os anticolinesterásicos, que visam melhorar a transmissão colinérgica em nível cerebral e atrasam as manifestações da progressão da doença em 2-3 anos. Sendo que a demência, causa atrofia do cérebro, temos também que compreender como é constituído o cérebro, a memória e a consciência quias as suas funções.

1.3. Como funciona o nosso cérebro?

O cérebro é constituído por estruturas profundas que garantem as funções básicas do corpo humano e do próprio cérebro (tronco cerebral, diencéfalo, hipotálamo e hipófise) e outras zonas mais superficiais que garantem funções superiores (córtex cerebral). (Ver anexo 4)

Estas estruturas controlam funções do ritmo cardíaco, tensão arterial, frequência cardíaca, outros órgãos que produzem hormonas e até o controle do próprio cérebro, decidindo quando é que as zonas superiores estarão mais ativas dando origem aos ritmos e vigílias. Nas estruturas corticais são organizadas funções como a memória, a linguagem, o raciocínio, o cálculo, o humor, a personalidade, entre outras. *[Estima-se que o cérebro possua milhares de neurónios, células que transmitem impulsos nervosos e conduzem informação no cérebro e a todo o sistema nervoso. Os diversos tipos de células da glia, entre 10 a 50 vezes mais numerosas que os neurónios, são células auxiliares que possuem a função de suporte ao funcionamento do sistema nervoso central (SNC)].* In:<http://www.infoescola.com/citologia/celulas-da-glia/>

Cada neurónio poderá estabelecer conexões, ligações sinápticas com outras centenas de neurónios e possivelmente também com células gliais, sendo assim um complexo mapa. Tudo o que vemos, ouvimos, cheiramos, sentimos é transformado e integrado em padrões que poderão mais tarde ser chamados de lembranças.

O neurónio é constituído por uma célula principal, por dendrites, por um axónio e na sua extremidade existem estruturas designadas por sinapses. As dendrites têm como função o processamento e integram as redes, sendo o resultado da computação propagado ao longo do axónio até às sinapses, em que as correntes de saída são as correntes de entrada de outros neurónios. As sinapses fazem com que a célula influencie a atividade de outras células. (Ver anexo 5)

O Sistema Nervoso Central (SNC) recebe, analisa e integra informações. É o local onde ocorre a tomada de decisões e o envio de ordens. O Sistema Nervoso Periférico (SNP) carrega informações dos órgãos sensoriais para o sistema nervoso central e do sistema nervoso central para os músculos e

glândulas. No (anexo 6) podemos verificar como é constituído o sistema nervoso central. No SNC, existem as chamadas substâncias cinzenta e branca. A substância cinzenta é formada pelos corpos dos neurónios e a substância branca, por seus prolongamentos.

Com exceção do bulbo e da medula, a substância cinzenta ocorre mais externamente e a substância branca mais internamente.

Os órgãos do SNC são protegidos por estruturas esqueléticas como: a caixa craniana protegendo o encéfalo; e a coluna vertebral protegendo a medula, e por membranas denominadas meninges, situadas sob a proteção esquelética. Entre as meninges aracnóide e pia-máter há um espaço preenchido por um líquido denominado líquido cefalorraquidiano.(Ver anexo 7). O encéfalo humano contém cerca de 35 bilhões de neurónios e pesa aproximadamente 1,4 kg.

O cérebro está dividido em dois hemisférios cerebrais e neles situam-se as sedes da memória e dos nervos sensitivos e motores. Entre os hemisférios, estão os ventrículos cerebrais ou seja, ventrículos laterais e terceiro ventrículo contamos ainda com um quarto ventrículo, localizado mais abaixo, ao nível do tronco encefálico; estes são reservatórios do líquido cefalorraquidiano e tem como função a participação na nutrição, na proteção e na excreção do sistema nervoso. No seu desenvolvimento, o córtex ganha diversos sulcos para permitir que o cérebro esteja suficientemente compacto para poder caber na calota craniana, é por isso que, no cérebro adulto, apenas 1/3 de sua superfície fica "exposta", o restante permanece por entre os sulcos.

A palavra córtex vem do latim para "casca", isto é a camada mais externa do cérebro. A espessura do córtex cerebral varia de 2 a 6 mm. O lado esquerdo e direito do córtex cerebral estão ligados por um feixe grosso de fibras nervosas chamado de corpo caloso. Os lobos são as principais divisões físicas do córtex cerebral. O lobo frontal é responsável pelo planeamento consciente e pelo controle motor. O lobo temporal tem centros importantes de memória e audição. O lobo parietal lida com os sentidos corporal e espacial o lobo occipital direciona a visão. O córtex cerebral está dividido em mais de quarenta

áreas funcionalmente distintas, sendo a maioria pertencente ao chamado neocórtex. (Ver Anexo 8).

Cada uma das áreas do córtex cerebral controla uma atividade específica. O hipocampo: região do córtex que está dobrada sobre si e possui apenas três camadas celulares, localiza-se medialmente ao ventrículo lateral. A região superficial do telencéfalo que acomoda bilhões de corpos celulares de neurónios, ou seja, substância cinzenta, constitui o córtex cerebral. O córtex recobre um grande centro medular branco, formado por fibras axonais, ou seja, substância branca.

No meio deste centro branco (nas profundezas do telencéfalo) há agrupamentos de corpos celulares neuronais que formam os núcleos (gânglios) da base. Estes gânglios da base participam também um grande número de circuitos paralelos, sendo apenas alguns de função motora. Outros circuitos estão envolvidos em certos aspetos da memória e da função cognitiva.

O diencéfalo é constituído pelo tálamo e hipotálamo; assim, todas as mensagens sensoriais, com exceção das provenientes dos recetores do olfato, passam pelo tálamo antes de atingir o córtex cerebral. Esta é uma região de substância cinzenta localizada entre o tronco encefálico e o cérebro. O tálamo atua como estação retransmissora de impulsos nervosos para o córtex cerebral. Por sua vez, este envia informações motoras para o tálamo que posteriormente são distribuídas pelo corpo. Este participa juntamente com o tronco encefálico do sistema reticular, é encarregado de “filtrar” mensagens que se dirigem às partes conscientes do cérebro. Ele é responsável pela condução dos impulsos sensoriais às regiões apropriadas do cérebro onde eles devem ser processadas. O tálamo também está relacionado com alterações no comportamento emocional que decorre não só da própria atividade, mas também de conexões com outras estruturas do sistema límbico que regula as emoções. In: www.psicologia.com.pt/artigos,

O hipotálamo, também constituído por substância cinzenta, é o principal centro integrador das atividades dos órgãos viscerais, sendo um dos principais responsáveis pela homeostase corporal. Ele faz a ligação entre o sistema nervoso e o sistema endócrino, atuando na ativação de diversas glândulas

endócrinas. É o hipotálamo que controla a temperatura corporal, regula o apetite e o balanço de água no corpo, o sono e está envolvido na emoção e no comportamento sexual. Tem amplas conexões com as demais áreas do prosencéfalo e com o mesencéfalo. Especificamente as partes laterais deste parecem relacionadas com o prazer e a raiva, enquanto que a porção mediana esta mais ligada à aversão, ao desprazer e à tendência ao riso incontrolável.

O tronco encefálico interpõe-se entre a medula e o diencéfalo. Possui três funções gerais: recebe informações sensitivas de estruturas cranianas e controla os músculos da cabeça; contém circuitos nervosos que transmitem informações da medula espinhal até outras regiões encefálicas e, em direção contrária, do encéfalo para a medula espinhal e por fim, regula a atenção, função esta que é mediada pela formação reticular.

Além destas três funções gerais, as várias divisões do tronco encefálico desempenham funções motoras e sensitivas específicas. Assim e situado atrás do cérebro está o cerebelo, que é primeiramente um centro para o controle dos movimentos iniciados pelo córtex motor e possui extensivas conexões com o cérebro e a medula espinhal. A palavra cerebelo vem do latim para "pequeno cérebro", e fica localizado ao lado do tronco encefálico. www.psicologia.com.pt/artigos.

Como o cérebro também está dividido em dois hemisférios, o lado esquerdo do cerebelo está relacionado com os movimentos do lado esquerdo do corpo, enquanto o lado direito com os movimentos do lado direito do corpo. O cerebelo recebe informações do córtex motor e dos gânglios basais de todos os estímulos enviados aos músculos. E resumidamente tem como funções a regulação do movimento, do equilíbrio e da postura tônus muscular.

O tronco encefálico é uma área do encéfalo que fica entre o tálamo e a medula espinhal. Possui várias estruturas como o bulbo, o mesencéfalo e a ponte. Algumas destas áreas são responsáveis pelas funções básicas para a manutenção da vida como a respiração, o batimento cardíaco e a pressão arterial. O Mesencéfalo tem as funções: da visão da audição, do movimento dos olhos, do movimento do corpo. O Sistema Límbico é um grupo de

estruturas que inclui hipotálamo, tálamo, amígdala, hipocampo, os corpos mamilares e o giro do cíngulo. (Ver anexo 9).

Todas estas áreas são muito importantes para a percepção, emoção e para o desencadear das reações emocionais. O hipocampo também é importante para a memória e o aprendizado. O Sistema Límbico tem como funções o comportamento emocional, a memória, e as emoções.

Depois da constituição do cérebro e as suas funções, *Goldberg (2008)* no seu livro “cérebro executivo” diz-nos que quem comanda as nossas ações é o cérebro. Contudo sabemos que o cérebro é uma estrutura complexa e multifuncional, que deve ter um comando que permita coordenar as diferentes partes para se conseguir o controlo, a eficiência e a eficácia que caracterizam as ações humanas intencionais. A lesão do lobo pré-frontal terá efeitos diferentes consoante a sua localização. Se for atingida a porção dorso-lateral, por exemplo, o doente apresentará um quadro clínico de depressão.

Mas, ao contrário do verdadeiro depressivo, mostra-se indiferente ao seu estado de não comer, não beber, não sair da cama e não ligar ao que outras pessoas lhe dizem. Portanto, a síndrome das lesões do lobo frontal explica a principal função do córtex pré-frontal que é a função coordenadora de todas as capacidades cerebrais.

Segundo *Goldberg (2008)* cada parte do nosso cérebro executa bem uma tarefa singular. Mas é o lobo pré-frontal que, articulando e coordenando no tempo e com cada uma destas tarefas singulares faz com que a pessoa apresente um comportamento humano. Só o Homem dispõe desta parte do cérebro com esta função de gerir o que é novo e de orientar os comportamentos para objetivos presentes e futuros, e só o Homem tem esta parte do lobo frontal desenvolvida. O uso precoce e sustentado da atividade perceptiva melhora as áreas cerebrais correspondentes às percepções e coloca à disposição do córtex pré-frontal um cérebro com maior capacidade de resposta, em tempo e em qualidade. As ligações das células deste córtex a todos os restantes centros executantes nos dois sentidos, dão ao cérebro executivo um "conhecimento" das capacidades que o restante cérebro tem à sua disposição para as comandar. O cérebro executivo envelhece mais lentamente, razão pela

qual assiste ao envelhecimento do restante tecido cerebral. O cérebro executivo apercebe-se de que a percepção auditiva e/ou visual está a piorar pela perda de células nervosas na retina ou no órgão de *Corti*. Deste modo, não vai dar ordem de uma tarefa que, obviamente ele sabe que o cérebro específico para a função visual e auditiva não vai poder executar. Também reconhece que a capacidade de executar um complexo raciocínio lógico e quantificado para tomar uma decisão vai diminuindo em consequência da perda de células sub-corticais. Então vai privilegiar as decisões por *pattern recognition*, em vez de decisões de tipo *problem solving*. Dito de outra forma, o cérebro executivo vai orientar o idoso para decidir emocionalmente, em vez de estar a fazer as análises racionais complexas que executava quando era mais novo. Segundo o mesmo autor, o nosso cérebro desenvolve-se em 3 estações são elas: o desenvolvimento, a maturidade e o envelhecimento. Na primeira estação formam-se as primeiras capacidades e aptidões cognitivas. Na segunda estação é a idade da aprendizagem da identificação das atividades vocacionais e profissionais.

Na terceira estação e com o envelhecimento, o volume do cérebro diminui cerca de 2% em cada década de vida. Os ventrículos aumentam de volume, os sulcos tornam-se mais proeminentes.

Estas mudanças resultantes de atrofia dos tecidos cerebrais, fazendo parte desse mesmo envelhecimento normal. As conexões entre os neurónios são mais escassas, assim como a densidade das sinapses, o fluxo sanguíneo que irriga o cérebro, torna-se menos abundante e o fornecimento de oxigénio mais escasso, o que pode ser traduzido em doenças vasculares ou desmielinização das vias nervosas. O córtex pré-frontal, uma subdivisão do lobo frontal é o mais afetado com o envelhecimento, sendo o mais vulnerável. O cérebro humano envelhecido pode beneficiar do abrandamento na formação de nova informação que por sua vez rivaliza com os modelos cognitivos adquiridos. Por outras palavras, a degradação cognitiva é paralela à degradação bioquímica e morfológica do cérebro. Contudo é possível manter uma vida mental vigorosa ao longo da existência, e em pessoas que esse vigor é mantido ou até alcançado numa idade já avançada. Exemplo disso, é Anna

Mary Robertson (1860-1961) que começou a pintar ao 70 anos e só quase aos 80 anos as suas pinturas foram reconhecidas, como excelêntes pinturas com cenas da vida agrícola. Golda Meir (1898-1978) serviu Israel no cargo de Primeira Ministra entre os anos 69-74 e assumiu o cargo aos 71 anos.

Segundo *Golberg (2008)* os cérebros podem estar afetados pela DA, mas as suas mentes podem não estar, ou seja, o indivíduo pode desempenhar em grande nível profissional apesar dos ocasionais lapsos de memória e de atenção da vida quotidiana. A sabedoria tem um papel importante nesta fase porque não é como um dado adquirido, mas é continuamente necessário estudar e trabalhar para a ter, ou seja, resulta de uma acumulação de atratores e é por isso, que a sabedoria não diminui com a idade. Contudo, o conhecimento descritivo é o conhecimento de como as coisas são; o conhecimento prescritivo é o conhecimento de como as coisas deveriam ser, e daquilo que nós devemos fazer para que as coisas componham-se de acordo com os nossos desejos e as nossas necessidades. Este é o conhecimento de como as coisas deveriam ser feitas, através de padrões que estão registados nos atratores “armazenados” no neo-córtex, os lóbulos frontais tem função executiva são eles que delineiam a estratégia como se fossem os directores que numa grande empresa. Estes são muito susceptíveis aos efeitos do envelhecimento. Muitas pessoas são mais intuitivas e perspicazes, tentam extrair de nós o máximo de informação, ao invés de se exibirem com os seus próprios conhecimentos ou capacidades.

O génio e o talento revelam-se normalmente na juventude, a sabedoria e a competência nas fases posteriores da vida. A sabedoria depende da disponibilidade dos padrões que contêm tanto a informação descritiva como prescritiva.

A nossa vida mental está em constante movimento e a palavra da acção é a aprendizagem, ou seja, é o processo de saber lidar com o mundo exterior e o mundo interior. Esta aprendizagem revela-se por meio de um processo, processo este, que envolve os dois hemisférios, sendo que o hemisfério esquerdo é o repositório do conhecimento sintetizado, dos mecanismos estáveis do reconhecimento dos padrões e que permite o organismo lidar com

eficácia em situações habituais às rotinas, enquanto que o hemisfério direito é o da novidade, o explorador do desconhecido o que não está cartografado ou seja, são as ideias de novidade e a rotina cognitiva. (Ver anexo 10)

As pessoas com disfunções do hemisfério direito habitualmente evitam novas situações, tendem sempre para as rotinas e são muito rígidas, ficando ressentidas a qualquer desvio de padrão. Nos jovens adultos, o córtice pré-frontal direito é mais usado, enquanto que nos adultos mais maduros é o esquerdo que é mais ativo.

O hemisfério direito está associado às emoções positivas, enquanto que o hemisfério esquerdo está associado às emoções negativas. Os danos no hemisfério esquerdo dão origem às depressões e têm interferências na linguagem, a afasias (deficiências na linguagem), no hemisfério direito são as manias ou alguma euforia, ausência de consciência do seu défice, conhecida por anosognosia (incapacidade de reconhecer o seu problema). A amígdala tem um papel importante nesta situação; em indivíduos saudáveis a amígdala esquerda é mais ativa quando as respostas, aos estímulos são mais positivas do que negativas e ao inverso as pessoas mais ansiosas, têm a amígdala direita mais desenvolvida. Todavia, à medida que o cérebro envelhece os sulcos e os ventrículos alargam com a idade, em consequência da atrofia cerebral.

E os lóbulos frontais são particularmente vulneráveis a tal situação. Estes sulcos são como desfiladeiros enfiados nas profundezas, entre as cristas montanhosas do cérebro ou seja, os giros. Assim e a quando do nosso envelhecimento, o hemisfério esquerdo revela ser mais resistente aos efeitos da degradação resultantes da idade, porque o mesmo é melhorado e reforçado pelas atividades cognitivas. Logo, os idosos dementes muitas vezes manifestam primeiramente dificuldade na memória. Então perguntama-nos que definição podemos dar da memória.

1.4.O que é a memória?

Somos aquilo que memorizamos e o que nos é dado a memorizar, um produto complexo e sempre em constante mudança.

Um estímulo sensorial seja ele, um cheiro, um sabor, um som, uma visão, um toque desaparece tão rapidamente como surgiu, mas fica um padrão de atividade neural. Este padrão não representa o estímulo, mas sim o significado do estímulo para a pessoa que o recebe. O cheiro ou o sabor vindo da infância pode ser recordado décadas mais tarde. As sensações que são os sentidos, que nos trazem a cada momento, são transformados em percepções e estas em memórias, sendo que estas são reformuladas e sujeitas a interações do meio.

Segundo Nunes (2008) temos vários tipos de memória que são armazenados e evocados de maneira diferente, usando diferentes redes neuronais, que estão situadas em diferentes zonas do cérebro. A diferença entre o padrão cerebral que surge quando estamos a ouvir uma música e a recordação de uma música que ouvimos, é que quando a percepção auditiva acaba e a música termina, mas a evocação do local e da sensação poderá conservar-se de modo permanente como memória. Nem todos os pensamentos ou percepções irão transformar-se em memória. Todos temos evocações de memórias episódicas em locais, coisas ou pessoas. Como já foi referido, é no hipocampo que a informação circula para trás e para a frente de forma contínua, sendo que esta mesma estrutura é densamente interconectada como qualquer outra parte do neocórtex. Assim, os padrões neuronais registados no córtex cerebral são enviados para o hipocampo que são também registados como padrões neuronais. Mas este hipocampo está ligado a tantas áreas do córtex que consegue recriar uma representação global dos acontecimentos. Então, os acontecimentos são revividos várias vezes pelo hipocampo e como que reencenados novamente. Estas memórias vão-se protegendo da degradação, tendo que estar permanentemente embebidas no tecido neural cortical. Quando tal acontece, a evocação de um episódio já não depende dos hipocampos, mas sim das áreas frontais e temporais. Qualquer acontecimento é envolvido por diferentes sensações e percepções, desde a temperatura, a luminosidade, a hora do dia, as pessoas presentes, os aromas, as emoções, e tudo isto poderá ficar gravado e evocado com maior ou menor dificuldade. Logo, as áreas olfativas corticais estão ligadas ao hipotálamo e

ao tronco cerebral, sendo que estas ligações desencadeiam respostas automáticas, como a salivação e a contração gástrica e respostas de ativação através da substância reticular, por exemplo, sentir o cheiro da pessoa amada desperta sensações e traz à memória momentos felizes.

Assim sendo, e segundo o mesmo autor, os hipocampos mantêm a memória do espaço e os lobos temporais as memórias de factos e acontecimentos de vida. Os acontecimentos que nos aterrorizaram estarão na amígdala e sempre que veem à consciência acompanham-se de manifestações físicas do medo e terror; contudo, as memórias falsas não são raras, pelo contrário são a maioria.

O corpo humano está estruturado de maneira que cada órgão esteja adequado a uma função; e o cérebro é o órgão onde essa estrutura e organização são em maior número, dado ao elevado número e à complexidade das suas funções. Nesse caso, o cérebro é a parte do sistema nervoso que desempenha funções de integração e controle de todo o organismo e da sua relação com o meio. A memória é uma das funções mais importantes do ser humano, tem um papel importante na relação com o meio externo, na socialização, na construção da personalidade e no comportamento e no desempenho em geral.

Assim, o processo de memorização obedece às seguintes fases : receção-codificação-consolidação-recuperação, que poderá ser espontânea ou de reconhecimento. O processo de memorização passa pela receção, ou seja, introduzir informação desde ler um livro, ouvir uma música ou uma conversa, cheirar uma flôr, beijar uma pessoa, tocar no pêlo de um cão; todas estas perceções são transmitidas ao cérebro através da referida receção, através dos recetores, dos órgãos dos sentidos. Seguidamente a informação captada é codificada. A codificação no nosso cérebro, ou seja, onde guardamos imagens, melodias, aromas, sensações e comunicações em diferentes áreas do cérebro, consoante a especificidades e nível de integração referentes a cada modalidade percetiva. Depois da codificação, a informação é armazenada, ou seja, a consolidação das memórias são armazenadas automaticamente; só quando precisarmos dessa mesma informação,

compreendemos se arquivamos corretamente e de forma completa ou se forem apenas fragmentos. De seguida temos a recuperação ou evocação e recordação, ou seja, quando precisamos de uma informação vamos procurar o que pretendemos. O aroma do ar pode-nos recordar uma imagem ou uma conversa.

1.4.1. Tipos de memória

A memória num indivíduo adulto poderá dizer-se que é fruto do desenvolvimento através de um processo de aprendizagem e na relação com a sociedade e com o mundo em geral, suscetível à mudança e a adaptações à realidade. Todavia, a tristeza, a ansiedade a alegria ou a euforia podem condicionar o funcionamento desta mesma memória, por isso acreditamos que é possível melhorar por meio de alguns medicamentos e treino cognitivo para permitir a estimulação das capacidades que restam aos idosos dementes. A memória permite a construção de uma identidade, de uma personalidade idiossincrática, de um alfabeto emocional pessoal. São nestes moldes que se desenvolve a memória e a capacidade cognitiva. O desenvolvimento neurológico é fruto de vários factores como: a mielinização, o crescimento axodendrítico, o crescimento dos corpos celulares, as sinaptogênese, o estabelecimento de circuitos e outros eventos bioquímicos.

Segundo *Atkinson e Schiffrin* (1968) há três sistemas de memória a considerar, ou seja, memória sensorial, memória de curto prazo e memória de longo prazo, capazes de armazenar informação por períodos de tempos diferentes, com capacidades diferentes e processos de funcionamento próprio. Já outros autores, *Craik e Lockhart* (1972) relatam o modelo dos níveis de processamento, concebem a memória como uma só estrutura, em que o grau de retenção está de acordo com o modo como a informação é processada e não das funções específicas da memória a curto ou a longo prazo. Por outro lado, *Baddeley* (1990) sugere um modelo integrativo da memória, que privilegia a noção de memória de trabalho, esta memória compreende vários elementos, um sistema visuo-espacial que mantém imagens por curtos períodos, um *loop* fonológico que suporta o discurso interno e permite o

armazenamento da informação num formato acústico, um *buffer* episódico capaz de integrar diferentes tipos de informação num formato com sentido para o indivíduo, e uma central executiva que coordena funções de atenção seletiva, consciência e controlo da informação.

Por fim, *Squire* (2001) considera a memória a longo prazo que pode ser dividida em implícita (ou procedimental) e explícita (ou declarativa). A memória declarativa pode ser episódica ou semântica, enquanto a memória implícita se subdivide em habilidades ou competências motoras, ativação de conhecimentos *priming*, condicionalmente e fenómenos não associativos de habituação e certos estímulos.

As informações chegam-nos do órgãos dos sentidos e mantêm-se por curtos períodos tempo, sob forma de memória sensorial. Essa informação pode ser rapidamente esquecida ou passar para o sistema da memória de trabalho. Esta memória repousa sobre os lobos frontais, é capaz de reter e manipular informações por determinados períodos de tempo, enquanto outras operações mentais ocorrem.

A memória de trabalho ou a curto prazo é controlada por um sistema de processamento, o sistema executivo central, que regula a sua atividade tendo em conta os recursos existentes, contingências do meio e o tipo de informação visual, auditiva ou outra.

A memória a longo prazo implica a intervenção de um sistema intermédio, o sistema de consolidação, que permite a integração e articulação das novas memórias com as memórias antigas. Esta memória pode ser implícita ou procedimental e caracteriza-se pela capacidade de aprender sem intenção, sem estar a realizar um esforço consciente, ou seja, é o saber fazer: andar de bicicleta ou dançar. Por outro lado, a memória explícita ou declarativa processo de memorização intencional podendo ser episódica ou semântica.

Assim, a memória episódica ou também denominada autobiográfica é uma memória de acontecimentos pessoais, que diz respeito ao registo, consolidação e recuperação de informações organizadas num contexto temporal e espacial, como por exemplo, recordar um acontecimento de vida, ou notícia lida no jornal.

Memória contextual permite organizar informação num referencial espaço tempo, por outras palavras, esta memória inclui a variável tempo e associa acontecimentos de vida em momentos diferentes, seleciona-os, provavelmente é com eles que constroi o substrato mnésico da personalidade.

Por outro lado, a memória semântica é um conjunto de conhecimentos independentes do contexto espaço tempo, funciona como uma enciclopédia, que contem os conhecimentos adquiridos ao longo da vida acerca do mundo, por exemplo do significado das palavras, objetos e conceitos. Também temos a metamemória, é a consciência que cada um de nós tem sobre o estado da sua memória, e que é muito sensível à personalidade e ao humor. Por fim, temos a memória prospetiva que corresponde à capacidade de nos projetarmos no futuro e, por outro lado, ajuda a planear, recordar compromissos para um futuro, ou seja, imaginar situações.

O cérebro apenas armazena e acentua os traços de memória das informações que tiveram consequências importantes (como o prazer ou a dor). O cérebro tem tarefas específicas como o tato, a visão, a audição, a leitura, o reconhecimento de rostos, as palavras, a atribuição de significado às palavras lidas e escritas. Estas mesmas áreas que irão ser ativadas durante a evocação são tipos específicos de materiais auditivos, visuais, verbais.

O cortex pré-frontal a parte anterior do cérebro parece desempenhar um papel importante neste processo de evocação à qual chamamos recordar, ou seja, memória de trabalho. Para melhorar o funcionamento da memória é necessário: treino para a sua performance, pois quanto mais se treina mais aptos estamos.

Existem os problemas da memória e um deles é o esquecimento sendo este a dificuldade de recordar uma determinada informação no momento mais adequado. O esquecimento pode ser consequência da deterioração do traço de memória ou simplesmente a ausência de um indicador, de uma pista, que nos possa orientar, para o lugar cerebral onde está retida a lembrança.

1.4.2. Relação entre memória e emoção

As emoções são despertadas em nós ou pelos processos cognitivos ou por expressões, ações motoras faciais e vocais. A dor é uma emoção caracterizada por diferentes efeitos, (a dor de dente não é igual à dor da perda de um ente querido) ou uma dor de cariz traumático que é vivenciada, como se estivesse a reviver novamente o acontecimento. As nossas memórias poderão ser de carácter voluntário como sendo a capacidade de chamar o nosso passado por vontade, ou aparecendo involuntária, sem se por vontade do indivíduo. Quando recordamos um facto, efetivamente já o não recordamos como ele foi, mas sim como surgiu na nossa consciência, ou seja, pode sofrer alterações da forma original, muitas vezes diferente do modo de como ocorreu no tempo ou no espaço. Assim muito facilmente podem surgir as memórias falsas mais concretamente nas memórias autobiográficas.

1.4.3. Dificuldades de memória no idoso

As zonas do cérebro mais afetadas do idoso são zonas frontais e neoestriadas, seguidas pelos hipocampos, córtex temporal e parietal, e cerebelo.

Estas alterações variam com o percurso de vida e com o tipo de atividades. Por outro lado, as funções cognitivas que mais sofrem efeitos com a idade são: atenção, memória, capacidade perceptiva e espacial, as funções executivas e a velocidade de processamento, ou seja revela-se um aumento no tempo de resposta, uma lentidão motora.

A inteligência cristalizada que se relaciona com o conhecimento adquirido ao longo da vida apresenta pouco declínio. Segundo Ardilha (2007) citado por Pais (2008), por meio da Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAIS) conclui-se que os idosos têm desempenho igual aos mais novos em conhecimentos prévios, mas piora nas tarefas que implicam soluções não familiares. Assim o envelhecimento cognitivo global define-se como diminuição das capacidades de atenção e visuo-espaciais, alterações executivas, diminuição da velocidade de processamento e da inteligência fluida. A memória episódica é a que sofre maiores alterações. Os défices de

memória na demência são diferentes do que nos casos de envelhecimento normal, em gravidade e no tipo; por exemplo um rápido aumento do esquecimento na memória episódica é considerado um indicador sensível a uma possível demência. O mesmo não sendo observado no envelhecimento normal.

1.4.4. Depressão e memória

Existe relação entre estes dois conceitos, isto porque a depressão muitas vezes descreve o estado de alguns idosos e está, muitas vezes, acompanha as perturbações na memória e no funcionamento cognitivo. As doenças depressivas apresentam uma panóplia de manifestações clínicas, como alteração do sono, energia diminuída, lentidão psico-motora. A depressão afeta a memória através do cansaço e fadiga, na motivação entre outros, e está associada a desordens neurológicas, neuroanatômicas, neuroquímicas e psicossociais. Estas estruturas anatómicas envolvidas são: hipocampo e amígdala, córtex orbitofrontal, pré frontal, cíngulo e substância branca.

Segundo Nunes (2008) alguns neurocientistas como António Damásio, Daniel Goleman têm promovido o encontro de civilizações e a utilização dos métodos científicos de investigação e algumas práticas milenares, e acredita-se que a depressão pode ser tratada por meio de antidepressivos, inibidores, e também por meio da yoga ou meditação.

Assim, a meditação zen sendo prática budista centrada na regulação postural e da atenção, diz ter efeitos a longo prazo na redução do stress e até melhorias nas funções cognitivas.

1.4.5. Como melhorar a capacidade de memória

Com o avançar da idade há um aumento progressivo da incapacidade funcional e cognitiva. A capacidade de memorizar não é estática, depende da atenção, do nosso estado físico e psicológico e do nosso humor. Pois, se efetivamente estivermos cansados ou deprimidos provavelmente não vamos reter a informação, tal como a que queríamos. Para que esta seja eficaz temos

que estar atentos ao que absorvemos através dos sentidos. Para que tal aconteça, é necessário um esforço, pois implica compreender a informação, em seguida a sua manipulação ou repetição. A ideia é sempre o aumento das capacidades mnésicas. De certa forma é necessário estarmos conscientes.

A. Damásio (2001) no seu livro “ Sentimento de Si” explica-nos o que é a consciência, e quais são todos os seus enredos. Assim a consciência é a percepção pelo organismo do seu próprio ser e do seu ambiente. Esta tem a função crítica biológica, que permite sentir a alegria, a tristeza, sentir a dor, o prazer, a vergonha ou o orgulho. A consciência amplifica o impacto dos sentimentos. O ser humano conhece a sede, a fome, o sexo, as lágrimas, o fluxo de imagens a que chamamos pensamento, os sentimentos, as palavras, as histórias, as crenças, a música, a poesia, a felicidade e o êxtase. Esta mesma consciência cultiva a arte de viver.

Contudo, perguntamo-nos que redes são associadas no cérebro para saber porque sentimos uma dor, uma emoção ou outra qualquer coisa? Consciência, numa perspetiva neurobiológica. Como é que o cérebro engendra os padrões mentais, ou seja, as imagens de um objeto (pessoa, local, melodia, dor de dentes). As imagens são aspectos das características físicas do objeto (imagem sonora, táctil, imagem de um estado de bem estar) mas também gosto ou aversão desse mesmo objeto, planos que podem formular para esse mesmo objeto, ou a teia de relações entre esse mesmo objeto. As imagens incluem *o qualia*. Os *qualia* são as qualidades sensoriais simples que podem ser encontradas no azul do céu ou no tom de um violoncelo.

Porem existe dois tipos de consciência: por um lado, a consciência nuclear que é um fenómeno biológico simples com um único nível de organização, é estável e não é exclusivamente humana e não depende da memória. Por outro lado, a consciência alargada, fenómeno biológico complexo com vários níveis de organização que evolui ao longo de toda a vida do organismo. Esta depende da memória convencional e da memória de trabalho, é reforçada pela linguagem, e tem um momento de zénite.

Assim, a consciência começa com o sentir do que acontece quando vemos, tocamos ou ouvimos, ou seja, é um sentimento que acompanha a produção de qualquer tipo de imagem visual, auditiva, tátil no interior dos nossos organismos vivos.

Consciência diz respeito ao conhecimento de qualquer objeto ou ação atribuídos a si; e esta é a parte da mente que respeita o si e ao conhecimento enquanto que a mente pode existir sem consciência no caso das pessoas doentes. Todas as pessoas de todas as idades, de todas as culturas, tem emoções, estão atentas às emoções do outros, até manipulamos as nossas emoções. A emoção humana não se reduz ao prazer sexual ou o pavor dos répteis, mas também o horror de testemunhar o sofrimento e com a satisfação de ver cumprida a justiça. Todavia ninguém está consciente de todos os seus sentimentos. Existe estado de emoção que pode ser desencadeado e executado de forma não consciente, o estado de sentimento que pode ser representado de forma não consciente, e o estado de sentimento tornado consciente, isto é conhecido pelo organismo que experimenta tanto a emoção como o sentimento.

A consciência tem de estar presente para que os sentimentos possam influenciar o sujeito que as tem, para além do aqui e agora imediato. Se a consciência é suspensa também o é a emoção. Contudo, os românticos colocam a emoção no corpo e a razão no cérebro.

A palavra emoção traz à mente uma das seis emoções primárias ou universais como alegria, tristeza, medo, cólera surpresa ou aversão. Tendo também as emoções secundárias ou sociais como a vergonha, o ciúme, a culpa ou orgulho e as de domínio de emoções de fundo como o bem estar e mal estar, a calma ou a tensão.

Isto também se aplica a impulsos e motivações e a estados de dor e prazer. Conseguimos perceber as emoções de fundo através de pormenores como a postura corporal, a velocidade e contorno dos movimentos oculares e no grau de contração dos músculos faciais.

Uma casa parecida com aquela em que o indivíduo viveu uma infância feliz pode fazê-lo sentir-se feliz embora nada de especialmente bom, já se

tenha passado na nova casa. Da mesma maneira o rosto de uma belíssima desconhecida que se assemelha ao de uma pessoa ligada a um conhecimento terrível pode causar-lhe desconforto ou irritação, sem saber e perceber o porquê.

A dor é a percepção da representação sensorial que resulta de uma disfunção de tecidos vivos. A dor leva o organismo a refugiar-se em si mesmo o prazer é alinhado à recompensa ao comportamento com a curiosidade e ao exterior. Um comportamento adequado inclui tanto emoções de fundo como ações específicas relacionadas com acontecimentos ou estímulos específicos que ocorrem num dado momento. A presença de uma emoção de fundo pode ser determinada a partir das expressões faciais e do perfil dinâmico da postura e de outros membros. A finalidade e a adequação do comportamento podem ser avaliadas tendo em conta o contexto da situação natural ou experimental, e assim avaliar se a resposta ao estímulos e suas ações são apropriadas ao contexto. Tal como a música que se ouve é resultado de muito grupo de instrumentos tocados em simultâneo também o comportamento dum organismo é o resultado de vários sistemas biológicos contribuindo as suas atuações de forma harmoniosa.

1.5. Podemos perguntarmo-nos como se produz uma mente consciente?

O segredo está na linguagem diziam os sábios mas...a linguagem não surge do nada, ela dá-nos nomes às coisas. Contudo, esta contribui para a mente mas não para a consciência nuclear. Mas podemos comunicar com indivíduos que não tenham qualquer capacidade linguística com linguagem que os doentes inventam e usam. Podemos distinguir várias espécies de consciência entre a simples e a complexa?

É possível separar a consciência em geral das funções como a vigília, a atenção elementar, a memória de trabalho, a memória convencional, a linguagem e o raciocínio.

Os aspetos da cognição como a vigília, a produção de imagens, a atenção, a memória de trabalho, a memória convencional, a linguagem e a inteligência podem ser separadas, embora trabalhem em conjunto.

Assim, a emoção e a consciência nuclear estão nítidamente associadas, e as alterações da consciência nuclear comprometam os aspetos da atividade mental e as modalidades sensoriais.

Mas, uma lesão cerebral impede que os doentes processem imagens de um certo tipo, por exemplo uma cegueira cortical, ou perda da cor ou seja, a acromatopsia ou a incapacidade de conhecer familiares, conhecida por prosopagnosia, nestes casos os doentes tem consciência nuclear, mas não reconhecem o seu pronto Si, no ato de tentar conhecer tendo assim, uma deficiência no conhecimento que foi afetada numa determinada zona.

Sabemos que os mapas da visão, da audição e do tato se relacionam com os sinais provenientes dos órgãos sensoriais periféricos, como o olho e o ouvido interno, e como estes sinais são transmitidos às respetivas regiões sensoriais primárias do córtex cerebral através das regiões subcorticais, como as do tálamo. Sabemos que vários aspetos de um objeto, a sua forma, cor, movimento ou som produzido são tratados de uma forma segregada pelas regiões corticais a jusante dos respetivos córtices primários visuais e auditivos.

Noutro sentido e no “ O Livro da Consciência” de Damásio (2010) o autor explica-nos que a nossa mente é subjetiva, pois sem esta não poderíamos saber se existíamos ou quem somos, ou aquilo que pensamos e talvez a memória e o raciocínio não se teriam expandido e não teríamos chegado à linguagem. Nós apercebemos ou deixamos de nos aperceber, mas sentimos sempre.

A mente consciente parece misteriosa e baseia-se na combinação de três perspetivas: perspetiva de observação que é pessoal, privada e única; perspetiva comportamental que nos permite observar as ações reveladoras de outros, e a perspetiva do cérebro que nos permite estudar certos aspetos da função cerebral em indivíduos em quem a consciência esteja presente ou ausente. O corpo é o alicerce da mente consciente. As funções corporais estão

representados no cérebro na forma de mapa, contribuindo assim com imagens para a mente, o *proto-eu*.

Como já foi dito anteriormente e reforçado por António Damásio, o nosso organismo é a combinação diferenciada de trilhões de células de vários tipos, onde se inclui um tipo de células chamadas de neurónios pelo qual constitui o cérebro. Quando o corpo interage com o ambiente que o rodeia, esta interacção provoca alterações nos órgãos sensoriais do corpo, como olhos, os ouvidos e a pele. A divisão dos neurónios poderia significar o fim da regulação da vida específica da espécie, e possivelmente não permitiria o desenvolvimento da individualidade comportamental e mental e ainda muito menos no desenvolvimento do eu, da identidade e da personalidade. Esse cenário é confirmado pelas consequências das lesões em certos circuitos neuronais provocados por acidentes vasculares cerebrais ou pela doença de Alzheimer. A neurociência identificou várias moléculas químicas relacionadas com os estados de recompensa ou punição, como por exemplo a dopamina; norepinefrina, serotonina, cortisol, oxitocina, vasopresina. Esta mesma ciência também identificou os núcleos cerebrais que fabricam essas mesmas moléculas e as distribuem a outras partes do cérebro e do corpo.

Um dos aspetos que define os nossos sentimentos emocionais é a análise consciente dos estados corporais modificados pelas emoções e por este motivo é que os sentimentos podem servir de barómetro da gestão da vida. Estes influenciam as sociedades, as culturas todas as atividades e artefactos desde que se tornaram conhecidos dos seres humanos. Contudo a consciência permitiu uma melhor adaptação à realidade, a uma melhor resolução dos problemas. A regulação da vida pela existência de cérebros permitiu a existência da dor e do prazer, das emoções e sentimentos, dos comportamentos sociais, das religiões, da economia com seus mercados e transições financeiras, dos comportamentos morais, das leis, das ordens, da justiça, da política, da arte, da tecnologia e da ciência. Então, os cérebros existem para gerir a vida no interior do corpo como emoção, percepção, memória, linguagem, inteligência e consciência.

A extraordinária capacidade do cérebro é criar mapas/ imagens. O mapeamento e a gestão da vida andam paralelamente. O cérebro humano mapeia tudo o que existe no seu exterior, cartografa por meio dos neurónios. As alterações dos mapas cerebrais ocorrem porque nós também estamos em movimento constante, por exemplo, afastamos ou nos aproximamos dos objetos, saboreamos o vinho e depois o paladar desaparece, escutamos uma música mas depois ela acaba, o nosso corpo altera-se com as emoções diferentes e segue-se diversos sentimentos.

A emoção são ações acompanhadas por ideias e modos de pensar, os sentimentos emocionais são perceções daquilo que o nosso corpo faz durante a emoção, a par das perceções. Por exemplo, a tristeza abranda a velocidade do pensamento e pode levar-nos a repisar a situação que a desencadeiam por outro lado, a alegria pode acelerar o pensamento e reduzir a atenção para com acontecimentos não relacionados.

Nas situações de cada indivíduo, desde que haja uma situação que tenha algum valor para nós, tenha emoções, o cérebro apreende as imagens, os odores e saberes num registo multimédia que depois irá recuperá-los na altura certa, e com o tempo a recordação poderá desvanecer-se, por exemplo, recordar uma pessoa ou local.

A memória de um objeto é a memória composta das atividades sensoriais e motoras relacionadas com a interação entre organismo e objeto durante um certo período de tempo. Esta pode criar em certos pacientes a seguinte situação: ao recordar uma fotografia ou vídeo de uma festa, descrevem com grande pormenor toda a festa mas não se reconhecem na imagem mesmo que estejam presentes. Lesões cerebrais desencadeiam esta interpretação. Estas perceções ou recordações da maioria dos objetos ou acontecimentos dependem das várias regiões do cérebro também relacionadas com o movimento. Com o progredir da demencia a consciência também ela é afetada a par de outros distúrbios da mente.

1.6. Inteligência emocional como defini-la?

Achamos importante referir a inteligência emocional porque esta depende da ligação entre sentimento, caráter e instintos morais, além da inteligência fluida e da inteligência cristalizada. Porém em 1995 Daniel Goleman apresentou uma nova perspectiva sobre o conceito de inteligência: a inteligência emocional. Segundo este autor, o mais sensacional, hoje em dia, são as visões do cérebro em funcionamento, possibilitadas através de métodos inovadores como as novas tecnologias, que nos dão imagens desse órgão exatamente como ele age, nessa intrincada massa de células, quando nós pensamos, imaginamos e sonhamos. Os dados neurobiológicos permitem-nos entender mais claramente que nunca, como os centros nervosos nos levam à ira ou às lágrimas e, como partes mais antigas do cérebro, que nos incitam a fazer a guerra e o amor, são canalizadas para o melhor ou o pior. Por exemplo, o impulso é o veículo da emoção, a semente de todo impulso, é um sentimento explodindo, para expressar-se em ação. Os que estão à mercê dos impulsos, os que não têm autocontrole, sofrem de uma deficiência moral. A capacidade de controlar os impulsos é a base da força de vontade e do caráter. A arquitetura dos relacionamentos como nos diz o nosso filósofo Aristóteles, *[É ter esta rara capacidade de zangar-se com a pessoa certa, na medida certa, na hora certa, pelo motivo certo, e da maneira certa].*

Assim, inteligência emocional, segundo Goleman (1998) *[É a capacidade de identificar os nossos próprios sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerir bem as emoções dentro de nós e nos nossos relacionamentos].* Para este mesmo autor a inteligência emocional é a responsável pelo sucesso ou insucesso dos indivíduos; para as qualidades do relacionamento humano, a compreensão e gentileza, que para tal é necessário um auto-conhecimento emocional, ou seja, reconhecer as próprias emoções e sentimentos quando ocorrem; um controle emocional, saber lidar com os próprios sentimentos, adequando-os a cada situação vivida; ter uma auto-motivação, ou seja, dirigir as emoções ao serviço de um objetivo ou realização pessoal; reconhecer as emoções em outras pessoas e ter uma certa habilidade em relacionamentos inter-pessoais, ou seja, interagir com outros indivíduos

utilizando competências sociais. Todas estas características têm entre outros, o objetivo de criar empatia, que é a capacidade de, ao identificar e compreender os desejos e sentimentos dos indivíduos, reagir adequadamente de forma a canalizá-los ao interesse comum; e sensibilidade social usando a capacidade de detetar e identificar sentimentos e motivos das outras pessoas.

Se assim podemos dizer, temos duas mentes: uma mente racional, que se traduz no modo de compreensão mais destacado na consciência, mais atencioso, capaz de ponderar e refletir. Mas junto com esse existe outro sistema de conhecimento impulsivo e poderoso, embora às vezes ilógico: a mente emocional. Essas duas mentes, a emocional e a racional, operam em estreita harmonia na maior parte do tempo, entrelaçando seus modos de conhecimento para nos orientar no mundo.

A mais antiga raiz de nossa vida emocional está no sentido do olfato, mais precisamente no lobo olfativo. Quando estamos sob o domínio de anseios ou fúria, perdidamente apaixonados, é o sistema límbico que nos tem em seu poder. *Joseph LeDoux*, neurocientista do Centro de Ciência Neural da Universidade de Nova Iorque, foi o primeiro a descobrir o papel-chave da amígdala no cérebro emocional. Nos seres humanos, a amígdala (da palavra grega para "amêndoa") é um feixe, em forma de amêndoa, de estruturas interligadas situado acima do tronco cerebral, perto da parte inferior do anel límbico. Há duas amígdalas, uma de cada lado do cérebro, instaladas mais para o lado da cabeça. O hipocampo e a amígdala são duas partes-chave do primitivo "nariz cerebral" que, na evolução, deu origem ao córtex e depois ao neocórtex. Até hoje, essas estruturas límbicas são responsáveis por grande ou a maior parte do aprendizado e da memória do cérebro; a amígdala é a especialista em questões emocionais. Se for cortada do resto do cérebro, o resultado é uma impressionante incapacidade de avaliar o significado emocional dos factos; esse mal é às vezes chamado de *cegueira afetiva*.

Joseph LeDoux nas suas descobertas sobre os circuitos do cérebro emocional afastaram a noção há muito existente sobre o sistema límbico, colocando a amígdala no centro da ação e outras estruturas límbicas em funções muito diferentes. Logo, o funcionamento da amígdala e sua interação

com o neocórtex estão no centro da inteligência emocional. Na sua pesquisa mostrou que os sinais sensoriais do olho ou ouvido viajam no cérebro primeiro para o tálamo e, depois por uma única sinapse, para a amígdala; um segundo sinal do tálamo é encaminhado para o neocórtex, ou seja, para o cérebro pensante. A amígdala pode abrigar lembranças e repertórios de respostas que interpretamos sem compreender bem porque o fazemos, porque o atalho do tálamo à amígdala contorna completamente o neocórtex. Essa passagem permite que a amígdala seja um repositório de impressões emocionais e lembranças que jamais conhecemos em plena consciência.

A principal contribuição do hipocampo está em fornecer uma precisa memória de contexto vital para o significado emocional, pois é o hipocampo que reconhece o significado de, digamos, um urso no zoológico ou no nosso quintal. Enquanto o hipocampo lembra os factos puros, a amígdala retém o sabor emocional que os acompanha. Mas é a amígdala que acrescenta que, na verdade, não gosta dela. Essa participação da amígdala parece gravar na memória a maioria dos momentos de estímulo emocional de maior grau de intensidade, por exemplo, lembrarmos onde estivemos num primeiro encontro amoroso, da notícia que escutamos no autocarro, entre outros.

1.7. O porquê da estimulação?

Independentemente da cultura, classe social, religião e tendências políticas, o envelhecimento, tal como o nascimento, a morte, o enamoramento, a amizade e a sexualidade são um fenómeno coletivo. Segundo Paúl, (2001), não existem dados absolutos sobre a existência de um declínio cognitivo global no envelhecimento normal, nem quanto à adoção de medidas compensatórias para fazer face a uma previsível diminuição das capacidades quer físicas, psicológicas ou sociais; contudo, Fonseca (2006) diz-nos que a velhice corresponde à perda de capacidades de compreensão e de aprendizagem.

De acordo com Lerner & Hultsch (1983), citado por Fonseca (2006), a inteligência e as capacidades intelectuais em geral declinavam progressivamente com a idade após terem alcançado um pico entre os 18 e os 25 anos.

Sabemos porém que entre indivíduos idosos existem muitas diferenças a nível cognitivo, algumas pessoas mantêm as suas capacidades cognitivas intactas até ao fim da vida, enquanto outras já perderam parte delas em idades mais precoces. Novamente, Fonseca (2006), diz-nos que a diminuição das capacidades cognitivas não se encontra ligada à idade cronológica, mas sim à saúde e ao comportamento dos indivíduos, bem como com a educação e a posição social que estes indivíduos ocupam. Fonseca (2006) cita que de acordo com Baltes & Smith (1999), [*Há uma relação muito estreita entre o funcionamento sensorial e o funcionamento cognitivo, estando o empobrecimento do primeiro implicado na diminuição deste último*]. Segundo Barros de Oliveira (2005), alguns sentidos como o olfato, são pouco afetados pela idade, enquanto outros, como a audição e a visão, são mais atingidos podendo trazer consigo disfunções nas atividades intelectuais, na perceção do equilíbrio, declínio nas funções visio-motoras e espaciais.

Há uma estreita interação entre o rendimento intelectual e algumas condições pessoais ou de vida adversas que condicionam o bem estar e a qualidade de vida, que são comuns no envelhecimento a nível dos aspetos afetivo-emocionais, sociais, familiares, físicos, financeiros, isolamento social, perda da autonomia (doença, perda de capacidades, etc.); inatividade, perda de reputação, mudança de residência; alterações do funcionamento (problemas com o sono). Outra questão prende-se com a depressão no idoso, que é caracterizada por queixas somáticas, hipocondria, baixa auto-estima, sentimentos de inutilidade, humor disfórico, autocrítica excessiva e constante, alteração dos ritmos do sono e do apetite, ideação paranóide, pensamentos recorrentes de suicídio, assim como alterações psicomotoras, cognitivas e vegetativas Stella, Gobbi, Corazza & Costa(2002).

A estimulação cognitiva é um trabalho que ocorre através de técnicas, criadas para manter ou recuperar funções, que o cérebro já não consegue executar ou executa com dificuldades. Assim são realizadas atividades lúdicas e interativas entre as quais a orientação da realidade, através do uso de calendários, agendas e locais que o indivíduo conhece, treinamento da memória com jogos, caça-palavras, músicas, entre outras.

1.8. Evolução cognitiva é possível?

Segundo Fonseca (2006) os adultos, idosos apresentam formas de pensamento e resolução de problemas de forma diferente dos jovens, isto porque já têm uma experiência prévia e mais concreta, tendo em atenção o contexto em que o mesmo vive.

Podemos verificar que ao longo da longevidade de cada pessoa, a mesma sofre uma normal declinação, mas se efetivamente houver uma patologia, a declinação é mais acentuada. (Ver anexo 11). Contudo, existe uma reserva de capacidade que pode ser otimizada no sentido de manter ou melhorar a capacidade cognitiva.

Segundo Wilson (1997) citado por Nunes, e Gonzala (2007) existem quatro abordagens de reabilitação cognitiva são elas: treino cognitivo por meio da estimulação de exercícios e da prática; abordagem derivada de modelos cognitivos e neuropsicológicos; abordagem combinada entre as teorias da aprendizagem na psicologia cognitiva e na neuropsicologia e abordagem holística em que, para além dos distúrbios cognitivos, se considerem os elementos sociais, emocionais e motivacionais.

Neste trabalho de projeto optamos pelo treino cognitivo por meio da estimulação, de exercícios e da sua prática, através de um modelo específico de programa de estimulação cognitiva.

Podemos também verificar que o treino e a reabilitação cognitiva retardam o declínio do envelhecimento cognitivo, no envelhecimento; ou seja, se os idosos forem estimulados são capazes de resolver o problema e ou a questão, podendo no entanto levar mais tempo a encontrar a solução, ou a resolver as suas tarefas. No caso dos dementes a estimulação permitirá o retardar da evolução progressiva e irreversível da própria demência. (Anexo 12). Assim que surge a necessidade de estimular, de acordo com *Zimmerman* (2000), consiste em instigar, ativar, animar e encorajar os sujeitos. Segundo este autor, o melhor meio para conseguir a diminuição dos efeitos adversos do envelhecimento é através da estimulação, proporcionando aos idosos um aumento da qualidade de vida, neste caso em concreto os dementes.

A estimulação cognitiva é uma contribuição para a manutenção das funções cognitivas ainda presentes nos idosos. Como já foi dito anteriormente, as demências (corpos de Lewy, frontotemporal, vascular e Alzheimer) não constituem-se apenas em doenças crônicas, mas são consideradas síndromes, visto que ocorrem em prejuízo da memória, problemas de comportamento e perda de capacidades, sendo os sintomas mais comuns são o déficit de memória, dificuldade em realizar tarefas domésticas, desorientação no tempo e no espaço, problemas com o vocabulário, incapacidade para julgar situações, alterações de humor, colocação de objetos em lugares equivocados, passividade e alterações de personalidade.

Segundo Santana (2005), como já foi referido anteriormente, na demência a primeira disfunção é no prejuízo de memória, prejuízos cognitivos, afasia, apraxia, agnosia e nas funções executivas, como planejamento, organização, sequência e abstração. Consideremos o exemplo sobre as dificuldades de vida diária, os distúrbios da memória e as atividades que se podem desenvolver, a fim de trabalhar as áreas básicas da função mental: atenção, linguagem, memória, capacidade viso-espacial e associação de ideias. (Ver anexo 2).

1.9. Estimulação cognitiva e demência

Em idosos com demência, a estimulação cognitiva tem-se tornando uma prática constante, em função de um conceito muito estudado em neurociências, a plasticidade cerebral, uma função do cérebro adulto, de modificar-se de acordo com as circunstâncias a que o cérebro é exposto. Em situação de qualquer mudança na condução dos impulsos nervosos ocorre uma reorganização do sistema nervoso e o cérebro passa a funcionar quase normalmente. Em casos de demência em fase inicial, as reorganizações também ocorrem, mas por ser uma doença progressiva, e com o avançar da doença, essas reorganizações não são muito eficazes. Desta forma a estimulação cognitiva contínua, associada ao tratamento medicamentoso, acreditamos que podemos auxiliar na estabilização ou resultar até mesmo em uma leve melhoria dos déficits cognitivos e funcionais.

Na estimulação cognitiva com dementes é importante ter em conta os seguintes parâmetros: a duração, a flexibilidade na intervenção e o envolvimento do cuidador, os programas devem manter-se durante meses consecutivos com sessões regulares, envolvendo os cuidadores, incluindo a prescrição de tarefas a executar no domicílio.

Contudo os programas devem ser adequados aos aspetos idiossincráticos de cada doente. A estimulação pode fazer-se de diferentes formas e com a ajuda de exercícios simples ou atividades mais ou menos complexas. Segundo *Phaneuf* (2010) estes mesmos exercícios ou atividades devem seguir determinadas regras, são elas: refletir e respeitar a dignidade humana, os exercícios/atividades devem ser escolhidos de acordo com a capacidade do doente, o grupo de intervenção deverá ser o máximo homogéneo, isto para que os participantes atinjam o mesmo nível de interesse, num mesmo exercício devemos estimular diferentes capacidades, desde a memória a curto prazo, a memória episódica e processual, a percepção do tempo e espaço, o cálculo, a afetividade, ou seja as capacidades do cérebro do lado esquerdo e do lado direito, as pessoas com dementes estão limitadas e muitas vezes não estão conscientes do mesmo, portanto, teremos de reforçar a confiança, a auto-estima, é sempre necessário escutar a pessoa, respeitando as suas capacidades, a estimulação, sempre que possível, deverá ser ampla abrangendo e alternando os exercícios físicos, intelectuais e de interação social. Contudo, sabemos que os dois hemisférios do cérebro têm diferentes capacidades. Sendo que o hemisfério esquerdo é responsável pelo pensamento lógico, analítico, sequencial e para a resolução de problemas, cálculos e planificação. Enquanto o hemisfério direito está relacionado com o pensamento intuitivo, global e com a criatividade, desenho, pintura, música, reconhecimento de rostos; relações espirituais, entre outras.

Assim, a estimulação do hemisfério esquerdo tem de corresponder às características do mesmo, por exemplo a estimulação pode passar por pedir à pessoa demente para classificar objetos de modo a fazer associação entre eles, planificar uma atividade a fazer, (ir ao teatro, ou à Casa da Música). Contudo, no hemisfério direito podemos pedir ao demente para pintar, cantar,

reconhecer sons, entre outros, mas jamais os exercícios ou atividades deverão cingir-se a um único hemisfério, mas ao cérebro no seu todo.

1.10. Estratégias de intervenção cognitiva na demência

Existem diferentes técnicas para diferentes tipos de intervenção, mas podem ser agrupados em três tipos: a facilitação da memória explícita residual com apoio na codificação e na evocação (recorre-se ao apoio externo de ajudas ou pistas) a aprendizagem de informação específica através da memória implícita preservada

(utilizar atividades de vida diária, em contexto natural), as estratégias para lidar com o défice mnésico através do apoio externo (recorre a agendas, calendários para ver a data). O treino cognitivo implica sempre o fortalecer e automatizar de competências, assegurar que a aprendizagem mais simples está assegurada para então passarmos à seguinte com um grau de dificuldade superior, o ambiente do treino estruturado e controlado, mas que ao mesmo tempo permita um contexto real da sua vivência.

Por outro lado, teremos também estratégias internas, por exemplo a mnemónica que é uma técnica de memorização que associa informação complexa que queremos memorizar com uma informação mais simples. Por exemplo, saber quantos dias tem cada mês associando cada mês aos nós e intervalos dos dedos das mãos. Associar um rosto ao nome de uma flor ex: Rosa, ou também pela utilização de imagens visuais que sejam *BIC* – bizarras interativas e cómicas, para que sejam mais eficazes.

Outra técnica é a utilização de acrónimos ou siglas, refere-se ao agrupamento de letras iniciais de várias palavras formando uma abreviatura de fácil pronúncia (PSP- polícia de segurança Pública; ONU), ou então o uso dos acrósticos, pois são formas textuais em que a conjugação da primeira letra de cada frase ou verso formam uma palavra ou frase.

Um outro estudo que se chamava programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados de Ana Elisa Marques Castro desenvolvido na universidade de Aveiro em que o objectivo deste estudo era verificar o impacto do PEC no desempenho cognitivo e na sintomatologia depressiva de um grupo

de idosos após 16 sessões de estimulação cognitiva. As actividades desenvolvidas neste estudo visavam essencialmente o aumento e a preservação das capacidades cognitivas dos idosos, não tendo sido estruturadas, tendo em conta os factores emocionais e mostrando um resultado positivo.

Um outro ponto de apoio foram dois exemplos de sucesso desenvolvidos pelo método *Montessori* chamado intervenção gerontológica com *Montessori* com DA (IGM-DA) este método passava pelo respeito pelas necessidades e mecanismos evolutivos do indivíduo assumindo a aprendizagem como um processo natural e desenvolver-se-ia através da intereção como ambiente (intervenção gerontológica com *Montessori*).

Um outro exemplo programa de enriquecimento instrumental para idosos, foi desenvolvido por *Feurstein* programa este, dividido em 12 competências nomeadamente a activação, especificidade, repetição, intensidade, novidade, persistência, saliência, tempo óptimo, difusão do efeito, selecção, consciência cognitiva e estimulação multi-sensorial. *In: preventing the deterioration of cognitive functions in the elderly*.

1.11. Como implementar um programa e atividade de estimulação

Segundo *Phabeuf (2010)* para implementar um programa de atividade de estimulação pressupõe etapas e escolhas como: familiarizar-se com os comportamentos da pessoa, afim de conhecer as suas carências intelectuais, mnésicas e afetivas e as orientações no tempo e no espaço; avaliar as capacidades residuais do doente, do mesmo modo que as suas perturbações cognitivas e comportamentais, ter em atenção se a pessoa está calma, atenta durante toda a atividade, se aceita juntar-se a um grupo, se pode falar, andar, manipular objetos (visualizar através de testes feitos anteriormente); identificar as atividades que contêm às capacidades físicas, intelectuais e psicomotoras da pessoa, os seus gostos e valores, desde o jogo de cartas, à jardinagem ou costura, à leitura ou à escrita, saídas ou atividades sociais; identificar os riscos potenciais do comportamento inadaptado em grupos, aquando das suas saídas, reação ao stress, agressividade, ansiedade, fuga; identificar hábitos de vida dos quais se possam integrar intervenções ou nas refeições, na higiene,

nos exercícios diários de marcha; criar uma relação de confiança com o doente para que este exprima e reforce a sua auto-estima; as atividades podem ser físicas, como a marcha, a dança, mas podem ser atividades que suscitem a calma, como a meditação, relaxamento ou audição musical, ou saídas, como ir ao cabeleireiro ou ir ao centro comercial.

Alguns dos cuidados a ter nas atividades com dementes são não delinear objetivos muito exigentes; pensar sempre em tirar o “máximo” possível das capacidades que restam ao demente; não ter pressa; não fazer comentários desagradáveis, nem derrotistas; preservar a capacidade de decisão do doente; não ser demasiado perfeccionista; ter em atenção na escolha das atividades, para que sejam adaptadas ao estado e à evolução da doença; não hesitar quando pretender mudar de atividade ou ambiente; não se perturbar pelo comportamento regredido do doente.

2. ENQUADRAMENTO DO ESTUDO - PEC-ES

2.1. Programa de estimulação cognitiva- Estimulação Sensorial (PEC-ES)

De acordo com *Zimerman (2000)*, [*Estimular consiste em instigar, ativar, animar e encorajar os sujeitos, pois este é o melhor meio para conseguir a diminuição dos efeitos adversos do envelhecimento, é através da estimulação, proporcionando aos idosos um aumento da qualidade de vida*]. Segundo *(Soares, 2006)*, [*A prevenção do declínio nas capacidades cognitivas e funcionais das pessoas idosas pode ser obtida através da implementação de Programas de Estimulação Cognitiva (PEC), fundamentalmente nos lares e centros de dia, garantindo um aumento da auto-estima e conseqüentemente da qualidade de vida dos idosos*].

Assim sendo e segundo *Nordon (2009)* o PEC [*Visa a prevenção ou diminuição do declínio cognitivo global, causado pelas doenças neurodegenerativas progressivas, como as demências*]. A perda de memória é geralmente o sintoma inicial, incluindo défices na memória a curto e longo prazo, seguido do prejuízo ao nível da linguagem e do funcionamento executivo; nalguns casos é acompanhado por perturbações do comportamento, da personalidade e perdas na capacidade funcional.

Segundo, *Camara (2009)* os PEC caracterizam tendo como base a aplicação de diversos jogos lúdicos, que visam a estimulação de diferentes funções cognitivas, nomeadamente a memória, a atenção, a concentração, a percepção, o raciocínio, o pensamento, a imaginação, a linguagem, a capacidade visuo-espacial e a associação de ideias e também melhorar a qualidade de vida e o bem-estar do idoso, estimular as funções cognitivas, proporcionar suporte psicológico, desenvolver a relação entre educação e saúde, promover a socialização do idoso para prevenir situações de isolamento.

No Brasil, *Souza e Chaves (2005)* e *Melo (2008)* desenvolveram estudos com o objetivo de avaliar os impactos de um PEC na memória, constituído por exercícios de resolução de problemas, cálculos, memorização visual, leitura, entre outros, onde obtiveram um aumento significativo do desempenho

cognitivo no grupo de idosos. Do mesmo modo, Tsai, Yang, Lan e Chen (2008) avaliaram o efeito de um programa de intervenção cognitiva em idosos com queixas subjetivas de memórias.

É necessário um Programa de Estimulação Cognitiva (PEC) que abra o leque e aprofunde as diferentes formas de estimulação quer pelas sensações, quer pelas emoções. No que diz respeito às sensações, por exemplo através das sensação visual: pela capacidade de identificar imagens, cores, formas, pintores, decoradores; ou pela sensação auditiva, capacidade de reconhecer sons, frequências de rádio, instrumentos musicais, músicas de diferentes estilos; outra sensação seria corporal, capacidade de reconhecer e usar o corpo para expressar ou exprimir uma ideia, uso das mãos ou pés para acompanhar um ritmo, desenvolvimento da coordenação motora, equilíbrio, destreza, flexibilidade, força muscular através de exemplos de atletas, artesãos, bailarinos.

Outro estudo refere a Estimulação Multisensorial e Motora na Demência desenvolvido por (Alda Marques, Joana Cruz, Ana Barbosa, Daniela Figueiredo, Álvaro Mendes, Liliana Sousa) neste estudo de Estimulação Cognitiva caracteriza-se por: técnicas de orientação na realidade e treino de competências treino de competências. Tem demonstrado benefícios, na orientação verbal, cognição, função, comportamento e interacção social. (APA,2007).

2.2. Importância da estimulação sensorial

A estimulação sensorial estimula os diferentes sentidos, através de diferentes experiencias. Esta estimulação activa pretende a estimulação dos sentidos primários: olfacto, tacto, visão, audição e gosto. Os exercícios que iremos fazer pretendem acalmar a agitação e comportamentos agressivos, e diminuindo a apatia; melhorar a comunicação e o humor; e a melhoria do contacto do idoso com o ambiente e a interacção entre diferentes idoso e o técnico e por fim, melhorando o bem estar dos idosos. In *Van Weert, van Dulmen, & Bensing, 2008*.

A intervenção cognitiva na estimulação sensorial teve em atenção o

momento do dia e o lugar com um ambiente tranquilo. Outro ponto importante foi respeitar a pessoa ou seja, ter em conta os interesses da pessoa, mostrar-lhe respeito, dirigir-se à pessoa pelo seu nome, recordar que o idoso tem lesões cerebrais e que não faz as coisas de má vontade, e não se devem mostrar as tarefas como um dever escolar mas sim como estimular, animar, acompanhar, incentivar a pessoa, interromper caso o idoso se sinta ansioso por fim, ajudar ao idoso a encontrar a resposta aos problemas mas não solucioná-lo. A atitude do técnico será de que não deve discutir por mais que tenha razão, manter a calma para que a atividade seja feita ao ritmo do idoso sem pressas, não assumir à priori que o idoso não consegue, e não faz, fazer perceber ao idoso que os seus êxitos fazem reforçar a sua singularidade pois cada pessoa é diferente das demais, pois o que efectivamente pode corresponder e expectativas de um idoso pode não corresponder a outro idoso.

Em relação à estimulação visual e verbal os objetivos são estimular a linguagem expressiva e narrativa, isto é, a produção de uma narração a partir de um estímulo visual. Promover a interação interpessoal e grupal através da narração de uma imagem e conversa sobre essa mesma imagem.

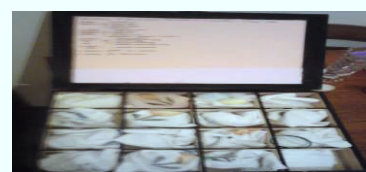
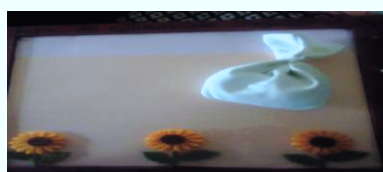
Em relação à estimulação auditiva e verbal o objetivo é manter, estabelecer e ou reforçar a atenção e concentração em atividades de sistema perceptivos e suas implicações auditivas e cognitivas; nos componentes de atenção e concentração quando a informação não é evidente. Assim o idoso reconhece sons e pode de certa forma interpretar uma música ou canção ou sons de um animal, de um sino a tocar ou outro som e mostrar emoções a partir do que escutou.

No que diz respeito à estimulação tátil os objetivos serão manter, estabelecer e ou reforçar a atenção e concentração em atividades de sistema perceptivos tátil e suas implicações cognitivas. Uma boa percepção facilita o reconhecimento ou seja, o significado. A partir do significado é possível estabelecer associações que permitem o acesso à memória a longo prazo e sua linguagem. Assim o idoso reconhece materiais muito diferentes na forma, no peso, na consistência, na temperatura, na resistência e na utilidade.

Por fim, a estimulação do olfato e do paladar tem como objetivos manter, estabelecer e ou reforçar a atenção a concentração em atividades de sistema perceptivos e suas implicações cognitivas. Uma boa percepção facilita o reconhecimento e sua semântica olfativa e gustativa ou seja, o significado. A partir do significado é possível estabelecer associações que permitem o acesso a memória a longo prazo e sua linguagem. Assim o idoso reconhece cheiros e paladares mas poderá não saber identificar bem a emoção que lhe reporta podem faltar as palavras para explicar a sensações.

2.3. O porquê destes Jogos?

Uma primeira abordagem para a escolha destes jogos e não de outros jogos, foi identificar o jogo como uma atividade lúdica, de divertimento e de entretenimento, praticada com prazer, podendo ser realizado individualmente ou em pequeno grupo. Por outro lado, e em diálogo com os idosos, partilhámos gostos musicais, falamos sobre diferentes personalidades do nosso dia a dia, ou então conversamos sobre diferentes aromas e/ou sabores, e perguntávamos de que mais gostavam de falar ou ouvir, ou quem eram as pessoas mais conhecidas e faladas pelos idosos e então refletimos sobre todos estes conhecimentos através dos jogos de estimulação cognitiva. Por outro lado, fizemos pesquisas em diferente livros e sites relacionados com estimulação cognitiva e sensorial, sobre atividades para idosos, pesquisando o que já se faz, e o que podemos trazer de mais valia para o que já existia nesta área. Depois de elaborados os 5 jogos, estes ficaram guardados em diferentes caixas que foram adaptados a cada área de estimulação, ou seja, I jogo “cheiros” área de estimulação olfato; II jogo “imagens” área de estimulação visão; III jogo “sons” área de estimulação audição; IV jogo “toques” área de estimulação tato; e por fim, V jogo “sabores” área de estimulação paladar.



a) I jogo de Estimulação Cognitiva-Vertente Estimulação Sensorial - “Cheiros “



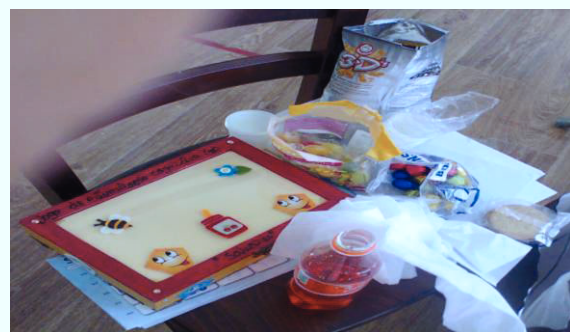
a) II jogo de Estimulação Cognitiva-Vertente Estimulação Sensorial "Imagens "



b) III jogo de Estimulação Cognitiva-Vertente Estimulação Sensorial - " Sons"



c) IV jogo de Estimulação Cognitiva-Vertente Estimulação Sensorial - "Toques "



d) V jogo de Estimulação Cognitiva-Vertente Estimulação Sensorial - "Sabores "

2.3.1. Jogo de estimulação cognitiva – estimulação sensorial I “Cheiros”

Objetivos: estimular o olfato, treinar a memória olfativa, a criatividade e a relação dos sentidos com a memória, lembrar cheiros do nosso dia a dia e que fazem parte da experiência do idoso e falar sobre os mesmos, ou seja a estimulação cognitiva por meio da linguagem e do olfato.

Material: este jogo é constituído por uma caixa de madeira forrada, pintada e decorada alusiva à temática escolhida; esta caixa está dividida em 16 espaços com 16 sacos brancos, para colocar os 16 aromas diferentes, entre eles aromas intensos e fracos; alguns dos sacos foram previamente enchidos com massa de enchimento, depois colocado o aroma e fechados com um elástico na parte superior do saquinhos.

Instruções do jogo: neste jogo pretende-se que o idoso consiga descobrir através da inalação do cheiro do saquinho e sem visualizar o conteúdo do mesmo, o nome do cheiro. Após a descoberta do mesmo pretende-se que o idoso fale sobre esse mesmo cheiro, por exemplo o que lhe faz lembrar, para que serve a erva, o pó ou o sabonete. Por outro lado, pretende-se que o idoso distinga se o cheiro é forte ou fraco. Os cheiros estão divididos em 3 temáticas, são elas: **cheiros da culinária:** pó de canela; pó de caril; folha de Louro; dente de alho; pó de café. **Cheiros da limpeza corporal ou estéticos:** sabonete “musgo real”; sabão azul; perfume de senhora; verniz para as unhas; hidratante com bálsamo a ameixa; álcool. **Cheiros de ervas de chá:** folha de arruda; folha e baga de eucalipto; folha de alecrim; folha de hortelã pimenta; casca de laranja

Local e tempo necessário para a sessão: pretende-se que a sessão seja feita numa sala clara, tranquila e com bom arejamento. A sessão tem a duração entre 45 a 60 minutos.

Número de sessões: 5 sessões, sendo que na 1ª. sessão os cheiros para explorar são diferentes cheiros aleatórios ou seja: 2 cheiros de ervas, e 2 cheiros de limpeza corporal ou estética. Na 2ª. sessão será para a descoberta de cheiros também eles aleatórios de 3 cheiros de culinária e 2 cheiros de limpeza corporal ou estética. A 3ª sessão será para descobrir o cheiro da

limpeza corporal ou estética. A 4ª. sessão será para explorar os cheiros da culinária. E a 5ª. sessão será para descobrir os cheiros característicos das ervas de chá.

Número de pessoas: este jogo pode ser jogado individualmente ou em grupo não mais que 4 a 5 pessoas por cada sessão.

Ter em atenção: evitar sons distratores que prejudiquem a concentração do idoso. Se o idoso estiver constipado ou com tosse é preferível não fazer a sessão nesse dia.

Apoio: para a elaboração deste jogo foram feitas algumas pesquisas em sites correspondentes a esta temática e também a procura e obtenção dos materiais dos cheiros (ida à floresta buscar folhas de louro, de eucalipto) entre outros.

2.3.2. Jogo de estimulação cognitiva – estimulação sensorial II “ imagens”

Objetivos: com este jogo pretende-se que o idoso consiga visualizar e identificar no cartão a referida imagem, bem como falar e dialogar com os diferentes jogadores sobre as imagens presentes.

Pretende-se também a estimulação cognitiva por meio da memória visual, da linguagem, da criatividade e a relação dos sentidos com a memória, relembrar também as cores, as profissões, as pessoas importantes e as festas populares que fazem parte da experiência do idoso.

Material: este jogo é constituído por uma caixa em madeira forrada, pintada e decorada, alusiva à temática escolhida com 37 cartões de diferentes imagens, divididas por 4 temáticas, são elas: profissões, cores, personalidades e santos populares.

Instruções do jogo: este jogo pretende-se que o idoso consiga observar a imagem e descobrir do que se trata tendo em atenção a referida temática. Após a descoberta do mesmo, pretende-se que o idoso fale sobre essa mesma cor ou profissão explorando a pertinência da mesma, por outras palavras, para que serve, se conhece algum com esta profissão ou não, se conhece esta ou aquela personalidade e se conhece este ou aquele santo e se alguma vez foi ao arraial desse mesmo santo.

As imagens estão divididas em 4 temáticas, são elas **profissões**: polícia, comerciante, marceneiro, agricultor, médico, bombeiro, padre, professor, padeiro. **Cores**: cão branco, pássaro azul, botões roxos, meias pretas, rosa vermelha, couve verde, laranjas cor de laranja, sapato castanho. **Personalidades**: grupo de Folclore da Boa Nova, bispo D. Teodoro de Faria, jogador Eusébio, Presidente da República Cavaco Silva, fadista Amália, cantor Teixeira, político Alberto João Jardim, papa João Paulo II, cantor popular madeirense Max. **Santos populares**: Santíssima Trindade da Tabua, São Pedro e São Bento da Ribeira Brava, Nossa Senhora de Fátima, Nossa Senhora da Conceição, Senhor dos milagres em Machico, Nossa Senhora da Graça do Estreito da Calheta e de Câmara de Lobos, Nossa Senhora do Monte no Funchal, Santo António, Bom Jesus da Ponta Delgada.

As 9 imagens das profissões foram escolhidas por serem mais aprendidas por muitos idosos e alguns dos seus familiares. Os idosos usufruem destes mesmos serviços desde o Padre ao Médico. As profissões como o agricultor fazem parte do quotidiano dos nossos idosos. No que diz respeito aos 9 cartões das cores, foram escolhidos 9 cores entre quentes e frias, para além do idoso falar da cor correspondente à imagem, procuramos que o mesmo consiga falar sobre a imagem, ou seja, se consegue concentrar-se e alcança a interpretação da mesma, e que estratégias utiliza para lembrar-se por exemplo, o que é um botão, para que serve, como se cose um botão entre outras. Em relação às personalidades, procuramos escolher nestas 9 imagens de personalidades que de certa forma fizeram ou fazem parte do quotidiano dos idosos, por exemplo, o Presidente Alberto João Jardim, sendo um político conhecido, também procuramos saber quem ele é, o que faz, qual a sua vivência pessoal.

Por fim, temos 11 imagens de Santos Populares que quisemos completar a imagens procurando uma pequena descrição quer da imagem do Santo, ou da relíquia, pois são festas dedicadas a Deus, bem como aos Santos ou Santas mais conhecidos pelos idosos. Outro facto importante para além da imagem do Santo é o nome da igreja, o local, as decorações e o próprio arraial em si, ou seja, o que se come e bebe, o que se pode comprar, a música que se

pode ouvir e qual seria muitas vezes o objetivo de ir ao arraial, pois para muitos era sair de casa por um fim de semana, outros era namorar e outras era conviver com outros familiares ou quando vinha um familiar do estrangeiro.

Local e tempo necessário para a sessão: pretende-se que a sessão seja feita numa sala clara, tranquila e com bom arejamento. A sessão tem a duração entre 45 a 60 minutos.

Número de sessões: 5 sessões, sendo que na 1ª. sessão exploramos 5 profissões. Na 2ª. sessão descobrimos 5 cores. Na 3ª. sessão descobrimos 5 personalidades conhecidas e na 4ª. sessão exploramos 5 Santos Populares e por fim na 5ª. sessão vamos ao encontro das diferentes imagens sendo 2 que são de profissões, 1 de cores, 1 de personalidade e 1 de Santos Populares.

Número de pessoas: este jogo pode ser jogado individualmente ou em grupo de não mais que 4 a 5 pessoas por cada sessão.

Ter em atenção: evitar sons distratores que prejudiquem a visualização e concentração da imagem.

Apoio: para a elaboração deste jogo foram feitas algumas pesquisas em sites correspondentes ao jogo, para a obtenção de imagens e alguma informação sobre algumas personalidades ou Santos Populares nomeadamente na www.wikipedia.com; [google imagens](http://google.com), www.madeira.com entre outros.

2.3.3. Jogo de estimulação cognitiva – estimulação sensorial III “ Sons”

Objetivo: estimulação cognitiva por meio da estimulação sensorial da audição pretende treinar a memória auditiva, a criatividade e a relação dos sentidos com a memória, por outro lado, lembrar músicas e sons do quotidiano, da natureza, dos animais e músicas que fazem parte da experiência do idoso e que poderia escutar e por sua vez lembrar.

Material: este jogo de estimulação auditiva chamado de “sons” é constituído por: uma caixa em madeira pintada, forrada e decorada e identificada com o nome do jogo, um Mp4 NGS com 67 sons divididos por 4 temáticas, uma coluna de som exterior *JBL on tour micro*.

Instrução do jogo: Este jogo pretende que o idoso consiga descobrir o som do que está a ouvir, por sua vez, que o mesmo fale sobre esse som, por exemplo, o que lhe faz lembrar. Por fim, tentar reproduzir esse mesmo som, ou seja, no caso das músicas, fazer com que o próprio idoso tente cantar a música que está a escutar. Por outro lado, pretende-se que o cliente distinga um som forte e um som fraco ou som agudo de um grave. O som em todas as sessões é amplificado pela pequena coluna de som, para o mesmo seja audível. Os sons estão divididos em 4 temáticas, são elas **natureza:** chuva, água, vento, trovoadas, fogueira. **Animais:** gato, cães, vaca, galinhas, porcos, patos, galos; pintainhos; rãs. **Quotidiano:** risada, ambulância, bebé a chorar, passos, tosse, espirro, assobio, sino, automóveis a apitar, automóveis a arrancar, abrir e fechar a porta. **Estilos Musicais** Música religiosa: Aleluia; 13 de maio; Ave Maria, mãe de Jesus. Relaxamento ou erudita: *Voyage to Harmony*, 9 sinfonia de *Beethoven*, sonata de *Bach*. Música tradicional Madeirense cd “*Madeira mix*” e Grupo Folclórico da Ponta do Sol. Música Popular: Tony Carreira, Teixeira, Nel Monteiro, Linda de Suza, Quim Barreiros. Fados: Amália e Jorge Ferreira. Estes sons foram escolhidos tentando corresponder a algumas das vivências dos idosos e também dando a conhecer alguns sons que os mesmos poderiam nunca ter escutado. Por exemplo, o som dos animais os idosos conhecem ou que já “trataram” desses mesmos animais ou alimentam-se por meio deles, como a galinha ou a vaca, etc. Já os sons do quotidiano ou da natureza interpelam a acontecimentos ou episódios do dia a dia que todos nós conhecemos e muitas vezes inconscientemente nem pensamos neles como um som dos nossos passos, ou a tossir, o som do vento ou da trovoadas. Os sons das músicas proporcionam uma panóplia de diferentes sons, de diferentes estilos musicais que alguns deles são conhecidos pelos idosos.

Local e tempo necessário para a sessão: pretende-se que a sessão seja feita numa sala clara, tranquila e com bom arejamento. A sessão tem a duração entre 45 a 60 minutos

Número de sessões: 5 sessões, sendo que na primeira sessão, os idosos vão identificar os sons de 5 animais, na 2ª sessão é a vez de descobrir 5 sons do quotidiano.

Na 3^o. sessão são 4 sons da natureza, na 4^a. sessão são 5 sons de música e por fim, e na última sessão, são apresentados 5 sons, dos quais 2 sons são de música, 1 som da natureza, do quotidiano e dos animais.

Número de pessoas: este jogo pode ser jogado individualmente ou em grupo de não mais que 4 a 5 pessoas por cada sessão.

Ter em atenção: evitar sons distratores que prejudiquem a audição do som pretendido.

Apoio: para a elaboração deste jogo foram feitas algumas pesquisas em sites correspondentes ao jogo em questão: www.wikipedia.com; www.youtube.pt; cd's de música "o melhor da música tradicional madeirense".

2.3.4. Jogo de estimulação cognitiva – estimulação sensorial IV “ Toques”

Objetivos: estimulação cognitiva por meio da estimulação sensorial do tato, estimulação da criatividade e da relação dos sentidos com a memória; por outro lado, relembrar, explorar a sensação de não ver o objeto e tentar descobrir o que é, só pelo toque do objeto com as mãos e ao mesmo tempo procurar falar sobre o que tocou. Assim os toques estão agrupados em 4 texturas são elas: duros, moles, asperos e suaves. Assim sendo, todos estes objetos pertencem ao quotidiano dos idosos e fazem parte da experiência do idoso, como exemplo, o arame, o arroz, a areia, além de relembrar também promove o diálogo e a interpretação desses mesmos objetos, estimulando assim a linguagem, a audição e o respeito entre pares.

Material: este jogo é constituído por uma caixa de madeira forrada, pintada e decorada alusiva à temática escolhida, sendo esta dividida em 20 espaços, com vinte saquinhos brancos para colocar 20 objetos fechados com um elástico e uma venda para tapar os olhos.

Instruções do jogo: neste jogo pretende-se que o idoso consiga descobrir o toque do que está a sentir na sua mão, por sua vez que o mesmo fale sobre esse toque, o que lhe faz relembrar.

Por outro lado, pretende-se que o idoso distinga diferentes objetos com diferentes toques, são eles duros, moles, ásperos e macios, ser-lhe-á colocado

uma venda para que o idoso não veja o objecto, mas o sinta simplesmente pelo toque das suas mãos.

Os toques estão divididos em 4 temáticas, são elas **duros**: pedra de calhau, pedaço de madeira, pedra de calhau, mola de madeira, grãos de arroz. **Moles**: semilha (batata), folha de papel, folha de plástico, folha de árvore, porta chaves. **Ásperos**: escova, esfregão, pedaço de lã, bola pontiaguda, arame. **Macios**: areia, colher de sobremesa, rolha, novelo de lã, lenço de algodão.

Estes objetos foram escolhidos tendo sempre como objetivo corresponder de alguma forma às vivências e costumes dos próprios idosos, neste caso em concreto, objetos que fazem parte da realidade dos mesmos. A semilha é algo que faz parte da nossa dieta mediterrânica e que todos nós comemos quase que diariamente ou a folha da árvore que existe em qualquer local.

Local e tempo necessário para a sessão: pretende-se que a sessão seja feita numa sala clara, tranquila e com bom arejamento. A sessão tem a duração entre 45 a 60 minutos

Número de sessões: serão feitas 5 sessões, sendo que a 1ª. sessão os idosos vão identificar toques aleatórios entre eles 1 toque duro, 2 toques suaves, 1 toque mole e 1 toque áspero; na 2ª. sessão são 5 toques duros. Na 3ª. sessão são 5 toques moles; na 4ª. sessão são 5 toques ásperos e por fim, e na última sessão são 5 toques suaves.

Número de pessoas: Este jogo pode ser desenvolvido individualmente ou em grupo, não mais do que 4 ou 5 pessoas por cada sessão.

Ter em atenção: evitar sons distratores que prejudiquem o tato bem como a percepção do mesmo.

Apoio: para a elaboração deste jogo foram feitas algumas pesquisas em sites correspondentes ao jogo e procedeu-se à procura e obtenção dos referidos objetos de supermercado, ou de jardim, entre outros.

2.3.5. Jogo de estimulação cognitiva – estimulação sensorial

V “ sabores”

Objetivo: pretende-se a estimulação cognitiva por meio da estimulação sensorial do paladar; por outro lado, a estimulação da criatividade e da relação

dos sentidos com a memória; por outro lado, lembrar e explorar a sensação de não verem o objeto e contudo ter de descobrir o que será, só pela ingestão do líquido ou da comida dos diferentes sabores. Assim, os sabores estão agrupados em 3 temáticas são elas: líquidos, doces e amargos.

Material: Este jogo é constituído por uma caixa em madeira forrada, pintada e decorada alusiva à temática escolhida, dividida em 15 espaços para colocar os 15 sabores diferentes, divididos por diferentes paladares são eles: amargo, doce e líquido, além de uma venda para os olhos, 5 colheres, 5 copos e 5 guardanapos.

Instruções do jogo: Este jogo pretende que o idoso consiga descobrir o sabor que está a saborear; por sua vez, que o mesmo fale sobre esse sabor, por exemplo o que lhe faz lembrar ao beber um pouco de laranjada ou a comer uma bolacha com creme. Por outro lado, pretende-se que o idoso distinga diferentes sabores, divididos estes por líquidos, doces e amargos. Pretende-se também que o idoso ao colocar a venda, não veja o que está a saborear, para que possa concentrar-se melhor no que está na boca e procure “descobrir” no seu repertório da memória que paladar é; se é doce ou amargo ou líquido. Os sabores estão divididos em 3 temáticas são elas, **líquidos:** café, água, sumo de laranjada, gelatina líquida de ananás, iogurte líquido de pêsego. **Doces:** sultanas pretas, caramelos de diferentes sabores, açúcar branco, chocolate, bolacha em creme. **Amargos:** bolacha integral, pate de atum, snack de queijo, amendoim, sal fino

Estes objetos foram escolhidos tendo sempre como objetivo de corresponder às vivências e costumes dos próprios idosos, neste caso em concreto sabores que fazem parte da realidade dos idosos. Aproveitamos no caso dos líquidos, para falar da importância da ingestão de líquidos e a distinção do que é doce e do que é amargo.

Local e tempo necessário para a sessão: pretende-se que a sessão seja feita numa sala clara, tranquila e com bom arejamento. E sessão tem a duração entre 45 a 60 minutos.

Número de sessões: 5 sessões, sendo que para a 1ª. sessão os idosos vão identificar sabores aleatórios entre eles 1 sabor líquido, 2 sabores doces e 2

sabores amargos; na 2ª. sessão são 5 sabores líquidos. Na 3ª. sessão são 5 sabores doces; na 4ª. sessão são 5 sabores amargos, e na última sessão são 5 sabores aleatórias entre eles 1 sabor líquido, 2 sabores doces e 2 sabores amargos.

Número de pessoas: este jogo pode ser jogado individualmente ou em grupo, não mais que 4 ou 5 pessoas por cada sessão.

Ter em atenção: evitar sons, conversas ou outros fatores distratores que prejudiquem a concentração e identificação do sabor desejado. Se algum idoso for diabetico ter em atenção para que não se exagerar nem nos sabores doces, nem salgados.

Apoio: para a elaboração deste jogo foram feitas algumas pesquisas em sites correspondentes ao jogo e procedeu-se à procura e obtenção dos referidos objetos no supermercado. As imagens foram procuradas no google imagens.

3. PARTE EMPÍRICA

3.1. Método

Para uma boa investigação ação, teremos que ter uma metodologia. Segundo *Pardal*, a metodologia [*É a ciência que estuda os métodos e as técnicas de investigação*]. Segundo o mesmo autor, *o método de investigação, são um conjunto de normas que nos permitem selecionar e coordenar as técnicas*] ou seja, é o corpo orientador da pesquisa.

Este PEC-ES foi um estudo caso experimental. Assim o investigador qualitativo pretende dar significado aos episódios a sequências de acontecimentos em contexto e focado no número da amostra. Este estudo de caso foi também um sistema integrado. Este estudo de caso foi um estudo de caso coletivo uma vez que foi feito a mais do que uma pessoa. Temos por obrigação conhecer e compreender entender bem, ou seja, a sua particularização. Procedeu-se à escolha da metodologia mais adequada ao programa de estimulação cognitiva, vertente estimulação sensorial. O método deste trabalho passou pela recolha de dados, análise de dados e discussão de dados.

3.2. Recolha de dados

Para a recolha de dados a população escolhida para o trabalho de investigação ação foram os idosos do Lar e Centro de Dia da Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) designada pelo Centro Social e Paroquial de São Bento (CSPSB).

O Centro Social e Paroquial de São Bento da Ribeira Brava é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, fundada em 1996, no sentido de dar resposta às diferentes problemáticas do concelho. Funcionalmente integra uma Direção composta por: um Presidente; um Vice-presidente; Secretário; Tesoureiro e três Vogais. Conta ainda com uma Assessora e três Directoras Técnicas responsáveis pelas suas valências, instituídas através de acordos de cooperação com o Centro de Segurança Social da Madeira: Lar de Idosos; Centro de Dia; Residência para Idosos; Centros de Convívio; Serviço de Ajuda

Domiciliária e Apoio Social da Unidade de Apoio Integrado Domiciliário da Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados; Casa Abrigo para Mulheres Vítimas de Violência Doméstica.

O Lar de Idosos é um equipamento coletivo destinado a clientes com idade igual ou superior a 65 anos que se encontrem situações de risco, com perda de autonomia ou independência.

Tem capacidade para 41 clientes. O Centro de Dia constitui um tipo de apoio prestado em equipamento social para idosos que contribui para a manutenção da pessoa idosa no seu meio familiar. Tem capacidade para 18 clientes. (fonte: Memorando do CSPSB).

Os critérios necessários para a escolha da amostra foram os seguintes: os idosos necessitariam ter idades compreendidas entre 75 e 85 anos; deveriam ser portadores de alguma demência, nomeadamente Alzheimer ou depressão crónica, início de demência e de declínio cognitivo leve; deveriam estar ativos relativamente aos sentidos da visão, da audição, do paladar, do tato e do olfato; na amostra pretendida seria necessário que integrassem idosos de duas das valências (Lar de Idosos e Centro de Dia) isto para se entender se haveria alguma diferença entre os idosos que permanecem no lar diariamente, nomeadamente ao fim de semana ou idosos que vêm à instituição passar algumas horas do seu dia.

3.3. Determinação da amostra

O projeto de Estimulação Cognitiva vertente Estimulação Sensorial (PEC-ES) pretendia selecionar 4 idosos dois do género masculino e dois idosos do género feminino, num universo total de sete idosos pré selecionados, tendo quatro do género feminino e três do género masculino.

Para a determinação da nossa amostra procedeu-se à recolha de alguns instrumentos de informação, foram eles: observação direta e participante; conversas informais; diálogo com a equipa técnica interdisciplinar da instituição; leitura e análise dos processos individuais dos idosos; pedido do consentimento informado.

3.3.1. Procedimentos para a seleção da amostra

Um primeiro procedimento para a seleção da amostra pretendida foi a observação direta e participante na instituição, uma vez que exercemos funções de Técnica Superior de Serviço Social na instituição onde permanecem os idosos, e por outro lado conversas informais com os idosos através de uma entrevista

semi-estruturada (Ver anexo 55). O diálogo com a equipa técnica interdisciplinar tornou-se uma mais valia porque foi-nos dada uma breve caracterização da população a qual pretendíamos trabalhar.

Por outro lado, foi obtida autorização e procedeu-se à leitura de alguns processos individuais de alguns idosos para perceber-se se estes poderiam ou não participar no PEC-ES. Finalmente, foram elaborados os pedidos de consentimento informado, para o próprio idoso, para o familiar do idoso e para o Presidente da Direção da Instituição(ver anexo 48, 52, 54). Depois de uma breve reflexão e atendendo aos critérios e objetivos do programa foram selecionados quatro utentes que mais se aproximavam dos nossos critérios de seleção da amostra.

3.3.2. Instrumentos de recolha de dados da amostra

Os instrumentos utilizados para a recolha de dados da amostra foram os seguintes: ficha de identificação dos idosos participantes no PEC- vertente estimulação sensorial (ver anexo 24); escala de Depressão Geriátrica (ver anexo 34); avaliação clínica da Demência (ver anexo 25); escala de avaliação da doença de Alzheimer (ver anexo 35). Para registar como decorreu cada uma das sessões do PES-ES foi elaborada uma grelha de observação e uma outra grelha de avaliação.

Atendendo que o PEC-ES iria desenvolver-se numa Instituição foi pedido ao Presidente da Direção para o consentimento para o desenvolvimento projeto na referida instituição (ver anexo 54). Em virtude de tal situação, foram também informados os quatro idosos que se disponibilizaram a trabalhar no projeto e também lhes foi pedido um consentimento informado, sendo que três dos idosos A, B e D; conseguiram assinar o seu nome no documento e o idoso C

não assinou porque o mesmo não sabe assinar o seu nome. De seguida, por meio do consentimento informado, demos a conhecer o programa aos familiares dos quatro idosos.

3.3.2.1. Ficha de identificação dos idosos participantes no PEC-ES

Para a ficha de identificação optamos por avaliar 6 parâmetros de identificação de cada idoso, nomeadamente a sua caracterização geral, desde o nome, a idade, a data de nascimento, ao estado civil, e a morada entre outros. Num segundo item da ficha foi identificar o prestador de cuidados, ou seja, quem se responsabiliza pelo idoso e qual o seu grau de parentesco. Num terceiro item procurou-se saber as características da residência do idoso, isto é, se vive em casa ou apartamento e se o mesmo tem ou não elevador na sua residência; e no item seguinte a questão era identificar com quem reside o idoso e há quanto tempo frequenta a instituição. O quinto item foca a ocupação, isto é, quais as atividades no seu tempo livre; e por fim, questionam-se os aspetos gerais de saúde, identificando qual a medicação utilizada pelo idoso, se o mesmo tem um acompanhamento psiquiátrico, se tem um diagnóstico médico da demência.

3.3.2.2. Escala de Depressão Geriátrica

A escala de Depressão Geriátrica utilizada foi a *Geriatric Depression Scale* (GDS) de 1983, traduzida para português por um grupo de estudo do envelhecimento cerebral e demências (João Barreto, Filomena Santos, Margarida Sobral, António Leachener). Esta escala está dividida por 30 itens. O objetivo da utilização desta escala foi determinar a prevalência de depressão dos idosos do PEC-ES e em especial; perceber num pequeno questionário se o idoso estava feliz, ansioso, deprimido, triste e se queria falar mais um pouco sobre si mesmo.

3.3.2.3. Avaliação Clínica da Demência

A escala de avaliação clínica da demência escolhida foi a *Clinical Dementia Rating* (CDR) de 1982, traduzida para português pelo grupo de estudo do envelhecimento cerebral e demências(Carolina Garrett, Isabel Trancada, Filomena Santos, João Barreto, Rosalina Fonseca, Margarida Sobral). Esta escala foi desenvolvida em 1979 no projeto *Memory and Aging* da Universidade *Washington, St. Louis, Missouri, EUA* para classificar a demência, sobretudo na doença de Alzheimer (DA).

Inicialmente, o objetivo era utilizar informação de fonte colateral (familiar/cuidador) associada à informação obtida com o próprio paciente durante a anamnese, auxiliadas por alguns instrumentos como a escala *Blessed* para gravidade de demência e o Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

Esta escala de avaliação clínica da demência, está dividida no questionário para o cuidador, subdividido pela temática da memória, orientação, juízo e resolução de problemas, por outro lado, nas atividades na comunidade, subdividido nas temáticas ocupação, atividade social, atividades em casa, passatempos, atividade do dia a dia e cuidado pessoal. A segunda parte da escala está dividida por um questionário para o doente, e está subdividido pela temática da memória, orientação, juízo e resolução de problemas, diferenças, crítica e desenho do relógio.

3.3.2.4. Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer

A escala de avaliação para a Doença de Alzheimer (*Alzheimer's Disease Assessment Scale - ADAS*) de 1983, foi traduzida para português pelo grupo de estudo do envelhecimento cerebral e demências (Manuela Guerreiro, João Barreto, Carlos Guerreiro, Sónia Fonseca).

Este teste constituído por 11 provas de desempenho, é mais aprofundado que o MMSE e pode ser utilizado em pessoas com sintomas ligeiros. É considerado o melhor exame de avaliação clínica para a memória e capacidades linguísticas, sendo frequentemente utilizado nos ensaios clínicos farmacológicos. A sua aplicação demora habitualmente cerca de 30 minutos e

geralmente é realizado por um especialista no consultório, ou poderá ser referenciado para fazer o teste com um psicólogo. In: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-33-21-exames-utilizados-no-diagnostico-de-demencia>.

Esta escala de avaliação da doença de Alzheimer, ADAS cognitiva avalia os seguintes itens: evocação de palavras; nomeação de objetos e dados; compreensão de ordens; capacidade construtiva; praxia ideativa; orientação, reconhecimento de palavras, recordação das instruções do teste; linguagem oral; dificuldade em encontrar palavras no discurso espontâneo; compreensão da linguagem oral.

Em relação à ADAS não cognitiva avalia comportamentos que implica a sua ocorrência durante uma semana, com os seguintes itens: choro; sintomas depressivos; concentração ou dispersão; falta de colaboração nos teste; delírio; alucinação; deambulação; aumento da atividade motora; tremor e comportamento alimentar.

Neste caso em concreto e porque não somos nem especialistas nem psicólogos o objectivo desta escala de avaliação foi perceber se o declínio cognitivo era leve; e por meio do diálogo avaliar se o idoso chora muito ou não, se tem comportamentos de deambulação ou não e por outro lado, avaliar a sua destreza manual nas atividades construtivas entre outros.

Esta escala teve a particularidade de ser aplicada duas vezes, isto é, antes do início do projeto (pré intervenção), e no fim do projeto (pós intervenção) para que fosse possível avaliar o estado do idoso, ou seja, se a sua avaliação foi positiva ou melhorou ou se pelo contrário não houve qualquer alteração dos seus comportamentos.

3.4. Instrumentos de recolha de dados da observação e avaliação do PEC-ES

3.4.1. Grelhas de observação

As grelhas são quadros representativos de informações muito bem esquematizados, de fácil observação e com conteúdos práticos e sintéticos. Dito de uma outra forma, as grelhas de observação têm como objectivo

organizar, orientar, informar de uma forma mais clara e coerente o trabalho desenvolvido. In: <http://www.prof2000.pt/users/jucka/accao28/grelhaobsjf.htm>.

Estas grelhas tiveram como objetivo manifestar a clareza nos propósitos da atividade, neste caso, as 25 sessões; propiciaram que o técnico compreende-se melhor se os objetivos de cada sessão foram ou não cumpridos, por exemplo se o idoso conseguiu compreender o que lhe pedimos para fazer, ou se necessitou de ajuda para descobrir o som ou a imagem que está a ver ou ouvir; orienta adequadamente o técnico para os objetivos propostos, isto é, restringiu o foco da observação a um determinado parâmetro. Neste caso concreto, as grelhas de observação, foram elaboradas uma por cada idoso, foi dividida pelas cinco temáticas dos 5 sentidos, ou seja, visão, audição e assim sucessivamente. Portanto, e dando como exemplo, a primeira grelha do projeto foi a temática dos “cheiros”. Estes “cheiros” foram divididos por diferentes aromas e também por diferentes datas para cada sessão. A mesma grelha ficou completa após ser respondida a algumas perguntas com sim ou não; e outras para responder ao número de tentativas. As seguintes perguntas foram as seguintes: “ O idoso consegue identificar o “cheiro”?; o idoso precisa de ajuda para identificar o “cheiro”; se o idoso precisa de ajuda para identificar o “cheiro”, quantas tentativas necessitou? O idoso falou sobre o “cheiro”?; se falou do “ cheiro” que lhe fez recordar? O idoso precisou de ajuda para recordar e falar sobre o “cheiro”? O idoso identifica o cheiro como intenso ou fraco. Esta grelha foi preenchida pelo técnico no final de cada sessão (ver anexo 14 a, b, c, d, e).

3.4.2. Grelhas de avaliação da satisfação de cada sessão

As grelhas de avaliação são esquemas organizados, objetivos e sintéticos, onde se avalia com coerência os objetivos de cada sessão foram ou não alcançados.

Neste caso em concreto, a grelha de avaliação teve como objetivo avaliar os seguintes parâmetros: o número de sessões, a data da realização de cada sessão bem como, da entrevista inicial e final, qual o jogo de estimulação cognitiva que se realizava, o número de idosos que participavam e os que

faltaram em cada sessão, e a avaliação por parte de cada idoso, sobre cada sessão com a subseqüente escala de satisfação: não gostei, gostei pouco, gostei e gostei muito. (Ver anexo 15).

4. ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados, consiste na descrição dos procedimentos necessário para depois obter-se um determinado resultado. Segundo *Stake (2012)* a *análise pretende dar significado às primeiras impressões como as compilações finais*.

Para a análise de dados escolhemos a análise de conteúdo da ficha de identificação de cada idoso e das diferentes escalas de avaliação além da análise de conteúdo das grelhas de observação e de avaliação das 25 sessões do PEC-ES.

4.1. Análise de conteúdo da ficha de identificação de cada idoso da amostra

Os 4 idosos escolhidos da amostra foram dois do género feminino e dois do género masculino, sendo três que residiam no Lar e um que frequentava o Centro de Dia.

Em relação às características gerais do idoso A, este chama-se J. é natural do Campanário, tem 85 anos, é divorciado, não sabe ler nem escrever mas, tenta escrever o seu nome; enquanto esteve na Madeira desempenhou a profissão de agricultor, depois emigrou para a Venezuela, onde trabalhou como vendedor numa mercearia. Neste momento está reformado. De acordo, com o seu processo, este senhor antes da sua entrada na Instituição vivia só mas apoiado pelos seus filhos, vivia numa casa com poucas condições. Neste momento, o idoso A reside num quarto individual na valência lar desde 2012, as despesas de medicação e médico ficam a cargo de um dos filhos. Quando estava em casa não tinha tempo livre, dedicava-se quase todo o tempo à agricultura. Desde que entrou na instituição tem por hábito fazer caminhadas a pé na vila onde reside, acompanhado pelo seu amigo, e faz algumas atividades propostas pelo plano de atividades da instituição. Em relação à sua saúde, sofre de depressão e início de demência, é acompanhado por clínica geral e Psiquiatra, tem uma ligeira dificuldade na audição. A medicação prescrita pelos

seus médicos é a seguinte: Frostula 5; Permixon 100; Somazina; Dompezit 10 e Lizina.

No que diz respeito às características gerais do Idoso B, chama-se L. é natural do Campanário, tem 76 anos, é solteira, não sabe ler nem escrever, embora saiba assinar o seu nome; desempenhou a profissão de bordadeira e de doméstica. Neste momento usufrui da reforma de pensionista. Esta idosa viveu sempre na mesma casa, herança dos pais, juntamente com a sua irmã mais velha e nunca casaram. De acordo com o seu processo, antes da entrada da senhora para a instituição, esta vivia com a sua irmã, mas era apoiada pelos sobrinhos. Vivia numa casa com poucas condições. Neste momento o idoso B reside num quarto partilhado por si e pela sua irmã, na valência lar desde 2011, sendo que um dos seus sobrinhos é responsável pelas despesas de higiene e medicação. No seu tempo livre ia à missa e esteve alguns anos a cuidar de um dos seus afilhados ainda bebé e que hoje em dia é padre e de que ela muito se orgulha. Tem uma boa relação com a irmã na instituição, mas não é dependente dela, pois sai quando lhe apetece principalmente para ir à igreja e faz algumas atividades propostas no plano de atividades da instituição. Em relação à sua saúde, tem problemas no sistema nervoso associado à depressão crónica e início de demência, é acompanhado por clínica geral e pela psiquiatra, tem uma ligeira dificuldade no olfato. A medicação prescrita pelos seus médicos é a seguinte: Alprozolan 0.5, Conversil 5, Dipdoquel 15, Donoprezit 10, Vytixa 5, Tation 5 mg e Dafalgan.

Em seguida descrevemos as características do idoso C, chama-se D. é natural de Campanário, tem 76 anos, é divorciado, não sabe ler nem escrever, nem assinar o seu nome. Enquanto esteve na Madeira desempenhou a profissão de servente pedreiro na construção de hotéis no Funchal e quando emigrou para a Venezuela desempenhou a profissão de vendedor num supermercado, em Caracas. Neste momento está reformado. De acordo com o seu processo este senhor antes de entrar para a instituição vivia só, mas apoiado pelos seus filhos, vivia numa casa com poucas condições. Neste momento o idoso C reside num quarto individual na valência lar, desde 2012 e não tem qualquer ajuda de familiares, ou seja, depende na sua totalidade do

lar. Quando estava em casa não tinha tempo livre pois dedicava-se quase todo o tempo à agricultura e recentemente teve problemas judiciais com a sua ex-mulher. Depois de entrar na instituição, tem por hábito fazer caminhada a pé na vila onde partilha com o seu amigo e faz algumas atividades propostas no plano de atividades da instituição. Em relação à sua saúde sofre de depressão e tem início de demência mas ainda não confirmada pelo médico de clínica geral que o acompanha e também é seguido no hospital por um endocrinologista. Este idoso é diabético dependente de insulina e tem dificuldades na visão. A medicação prescrita pelos seus médicos é a seguinte: Aspirina 100; Trental 400; Sinvastatina 20mg; Biolectra magnesium240; Dopisho-gel; Unacidil; Insul-parfil; Fricosia-60.

Por fim, temos as características do idoso D, chama-se M. de 81 anos é natural do Campanário, viúva, frequentou a escola até ao 4º ano, sabe ler e escrever, ocupou-se da agricultura e vendia numa mercearia na parte inferior da sua casa. O seu marido esteve emigrado, mas a idosa nunca esteve emigrada só saindo só da sua terra para férias e neste momento está reformada. De acordo, com o seu processo esta senhora sempre viveu na sua própria residência, mas uma vez que os seus filhos estão longe, a sua filha leva-a para passar a noite em sua casa, isto porque, a senhora já não se orienta no espaço tem falta de discernimento, incapacidade de tomada de decisões e esquece-se com facilidade das coisas. Neste momento, o idoso D frequenta o Centro de Dia desde o início do ano 2013. Esta senhora sempre foi muito independente e pessoa muito conhecida na sua terra pois fundou e animou por muitos anos o grupo de folclore de Campanário. Gostava de participar em todo o tipo de arraiais desde que houvesse um “brinquinho” lá estava ela a cantar ou a animar. Participava também nas atividades do centro de convívio de Campanário. Esta idosa por hábito, se não estiver a dormir ou a fazer uma atividade, tenta ir para casa desorientada sem pedir qualquer autorização às colaboradoras da instituição e esquece-se facilmente do que está a fazer ou dizer. A idosa se vê algo, mesmo não sendo seu, mas estando ao seu alcance, ela toma como seu, desde um bocadinho de bacalhau que era para dar à filha, ao comprimido que lhe poderia fazer falta, entre outras coisas.

É uma senhora que necessita de muita motivação e estimulação quer para falar, para ler, para cantar ou outra. No centro de dia faz as atividades propostas no plano de atividades da instituição. Em relação à sua saúde tem problemas no sistema nervoso, de demência nomeadamente início de demência de Alzheimer. É acompanhado por dois doutores, um de clínica geral e um de psiquiatra. É alérgica à penicilina. Até ao momento não informaram da medicação que o médico prescreveu. Contudo, foi-nos dito que só toma medicação de manhã e à noite.

4.2. Análise de conteúdo da Escala de Depressão Geriátrica de cada idoso

Nesta escala de depressão era pedido ao idoso que respondesse sim ou não a 30 perguntas. O idoso A através da Escala de Depressão Geriátrica, (GDS) respondeu às 30 questões sendo que, 15 foram afirmativas e 15 negativas. Em relação à pontuação, este ficou no item 7 pelo que, corresponde à ausência de depressão. (Ver anexo 36)

O idoso B respondeu às 30 questões da GDS, sendo que 15 perguntas com um sim e a 15 perguntas com não. Em relação à pontuação, este ficou no item 6 pelo que corresponde à ausência de depressão. (Ver anexo 39)

O idoso C respondeu às 30 questões da GDS, sendo que, respondeu a 13 positivas e 17 negativas. Em relação à pontuação, e depois de somando os valores, este ficou no item 4 pelo que corresponde à ausência de depressão. (Ver anexo 42)

Por fim, o idoso D respondeu às 30 questões da GDS, sendo que, respondeu 15 positivas e a 15 negativas. Em relação à pontuação, este ficou no item 4 pelo que corresponde à ausência de depressão. (Ver anexo 45)

4.3. Análise de conteúdo da Avaliação Clínica da Demência de cada idoso

Em relação à avaliação clínica da demência (CDR) trata-se de uma entrevista-semi estruturada dividida em questionário para o cuidador e para o doente. Em relação ao cuidador o que efectivamente nos interessou, foi o item do cuidado pessoal do idoso. Os itens correspondentes à memória, orientação, semelhanças, diferenças e crítica foram questões feitas diretamente aos idosos e não ao cuidador. Como podemos ver na tabela de análise de conteúdo do idoso A. (ver anexo 27 a, b,c,d).

Cuidado pessoal ao idoso	
A- Vestir B- Higiene e arranjo C- Alimentação D- Controle esfinteriano	- Precisa de pequena ajuda, botões mal colocados - Tem que se chamar a atenção - Limpo e utilizo corretamente os utensílios, - Normal controle esfinteriano.
Memória	
1- Tem problemas de memória ou de raciocínio 2- Recorda um acontecimento importante 3- Morada para decorar 4- Quando nasceu 5- Onde nasceu 6- Qual a última escola que frequentou 7- Repita a morada 8- Qual a sua última profissão 9- Qual o seu último emprego 10- Quando é que se reformou	- Não sabia responder - Não se recorda - Não se lembra - Respondeu corretamente - Respondeu corretamente - Não frequentou a escola - Já não se lembrava - Respondeu corretamente - Respondeu corretamente - Não se recorda
Orientação	
1- Quantos são hoje 2- Em que mês estamos 3- Em que ano estamos 4- Que dia da semana é hoje 5- Qual o nome desta casa 6- Em que terra estamos 7- Que horas são (aproximadamente)	- Incorreto - Incorreto - Incorreto - Incorreto - Incorreto - Incorreto - Correto
Semelhanças	
1- Cão e Leão 2- Mesa e cadeira	- Concreto - Móvelia, móveis....
Diferenças	
1- Açúcar e vinagre 2- Mentira e erro 3- Quantas moedas de 5 cêntimos são necessárias para ter 20 cêntimos	- Doce e azedo - Sem sentido - Não sabia

4- Quantas notas de 100€ para ter 1500€ 5- Subtraia 3 a 30 e subtraia mais 3 ao resultado obtido	- Não sabia - Não sabia
Crítica	
6- Se chegasse a uma cidade desconhecida e quisesse entrar em contacto com um amigo 7- Se visse fumo a sair de uma janela	- Telefonava a um amigo - Chamava os bombeiros
1- Desenho do relógio	(ver anexo 27 d)

Tabela 1- Análise de conteúdo da escala de depressão geriátrica do Idoso A

Em relação ao idoso B os resultados apresentados em relação à análise de conteúdo. (Ver anexo 29 a, b, c, d)

Cuidado pessoal ao idoso	
A- Vestir B- Higiene e arranjo C- Alimentação D- Controle esfíncteriano	- Pequena ajuda - Tem que se chamar a atenção - Limpo utiliza correctamente os utensílios, - Urina ocasionalmente na cama
Memória	
1- Tem problemas de memória ou de raciocínio 2- Recorda um acontecimento importante 3- Morada para decorar 4- Quando nasceu 5- Onde nasceu 6- Qual a última escola que frequentou 7- Repita a morada 8- Qual a sua última profissão 9- Qual o seu último emprego 10- Quando é que se reformou	- Não tem - Não sabia nada de importante - Não se lembrava - Respondeu correctamente - Respondeu correctamente - Não frequentou escola - Já não se lembrava - Respondeu correctamente - Respondeu correctamente - Não se recordava
Orientação	
1- Quantos são hoje 2- Em que mês estamos 3- Em que ano estamos 4- Que dia da semana é hoje 5- Qual o nome desta casa 6- Em que terra estamos 7- Que horas são (aproximadamente)	- Correto - Correto - Correto - Correto - Correto - Correto - Correto

Semelhanças	
1- Cão e Leão 2- Mesa e cadeira	- Concreto - Móveis e móveis
Diferenças	
3- Açúcar e vinagre 4- Mentira e erro 5- Quantas moedas de 5 cêntimos são necessárias para ter 20 cêntimos 6- Quantas notas de 100€ para ter 1500€ 7- Subtraia 3 a 30 e subtraia mais 3 ao resultado obtido	- Doce e azedo - Não tem sentido - Não sabia - Não sabia - Não sabia
Crítica	
8- Se chegasse a uma cidade desconhecida e quisesse entrar em contacto com um amigo 9- Se visse fumo a sair de uma janela	- Telefonava a um amigo - Chamava os bombeiros
1- Desenho do relógio	(ver anexo 29 d)

Tabela 2- Análise de conteúdo da escala de depressão geriátrica do Idoso B

No que diz respeito ao idoso C os resultados das questões foram os seguintes:
(ver anexo 31 a, b c, d)

Cuidado pessoal ao idoso	
A- Vestir B- Higiene e arranjo C- Alimentação D- Controle esfinteriano	- Normal sem ajuda - Normal sem ajuda - Limpo utiliza correctamente os utensílios - Normal controle esfinteriano.
Memória	
1- Tem problemas de memória ou de raciocínio 2- Recorda um acontecimento importante 3- Morada para decorar 4- Quando nasceu 5- Onde nasceu 6- Qual a última escola que frequentou 7- Repita a morada 8- Qual a sua última profissão 9- Qual o seu último emprego 10- Quando é que se reformou	- Não sabia responder - Não se recordava - Não se lembrava - Respondeu correctamente - Respondeu correctamente - Não frequentou escola - Já não se lembrava - Respondeu correctamente - Respondeu correctamente - Não se recordava
Orientação	
1- Quantos são hoje 2- Em que mês estamos	- Correto - Correto

3- Em que ano estamos	- Correto
4- Que dia da semana é hoje	- Correto
5- Qual o nome desta casa	- Incorreto
6- Em que terra estamos	- Correto
7- Que horas são (aproximadamente)	- Correto
Semelhanças	
1- Cão e Leão	- Concreto
2- Mesa e cadeira	- Concreto
Diferenças	
3- Açúcar e vinagre	- Doce e azedo
4- Mentira e erro	- Sem sentido
5- Quantas moedas de 5 cêntimos são necessárias para ter 20 cêntimos	- Não sabia
6- Quantas notas de 100€ para ter 1500€	- Não sabia
7- Subtraia 3 a 30 e subtraia mais três ao resultado obtido	- Não sabia
Crítica	
8- Se chegasse a uma cidade desconhecida e quisesse entrar em contacto com um amigo	- Perguntava a um polícia
9- Se visse fumo a sair de uma janela	- Chamava os bombeiros
1- Desenho do relógio	(ver anexo 31 d)

Tabela 3- Análise de conteúdo da escala de depressão geriátrica do Idoso

Por fim os resultados das questões referentes ao idoso D, (ver anexo 33 a, b, c, d)

Cuidado pessoal ao idoso	
A- Vestir	- Normal sem ajuda
B- Higiene e arranjo	- Normal sem ajuda
C- Alimentação	- Limpo utiliza correctamente os utensílios
D- Controle esfinteriano	- Normal controle esfinteriano
Memória	
1- Tem problemas de memória ou de raciocínio	- Sim
2- Recorda um acontecimento importante	- Não se recordava - Não se lembrava
3- Morada para decorar	- Respondeu corretamente
4- Quando nasceu	- Respondeu corretamente
5- Onde nasceu	- Respondeu corretamente
6- Qual a última escola que frequentou	- Já não se lembrava - Respondeu corretamente
7- Repita a morada	- Respondeu corretamente

8- Qual a sua última profissão 9- Qual o seu último emprego 10-Quando é que se reformou	- Não se recorda
Orientação	
11-Quantos são hoje 12-Em que mês estamos 13-Em que ano estamos 14-Que dia da semana é hoje 15-Qual o nome desta casa 16-Em que terra estamos 17-Que horas são (aproximadamente)	- Correto - Correto - Correto - Correto -Incorreto - Incorreto - Correto
Semelhanças	
18-Cão e Leão 19-Mesa e cadeira	- Concreto - Concreto
Diferenças	
20-Açúcar e vinagre 21-Mentira e erro 22-Quantas moedas de 5 cêntimos são necessárias para ter 20 cêntimos 23- Quantas notas de 100€ para ter 1500€ 24-Subtraia 3 a 30 e subtraia mais três ao resultado obtido	- Doce e azedo - Sem sentido - São 4 - São 15 - Não sabe (confuso)
Crítica	
25-Se chegasse a uma cidade desconhecida e quisesse entrar em contacto com um amigo 26-Se visse fumo a sair de uma janela	- Telefonava a um amigo - Chamava os bombeiros
Desenho do relógio	(ver anexo 33 d)

Tabela 4- Análise de conteúdo da escala de depressão geriátrica do Idoso D

4.4. Análise de conteúdo da Escala de avaliação da doença de Alzheimer ADAS de cada idoso

Esta escala de avaliação da doença de Alzheimer, ADAS cognitiva e não cognitiva teve a particularidade de ser realizada antes e depois da intervenção do PEC-ES, isto é, para que fosse possível avaliar a evolução das competências do idoso em relação a alguns itens que para nós foram mais importantes. Abaixo estão representados os resultados da análise de conteúdo da ADAS cognitiva antes da intervenção em relação ao idoso A. (ver anexo 37)

ADAS- Cognitiva -	
1- Tarefas de evocação de palavras	
1, 2 e 3 tentativas de evocação de palavras	Não se lembra de qualquer palavra
2- Nomeação de objetos e dedos	
Alfinete	Correto
Caneta	Correto
Bola	Correto
Prego	Correto
Cigarro	Correto
Copo	Correto
Tesoura	Correto
Colher	Correto
Selos	Correto
Óculos	Correto
Relógio	Correto
Anel	Correto
Dedos	
Polegar	Correto
Indicador	Incorreto
Médio	Correto
Anelar	Incorreto
Mínimo	Correto
3- Compreensão de ordens	
- Feche a mão - Aponte para teto e depois para o chão - Ponha o lápis em cima do cartão e depois volte a colocar onde estava - Ponha o relógio do lado do lápis e depois volte o cartão - Bata duas vezes em cada um dos ombros com dois dedos e com os olhos fechados	Correto Correto Correto Correto Correto
4- Capacidade construtiva	
1- Desenho 1-2-3-4	1 Conseguiu e 2-3-4 Não conseguiu fazer (ver anexo 37 d, e, f)
5- Praxia ideativa – Componentes	
1- Dobrar a carta 2- Por a carta dentro do envelope 3- Fechar o envelope 4- Endereçar o envelope 5- Indicar o local do selo	Correto Correto Correto Incorreto Incorreto
6- Orientação	
1- Nome completo 2- Ano 3- Mês 4- Dia 5- Dia da semana	Correto Incorreto Incorreto Incorreto Correto

6- Estação do ano 7- Local 8- Hora	Correto Correto Incorreto
7-Reconhecimento de palavras 1ª, 2ª e 3ª tentativas	Não reconhece as palavras em nenhuma tentativa
7- Recordar as instruções do teste	5 Defeito severo
8- Linguagem oral	2 Alteração ligeira
9- Dificuldade em encontrar palavras no discurso espontâneo	3 Moderada
10- Compreensão da linguagem oral	3 Moderada
ADAS não cognitiva	
1- Choro	2 Ligeira
2- Sintomas depressivos,	2 Ligeira
3- Concentração ou dispersão,	4 Moderadamente grave
4- Falta de colaboração nos teste,	2 Ligeira
5- Delírio	2 Ligeira
6- Alucinação	0 Nenhum
7- Deambulação	0 Nenhum
8- Aumento da atividade motor	0 Nenhum
9- Tremor	1 Muito Ligeiro
10-Comportamento alimentar- aumento/perda de apetite	1 Muito Ligeiro

Tabela 5 - Análise de conteúdo da escala de Avaliação da DA cognitiva e não cognitiva do Idoso A

Na tabela abaixo encontram-se os resultados após a intervenção. Os itens representados são os que achamos ser os mais pertinentes para a avaliação do idoso A.

(Ver anexo 38)

ADAS- Cognitiva -	
1- Tarefas de evocação de palavras	
1, 2 e 3 tentativas de evocação de palavras	Não se lembra de qualquer palavra
2- Nomeação de objetos e dedos	
Alfinete Caneta	Correto Correto

Bola	Correto
Prego	Correto
Cigarro	Correto
Copo	Correto
Tesoura	Correto
Colher	Correto
Selos	Correto
Óculos	Correto
Relógio	Correto
Anel	Correto
Dedos	
Polegar	Correto com ajuda
Indicador	Correto
Médio	Correto
Anelar	Correto
Mínimo	Correto
3- Compreensão de ordens	
- Feche a mão	Correto
- Aponte para teto e depois para o chão	o
- Ponha o lápis em cima do cartão e depois volte a colocar onde estava	Correto
- Ponha o relógio do lado do lápis e depois volte o cartão	o
- Bata duas vezes em cada um dos ombros com dois dedos e com os olhos fechados	Correto
	o
	Correto
	o
1- Capacidade construtiva	
Desenho 1-2-3-4	Conseguiu fazer (ver anexo 38 d, e, f)
2- Praxia ideativa- Componentes	
1- Dobrar a carta	Correto
2- Por a carta dentro do envelope	Correto
3- Fechar o envelope	Correto
4- Endereçar o envelope	Correto
5- Indicar o local do selo	Correto
6- Orientação	
1- Nome completo	Correto
2- Ano	Incorreto
3- Mês	Correto
4- Dia	Incorreto
5- Dia da semana	Correto
6- Estação do ano	Correto
7- Local	Não sabe
8- Hora	Correto
7- Reconhecimento de palavras Primeira tentativa segunda e terceira	Não reconhece qualquer palavras

tentativa	
8- Recordar as instruções do teste	5 Defeito severo
9- Linguagem oral	2 Alteração muito ligeira
10- Dificuldade em encontrar palavras no discurso espontâneo	3 Alteração moderada
11- Compreensão da linguagem oral	3 Alteração moderada

Tabela 6- Análise de conteúdo da escala de Avaliação da DA cognitiva do Idoso A

Abaixo estão representados os resultados antes da intervenção em relação ao Idoso B (ver anexo 40)

ADAS- Cognitiva	
1- Tarefas de evocação de palavras	
1, 2 e 3 tentativas de evocação de palavras	Não recorda qualquer palavra
2- Nomeação de objetos e dedos	
Alfinete Caneta Bola Prego Cigarro Copo Tesoura Colher Selos Óculos Relógio Anel Dedos Polegar Indicador Médio Anelar Mínimo	Não consegui nomear a função dos objetos nem os dedos
3- Compreensão de ordens	
- Feche a mão - Aponte para teto e depois para o chão - Ponha o lápis em cima do cartão e depois volte a colocar onde estava - Ponha o relógio do lado do lápis e depois volte o cartão - Bata duas vezes em cada um dos ombros com dois dedos e	Correto Correto Correto Correto Correto

com os olhos fechados		
4- Capacidade construtiva		
Desenho 1-2-3-4	Conseguiu fazer (ver anexo 40 d, e, f)	
5- Praxia ideativa - Componentes		
1- Dobrar a carta	Correto	
2- Por a carta dentro do envelope	Correto	
3- Fechar o envelope	Correto	
4- Endereçar o envelope	Correto	
5- Indicar o local do selo	Correto	
6- Orientação		
1- Nome completo	Correto	
2- Ano	Correto	
3- Mês	Correto	
4- Dia	Correto	
5- Dia da semana	Correto	
6- Estação do ano	Correto	
7- Local	Correto	
8- Hora	Correto	
7- Reconhecimento de palavras Primeira tentativa segunda e terceira tentativa	Não consegue reconhecer as palavras	
8- Recordar as instruções do teste	5 Defeito severo	
9- Linguagem oral	3 Alteração moderada	
10- Dificuldade em encontrar palavras no discurso espontâneo	3 Moderada	
11- Compreensão da linguagem oral	3 Moderada	
ADAS não cognitiva		
1- Choro	0 Nenhuma	
2- Sintomas depressivos,	1 Muito ligeiro	
3- Concentração ou dispersão,	3 Moderada	
4- Falta de colaboração nos teste,	1 Muito Ligeira	
5- Delírio	0 Nenhum	
6- Alucinação,	0 Nenhum	
7- Deambulação	1 Muito Ligeira	
8- Aumento da atividade motora	1 Muito Ligeira	
9- Tremor	0 Nenhum	
10-Comportamento alimentar- aumento/perda de apetite	2 Ligeira	

Tabela 6- Análise de conteúdo da escala de Avaliação da DA cognitiva e não cognitiva do Idoso B

Na tabela a baixo encontram-se os resultados após a intervenção e nos itens que achamos ser os mais pertinentes para a avaliação do idoso B (Ver anexo 41)

ADAS- Cognitiva	
1- Tarefas de evocação de palavras	
1, 2 e 3 tentativas de evocação de palavras	Não se lembra de qualquer palavra
2- Nomeação de objetos e dedos	
Alfinete	Correto
Caneta	Correto
Bola	Correto
Prego	Correto
Cigarro	Correto
Copo	Correto
Tesoura	Correto
Colher	Correto
Selos	Correto
Óculos	Correto
Relógio	Correto
Anel	Correto
Dedos	
Polegar	Correto
Indicador	Correto
Médio	Correto
Anelar	Correto
Mínimo	Correto
3- Compreensão de ordens	
1-Fecher a mão	Correto
2-Aponte para teto e depois para o chão	Correto
3-Ponha o lápis em cima do cartão e depois volte a colocar onde estava	Correto
4-Ponha o relógio do lado do lápis e depois volte o cartão	Correto
5- Bata duas vezes em cada um dos ombros com dois dedos e com os olhos fechados	Correto
1- Capacidade construtiva	
Desenho 1-2-3-4	Conseguiu fazer (ver anexo 4 d, e, f1)
2- Praxia ideativa- Componentes	
1- Dobrar a carta	Correto
2- Por a carta dentro do envelope	Correto
3- Fechar o envelope	Correto
4- Endereçar o envelope	Correto
5- Indicar o local do selo	Correto
6- Orientação	
1- Nome completo	Correto
2- Ano	Incorreto
3- Mês	Correto
4- Dia	Incorreto
5- Dia da semana	Correto
6- Estação do ano	Correto
7- Local	Correto

8- Hora	Correto
7- Reconhecimento de palavras 1ª, 2ª e 3ª tentativas	Não consegue reconhecer qualquer palavra
8- Recordar as instruções do teste	5 Defeito severo
9- Linguagem oral	1 Alteração muito ligeira
10- Dificuldade em encontrar palavras no discurso espontâneo	2 Ligeira
11- Compreensão da linguagem oral	0 Nenhuma dificuldade

Tabela 7- Análise de conteúdo da escala de Avaliação da DA cognitiva do Idoso B

Abaixo estão representados os resultados antes da intervenção em relação do idoso C (ver anexo 43)

ADAS- Cognitiva	
1- Tarefas de evocação de palavras	
1, 2 e 3 tentativas de evocação de palavras	Não recorda qualquer palavra
2- Nomeação de objetos e dedos	
Alfinete	Correto
Caneta	Correto
Bola	Correto
Prego	Correto
Cigarro	Correto
Copo	Correto
Tesoura	Correto
Colher	Correto
Selos	Correto
Óculos	Correto
Relógio	Correto
Anel	Correto
Dedos	
Polegar	Não sabe nomear o nome dos dedos
Indicador	
Médio	
Anelar	
Mínimo	
3- Compreensão de ordens	
1-Fecher a mão	Correto
2-Aponte para teto e depois para o chão	Correto
3- Ponha o lápis em cima do cartão e depois volte a colocar onde estava	Correto
4-Ponha o relógio do lado do lápis e depois volte o cartão	Correto
5-Bata duas vezes em cada um dos ombros com dois dedos e com os olhos fechados	

4- Capacidade construtiva	
Desenho 1-2-3-4	Conseguiu fazer (ver anexo 43 d, e, f)
5- Praxia ideativa - Componentes	
1- Dobrar a carta	Correto
2- Por a carta dentro do envelope	Correto
3- Fechar o envelope	Correto
4- Endereçar o envelope	Correto
5- Indicar o local do selo	Correto
6- Orientação	
1- Nome completo	Correto
2- Ano	Correto
3- Mês	Correto
4- Dia	Correto
5- Dia da semana	Correto
6- Estação do ano	Correto
7- Local	Correto
8- Hora	Correto
7- Reconhecimento de palavras 1ª, 2ª e 3ª tentativas	Não reconheceu qualquer palavra
8- Recordar as instruções do teste	5 Defeito Severo
9- Linguagem oral	1 Alteração muito Ligeira
10- Dificuldade em encontrar palavras no discurso espontâneo	2 Ligeira
11- Compreensão da linguagem oral	2 Ligeira
ADAS não cognitiva	
1. Choro	3 Moderada
2. Sintomas depressivos,	2 Ligeira
3. Concentração ou dispersão,	3 Moderada Grave
4. Falta de colaboração nos teste,	0 Nenhum
5. Delírio	0 Nenhum
6. Alucinação,	0 Nenhum
7. Deambulação	0 Nenhum
8. Aumento da atividade motora	0 Nenhum
9. Tremor	2 Ligeiro
10. Comportamento alimentar- aumento/perda de apetite	1 Muito Ligeiro

Tabela 8 - Análise de conteúdo da escala de Avaliação da DA cognitiva e não cognitiva do Idoso C

Na tabela a baixo encontram-se os resultados após a intervenção e nos itens que achamos ser os mais pertinentes para a avaliação do idoso C. (Ver anexo 44).

ADAS- Cognitiva -
1- Tarefas de evocação de palavras

1, 2 e 3 tentativas de evocação de palavras	Não se lembra de qualquer palavra
2- Nomeação de objetos e dados	
Alfinete	Correto
Caneta	Correto
Bola	Correto
Prego	Correto
Cigarro	Correto
Copo	Correto
Tesoura	Correto
Colher	Correto
Selos	Correto
Óculos	Correto
Relógio	Correto
Anel	Correto
Dedos	
Polegar	Incorreto
Indicador	Incorreto
Médio	Correto
Anelar	Incorreto
Mínimo	Correto
3- Compreensão de ordens	
- Feche a mão	Correto
- Aponte para teto e depois para o chão	Correto
- Ponha o lápis em cima do cartão e depois volte a colocar onde estava	Correto
- Ponha o relógio do lado do lápis e depois volte o cartão	Correto
- Bata duas vezes em cada um dos ombros com dois dedos e com os olhos fechados	Correto
4- Capacidade construtiva	
Desenho 1-2-3-4	Conseguiu (ver anexo 44 d, e, f)
5- Praxia ideativa – Componentes	
1- Dobrar a carta	Correto
2- Por a carta dentro do envelope	Correto
3- Fechar o envelope	Correto
4- Endereçar o envelope	Correto
5- Indicar o local do selo	Correto
4 Orientação	
1 Nome completo	Correto
2 Ano	Correto
3 Mês	Correto
4 Dia	Correto
5 Dia da semana	Correto
6 Estação do ano	Correto
7 Local	Correto
8 Hora	Correto
5 Reconhecimento de palavras	Não reconhece qualquer

1ª, 2ª, e 3ª tentativas	palavra
6 Recordar as instruções do teste	5 Defeito severo
7 Linguagem oral	1 Alteração muito ligeira
8 Dificuldade em encontrar palavras no discurso espontâneo	1 Muito ligeiro
9 Compreensão da linguagem oral	1 Muito Ligeiro

Tabela 9- Análise de conteúdo da escala de Avaliação da DA cognitiva do Idoso C

Por fim, encontram-se representados os resultados das questões antes da intervenção em relação ao idoso D. (ver anexo 45)

ADAS- Cognitiva -	
1- Tarefas de evocação de palavras	
1, 2 e 3 tentativas de evocação de palavras	Não se recorda de qualquer palavra
2- Nomeação de objetos e dados	
Alfinete	Correto
Caneta	Correto
Bola	Correto
Prego	Correto
Cigarro	Correto
Copo	Correto
Tesoura	Correto
Colher	Correto
Selos	Correto
Óculos	Correto
Relógio	Correto
Anel	Correto
Dedos	
Polegar	Correto
Indicador	Correto
Médio	Correto
Anelar	Correto
Mínimo	Correto
3- Compreensão de ordens	
1- Feche a mão	Correto
2-Aponte para teto e depois para o chão	Correto
3-Ponha o lápis em cima do cartão e depois volte a colocar onde estava	Correto
4-Ponha o relógio do lado do lápis e depois volte o cartão	Correto
5- Bata duas vezes em cada um dos ombros com dois dedos e com os olhos fechados	
4- Capacidade construtiva	
Desenho 1-2-3-4	Conseguiu fazer (ver anexo 45 d, e, f)
5- Praxia ideativa- Componentes	

1- Dobrar a carta	Correto
2- Por a carta dentro do envelope	Correto
3- Fechar o envelope	Correto
4- Endereçar o envelope	Correto
5- Indicar o local do selo	Incorreto
6- Orientação	
1- Nome completo	Correto
2- Ano	Correto
3- Mês	Correto
4- Dia	Correto
5- Dia da semana	Correto
6- Estação do ano	Correto
7- Local	Correto
8- Hora	Correto
7- Reconhecimento de palavras 1ª, 2ª e 3ª tentativas	Não reconhece qualquer palavra
8- Recordar as instruções do teste	5 Defeito severo
9- Linguagem oral	1 Alteração muito ligeira
10- Dificuldade em encontrar palavras no discurso espontâneo	0 Nenhuma dificuldade
11- Compreensão da linguagem oral	0 Nenhuma dificuldade
ADAS não cognitiva	
1- Choro	1 Muito Ligeira
2- Sintomas depressivos,	0 Nenhuma
3- Concentração ou dispersão,	2 Ligeira
4- Falta de colaboração nos teste,	0 Nenhuma
5- Delírio	0 Nenhum
6- Alucinação,	0 Nenhum
7- Deambulação	0 Nenhum
8- Aumento da atividade motora	1 Muito Ligeira
9- Tremor	0 Nenhum
10- Comportamento alimentar- aumento/perda de apetite	2 Ligeira

Tabela 10 - Análise de conteúdo da escala de Avaliação da DA cognitiva e não cognitiva do Idoso D

Na tabela a baixo encontram-se os resultados após a intervenção e nos itens que achamos ser os mais pertinentes para a avaliação no caso do idoso D. (Ver anexo 46).

ADAS- Cognitiva	
1- Tarefas de evocação de palavras	
1, 2 e 3 tentativas de evocação de palavras	Não se lembra de qualquer palavra
2- Nomeação de objetos e dados	

Objetos		
Alfinete		Correto
Caneta		Correto
Bola		Correto
Prego		Correto
Cigarro		Correto
Copo		Correto
Tesoura		Correto
Colher		Correto
Selos		Correto
Óculos		Correto
Relógio		Correto
Anel		Correto
Dedos		
Polegar		Correto
Indicador		Correto
Médio		Correto
Anelar		Correto
Mínimo		Correto
3- Compreensão de ordens		
Ordens		
1-Fecher a mão		Correto
2-Aponte para teto e depois para o chão		Correto
3-Ponha o lápis em cima do cartão e depois volte a colocar onde estava		Correto
4-Ponha o relógio do lado do lápis e depois volte o cartão		Correto
5-Bata duas vezes em cada um dos ombros com dois dedos e com os olhos fechados		Correto
4- Capacidade construtiva		
Desenho 1-2-3-4		(ver anexo 46)
5- Praxia ideativa		
Componentes		
1 Dobrar a carta		Correto
2 Por a carta dentro do envelope		Correto
3 Fechar o envelope		Correto
4 Endereçar o envelope		Correto
5 Indicar o local do selo		Correto
6 Orientação		
1- Nome completo		Correto
2- Ano		Correto
3- Mês		Correto
4- Dia		Correto
5- Dia da semana		Correto
6- Estação do ano		Correto
7- Local		Correto
8- Hora		Correto

7 Reconhecimento de palavras Primeira tentativa segunda e terceira tentativa	Não consegue reconhecer nenhuma palavra
8 Recordar as instruções do teste	5 Defeito severo
9 Linguagem oral	1 Alteração muito ligeira
10 Dificuldade em encontrar palavras no discurso espontâneo	0 Nenhuma dificuldade
11 Compreensão da linguagem oral	0 Nenhuma dificuldade

Tabela 12- Análise de conteúdo da escala de Avaliação da DA cognitiva do Idoso D

4.5. Análise de conteúdo de cada sessão PEC-ES

Como já foi referido anteriormente estes 5 jogos tiveram por base a estimulação cognitiva, vertente estimulação sensorial, ou seja, a estimulação foi desenvolvida por meio dos cinco sentidos, foram eles: visão, audição, tato, paladar e olfato. Pretende-se relatar cada sessão, como decorreu, como reagiram os idosos e qual a sua opinião em relação a cada sessão. Estas sessões tiveram como objetivos: motivar os idosos a participarem nas diferentes sessões e na maior parte das mesmas; criar uma rotina diária, num intervalo de tempo compreendido entre os 45 e 60 minutos, todos juntos à mesma hora e no mesmo local e a trabalhar um dos 5 sentidos; incentivar o idoso a participar, a falar, a dar a sua opinião, a respeitar a opinião do outro, a estar em grupo; promover a alegria, a boa disposição e o convívio.

4.5.1. Rotina da cada sessão

Porém, antes de passarmos propriamente a execução do jogo, procedeu-se a uma parte introdutória, isto é, primeiro foram convidados os idosos a deslocarem-se à sala onde se iria proceder à referida sessão. Com o passar dos dias, os idosos já sabiam para onde se deslocar, ou seja, criou-se rotina.

Num primeiro momento as sessões eram feitas na parte da manhã, das 11h às 12h mas concluiu-se que a essa hora não era proveitosa, isto porque, o idoso D não conseguia estar atenta pois “dormitava” grande parte da sessão, principalmente quando não era ela mesma a responder ao pedido do técnico, e

por outro lado, essa uma hora muito próxima ao almoço, o que por vezes a atenção dos idosos estivesse um pouco desviada para a hora do almoço. Então a hora da sessão foi alterada para iniciar as 14horas até às 15horas, embora que fosse depois do almoço, a verdade é que os idosos manifestavam mais interesse, visto que a idoso D já não tinha sono e os demais já não estavam atentos à hora do almoço, como anteriormente se verificava.

Quando chegavam à referida sala para a sessão, além dos cumprimentos habituais; perguntávamos como estavam os idosos, se tinham gostado do almoço e, depois dos idosos sentados e preparados para a sessão, pedíamos, aleatoriamente, tendo em atenção para não ser sempre o mesmo idoso, qual era o dia da semana, qual o mês, o ano e que horas era nesse momento atendendo que todos eles tinham relógio e sabiam ver as horas. Porém o idoso A queixava-se que não via bem as horas no relógio e com muita dificuldade esforçava-se para dizer a hora correta. Ainda que, todos os dias fosse perguntada a data e a hora aos idosos, o que se verificou foi que de terça a sexta-feira e sendo as sessões feitas diariamente, os idosos conseguiam responder corretamente à data e às horas, pois faziam o raciocínio se ontem foi 2^a.feira, no dia seguinte seria 3^a.feira. Mas, a questão surgiu quando era segunda-feira, visto que no fim-de-semana não existia sessão, também ninguém lhes perguntava a data pelo que da parte dos idosos havia uma certa incerteza em relação à data que era na segunda-feira.

Depois desta pergunta de rotina, passávamos à explicação do que eram os cinco sentidos e para que serviam, ou seja, os olhos eram para ver, os ouvidos para ouvir e assim sucessivamente. Com o decorrer das sessões perguntávamos aos idosos quais eram os cinco sentidos, ou para que serviam os olhos, ou as mãos. Dois dos idosos com o decorrer das sessões já sabiam o que eram os cinco sentidos e respondiam corretamente para que serviam os mesmos. Foi criada uma estratégia diferente para os outros dois idosos, pois tínhamos que perguntar para que serve a boca e o nariz entre outros, e explicava-se a partir daí o que eram os cinco sentidos e qual a importância dos mesmos. A maior dificuldade foi com o idoso A, que além de ter faltado muitas das sessões, visto ter a visita quase que diária de uma familiar que estava de

férias e quase sempre depois do almoço o que dificultou a sua permanência nas sessões, além de faltar, também não se lembrava nem o antes, nem o agora das sessões e era muito difícil fazer-lhe entender os cinco sentidos. Mais complicado foi fazer-lhe entender que a boca não era só para comer, mas também para falar, cantar, rir.

Depois de feita esta pergunta que consideramos de rotina (quais eram os cinco sentidos), era pedido à idosa D, que lesse o nome do jogo que íamos trabalhar. Era escolhida a idosa D porque era a única do grupo que sabia ler e conseguia ver as letras a uma certa distância. Depois do idoso ler, o técnico perguntava que queria dizer por exemplo “cheiros” ou como é que cheiramos e assim sucessivamente. Quando o jogo implicava colocar uma venda nos olhos, no caso do jogo do tato e dos sabores, era também pedida a permissão para colocar-se a venda nos olhos a cada idoso.

Como já referido anteriormente, foram o total de 25 sessões e cada dia da semana era uma sessão. Iniciou-se pela estimulação vertente estimulação sensorial do olfato, visão, audição, tato e paladar (cheiros, imagens, sons, toques e sabores) e assim sucessivamente.

Seguidamente era perguntado a cada idoso a que cheirava o saquinho, por exemplo o idoso A cheirava o saquinho com odor da arruda, depois do sabonete ou outro, até acabarem os saquinhos com os cheiros daquela sessão. Depois de todos os idosos cheirarem os referidos odores e perguntarmos a que cheirava, passávamos à uma segunda tentativa, mostrávamos o conteúdo dos saquinhos dos cheiros, quer dos toques, ou dos sabores e perguntávamos novamente. Em seguida, pedíamos aos idosos para voltar a cheirar mais uma vez, por exemplo a arruda cheirava o idoso A, depois B,C, D e já todos os idosos falavam sobre aquele cheiro, a que cheirava; a que parecia; qual a sua função ou finalidade. Juntamente com os idosos abordávamos as temáticas das ervas de chá, dos banhos, dos casamentos, dos arraiais, da política, da música, entre outros.

Na parte final da sessão, e depois de todos falarem sobre os diferentes cheiros, sabores entre outros, dependendo da temática da sessão perguntávamos ao grupo se tinham gostado da sessão e se *queriam* voltar a

participar na próxima. Assim, procedíamos à avaliação da sessão entre os parâmetros: não gostei, gostei pouco, gostei, gostei muito. Cada idoso respondia adequadamente e fazíamos assim a avaliação da sessão. Finalmente despedíamos-nos do grupo, fazíamos votos que no dia seguinte estivéssemos todos juntos na mesma hora e na mesma sala para uma nova sessão e encaminhávamos os idosos para a sala de estar.

4.5.2. Relatório de cada sessão

I sessão “cheiros” - 05-08-13

Nestas cinco sessões, a estimulação cognitiva vertente estimulação sensorial escolhida foi o olfato. Com efeito foram escolhidos 4 odores na caixinha de cheiros aleatoriamente: foram eles o cheiro das folhas de arruda, o do sabão azul, bem como do sabonete e o cheiro da casca da laranja. (ver grelhas do anexos 16 a, 18 a, 20 a, 22 a)

O idoso A identificou o nome de dois dos quatro cheiros propostos, embora com alguma ajuda e várias tentativas, não conseguiu dizer o nome das folhas de arruda, nem do sabonete embora conhecesse perfeitamente o cheiro da casca da laranja. Ao pedirmos para falar dos cheiros disse-nos que gostava do cheiro fresco e suave da arruda que serve para chá, o sabão azul serve para tomar banho e lavar a roupa, desconhece o cheiro do sabonete.

O idoso B identifica o nome de 3 dos 4 cheiros, sentindo dificuldade no cheiro do sabonete, precisando de algumas tentativas para identificar os cheiros. Ao falar sobre os mesmos, acha os odores frescos, não enjoam, contudo as folhas de arruda servem para fazer-se chá, para dores de barriga e para as dores da menstruação. O sabão azul servia para lavar a roupa e o corpo, quanto que o sabonete era desconhecido o cheiro e a casca de laranja além de servir para o chá também servia como ingrediente para bolos e licores.

O idoso C neste primeiro dia limitou-se a responder às perguntas do técnico, mas estava muito surpreso e/ou envergonhado e não quis falar muito sobre o jogo e a sua dinâmica. Porém, sabia que a casca de laranja e a arruda

serviam para fazer chá. O sabão azul é para tomar banho e lavar roupa e o sabonete é desconhecido por parte do idoso.

O idoso D teve também dificuldade em identificar o nome de todos os cheiros. Embora achasse que os cheiros não lhe enjoaram, foi necessário incentiva-lo a falar pois remetia-se muitas vezes ao seu silêncio. Todavia disse-nos que o chá das folhas de arruda era bom para a barriga, o sabão azul era bom para o banho e que “antigamente ninguém se lavava com estes produtos que agora existem”, o sabão azul servia para tudo e disse-nos que “ainda hoje uso sabão azul para lavar o meu corpo”, em relação ao sabonete era desconhecido o seu odor. A casca de laranja além de ser utilizado para chá servia também como ingrediente para licor, bolo e poncha.

Os idosos no seu conjunto demonstraram vontade em cheirar sendo que, de uma primeira tentativa ninguém sabia de que cheiro se tratavam, mas depois de lhe dizer que era uma planta que servia para chá, ainda foi difícil, saber a que cheirava. Então optamos por mostrar o conteúdo do saco, ou seja, as folhas de arruda e voltamos a dar a cheirar, então já todos sabiam o que era, ou melhor, neste caso o cheiro mais a visão proporcionaram a descoberta mais eficaz do que se pretendia. Então quando se pediu para falarem mais sobre a planta arruda, falou-se nos botões da arruda, pois mencionaram que, “quem em dia de São João, em jejum engolir um botão com 5 pontas de arruda livra-se da inveja e do mau olhado”. O Sabão azul todos sabiam, que era bom, bem como, a casca da laranja. No entanto a casca de laranja foi o cheiro que todos os idosos mais falaram atendendo também, que a laranja ou a sua casca têm diferentes utilidades, procuramos também que cada idoso dissesse para que servia a casca de laranja, mas sem repetir o que o idoso anterior tinha dito. Em relação ao sabonete nenhum dos idosos conseguiu saber de que cheiro se tratava, nem depois de verem e cheirarem o bocadinho do próprio sabonete. Tentamos explicar qual era a sua função e porque também poderíamos diversificar a lavagem do nosso corpo entre o sabão azul e o sabonete.

II sessão “cheiros” - 12-08-13

Nesta segunda sessão foram escolhidos 5 saquinhos com cinco odores diferentes, foram eles: pó de café, pó de canela, sabonete, dente de alho e perfume feminino. (ver grelhas do anexos 16 a, 18 a, 20 a, 22 a).

O idoso A não conseguiu identificar o nome de qualquer cheiro sem a ajuda do técnico que, depois de algumas tentativas conseguiu chegar ao objetivo pretendido, que era identificar o mesmo. Assim sendo, o cheiro do café interpela a algo que todos os idosos fazem de manhã, que era tomar o pequeno almoço e nele estar incluído o café, bem como no lanche da tarde, em que também se bebe café. No que respeita ao cheiro da canela um idoso não conhece o cheiro, e demonstrou dificuldade em perceber para que serve a canela. Quanto ao sabonete já conhece o mesmo, mas disse-nos que toma banho não com sabão ou sabonete, mas sim de um frasco plástico, por isso não consegue perceber a função do sabonete.

Quanto ao cheiro do alho, o idoso disse-nos que serve para a comida sendo que era um cheiro muito intenso, bem como o perfume que também era muito forte. Este idoso não costuma usar perfume, por isso não sabe para que serve.

O idoso B consegue identificar o nome os cheiros, como sendo fortes ou fracos mas precisa de alguma ajuda e de várias tentativas, embora não consiga identificar o cheiro do sabonete, nem do café. Porém, como o idoso anterior sabia que o café era tomado de manhã e de tarde. O sabonete ainda não sabia para que servia. A canela servia para os bolos de casamento. O alho também era necessário para a comida e por fim, o perfume que esta idosa conhece como “espíritos” serviria para deitar na roupa quando saía, serviria para a roupa ficar a cheirar bem.

O idoso C esteve com alguma dificuldade em identificar o nome dos cheiros, nomeadamente o pó de café, a canela e o alho. Precisou de estímulo para orientar-se e falar sobre estes cheiros, contudo sabia que o café era servido de manhã e à tarde e que a canela servia para bolos de casamento.

O idoso D disse-nos que cheirar até que cheirava, mas saber o nome do que cheira era bem mais complicado e por isso não conseguiu descobrir nenhum dos cheiros numa primeira abordagem. Contudo e depois de

insistirmos e perguntarmos para que serve o conteúdo do saquinho com o referido cheiro, o idoso D sabe que gosta muito de café, que a canela é bom para bolo de noivos e que o perfume servia para deitar na roupa.

Nesta sessão foi preciso incentivar quase todos os idosos a falarem e dizerem para que serve cada um dos cheiros que tinham cheirado. Em relação ao perfume e ao sabonete aproveitou-se para falar um bocadinho da importância de tomar banho e quando é que deveríamos colocar o perfume. No entanto o cheiro que foi mais debatido foi o cheiro da canela e qual era a sua utilidade, neste caso serviria para os bolos de noiva, ou seja, os bolos que antigamente se oferecia aos convidados do casamento. Então como 3 dos nossos idosos foram casados aproveitou-se para falarem como foi o dia do seu casamento, se gostaram da experiência de estarem casados. Uma das idosas como era solteira, falou-nos do casamento de uma das suas irmãs.

III sessão – 19-08-13

Nesta terceira sessão os cheiros apresentados foram divididos por temáticas, sendo que nessa sessão a temática foram produtos de limpeza corporal e/ou estéticas, foram eles: o sabão azul, o verniz para as unhas, o sabonete, o perfume, o hidratante corporal com aroma de ameixa e o álcool. (ver grelhas do anexos 16 a, 18 a, 20 a, 22 a).

O idoso A esteve com dificuldade em identificar o nome dos 5 cheiros, precisou de ajuda e de diferentes tentativas. Todavia, ao falar dos cheiros revelou que gostou do cheiro do sabão azul e sabia que este parecia-lhe com uma pedra dura e que servia para lavar roupa e o corpo. No que diz respeito ao verniz, este disse que parecia-lhe cola que tinha um cheiro forte, o sabonete parece-lhe uma pedra com sal e cheiro, o perfume era algo fresco e frio, o álcool servia para curar as feridas e o hidratante parecia cola.

O idoso B não apresentou dificuldades em identificar os cheiros pelo nome exceto o verniz, mas, precisando de diversas tentativas para identificar o nome dos restantes odores. Ao falar dos cheiros, o sabão azul era fresco, o verniz não conseguia descobrir num primeiro momento o que era, o sabonete serve para lavar o corpo e ficarmos frescos, o álcool era um desinfetante, o

perfume continua a ser “espíritos” para dar na roupa para cheirar bem e o hidratante serve para deitar na cara para ficar a cheirar bem.

O idoso C precisou de algumas tentativas para conseguir identificar com o nome os diferentes cheiros que lhe propusemos. Mas ao falar sobre os mesmos, o idoso conseguiu atingir o objectivo, isto é, o sabão azul servia para tomar banho e para lavar a roupa; o verniz era algo fininho para dar (aplicar) nas unhas, o sabonete era para lavar o corpo, o perfume era para cheirar bem e o hidratante era um creme.

O idoso D como sempre, diz que cheirava mas não sabia dizer o nome daquilo que cheirava, além de que, era muito desafiante fazer com que este falasse. Contudo o sabão azul depois de o ver, diz que o mesmo servia para o banho e a roupa; o verniz, o sabonete e o álcool não sabia para que servia; o perfume não cheirava mal e o hidratante também cheirava bem.

De uma forma geral todos concordaram que o sabão azul servia para lavar o corpo, para o cabelo e a roupa. O sabonete servia para lavar o corpo quando o mesmo estava sujo. O perfume tinha um cheiro muito agradável. O verniz era dado nas unhas ao domingo para ir à missa e para ficar mais bonita, pois vestia-se roupa lavada e boa. Quanto aos perfumes, eram de deitar debaixo do braço.

Depois falou-se da rotina de tomar um banho, o que se usava primeiro e depois e o que era que as senhoras usavam e que os senhores não tinham o hábito de usarem, que era por exemplo o verniz e o hidratante. Por fim, ofereceu-se um bocadinho de hidratante a cada idoso e estes espalharam nas mãos e cheiraram o que além de dizerem que cheirava muito bem também deixava as mãos suaves.

IV sessão – 26-08-13

Nesta quarta sessão a temática escolhida foi a culinária e os cheiros foram os seguintes: a canela, o louro, o alho, o café e o caril. (ver grelhas do anexos 16 a, 18 a, 20 a, 22 a).

O idoso A identificou o nome dos diferentes cheiros exceto o caril, precisando de diferentes tentativas para atingir o objetivo. Quando falou sobre esses mesmos cheiros, disse que a canela nem lhe cheira nem lhe enjoa, o louro não consegue descobrir numa primeira tentativa de que se tratava, o alho era duro e servia para deitar na comida, o cheiro do café era forte e o caril não sabia identificar, mas sabia que o caril provinha de um pau e que era necessário secar e moer para obter o pó.

O idoso B identificou pelo nome alguns dos cheiros, e precisou de algumas tentativas para o conseguir, embora que o cheiro da canela não foi possível identificar. Deste modo, quando lhe pedimos para falar sobre os cheiros disse que a canela não consegue descobrir para que seria, o louro depois de algumas tentativas sabia que a folha do louro deitava-se na comida, bem como o alho, o café era para beber e o caril não sabe que era, mas pensava que era cravinho, mas reconhece o cheiro como sendo de uma especiaria que servia para deitar na comida.

O idoso C desta vez precisou de muita ajuda para descobrir o nome do cheiro que se tratava, embora que a canela, o alho nem lhe diziam nada numa primeira tentativa, depois de algumas tentativas identificou as folhas como sendo de louro, o café parecia-lhe uma farinha preta e não lhe cheirava nada a café, o caril era como algo de uma especiaria, mas nem olhando para o conteúdo poderia compreender o que era.

O idoso D tem sempre a mesma dificuldade que consiste em cheirar, mas não sabe identificar o que cheira, deste modo e à medida que se incentiva para este falar sobre o cheiro, qual a sua utilidade, o mesmo tenta falar. Ao falar sobre os cheiros, o idoso D sabe que o cheiro do café é intenso bem como o do alho, as especiarias não identifica e o louro não sabe se serve ou não para a comida.

No final desta sessão, notamos que o idoso B foi aquele que identificou com mais facilidade o que lhe foi pedido. Em relação ao diálogo em grande grupo sobre os cheiros da culinária, os mesmos disseram que as especiarias servem para culinária, para tempero do frango, bem como o colorau e o caril. A canela serve para bolos e broas de mel. O Louro remete-se à espetada ou ao

“Chão dos louros” (sendo este um local na floresta destinado a piqueniques ou churracos), onde muitos loureiros existem. O alho serve para toda a comida, como por exemplo para açorda e o chá de alho era aconselhado para as gripe ou para a dor de dentes. O alho em muita quantidade é para a carne de vinho e alho ou carne de porco ou para a espetada. O café era bebido de manhã e à tarde ou para tomarmos ao longo do dia.

V sessão - 02-09-13

Nesta última sessão da temática dos cheiros, foi a vez das ervas para chá e foram escolhidas as seguintes ervas: folha de arruda, folhas e bagas de eucalipto, folha de alecrim, casca de laranja e folhas de hortelã pimenta. (ver grelhas do anexos 16 a, 18 a, 20 a, 22 a).

O idoso A teve dificuldade em identificar o nome do cheiro da arruda, do eucalipto e do alecrim, contudo a casca de laranja e a hortelã pimenta foi mais fácil de reconhecer, precisando de algumas tentativas para saber de que se tratava. Ao falar sobre os cheiros, disse-nos que o eucalipto cheirava bem, o alecrim era um cheiro azedo, já a casca de laranja e a hortelã pimenta eram agradáveis.

O idoso B apresentou muita dificuldade em identificar pelo nome os odores. Embora o nome do cheiro do alecrim e da hortelã pimenta, necessitou de muitas tentativas para conseguir identificar do que cheiro se tratava. Não falou muito sobre os cheiros.

O idoso C só conseguiu identificar a casca de laranja, mencionou estar um pouco constipado e que talvez seria disso. Só falou da casca de laranja, que servia para chá e quem sabe até melhoraria a sua constipação.

O idoso D e no que diz respeito à sua enorme dificuldade em tentar dar um nome aos cheiros, desta vez não conseguiu identificar nenhum, nem mesmo olhando para a folha da arruda ou do eucalipto. Novamente a estratégia foi perguntar para que serve a casca da laranja ou as folhas do eucalipto, mas as respostas não foram muitas.

Nesta última sessão, reparamos que primeiro o idoso gostava de tocar e só então cheirar. Assim sendo quando se falou em grande grupo foi dito que a

hortelã pimenta servia para chá. Já o alecrim servia para chá, para curar de mau olhado, para deitar na comida e para lavar a cabeça, do porco quando este não queria comer. O eucalipto deitado por cima das batatas, evitava o bichinho da traça nas mesmas, este também era bom para as gripes e também para os banhos ao porco quando este estava um pouco “descontrolado”. O eucalipto vê-se mais na serra e quando existem incêndios são dos primeiros que ardem. Em relação às folhas de arruda, eram boas para as friagens, para deitar na aguardente e livra dos maus olhados. Em relação à laranja esta era boa para bolos, para chás, licores, para comer, para cheirar e para sumo. Ao comer laranja favorece o bom desenvolvimento dos intestinos.

I sessão -“imagens” - 06-08-13

Nestas cinco sessões, a estimulação cognitiva vertente estimulação sensorial foi a visão por meio das imagens. Na primeira sessão as imagens selecionadas foram relacionadas com diferentes profissões, foram elas: o médico, o vendedor, o bombeiro, o professor e o padre. (ver grelhas do anexos 16 b, 18 b, 20 b, 22 b).

O idoso A visualizou, analisou e respondeu corretamente às profissões expostas nas imagens, sendo mencionadas com maior ou menor dificuldade. Precisou de algumas tentativas para conseguir identificar. Quando falou sobre as mesmas, disse que “ao médico só vamos quando estamos doentes” e o padre tem a função de cerebral a missa. O vendedor faz parte da sua antiga profissão, quando este esteve emigrado, mas a imagem concreta do vendedor exposta na imagem estava a vender garrafas verdes, o bombeiro era necessário para apagar incêndios pois já existiram muitos na sua terra. O professor foi com dificuldade que descobriu esta profissão, isto porque o idoso A nunca frequentou a escola mas sabe que o professor ensina e quem não andar nela não aprende.

O idoso B não revelou muitas dificuldades, exceto na imagem do professor, para identificar as imagens com as profissões. Quando falou sobre as profissões dizia que o médico servia para curar doenças, o vendedor para

vender produtos, o bombeiro servia para apagar incêndios, o professor estaria na escola e o padre servia para as missas e procissões.

O idoso C só não consegue identificar a profissão do professor, necessitando da mesma forma de algumas tentativas para descobrir as restantes imagens com diferentes profissões. Quando o idoso falou sobre o médico disse que este servia para as consultas e análises, o padre servia para as missas, vendedor foi também a sua profissão, quando foi emigrante, ou seja, compra aqui e vende ali e os bombeiros servem para apagar incêndios.

O idoso D não revelou muitas dificuldades em identificar o nome das profissões, embora precisasse de algumas tentativas. Assim ao mencionar, disse que o médico serve para as consultas. Quanto ao vendedor o idoso disse-nos que o seu pai também vendia na sua venda (mercearia), o padre servia para as missas e confissões, o professor servia para ensinar na escola, pois este estudou até à 4ª classe depois de adulto e por fim o bombeiro servia para apagar fogos que existiram também perto da sua casa.

Notamos que, em relação às imagens das profissões os idosos identificaram com maior facilidade o nome daquelas profissões que lhes eram mais próximas. No caso do vendedor foi a mais fácil de identificar porque qualquer idoso ia à venda, pois existiam algumas perto do seu local de residência. Os bombeiros eram pessoas de enorme responsabilidade porque apagam incêndios em épocas de muito calor. Quanto ao padre era uma profissão conhecida e um rosto que todos os idosos viam quando ao domingo se deslocavam à igreja para assistir à missa. Afinal era ele que celebrava missas, casamentos, funerais, procissões e confissões.

II sessão - “imagens” - 13-08-13

Nesta segunda sessão, a temática pretendida para estimulação visual foram as cores, que depois eram associadas a um determinado objeto e foram as seguintes cores: preto, castanho, laranja, azul, vermelho. (ver grelhas do anexos 16 b, 18 b, 20 b, 22 b)

O idoso A só esteve com dificuldade em identificar a cor azul, sendo que em 2 ou 3 tentativas conseguiu atingir o objetivo de identificar as restantes cores. O laranja é a cor do ouro. No que diz respeito à associação das cores com as imagens o idoso A não teve dificuldade na associação.

O idoso B identificou todas as cores sem precisar de ajuda, bem como associou cor e imagem.

O idoso C também identificou o nome das cores mas, com alguma dificuldade e necessitou de algumas tentativas para conseguir atingir o objetivo, ou seja, associar a cor e a imagem.

O idoso D identificou muito bem as cores e incentivado, falou sobre as imagens que correspondiam às cores.

Observamos que as cores foram fáceis de identificar mas, quando se pediu para identificar o objeto correspondente à cor ficou um bocadinho mais difícil. Embora todos respondessem assertivamente o idoso D teve dificuldade em responder, pois este estava muito distraído. Quanto à cor vermelha, a imagem era de uma rosa, e um dos idosos lembrou-se de uma música da rosa vermelha e decidimos então cantar essa canção alusiva. A cor que criou um certo momento de conversa foi o preto e este estava representado umas pernas com collants pretas e perguntou-se o que seria então sendo que os idosos acharam que umas pernas com collants ficam mais bonitas e mais finas.

III sessão - “imagens” - 20-08-13

Nesta sessão a temática escolhida das imagens foram as personalidades que fizeram ou fazem parte da vivência dos nossos idosos, entre elas a imagem de João Paulo II, do cantor Max, do Presidente da Madeira Alberto João Jardim, da Amália e do Presidente da República Cavaco Silva. (ver grelhas do anexos 16 b, 18 b, 20 b, 22 b).

O idoso A faltou à sessão, esteve com seus familiares.

O idoso B não conseguiu identificar o cantor Max, em relação às outras imagens identificou claramente sem precisar de qualquer tentativa. Ao falar sobre as imagens de João Paulo II, o idoso não disse que era do papa mas sim de um bispo, a fadista Amália era uma senhora que cantava, o presidente

da República Cavaco Silva era um senhor que manda em Portugal, enquanto que Alberto João foi logo reconhecido como o Presidente da Madeira

O idoso C também não conseguiu identificar o cantor Max, as restantes personalidades conseguiu identificar corretamente com algumas tentativas e ajudas, mas também achou que João Paulo II era um bispo, que Alberto João era o governador da Madeira, a Amália era uma mulher bonita, nova e cantava e quanto ao Cavaco Silva sabe que manda, mas só o vê na televisão. Quanto ao cantor Max não sabia quem era.

O idoso D teve algumas dificuldades em identificar o nome das personalidades, mas com algumas tentativas e ajudas para falar sobre os mesmos conseguiu identificar as imagens. Surpreendentemente, foi ao olhar para a imagem do cantor Max que identificou o seu barrete de orelhas e disse que talvez seria cantor e sendo cantor com barrete, seria vilão, sendo vilão só poderia ser madeirense. A Amália também identificou como cantora de fados.

Nesta sessão facilitou a leitura de algumas informações que estavam expostas por detrás do cartão correspondentes às imagens das personalidades, pois foi pedido ao idoso que sabia ler para o fazer. Contudo os idosos diziam em grande grupo que Amália era uma boa cantora e que também veio à Madeira. Depois criou-se um diálogo em relação ao que era necessário para cantar o fado, pois seria necessário uma cantora, uma viola e os ensaios. Quanto ao Cavaco Silva sabiam que governava sem saber muito bem que era Presidente da República, mas lembravam-se de quando ele foi o Primeiro Ministro. Em relação ao João Paulo II, alguns idosos fizeram confusão que seria um bispo, mas depois de explicar-se quem era, os idosos lembraram-se de que fora um papa e que já tinha morrido. Do Alberto João falou-se só bem dele além de que, todos votariam nele e que ele era um grande homem para o nosso povo. O cantor Max foi preciso dar a conhecer o senhor e a sua obra. Obra esta que deu a conhecer a Madeira com “O bailinho” ...deixa passar, esta nossa brincadeira” que depois e em conjunto todos nós cantamos a referida música.

IV sessão - “imagens”- 27-08-13

Nesta quarta sessão a temática de imagens escolhidas foram Santos e Santas dos arraiais madeirenses, os escolhidos foram: Nossa Senhora de Fátima, Santíssima Trindade, São Pedro, Senhor da Ponta Delgada e Santo António. (ver grelhas do anexos 16 b, 18 b, 20 b, 22 b).

O idoso A faltou a sessão, esteve com seus familiares.

O idoso B teve dificuldade na identificação e por sua vez o nome de duas imagens, como o Senhor da Ponta Delgada e o Santo António, todas as demais conseguiu identificar sem problemas e sem qualquer ajuda.

O idoso C só teve dificuldade em identificar o nome da Santíssima Trindade porque nunca foi a nenhuma igreja com esse nome, embora que pela simbologia da “pomba” conseguiu lá chegar (Espírito Santo), já com o Santo António fez confusão com o São José.

O idoso D revelou também dificuldades em identificar o nome da Santíssima Trindade quanto aos restantes identificou precisando de alguma ajuda e de várias tentativas.

O diálogo foi promovido e incentivado e dada a palavra para todos os presentes, para que o grande grupo falasse sobre os Santos, e também falassem dos arraiais dos mesmos. O Santo António era mês de junho e este tem flores e o menino ao colo, esse menino é Jesus. O São Pedro tem a “varinha” e as chaves das portas do céu e era pescador, sem dúvida era o maior arraial da Ribeira Brava. O Bom Jesus da Ponta Delgada era a festa dos romeiros do norte e por fim a Santíssima Trindade, que surgiu o tema da pomba. A pomba remete à representação do Divino Espírito Santo, que por sua vez enviou os sete dons aos Apóstolos. Sendo que o idoso D disse tão rapidamente quando lhe perguntamos quais os dons do Espírito Santo. Depois perguntamos os sacramentos da Santa Igreja quantos eram e quais e os idosos conseguiram dizê-los de forma correta. A sessão acabou a cantar-mos algumas músicas conhecidas por todos sobre o Espírito Santo (Tradição em toda a ilha da Madeira na época da Páscoa).

V sessão - “ imagens” - 03-09-13

Nesta sessão as imagens foram diversas nomeadamente 2 imagens de profissões como a do padre e do agricultor, uma imagem com Nossa Senhora de Fátima, uma imagem com uma determinada cor e uma personalidade conhecida que foi o Dr. Alberto João Jardim. (ver grelhas do anexos 16 b, 18 b, 20 b, 22 b)

O idoso A conseguiu identificar com o nome correto de todas as imagens precisando de uma ou duas tentativas.

O idoso B não precisou de qualquer ajuda para identificar e dizer o nome das imagens que visualizou.

O idoso C também não precisou de qualquer ajuda, nem incentivo para identificar as imagens, pois da primeira tentativa de resposta identificou corretamente a imagem que lhe foi pedida.

O idoso D também conseguiu identificar o nome das imagens precisando de ajuda e apoio mas conseguiu.

O diálogo foi conseguido em grande grupo, o agricultor todos o conhecem e foi pedido cada idoso de falar de uma planta que o agricultor planta, quanto tempo está na terra e para que serve, desde a cenoura, a batata “semilha”, a batata doce, e às bananeiras. Assim deu-se a oportunidade de cada um falar, na sua vez e caracterizar o que fazia e como faria, se fosse agricultor naquele momento. As restantes imagens proporcionou um momento de partilha e diálogo sobre os Santos da igreja que ninguém teve dúvida onde e quando se celebra a festa de Nossa Senhora de Fátima. A imagem do padre foi de alguém que esteve sempre presente na vida dos idosos.

fim, a personalidade escolhida não houve qualquer dúvida em identificar pois todos os idosos conhecem e reconhecem a imagem de Dr. Alberto João e como alguém disse “o nosso governador”.

I sessão - “Sons” - 07-08-13

Nestas cinco sessões, a estimulação cognitiva na vertente de estimulação sensorial foi a audição. Esta foi feita por meio de sons. Nesta primeira sessão foram escolhidos sons relacionados com os animais

nomeadamente: cão; gato; galinha; porco e vaca. (ver grelhas do anexos 16 c, 18 c, 20 c, 22 c)

O idoso A não teve dificuldade em responder ao nome do som que estava a ouvir uma vez que lhe era conhecido, desde o som do gato e do cão embora não tivesse nenhum destes animais em casa. As galinhas teve em casa para comer e o porco que “era só para matar na festa” e falou-se de toda a animação perto da festa ou a quando da matança do mesmo.

O idoso B também não teve qualquer dificuldade em descobrir o som pelo qual estava a escutar, respondendo corretamente o nome do som, sendo que também o som do porco que o fez recordar a matança do porco pela altura da festa e lembrou-se das galinhas e os pintainhos com ela mesma “deitava milho à galinha” e depois claro está, saíram os pintainhos. A vaca, ouvia muitas nas fazendas (nos campos) e quanto ao cão na sua casa também tinha um que comia os restos da comida nomeadamente ossos.

O idoso C faltou a sessão porque foi a uma consulta médica.

O idoso D falou dos seus animais precisando de algumas ajudas e de várias tentativas. Quando falou do som do porco lembrou-se que este era morto quando o seu marido vinha pela festa, pois o mesmo estava “embarcado” e era a alegria do Natal, o marido e a festa do porco. Quanto ao cão também tinham um lá em casa, inclusive tinham “ a loja dos cães” que era onde o seu pai guardava os cachorros, pois este gostava muito de cães. As galinhas também o idoso tinha em casa para alimento da família. As vacas tinha noção que haveriam pelas fazendas.

Ao final desta sessão apercebemo-nos que os sons dos animais eram de relativa facilidade para os idosos, uma vez que conheciam pois como os mesmos afirmaram que tinham em casa um animal doméstico, ou trabalharam na agricultura e pecuária, por isso identificaram os sons muito bem. Inclusive o idoso D falou sobre os animais e recordou-se e contou um acontecimento que ocorreu com o cão e o gato lá na sua casa.

II sessão - “sons” 14-08-13

No que se refere à segunda sessão os sons escolhidos são referentes ao cotidiano e foram os seguintes sons: o carro apitar, o assobio, o telefone a tocar, o sino de igreja, a gargalhada de um adulto e o choro de bebê. (ver grelhas do anexos 16 c, 18 c, 20 c, 22 c).

O idoso A demonstrou algumas dificuldades em compreender o som que estava a escutar, inclusive procurava saber se era ali perto, ou seja, escutava o carro a apitar na rua, mas depois explicamos que o som provinha do computador, então o idoso tranquilizou um bocadinho, pois até então demonstrou alguma ansiedade. Contudo, precisou de algumas tentativas para responder acertadamente ao som que escutava. Ao falar sobre os sons apercebeu-se que o apito de carro pode ser sinal de perigo, um assobio era para chamar alguém, o telefone era o som escutado pelos taxistas nas cabines destinadas a esse fim, o sino chamava as pessoas para a missa, a gargalhada era quando se diz uma brincadeira e o choro de bebê era quando alguém era pequeno.

O idoso B embora precisasse de algumas tentativas para compreender bem o som que escutava, não teve qualquer dificuldade em dizer corretamente que som ecoava. Este idoso tentou falar sobre todos os sons, ora o apitar do carro era sinal de perigo, o assobio só poderia ser um rapaz a chamar uma rapariga, o telefone era alguém a chamar por outro alguém, o sino a tocar era para chamar para a missa, a gargalhada fazia bem, o choro de bebê fazia-lhe lembrar os bebês quando choravam.

O idoso C embora tivesse alguma dificuldade em descobrir os sons e precisou de várias tentativas o idoso falou-nos o que para ele significa os sons. O apitar do carro era para chamar alguém, o assobio sendo que ele não o sabia assobiar também não sabia para que era, o telefone era para chamar alguém, o sino também chamava para a igreja e para casamentos, a gargalhada era algo fixe e o choro de bebê fazia-lhe lembrar os seus filhos pequenos.

O idoso D apresentou dificuldades na identificação dos sons pelos nomes e precisou de algumas tentativas para conseguir responder corretamente a cada som que ouvia, mas conseguiu fazê-lo corretamente.

Falou também sobre os sons e mencionando a buzina do carro era um carro, o assobio era o seu marido quando chamava por ela, o som do telefone era para chamar a alguém, o sino era para a missa, a gargalhada era para quando tínhamos vontade de rir e o choro de bebê era o sinal para dar biberão à criança.

Já em grande grupo e atendendo que o som do sino da igreja era muito presente no local onde estávamos (a igreja situa-se ao lado da instituição), foi perguntado ao grupo qual o objetivo do sino tocar e todos concordaram que era para chamar para alguma coisa, desde a missa, enterros, batizados, casamentos e até para marcar as horas. Em relação à gargalhada serve para quando contamos piadas, “quando temos as calças rotas”. Já o choro pode ser por termos uma “tranca no coração” quando alguém morre, no caso dos bebês será por fome ou por falta da mãe. O telefone é para chamar alguém embora que o idoso A quis interpretar o som do telefone como que para o taxista ser chamado para fazer um serviço. Em relação a um carro a apitar seria para dar sinal para alguém para se afastar ou para sair ou então para “apregoar pelos campos por porcos e galinhas” ou o carro a apitar por faltar de um passageiro. O assobio era lembrado com alguém que queria falar com outra pessoa ou então era o sinal quando se queria namorar e era passado o sinal.

III sessão - “sons” 21-08-13

Nesta sessão foram apresentados sons representativos da natureza, foram eles: a trovoada, a água, o vento e as crepitações da fogueira. (ver grelhas do anexos 16 c, 18 c, 20 c, 22 c).

O idoso A teve dificuldade em identificar o som da trovoada e da fogueira pois não conseguiu compreender o que estava a ouvir era um som de alguma coisa. Quanto ao som do vento e da água não houve qualquer dificuldade em descobrir nem precisou de qualquer tentativa para lá chegar. Este idoso também disse que gostava mais do inverno.

O idoso B precisou de ajuda para identificar dois sons nomeadamente o som da trovoada e da fogueira, precisou também de algumas tentativas para dizer o nome dos sons que escutava. Contudo, o som da água e do vento

responde corretamente sem qualquer dificuldade. Embora que, no som da fogueira este identifique como uma zoada ou chiada. Este idoso também confessou que gostava mais do calor, pois não se “abafa” (não se cobre) mas quando está frio esta busca “trapos” para se abafar (cobrir).

O idoso C teve dificuldade em ouvir e compreender os sons que escutava e por sua vez precisou de várias tentativas para lá chegar, assim sendo, para ele a trovoada parecia-lhe pedra a partir e a fogueira parecia-lhe água, os outros dois sons responde corretamente. No que diz respeito à estação do ano que o idoso prefere, ele responde que prefere o frio pois abafa-se (cobre-se) e resiste melhor, quanto ao calor transpira muito e não se consegue trabalhar.

O idoso D precisou de várias tentativas para perceber que som escutava e tentar dar-lhe algum nome. Na trovoada e na fogueira não lhe fora possível identificar do que se tratava. Já o som da água e do vento foram mais fáceis de identificar. Este idoso prefere o inverno pois “mete um casaco” e fica melhor, enquanto que o calor fica com a cabeça tonta, mais abatido e mal disposto.

Aproveitamos para recordar a estação do ano em que estávamos e perguntamos aos idosos qual a sua preferência em relação ao verão ou ao inverno, e como os sons eram mais direcionados para o inverno, remeteu-nos para o mesmo. Também foi perguntado o que faziam quando estava temporal, os idosos esperavam que “estiasse” (espairecesse, melhorasse) para irem para a fazenda; por outro lado, ninguém saía de casa enquanto chovia, continuavam a bordar em casa, nem sequer iam à missa. Depois de passado o temporal iam ver os estragos. O idoso C gostava de estar na cama abafado e se estivesse frio “embrulhava-se num casaco” e segundo ele “era melhor tapar o sol que o frio”. No fundo todos esperavam que acabasse o temporal para voltar aos terrenos para os cultivar, e para sair de casa.

IV sessão - “sons” 28-08-13

Nesta sessão optou-se pelos sons da música e foi escolhida uma música de cada estilo nomeadamente: música religiosa, folclore, fado, música popular e música erudita. (ver grelhas do anexos 16 c, 18 c, 20 c, 22 c).

O idoso A teve dificuldade em compreender a música erudita pois não a conhecia, e nos restantes sons este precisou de algumas ajudas mas conseguiu identificar e dar um nome às mesmas. Sendo que a música religiosa e música da terra cantada por várias pessoas, o folclore já são músicas diferentes, e o fado era música para alegrar pobres e ricos. Quanto à música popular o idoso dizia-nos “que os que cantam isso, não são tontos” mas não sabe apreciar, e já a música erudita só serve para dormir “não é música de estimação, nem gosta dela”.

O idoso B só precisou de ajuda com a música erudita isto porque não conhece nem identifica tais sons, nos demais sons não foi necessário qualquer tipo de ajuda. Para este idoso a música religiosa era o treze de maio cantado por várias pessoas. O folclore dá para mexer os pés com animação e também seria um grupo. Quanto o som do fado era cantado por uma só pessoa. O som da música popular ouvimos quando vamos a uma festa e a música erudita era uma música mexida tocada por vários instrumentos.

O idoso C conseguiu descobrir os diferentes sons exceto o som da música erudita. Com os outros sons não precisou de ajuda para identificar. Quanto à música religiosa, parece-lhe ser alguma música de igreja, mas não sabe qual era. Na música folclórica estavam tocar um acordeão e uma pessoa cantava. O fado era da Amália a cantar sozinha; na música popular era o Teixeira, na música erudita não sabe distinguir o que ouve mas dá-lhe a impressão que dá para dormir.

O idoso D tal como os idosos anteriores, a única música que não conhecia era a mesma música erudita e quanto aos outros sons conseguiu identificar quase sem ajuda e numa só tentativa. Pois na música religiosa além de ser bonita, era cantada por um grupo de adultos. A música folclórica era sem dúvida o bailinho que tanto gostava, o fado só nos disse que era um homem sozinho a cantar, a música popular era bonita embora que não saiba quem cantava, quanto à música clássica não conhece e também não gosta muito.

Neste acaso foi dado a conhecer a música erudita como um estilo musical que os idosos desconheciam, contudo achavam que era música para

adormecer, evidentemente foi a conclusão a que todos chegaram. Caso para dizer só se pode falar do que conhecemos e estes sons de um novo estilo musical era totalmente desconhecido para estes idosos.

Dentro da música religiosa também foi explicado que não existe só um estilo musical pois existem música para as missas com crianças que serão diferente de músicas para uma festa de casamento, ou para um velório (funeral). A música popular e folclórica foi a mais conhecida por todos os idosos e o idoso D quando ouviu música tradicional de folclore mostrou um sorriso e começava logo a cantar, o que contagiou os restantes idosos.

V sessão- “sons” 04-09-13

Nesta última sessão procuramos escolher 5 sons que os idosos já tivessem escutado nas sessões anteriores e os escolhidos foram os seguintes: o vento, o assobio, folclore e música religiosa. (ver grelhas do anexos 16 c, 18 c, 20 c, 22 c).

O idoso A identificou os sons pretendidos, precisando de algum ajuda entre as várias tentativas. Também procurou falar sobre esses mesmos sons.

O idoso B reconheceu com facilidade os sons sem qualquer dificuldade e também falou sobre os mesmos.

Também para o idoso C os sons foram perceptíveis, contudo necessitou de várias tentativas para descobrir o som.

O idoso D não apresentou muita dificuldade em identificar estes últimos sons, só o som do vento necessitou de 2 tentativas para conseguir compreender o som.

Nestas sessões notamos uma certa dificuldade em escutar os sons, mas os idosos estavam mais recetivos a falar sobre os mesmos sons, por isso achamos uma evolução positiva, tendo sempre o reforço e sempre que necessário estimular para falar mais, e com um discurso orientado. Neste dia os idosos cantaram todos juntos a música “Avé Maria, mãe de Jesus” e depois o “Bailinho”, observámos que todos eles ficaram animados, despertos e alegres com a sessão.

I sessão “Toques”- 08-08-13

Nestas cinco sessões, de estimulação cognitiva na vertente estimulação sensorial o sentido escolhido foi o tato. Com efeito foram escolhidos 5 texturas aleatoriamente da caixinha com “os toques” foram eles: areia, novelo de lã, arame, plástico e pedra do calhau. (ver grelhas do anexos 16 d, 18 d, 20 d, 22 d)

O idoso A conseguiu identificar as 5 texturas precisando de ajuda para dizer o nome do saco de plástico e da areia, em relação aos outros materiais não necessitou de ajuda. Sendo que também conseguiu identificar se a textura era mole, macia, dura ou suave.

O idoso B não precisou de qualquer ajuda para identificar o nome dos 5 objetos, nem para a sua textura em relação ao mole, macio, duro ou suave.

O idoso C também não necessitou de qualquer ajuda para identificar o que lhe era pedido, e soube também dizer a textura de cada um.

O idoso D precisou de uma ou outra ajuda muito pontual, porque conseguiu identificar os objetos quanto à sua textura, teve dificuldade na areia, no arame e na bola de lã.

Foi uma atividade muito produtiva, uma vez que os idosos conseguiram identificar os objetos sem os visualizar, visto que os seus olhos estavam tapados com uma venda.

II sessão “Toques” - 17-08-13

Nesta sessão foram escolhidos objetos com uma textura rija, dura, foram eles: a pedra de calhau, a bola de madeira, arroz, mola de madeira e pedra de cascalho. (ver grelhas do anexos 16 d, 18 d, 20 d).

O idoso A identificou pelo nome os 5 objetos, mas no que diz respeito, à mola de madeira, aos grãos de arroz e à pedra de cascalho, o idoso precisou de algumas tentativas para identificar. Em relação à textura dos mesmos, o idoso não teve dificuldade em identificar como sendo, todos os objetos duros. Ao falar sobre os mesmos, a pedra servia para fazer casas, a madeira era leve, mas ao mesmo tempo dura, o arroz não era duro, nem mole, nem pesado, nem

leve. A mola de roupa era leve e servia para prender a roupa, o cascalho era uma pedra furada, rota e não era pesada.

O idoso B identificou todos os objetos pelo nome e só precisou de algumas tentativas para os grãos de arroz, que lhe pareceriam outra coisa qualquer. Ao falar sobre os objetos dizia que a pedra do calhau era pesada e lisa, a madeira era dura e leve, o arroz pareceu-lhe sal, a mola era para segurar a roupa, a pedra de cascalho era dura, favadada (com muitos buraquinhos), crespada e relativamente pesada.

O idoso C não precisou de qualquer ajuda para identificar os objetos nem mesmo quanto à sua textura. Apesar de que, a bola de madeira lhe pareceu uma baga do carvalho. As pedras eram duras uma era macia e a outra era áspera, a mola em madeira servia para prender a roupa, e por fim, o arroz era arroz.

O idoso D identificou todos os objetos com alguma dificuldade e precisou de algumas tentativas para identificar pelo nome, bem como, a sua textura. Ao falar sobre os mesmos, diferenciou cada pedra pois a de cascalho era leve bem como a madeira e a pedra do calhau que era pesada, o arroz cru era duro e a mola servia para “trancar” a roupa.

Quando dialogámos em grande grupo, o arroz foi um dos que mais se falou, isto porque os grãos de arroz estavam crus, mas se estivessem cozidos comiam-se com carne, com peixe, com frango, com verdura, com “semilhas”, com couve miúda e com salada. Quanto à bolinha de madeira servia para um colar, para contas de rezar, para pérolas, para colocar ao pescoço ou servia como um botão. Quanto ao cascalho escava-se na rocha e servia para canteiros de flores. Quanto à pedra do calhau era “lajinha” servia para fazer casas, os adros das igrejas e para paredes.

III sessão “Toques” 22-08-13

Nesta sessão optamos por toques com texturas moles, e foram elas: a “semilha” que se chama batata, folha de papel, folha de plástico, folha de

“abacateira” e um porta chaves revestido em tecido de algodão. (ver grelhas do anexos 16 d, 18 d, 20 d, 22 d).

O idoso A faltou pois estava com visita de familiares.

O idoso B identificou todos os objetos sem qualquer dificuldade além de que num primeiro momento, acertou não precisando de mais tentativas. Ao falar dos objetos referiu que a folha de árvore tinha uma “veia” que dividia a folha a meio, o porta chaves poderia ser um brinquedo de criança, pois era mole e macio.

O idoso C identificou pelos nomes todos os objetos sem dificuldade. Ao falar da “semilha” disse que estava com grelo, por isso estava boa para plantar, a folha de papel era dura, e a saca de plástico era leve. O bichinho do porta chaves era de algodão poderia ser dum animal pois era mole e macio.

O idoso D identificou todos os objetos, mas teve alguma dificuldade com a textura dos mesmos, precisando só de uma tentativa para lá chegar. Assim a batata era uma batata, a folha de papel era leve mas meia “grossa”, o plástico era um saco para ir ao supermercado, a folha de árvore era uma folha leve e pequena, e o porta chaves era muito macio.

Em grande grupo comentou-se que as “semilhas com grelo” serviam para plantar e depois comer-se cozida, o saco de plástico servia para transportar as compras enquanto que a folha de papel servia para escrever ou para fazer um embrulho.

IV sessão”toques” 29-08-13

Nesta quarta sessão, os objetos escolhidos tinham uma textura áspera e foram os seguintes: escova, esfregão, arame, bolinha pontiaguda e pequena peça de roupa em lã.

O idoso A faltou pois teve uma visita de um familiar. (ver grelhas do anexos 16 d, 18 d, 20 d, 22 d).

O idoso B de uma forma geral conseguiu identificar os objetos, tendo no entanto alguma dificuldade na bolinha pontiaguda, precisou de alguma ajuda para tentar falar do objecto. Em relação ao esfregão, o idoso disse que lhe parecia um tapete do chão ou parecia-lhe uma carpete. O cascalho seria uma

pedra favada, e quanto à bolinha parecia-lhe uma bolota de árvore, quanto à peça de roupa parecia-lhe ser um bocadinho de tapete.

O idoso C identificou todos os objectos, bem como a sua textura, sem qualquer dificuldade além de que acertou logo no primeiro momento, não precisando de qualquer tentativa a mais. Quando falou sobre os objetos e da sua textura, referiu que a escova servia para escovar sapatos, ou escovar o chão, o esfregão servia para lavar a loiça, a pedra de cascalho era “faventa” (com muitos buracos) e crespa, e a peça de roupa era um pouco mole mas áspera.

O idoso D não teve muitas dificuldades em responder corretamente ao nome do que estava a tocar, respondendo também quanto à sua textura. Quando lhe pedimos para falar sobre os objetos este disse que a escova servia para agarrar os pêlos de alguma coisa, o esfregão era algo grosso e áspero, que lhe parecia um tapete para o chão, já a pedra não era lisa mas sim escura e “faventa”, a bolinha pontiaguda parecia-lhe ser uma bola espigada e quanto ao tecido, considerava-o grosso, quente e “bonzinho”.

Em grande grupo os idosos comentaram e já depois de verem os objectos que o esfregão servia para lavar a loiça, ou para limpar a pia da loiça. A bolinha pontiaguda parecia-se mais com um ouriço do mar. A escova limpava o que estava sujo, quer sapatos, quer roupa. Enquanto o bocadinho de tecido seria um cinto de um determinado casaco de senhora. Sendo que um cinto era para as senhoras e uma correia era para os homens, e este era mais estreito e teria como função apertar as calças ou vestido para este não cair. A pedra “favada” servia para fazer paredes, para fazer um “canteiro” num bocadinho de terra, para as plantas e flores, também servia para tapar um buraco; ou para fazer-se a “lapinha” (o presépio) e por fim, este tipo de pedra encontrava-se nas Furnas (local escavado na rocha em forma de gruta).

V sessão “toques”04-09-13

Nesta última sessão, a temática dos toques foram de textura suave e os objetos escolhidos foram: novelo de lã, lenço de algodão, rolha de garrafa, areia e colher de sobremesa. (ver grelhas do anexos 16 d, 18 d, 20 d, 22 d)

O idoso A identificou todos os objetos corretamente pelo seu nome, no entanto precisou de ajuda para identificar o lenço de algodão e a areia. Não teve dificuldade quanto à sua textura. Quando falou sobre os mesmos objetos dizia que o novelo de lã servia para fazer os barretes de lã, a areia era mole e fininha, a rolha era sem dúvida um batoque de cortiça e a colher de sobremesa era uma colher para comer alguma coisa.

O idoso B demonstrou alguma dificuldade em identificar a areia, pois precisou de várias tentativas para lá chegar, mas em relação à sua textura, o idoso não teve dificuldade em a identificar. Assim sendo, quando pedimos ao idoso para falar sobre os objetos tocados ele afirmou que a areia parecia-lhe farinha, o algodão era muito suave e macio, a bolinha de lã era macia, a rolha era um “batoque” de cortiça e a colher de sobremesa poderia ser para alguém comer com uma boca pequena, por exemplo um bebé.

O idoso C não registou qualquer dificuldade em descobrir cada objeto, nem quanto à sua textura. Quando lhe pedimos para falar sobre o mesmo, o lenço de algodão era suave, o novelo de lã era também mole e suave, a areia era mole e parecia-lhe farinha, a rolha era algo duro e parecia-lhe mais com um tubinho e por fim a colher servia para comer algo depois do almoço.

O idoso D identificou com alguma facilidade tudo o que lhe foi pedido para tocar e descobrir do que se tratava e qual a sua textura. Contudo no saquinho que continha areia o idoso não conseguiu identificar com facilidade. Quando lhe pedimos para falar dos objetos, o lenço de algodão, nada mais simples que dizer que era um lenço de algodão, em relação ao novelo de lã servia para termos na mão e mexermos com ele, a rolha era para as garrafas, e a colher de sobremesa era para mexer qualquer coisa.

Em grande grupo concluiu-se que o novelo de lã serve para apertar ou massajar a mão, mas a mesma bolinha serva também para o gato brincar. Quanto à areia parecia-lhe farinha, explicamos como se torna em areia, uma vez que era a partir de uma pedra que se vai desfazendo, e com a ajuda do vento e do mar a mesma pedra se transforma em areia. Quanto à colher, esta servia para mexer o café, o chá e pouco mais. Já a rolha servia para tapar garrafas e garrafões. O diálogo gerou-se em função de onde vinha a cortiça e

chegou-se à conclusão que vem do sobreiro (esta árvore não é conhecida pelos madeirenses, visto que o sobreiro não existe na Madeira). Neste conjunto de sessões foi pedido aos idosos para colocarem uma venda nos olhos, isto para permitir que os mesmos se concentrassem mais no objeto e na textura do mesmo. Por outro lado, permitiria que por meio do tato os idosos só se concentrassem no que tinham entre mãos, evitando assim outros fatores distratores. Não houve da parte dos idosos qualquer objeção ao pedido de colocar uma venda.

I sessão “ Sabores”- 09-08-2013

Nestas cinco sessões, a estimulação cognitiva, vertente estimulação sensorial escolhemos o sentido do paladar. Com efeito, foram escolhidos 5 sabores para a caixinha de sabores. Nesta primeira sessão os sabores escolhidos foram líquidos e sólidos, entre doces e amargos, e foram os seguintes: laranjada, chocolate, snack, amendoim e bolacha com creme. (ver grelhas do anexos 16 e, 18 e, 20 e, 22 e).

O idoso A nesta sessão identificou 4 sabores corretamente tendo no entanto dificuldade em descobrir o paladar da laranjada, sendo preciso várias tentativas para descobrir o sabor pelo seu nome. Ao falar sobre os sabores achou o chocolate bastante doce, o snack parecia-lhe semilha frita, a bolacha caracterizou como “tapa amigos” sendo muito doce e boa e o amendoim segundo ele “trinca bem”.

O idoso B identificou os paladares pretendidos, tendo dificuldade no snack e no amendoim, precisou de várias tentativas para lá chegar. Quando foi pedido para falar de cada sabor não referiu nada sobre o snack, pois não sabia o que era, a laranjada identificou como líquido para matar a sede, os restantes sabores eram “bonzinhos.”

O idoso C identificou os paladares pretendidos, tendo dificuldade em identificar pelo nome o snack e a laranjada sendo pois necessário várias tentativas para o conseguir. Quando lhe foi pedido para falar sobre os mesmos sabores, este demonstrou alguma dificuldade pois estava doente da garganta e teve alguma dificuldade em saborear e expressar os referidos sabores.

O idoso D teve muita dificuldade em identificar os sabores e não sabia quais os nomes dos diferentes paladares. Mas sabia muito bem o que era doce e amargo e o que era do líquido, do sólido. Ao saborear afirmou que era tudo “bonzinho”. Assim sendo, afirmou que a laranjada matava a sede e era uma bebida de arraiais.

II sessão “ Sabores” - 16-08-2013

Nesta sessão escolhemos os sabores doces e amargos nomeadamente líquidos, são eles: laranjada, café, água, gelatina e iogurte. (ver grelhas do anexos 16 e, 18 e, 20 e, 22 e).

O idoso A teve dificuldade em descobrir os diferentes paladares líquidos, sendo que o café, a gelatina e o iogurte não conseguiu identificar, necessitando de algumas tentativas. Quanto à laranjada e à água não teve muitas dúvidas em descobrir do que se tratava.

Ao falar da laranjada afirmou que era doce e era água, pó e fruta e lembrava-se quando era pequeno de a beber nos arraiais. Já o café era amargo, a água era água, a gelatina era uma sobremesa doce mas, que não era pudim, nem gelado. O iogurte não era doce nem amargo. Contudo sabia que todos eram líquidos.

O idoso B identificou na sua totalidade, os sabores líquidos entre os doces e amargos, contudo não conseguiu identificar corretamente o sabor do café, precisou de algumas tentativas para lá chegar. Quanto à laranjada é doce, pica na língua e vem da laranja. A água sabe a água enquanto que a gelatina e o iogurte tem gostos muito parecidos, embora que não sejam muito doces, nem iogurte nem gelatina.

O idoso C identificou facilmente os sabores pretendidos, mas teve alguma dificuldade e precisou de algumas tentativas para identificar o sabor da gelatina, pois sabia que logo que chegava à boca derretia e ficava líquido. Quando lhe foi pedido para falar sobre os paladares, a laranjada nem era doce nem amarga mas picava na língua. O café era morninho, mas novamente nem estava doce nem amargo, a água era água, a gelatina não era pudim, nem

gelado mas era algo doce e líquido e o iogurte era bem melhor que a gelatina, não era de todo muito doce.

O idoso D identificou também os sabores como sendo líquidos, mas o que teve com mais facilidade foi a água, quanto aos outros sabores foram necessários várias tentativas e ajudas. Quando lhe foi pedido para falar sobre os sabores, o café não estava forte como este gostava, o iogurte não era muito doce, a gelatina também não tinha muito açúcar, a laranjada foi caracterizada como “pica e tem gosto” mas não conseguiu identificar o nome desse tal gosto.

O diálogo em grande grupo baseou-se nos frutos, quais os que teriam cor vermelha, laranja, amarela e verde. Quanto ao iogurte afirmaram que comesse quando temos vontade, e por vezes à hora do almoço. Um dos idosos afirmou que na sua casa tinha sempre laranjada, sendo que esta mais o vinho era bebida de arraial, e este bebe-se fresco quando está no frigorífico. A água bebe-se quando temos sede, quando está calor e é muito bom para quem tem diabetes. O café é bebido de manhã ao pequeno almoço e a gelatina come-se ao almoço, e faz bem aos ossos.

III sessão“ Sabores” - 23-08-2013

Nesta terceira sessão escolhemos os sabores doces e sólidos, foram eles: sultanas, rebuçados, açúcar branco, bolacha com creme e chocolate. (ver grelhas do anexos 16 e, 18 e, 20 e, 22 e).

O idoso A faltou a sessão, pois teve visitas familiares.

O idoso B nestes sabores não teve dificuldade em identificar nem precisou de qualquer tentativa para nomear o sabor. Quando lhe pedimos para falar acerca dos sabores, o idoso afirmou corretamente, são todos bonzinhos e docinhos. Quanto às sultanas são moles, doces e são uvas deixadas ao sol, que depois ficam passadas. O chocolate leva algum tempo a derreter mas era bom e doce, o açúcar era fino e doce, a bolacha era mole doce e um bocadinho áspera. Os rebuçados eram doces e duros, e davam para “trincar” para quem tem dentes.

O idoso C não teve qualquer dificuldade em descobrir quais os sabores. Não precisou de ajuda nem de mais tentativas. Ao falar sobre os sabores, as

sultanas são ótimas para deitar nos bolos. Os rebuçados eram duros mas doces, o chocolate era tão bom que até tinham um creme, a bolacha era mole e doce e o açúcar era açúcar, servia para tudo o que o que era coisa doce.

O idoso D esteve muito complicado descobrir quaisquer paladares, mas neste caso em concreto o mesmo afirmou que gosta de coisas doces.

Não teve dificuldade em identificar nem o açúcar nem o rebuçado, quanto aos restantes sabores foi mais difícil descobrir, muito embora, soubesse que tudo era doce. Gostava muito do paladar do chocolate, e concluiu dizendo “se tem mais dê-ma” e começava a rir.

Em diálogo com todo o grupo chegamos à conclusão que as sultanas são uvas e ficam passadas porque apanham sol. O açúcar serve para os bolos, o chá da noite, o café da manhã, para o bolo de mel, as broas, para as frieiras dos pés, para a aguardente e para a poncha. Em relação ao chocolate debateu-se como é que este era feito, e chegou-se à conclusão que o chocolate era um composto de açúcar e cacau, e o cacau vem de uma árvore e sofre um determinado processo. A bolacha com creme era de nozes e em relação às nozes servem para comer os nozes por si mesmo, serve para bolos e broas. Os rebuçados têm várias cores e ainda tentamos descobrir que cor seria o rebuçado que cada idoso tinha e a cor do rebuçado o que lhe fazia recordar.

IV sessão“ Sabores” - 30-08-2013

Nesta sessão escolhemos os sabores salgados e sólidos, foram eles: bolacha integral, paté de atum, amendoim, snack e sal branco fino. (ver grelhas do anexos16 e, 18 e, 20 e, 22 e).

O idoso A, faltou à sessão, pois esteve com visitas familiares.

O idoso B identificou os sabores quanto ao seu paladar como aos amargos, mas teve muita dificuldade e precisou de alguma ajuda e várias tentativas para identificar o paté que é um sabor novo e o snack que para este idoso era também um sabor diferente. Assim sendo, a bolacha era salgada e o sal também. O amendoim era duro mas com muitas dúvidas do que era, e o paté parecia-lhe ser manteiga.

O idoso C identificou facilmente os sabores tendo alguma dificuldade no paté de atum, e não conseguiu expressar muito bem o sabor do amendoim e do snack. Mas ao falar dos paladares disse que o paté nem era doce nem amargo, mas que também não era manteiga, nem queijo, nem algo parecido. Já o snack era parecido a algum salgadinho e que tinha um sabor muito agradável. O amendoim era duro e salgado e parecia-lhe “shehui” não conseguimos saber que era verdadeiramente isto porque ao perguntarmos que era, o idoso não sabia traduzir de venezolano para português. A bolacha integral era típica para os diabéticos e como tal não poderia ser doce e era de cor escurinha. O sal era sal e servia para toda a culinária.

O idoso D teve muitas dificuldades em saber de que sabores se tratavam, contudo soube que todos os sabores eram amargos, deste modo, precisou de ajuda para conseguir identificar os sabores exceto do sal que por si só já se identifica “sal é sal, não pode ser doce”, disse-nos o idoso. O amendoim era algo de comer, era salgado e duro. O snack era áspero mas era bonzinho, o paté era desconhecido de todo e a bolacha não era doce, “mas come-se bem”.

Em diálogo com grande grupo todos afirmaram que a bolacha integral era mais apropriada para os diabéticos. Em relação ao paté procuramos dizer o que era, e de como era feito e como poderia ser acompanhado, quer em tostas ou em pão . Mas o pão também poderá ser acompanhado com marmelada, ovo, queijo, manteiga, doce e quem sabe mesmo seco. O snack poderá ser servido como aperitivo ou quando estivermos com uma visita para oferecer quando lá vai à nossa casa.

O amendoim era uma ótima sugestão de aperitivo que na maioria dos idosos tinham em sua casa, e que acompanhavam com vinho, cerveja, quando tinham uma visita, quando faziam uma festa em casa ou quando faziam anos. Já o sal era um condimento para todo o tipo de comida, todos os dias precisavam de utilizar sal para a comida , para o pão, para salgar a carne ou o peixe, nomeadamente as cavalas ou a carne de porco.

Nesta última sessão escolhemos cinco sabores aleatórios entre doces amargos, líquidos e sólidos, foram eles: água, rebuçados, snack, bolacha integral e chocolate. (ver grelhas do anexos 16 e, 18 e, 20 e, 22 e).

O idoso A identificou todos os sabores, só teve muita dificuldade em identificar pelo nome, pois precisou de algumas tentativas para descobrir o que era chocolate ou qual o seu sabor, embora o sabor da água não foi difícil identificar. Contudo ao falar dos mesmos sabores sabia que o chocolate era doce, já o snack era bom mas um pouco amargo, isto é, o snack era bom mas o chocolate era melhor. Quanto ao rebuçado era doce e duro, por fim, a bolacha integral nem era doce nem amarga.

O idoso B nesta última sessão conseguiu identificar todos os sabores tendo dificuldade só no caso do snack, que precisou de 3 tentativas para conseguir identificar. Quanto aos outros sabores falou dizendo que eram todos doces e agradáveis, só a bolacha integral era “para diabéticos” e como ele não era diabético na verdade achou-a muito amarga.

O idoso C não teve muita dificuldade para identificar os sabores pretendidos. Muito embora dissesse ser fácil descobrir os sabores, existiu alguma dificuldade na identificação do snack. Quanto à água ela mesma era água, servia para tudo mas principalmente para matar a sede. O snack era mais ou menos salgadinho. O chocolate era bom e o rebuçado de laranja, era feito de laranjada e tinha mesmo cheiro a isso, contudo é sempre duro o que implicava “chupa-lo”.

O idoso D teve algumas dificuldades em identificar quer o snack, quer a bolacha integral. Mas uma vez disse-nos que a água era água, e o rebuçado e o chocolate eram docinhos e era “bonzinho, bonzinho”. Para estes mesmos sabores precisou de algumas tentativas para descobrir os mesmos. Contudo, os sabores destinados a este idoso eram “ bonzinho, bonzinho”.

No seu conjunto de sessões foi pedido aos idosos para colocarem uma venda nos olhos, isto para permitir que os mesmos se concentrassem mais no sabor, não havendo qualquer dificuldade em cada qual fazer o que se pretendia. Consideramos que nestas sessões de estimulação cognitiva vertente estimulação sensorial, mais concretamente no sentido do paladar, os idosos

gostaram mais da sessão dos doces do que de amargos ou dos líquidos. (ver anexo 16 e, 18 e, 20 e, 22 e)

4.5.3. Análise de conteúdo das fichas de avaliação das sessões do PEC-ES

Ao analisar o conteúdo destas grelhas pretende-se apreciar, a intensão e o interesse por partes dos idosos em relação ao PES-ES. Na grelhas de avaliação podemos observar de uma forma mais rigorosa os resultados de cada idoso das 25 sessões do PEC-ES. (ver anexo 17, 19, 21, 23) Inicialmente fizemos uma entrevista semi-estruturada para o preenchimento da ficha de identificação as escalas de avaliação. Optamos também elaborar uma tabela geral figura onde podemos analisar os seguintes itens, os idosos B e D nunca faltaram a nenhuma das sessões, o idoso C faltou uma sessão dos “sons” e o idoso A faltou a 6 sessões, sendo que faltou à sessão 3 e 4 das “imagens” , dos “toques” e dos “sabores”.

As respostas às perguntas do grau de satisfação prenderam-se entre gostou e gostou muito. Assim o idoso A gostou de 12 sessões e gostou muito de 7 sessões. O idoso B gostou de 11 sessões e gostou muito de 14 sessões. O idoso C gostou de 7 sessões e gostou muito de 17 sessões.

Por fim o idoso D gostou de 8 sessões e gostou muito de 17 sessões.

Sessão	Idoso A		Idoso B		Idoso C		Idoso D	
	Participação	Satisfação	Participação	Satisfação	Participação	Satisfação	Participação	Satisfação
I Sessão “Cheiros”	X	Gostou	X	Gostou	X	Gostou	X	Gostou
II Sessão “Cheiros”	X	Gostou	X	Gostou	X	Gostou	X	Gostou muito
III Sessão “Cheiros”	X	Gostou	X	Gostou	X	Gostou	X	Gostou
IV Sessão “Cheiros”	X	Gostou muito	X	Gostou muito	X	Gostou muito	X	Gostou muito
V Sessão “Cheiros”	X	Gostou	X	Gostou muito	X	Gostou muito	X	Gostou muito
I Sessão - “Imagens”	X	Gostou	X	Gostou muito	X	Gostou muito	X	Gostou muito
II Sessão - “Imagens”	X	Gostou muito	X	Gostou muito	X	Gostou muito	X	Gostou muito
III Sessão - “Imagens”	F	-----	X	Gostou muito	X	Gostou muito	X	Gostou muito
IV Sessão - “Imagens”	F	-----	X	Gostou	X	Gostou muito	X	Gostou muito
V Sessão - “Imagens”	X	Gostou muito	X	Gostou muito	X	Gostou muito	X	Gostou muito
I Sessão - “Sons”	X	Gostou	X	Gostou	F	-----	X	Gostou
II Sessão - “Sons”	X	Gostou muito	X	Gostou muito	X	Gostou muito	X	Gostou
III Sessão - “Sons”	X	Gostou	X	Gostou	X	Gostou	X	Gostou
IV Sessão - “Sons”	X	Gostou	X	Gostou	X	Gostou	X	Gostou muito
V Sessão - “Sons”	X	Gostou	X	Gostou muito	X	Gostou muito	X	Gostou muito
I Sessão - “Toques”	X	Gostou	X	Gostou	X	Gostou	X	Gostou
II Sessão - “Toques”	X	Gostou muito	X	Gostou muito	X	Gostou muito	X	Gostou
III Sessão - “Toques”	F	-----	X	Gostou	X	Gostou muito	X	Gostou muito
IV Sessão - “Toques”	F	-----	X	Gostou muito	X	Gostou muito	X	Gostou
V Sessão - “Toques”	X	Gostou muito	X	Gostou muito	X	Gostou muito	X	Gostou muito
I Sessão - “Sabores”	X	Gostou muito	X	Gostou muito	X	Gostou muito	X	Gostou muito
II Sessão - “Sabores”	X	Gostou	X	Gostou muito	X	Gostou muito	X	Gostou muito
III Sessão - “Sabores”	F	-----	X	Gostou	X	Gostou muito	X	Gostou muito
IV Sessão - “Sabores”	F	-----	X	Gostou muito	X	Gostou muito	X	Gostou muito
V Sessão - “Sabores”	X	Gostou	X	Gostou	X	Gostou	X	Gostou muito

Tabela 113- Análise de conteúdo da grelha de avaliação das sessões do PEc-ES

5. DISCUSSÃO DOS DADOS

Depois da apresentação dos dados obtidos na investigação-ação, prossegue-se com a discussão dos mesmos, tendo em atenção os objetivos do projeto, bem como a sua triangulação Stake, (2012). A discussão dos dados permite verificar se conseguimos ou não alcançar os objetivos pretendidos, ou seja, verificar se a estimulação cognitiva na vertente estimulação sensorial foi um marco importante no bem estar e na qualidade de vida da pessoa demente. Segundo Willigen (1993) [*A avaliação pode ser realizada antes, durante e depois do projeto ser implementado*], e é através desta que se apontam lacunas que devem ser corrigidas.

Os idosos, como já referimos anteriormente, estavam referenciados com início de demência, sendo a demência [*Um síndrome resultante de doença cerebral, em geral de natureza crónica ou progressiva, na qual se registam alterações de múltiplas funções nervosas superiores incluindo a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a linguagem e o raciocínio*], OMS, (2012). Dois dos idosos estavam a ser acompanhados pelo psiquiatra que o avaliou como dementes, um inclusive com DA isto é, uma doença neurológica que afeta os adultos e leva à perda progressiva das capacidades cognitivas, sendo que é diferente da doença mental, pois esta é do foro psiquiátrico como a esquizofrenia ou o atraso mental grave, OMS, (2007).

Quando se propôs a escala GDS, todos os idosos apresentaram ausência de depressão, sendo a depressão considerada como uma manifestação da disfunção dos neurotransmissores B. Nunes, (2008). Embora o objetivo principal foi compreender se estavam felizes, ao fazer as questões aos idosos verificamos que estavam bem, calmos, sem tristezas e os resultados demonstraram que eles não estavam deprimidos.

Na avaliação CDR os idosos demonstraram maior dificuldade na memória e na orientação; contudo, ao desenhar um relógio, o idoso A teve muitas dificuldades quer em pegar num lápis, quer em desenhar; com os outros idosos esta dificuldade já não esteve tão presente. Nas semelhanças,

diferenças e crítica, todos os idosos responderam equitativamente e corretamente, embora no cálculo matemático as dificuldades tenham sido mais notadas nos três idosos analfabetos.

A escala ADAS cognitiva foi preenchida duas vezes antes e após a intervenção; em nenhuma das vezes conseguiram a evocação de palavras, respondendo “ já não me lembro do que disse anteriormente”, isto porque a memorização obedece às seguintes fases : receção-codificação-consolidação-recuperação que poderá ser espontânea ou de reconhecimento, Nunes(2008) e, nos idosos, este processo não passa por todas estas fases. Porém na nomeação e utilização de objetos foi muito mais perceptível e de uma forma geral todos responderam correctamente, bem como na compreensão das ordens, em ambas as vezes. Na capacidade construtiva, na primeira vez notaram-se algumas dificuldades em fazer o que se pedia, desde o pegar no lápis, o fazer o círculo, ou o losango e o quadrado que não foi bem conseguido. Já na segunda vez, isto é, pós PEC-ES notamos que os idosos estavam mais confiantes e já se mostraram mais motivados para a construção, pelo que o mesmo foi muito mais bem conseguido. Notamos também a empatia gerada entre o técnico e o idoso que permitiu o à vontade, e uma maior motivação e uma melhor consciência do que era para fazer, ou seja, a Consciência diz respeito ao conhecimento de qualquer objeto ou ação atribuídos ao Si, A. Damásio, (2010).

A praxia ideativa foi positiva com todos os idosos, notou-se alguma dificuldade pela falta de conhecimento do local onde colocar o selo e em endereçar a carta, isto porque não era muito comum as pessoas escreverem cartas nem colocarem selos; porque não sabiam escrever, a necessidade de ler e escrever não era sentida. Na orientação pré e pós PEC-ES foi positiva a evolução nomeadamente nos idosos que tinham mais dificuldades na primeira vez, pois numa segunda vez responderam praticamente a todos os itens da orientação.

Difícil foi no reconhecimento de palavras, já que nem antes, nem depois do PEC-ES, se conseguiu que os idosos fizessem o reconhecimento de palavras. O recordar das instruções do teste também foi obstáculo, sendo que

um dos problemas da memória é o esquecimento que é a dificuldade de recordar uma determinada informação no momento mais adequado. Efetivamente o que foi mais evidente nos idosos, é que compreendiam as instruções mais práticas que dizem respeito à sua vivência de longo prazo, e que de certa forma se recordavam, se não gostassem, ou não quisessem fazer, não faziam, nem se motivavam para tal. Segundo Ardilha (2007), a inteligência cristalizada que se relaciona com conhecimentos adquiridos ao longo da vida, apresenta pouco declínio. Os idosos têm desempenho igual aos mais novos em conhecimentos prévios mas pioram nas tarefas que implicam soluções não familiares.

Referimos também alguma diferença entre os idosos quanto à frequência no ensino primário e dos que não tiveram oportunidade de o fazer, pois o idoso que frequentou, conseguiu desenvolver um raciocínio matemático e uma melhor compreensão das tarefas, que lhe eram pedidas foi mais rápido e célere, bem como na verbalização e na compreensão das diferentes tarefas que lhe foram pedidas; ora todos os idosos tinham declínio cognitivo leve, após os resultados apresentados das diferentes escalas. Sendo este declínio [*Caraterizado por uma alteração da memória, por dificuldades do aprendizado e por uma redução da capacidade de concentrar-se numa tarefa além de breves períodos*], OMS, (2010).

Todo este projeto foi elaborado tendo como bases referenciais de outros estudos, de métodos ou programas desenvolvidos por outros investigadores. Contudo, os que se aproximaram mais dos nossos objectivos foi o método de Montessori e o programa segundo *Feuerstein* o estudo sobre *O programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados* Castro et al, (2010).

Este projeto pretendeu que o idoso se sentisse capaz de realizar tarefas criar rotinas, estimular os sentidos da visão, da audição, do paladar, do olfato e do tato, mas também a linguagem, a exploração da imaginação, a memória de infância e de juventude. Rebelo (2009) ,[*Num dos seus estudos afirma-nos que havendo um estilo de vida positivo, com melhor saúde percebida, com menos queixas subjetivas de memória, com melhor saúde mental e com menos sintomas depressivos há menor declínio cognitivo*]. Por outro lado, é bom levar

o idoso a descobrir sons, imagens, sabores, cheiros e toques que de alguma forma nunca tinham experimentado. Por exemplo, quando estimulamos os sons, nomeadamente os musicais, os idosos desconheciam a música erudita, pois pensavam que só existia folclore e a música religiosa e quando foi dado a conhecer outro tipo de sons, ela no fim questionaram.

Os resultados apresentados nas grelhas de observação mostram que os idosos gostaram das sessões dos cheiros, pois promoveram a estimulação do olfato. Ora o olfato situa-se na cavidade nasal, encontramos a mucosa olfativa que possui inúmeras terminações nervosas.

As substâncias ao passarem pela mucosa, estimulam as terminações nervosas e o nervos olfativas que encaminham as mensagens até o córtex cerebral (Ver Q.C. anexo 1).

Porém, os idosos tiveram algumas dificuldades em identificar os cheiros que desconheciam, ou de que já não se lembravam; procurou-se incentivá-los a descobrir, por meio de diferentes tentativas, a mostrar-lhes o conteúdo do referido aroma, procurando que os idosos falassem e dialogassem entre si sobre os diferentes aromas, qual a sua utilidade; ao falarmos de determinado aroma, por exemplo, a canela e o seu aroma, a conversa que se pôde fazer em relação ao aroma, a sua utilidade, bem como as suas propriedades benéficas quer para o ser humano, quer para os animais. Isto para que nestas sessões fossem “buscar lá atrás” a memória a longo prazo e trazê-la presente e ativa.

No que diz respeito à visão, esta é [*A habilidade que nos permite ver o que ocorre em nossa volta; a luz estimula os fotorreceptores na retina, dentro de cada olho, e este estímulo chega ao cérebro pelos nervos ópticos dando origem à crença da imagem*]. (ver Q.C. anexo 1). Em relação às imagens das profissões, os idosos foram incentivados a falar sobre as mesmas e o resultado foi o diálogo sobre as competências de cada profissão observada no cartão, o mesmo das cores, e das imagens das personalidades, algumas delas muito “queridas” pelos idosos como do Dr. Alberto João ou D. Teodoro de Faria, ou mesmo a Amália, ou o Max; depois o resultado foi tentar que os próprios idosos

cantassem um fado ou o bailinho e a consequência foi a alegria e a boa disposição.

No que diz respeito à audição e sendo esta *[A capacidade de percepção do som pelo ouvido, ou seja, o som propaga-se, havendo audição pela percepção da vibração. As ondas sonoras chegam até o aparelho auditivo, fazem o tímpano vibrar que, por sua vez, faz os três ossos do ouvido o martelo, a bigorna e o estribo, vibrações, que depois são passadas para a cóclea, onde se trabalham em impulsos nervosos que são transmitidos ao cérebro pelo nervo auditivo]*. (Ver Q.C. anexo 1). Na estimulação auditiva por meio dos sons, os idosos, ao início, ficaram admirados por nada compreenderem de onde vinham os sons do sino, ou do carro a apitar, pois não sabiam que os sons estavam gravados no computador; mas gostaram de ouvir e falar sobre a necessidade de um carro apitar ou o bem que faz uma boa gargalhada.

Um resultado muito interessante foi a atenção dada por parte dos idosos em estarem atentos e descobrirem que, além de conhecer a música folclórica ou do despique, que escutavam os rádios, foi também interessante a atenção dada à música erudita, o que demonstrou ser difícil a sua compreensão, mas, ao mesmo tempo a sentirem como calma e por vezes triste.

Os sons dos animais também tiveram um enorme impacto, uma vez que o som do porco que os fez lembrar “a matança do porco” e a época da “festa”, assim chamada à festa de Natal.

Um outro estímulo presente no projeto foi a estimulação tátil por meio do tato; sendo este *[Um sistema somatossensorial é uma percepção resultante da ativação de receptores neuronais, geralmente na pele, incluindo os folículos pilosos, mas também na língua, na garganta, e mucosa. Existem inúmeras terminações nervosas especializadas situadas na pele e nos tecidos internos do organismo, que estão sujeitas a estímulos do tipo: calor, frio, e tais estímulos são transformados em impulsos nervosos e enviados ao sistema nervoso central, na qual são interpretados e respondidos]*. (Ver Q.C. anexo 1). A estimulação sensorial, no que diz respeito ao tato e ao paladar teve a particularidade de ser com os olhos vendados, o que tornou muito mais

estimulante para os idosos e permitiu uma melhor concentração. Em relação à estimulação por parte “dos toques” (tato) os resultados das sessões foram da descoberta das diferentes texturas, sendo fácil descobrirem do que se tratava. Falou-se também desde da importância das pedras, e dos “batoques” de cortiça, e qual a sua utilidade. O facto de o idoso ter oportunidade de poder tocar com as mãos e só depois ver o objecto, fez com que se relembresse como é que era um bocadinho de arame, ou sentir as ranhuras de uma folha, foram resultados muito positivos.

Finalmente, o paladar também foi estimulado, isto porque o paladar é a capacidade de reconhecer os gostos de substâncias como a comida. Assim, existem quatro sabores básicos: o salgado, o doce, o amargo e o ácido. Os recetores envolvidos neste sentido são células que se agrupam nas chamadas papilas gustativas que se espalham em concentrações diferentes por toda a língua e estão presentes, ainda que em menor número, até no céu da boca, garganta, esófago e nariz; (ver Q.C. anexo 1). Assim, nesta estimulação sensorial, o resultado foi muito positivo, os idosos gostaram mais dos sabores doces do que dos salgados ou líquidos.

Contudo, eles não sabiam identificar/nomear os diferentes paladares, mas tentaram compreender se era algo doce ou amargo, ou dizer se era chocolate, ou bolacha de fibra, laranjada ou café. Também houve a oportunidade de se falar sobre a importância de beber água, ou sobre a doença da diabetes, ou em que refeição podemos beber café, ou a importância do sal na nossa alimentação. Contudo, os idosos gostaram muito do paladar do chocolate.

Por fim, nas grelhas de avaliação das sessões, os resultados obtidos estiveram entre o “gostou” e “gostou muito” das sessões. Assim e depois de somados os valores, as sessões que obtiveram mais a qualificação “gostou muito” foram as sessões das imagens e dos paladares, de certo porque o paladar e das últimas sensações que o idoso perde. Por outro lado, as imagens quanto ao conteúdo das mesmas, foram imagens de rostos conhecidos, de cores é habituais ou mesmo de profissões conhecidas pelos idosos o que lhes facilitou a concretização positiva.

De realçar, o idoso A foi o que mais faltou, nomeadamente às sessões dos toques e sabores e ao longo das sessões foi o que teve mais dificuldade em conseguir compreender a dinâmica das sessões. Também necessitamos de nos esforçar mais para o motivar, e procurando, em diferentes tentativas, alcançar o objetivo que pretendíamos. Os outros idosos conseguiram de uma maneira geral compreender e motivar-se e colaborar ao longo das diferentes sessões.

Concluimos que a participação dos idosos foi muito boa. Destacamos que quando finalizamos as 25 sessões, mais a entrevista final, os idosos referiram que queriam continuar com o projeto e muitas vezes quando chegava à hora de iniciar a sessão perguntavam se não iria haver sessão, mesmo quando o projeto já tinha finalizado. Achamos que os objetivos das sessões foram conseguidos, quanto às noções gerais das sessões pois foram motivados para a participação nas 25 sessões, criou-se uma rotina geral num intervalo de 60 minutos e incentivando, aos idosos a participar, falar, dar a sua opinião, respeitar a opinião do outro, a estar bem e a estar em grupo, a sentirem-se felizes, alegres, bem dispostos, em convívio e acima de tudo procurando, em cada sessão, o bem estar de todos e de cada idoso promovendo a sua qualidade de vida.

6. REFLEXÕES FINAIS

[Estimular é retardar a degradação da mente de uma pessoa que não nasce sábia, mas sim, que se torna sábia, pois, é esse o preço de uma longa jornada!] A. desconhecido.

Podemos concluir que o projeto chegou ao fim, e com um resultado positivo, claro que se poderia-se fazer mais e melhor. Mas este trabalho foi uma primeira experiência exploratória no âmbito de estimulação cognitiva, vertente estimulação sensorial, e os resultados obtidos foram fruto de muitos meses de intenso trabalho e dedicação, quer da parte do técnico, quer da parte dos idosos, uma vez que, todos os dias durante várias semanas ao longo de 25 sessões estiverem connosco, partilhando momentos de encontro, de partilha, de alegria e de boa disposição.

Assim sendo, a vida é uma festa, enquanto que antigamente a vida era mais uma batalha, hoje queremos prolongar esta mesma festa, queremos viver o melhor possível e não só olhar para a decadência da mesma, devemos experimentar as estradas, os desvios, as curvas e contracurvas da vida, no fundo viver, examinar, compreender e desfrutar o melhor possível, cada momento e cada idade da nossa própria existência. Contudo, sabemos que é impossível termos dentro do nosso cérebro objetos, cheiros, pessoas, então, resta-nos o que o cérebro reconstitua cada um dos objetos, cheiros ou outros. Contudo, o Eu que recordamos está em constante mudança, com novas experiências, novas aprendizagens que influenciam, dando assim origem a novas modificações, novas conexões entre as células nervosas.

A neurofisiologia diz nos que a reprodução de novos neurónios, bem como novas sinapses que são produzidas pelo uso dos órgãos de perceção ao longo de toda a vida. Daí que dar um sentido é transformar uma perceção (audição) numa sensação e por sua vez num sentimento. Ao modificar a perceção num sentimento dá-lhe um sentido. Ver, ouvir, cheirar, tocar e saborear são formas de conhecer o mundo exterior ao qual o cérebro de cada um de nós constrói uma representação do mundo envolvente.

Assim, podemos dizer que o mundo exterior introduz-se pelos órgãos sensoriais e sensitivos, por meio da energia de diferentes órgãos, por exemplo, o órgão de Corti contém energia com vibração ondulatória.

Nem todos aqueles que chegam a uma idade mais longa conseguem ter a privacidade dos seus pensamentos e sentimentos, muitas vezes eles vão-se desgastando ao longo do tempo. Assim sendo, acreditamos que a estimulação cognitiva é uma contribuição para a manutenção das funções cognitivas ainda presentes nos idosos. No que nos foi possível observar, e com os resultados a que chegamos, sabemos que é necessário dar-se continuidade à estimulação cognitiva de preferência, diariamente pelo menos 30 minutos, acreditamos que conseguimos observar melhorias significativas, *Freunefer (2012)* defende a intensidade das sessões, e durante longos períodos de tempo para que as mesmas fiquem alicerçadas na estrutura neural.

Acreditamos que desde o início deste projeto existiram dinâmicas de atividades possíveis de dar continuidade, ou seja, ter projeção futura; o que poderá também ele contribuir para uma divulgação científica, achamos que devem ser elaborados e implementados projetos que vão de encontro às necessidades dos nossos idosos. Assim, as sessões do PEC-ES foram pensadas e elaboradas para o público alvo com as suas competências e limitações. Podemos e devemos dar a conhecer as diferentes dinâmicas e conhecimentos do mundo presente, ter em consideração o idoso e as suas limitações. Todos nós temos o nosso tempo para conseguir, chegar ao objetivo pretendido. Finalmente, e de uma forma muito geral podemos concluir que atingimos os objetivos a que nos propusemos aquando do início deste projeto. Valeu todo o esforço, todo o empenho e toda a dedicação.

Nada melhor para acabar o nosso trabalho com uma frase que se resume à importância de todos e cada um na sociedade: [*Se não dermos atenção aos nossos idosos nas suas histórias e vivências, na sua sabedoria de todo uma vida, hipotecamos o nosso futuro, já que uma sociedade dita moderna não pode ser construída senão apoiada em três pilares: a memória dos mais velhos, a força dos jovens e a inocência das crianças*]. Cardeal Jorge Bergoglio (atual Papa Francisco).

7.Referências bibliográficas

- Ballesteros, F. R. (2009). *Gerontologia Social*. Madrid. Edições Pirâmide.
- Barreto, J. (2005). *Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual*. In: Sociologia, Departamento Sociologia Fac. Letras U. Porto.
- Barreto, J. (2006). *Envelhecimento e qualidade de vida: os desafios do presente*. In: *Intervenção Social, saberes e contextos*. Porto. Edições da Escola Superior Educação Social de Paula Frassinetti.
- Oliveira, J. H. B. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto, Legis Editora.
- Bergoglio, J. (2013). *Só o amor nos salvará*. Principia Editora, Lda.
- Beta (2008). *1000 Testes e jogos de inteligência*. Projetos Editoriais, Lda.
- Cabrita, M. J. S. N. (2004). *O idoso, a autonomia e a acessibilidade*. Revista Servir, vol.52, nº5, Setembro/Outubro.
- Camara, V. D.; Gomes, S. S.; Ramos, F.; Moura, S.; Duarte, R.; Costa, S. A.; Ramos, P. A.; F., Lima, J. A. M. C.; Camara, I. C. G.; Silva, L. E.; Silva, A. B.; Ribeiro, M. C. & Fonseca, A. A. (2009). *Reabilitação cognitiva das demências*. *Revista Brasileira de Neurologia*. 45 (1), pp.25-33.
- Castro-Caldas, A. (2005). *Doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Grupo Lidel. Edições Técnicas Lda.
- Damásio, A. (2004). *O Sentimento de Si, o Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*. Publicações Europa América. (15ª Edição).
- Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência, a Construção de um Cérebro Consciente*. Maia: Circulo dos Leitores. (1ª Edição).
- Fernandes, P. (2002). *Depressão no idoso: estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestação da depressão*. Quarteto Editora.
- Ferraz M. (2009). *Educação expressiva um novo paradigma educativa*. Tuttirév Editorial.

- Ferraz, M. (2009). *Terapias Expressivas Integradas*. Volume I e II de Editor. Tuttirév Editorial.
- Ferreira, A. (2010). *Arte, escola e inclusão*. Editora vozes.
- Fonseca, A. M. (2004). *O Envelhecimento – Uma Abordagem Psicológica*. Lisboa. Universidade Católica Editora.
- Fonseca, M.; Paúl, C. & Amado, J. (2000). *Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal*. Coimbra: Almedina
- Goldberg, E. (2008). *O Paradoxo da Sabedoria*. Mem Martins: Publicações Europa - América.
- Leuschner, A. (2005). Política de saúde na área do envelhecimento e da demência. In: *A doença de Alzheimer e as outras demências em Portugal*. Lidel. Lisboa;
- Lima, M. P. (2004). *Posso Participar, Atividades de desenvolvimento pessoal para idosos*. Porto: Ambar. (1ª Edição). pp.123-130.
- Monteiro, F. (2001). *Interpretação e Educação Musical*. Fermata, Editora;
- Morais, M.F. & Bahia, S. (2008). *Criatividade, Conceito, necessidades de intervenção*. Psiquilibrios Edições.
- Neri, A. L. (2001). *Desenvolvimento e Envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas: Papyrus.
- Nordon, D. G.; Guimarães, R. R.; Kozonoe, D. Y.; Mancilha, V. S. & Neto, V. S. D. (2009). *Perda cognitiva em idosos*. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. 11 (3). pp. 5-8.
- Nunes, B. (2008). *Memória funcionamento, perturbações e treino*. Lidel.
- Oliveira, J. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis / Livpsic.
- Paúl, C. (2006). *Psicologia do envelhecimento*. In: *Psicogeriatrics*, eds. H. Firmino; L. Cortez; Pinto, A.; Leuschner & Barreto, J. Coimbra. Edit. Psiquiatria Clínica.
- Paúl, C. (1998). *Panorama demográfico dos idosos em Portugal*. Coimbra: Almedina
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra. Almedina.

- Phauneuf, M. (2010). *O Envelhecimento Perturbado- A Doença de Alzheimer*. Amadora. Lusodidáctica. (2ª edição).
- Pinto, F.C. & Osório, A.R. (2007). *As Pessoas Idosas - Contexto social e intervenção educativa*. Lisboa. Instituto Piaget. Edição/reimpressão.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1999). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rabelo, D. F. (2009). *Declínio cognitivo leve em idosos: fatores associados, avaliação e intervenção*. Revista Mineira de Ciências da Saúde Patos de Minas. UNIPAM. (1). pp. 56-68.
- Raimundo, M. J. & Lima, M. (2002). *Cuidar do idoso: Os Cuidados que prestamos, as pessoas que somos*. In: Servir. Vol.50, nº.4. pp.192-195.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Escala de satisfação com o suporte social*. Análise Psicológica, 3 (XVII). pp. 547-558.
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2008). *Manual de envelhecimento Activo*. Lidel.
- Santana, R. F.; Santos, I. & Caldas, C.P. (2005). *Cuidando de idosos com demência: um estudo a partir da prática ambulatorial em enfermagem*. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília. pp. 44-48.
- Sequeira, C. (2002). *Cuidar de idosos dependentes*. Quarteto.
- Serrano, G.P. (2000). *Modelos de Investigación Cualitativa en Educación Social y Animación Sociocultural*. Madrid: Narcea. pp. 221-286.
- Soares, E. (2006). *Memória e envelhecimento: aspectos neuropsicológicos e estratégias preventivas*. Retirado a 12 de Novembro de 2010.
- Stake, R. E. (2012). *A arte da Investigação com Estudos de Caso*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (3.ª edição).
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicosociais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Webgrafia

www.alzheimerportugal.org. consultado em 20-09-13.

<http://cid10.bancodesaude.com.br/transtorno-cognitivo-leve>. consultado em 06-06-13.

www.associacaoamigosdagrandeidade.com. consultado em 06-06-13.

www.who.int. consultado em 20-10-13.

www.ine.pt. consultado em 20-10-13.

www.psicologia.pt › instrumentos técnicos, dsm IV & cid 10. consultado em 20-10-13.

www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104. consultado em 03-07-13;

<http://cid10.bancodesaude.com.br/cid-10-f/f067/transtorno-cognitivo-leve>. consultado em 06-06-13.

<http://alzheimerportugal.org/pt/demencia-23>. consultado em 12-07-13.

www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/18/75/demenciaamarchadiagns.pdf. consultado em 23-03-13.

www.cuidardeidosos.com.br/portal/wpcontent/uploads/2008/04/manual-do-cuidador-alzheimer.pdf. consultado em 21-06-13.

<http://alzheimerportugal.org/pt/defice-cognitivo-ligeiro>. consultado em 03-07-13.

www.wikipedia.org/wiki/Sistema_sensorial. consultado em 21-06-2013.

<http://institutopsicologiaporto.blogspot.pt/2008/06/prximo-workshop-gerontologia-educativa.html>. consultado em 26-08-13.

<http://musicasaude.blogspot.pt/2011/09/musicoterapia-na-tv.html>. 21-06-13.

www.agencia.ecclesia.pt. consultado em 23-03-13.

www.cnedu.pt/index.php?option=com_virtuemart&Itemid=68&lang=pt&vmcchk=1&Itemid=59. consultado em 03-07-13.

www.correiomanha.pt. consultado em 03-07-13.

www.ffms.pt/. consultado em 03-07-13.

www.infoescola.com/citologia/celulas-da-glia/. consultado em 10-03-13.

www.ipad.mne.gov.pt/CentroRecursos/Biblioteca/Paginas/default.aspx. consultado em 26-08-13.

www.portaldoenvelhecimento.org.br/. consultado em 03-07-13.

www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=a0302. consultado em 26-08-13.

www.viver.org/sobreoviver/diagnostico/2.html. consultado em 26-08-13;

www.2uol.com.br/vyaestelar/musicoterapia_na_terceira_idade01.htm. consultado em 03-07-13.

www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/.../demnciaamarchadiagns.pdf . consultado em 20-02-13.

Anexos

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1- Quadro 1 - Quadro conceitual

Anexo 2 - Quadro 2 - Atividades utilizadas para estimulação cognitiva

Anexo 3- Figura 1 - Disfunções neurológicas

Anexo 4 - Figura 2 - Principais estruturas do cérebro

Anexo 5 - Figura 3 - Desenho de um neurónio

Anexo 6 - Figura 4 - Desenho do Sistema Nervoso Central

Anexo 7 - Figura 5 – Desenho do Cérebro e da Medula Espinal

Anexo 8 - Figura 6 - Divisão das diferentes áreas do cortex cerebral

Anexo 9 - Figura 7 - Constituição do sistema límbico

Anexo 10 - Figura 8 - Funções dos hemisférios

Anexo 11 - Figura 9 - Evolução do potencial cognitivo ao longo da vida

Anexo 12 - Figura 10 - Efeitos do treino e reabilitação das funções cognitivas

Anexo 13 - Gráfico 1 - Evolução da proporção da população idosa

Anexo 14 a, b, c, d - Exemplo de grelhas de observação das 25 sessões do PEC-ES dos idosos

Anexo 15 - Exemplo de grelha de avaliação das 25 sessões do PEC-ES dos idosos

Anexo 16 a, b, c, d, e - Grelhas de observação das 25 sessões do PEC-ES pelo idoso A

Anexo 17 - Grelha de avaliação das 25 sessões do PEC-ES pelo idoso A

Anexo 18 a, b, c, d, e - Grelhas de observação das 25 sessões do PEC-ES pelo idoso B

Anexo 19 - Grelha de avaliação das 25 sessões do PEC-ES pelo idoso B

Anexo 20 a, b, c, d, e - Grelhas de observação das 25 sessões do PEC-ES pelo idoso C

Anexo 21 - Grelha de avaliação das 25 sessões do PEC-ES pelo idoso C

Anexo 22 a, b, c, d, e - Grelha de observação das 25 sessões do PEC-ES pelo idoso D

Anexo 23 - Grelha de avaliação das 25 sessões do PEC-ES pelo idoso D

Anexo 24 - Exemplo da ficha de identificação dos idosos do PEC-ES

Anexo 25 a, b, c, d,e - Exemplo da ficha de avaliação Clínica da Demência

Anexo 26 a, b, c, d - Avaliação Clínica da Demência do idoso A

Anexo 27 a, b, c, d - Avaliação Clínica da Demência do idoso B

Anexo 28 a, b, c, d - Avaliação Clínica da Demência do idoso C

Anexo 29 a, b, c, d - Avaliação Clínica da Demência do idoso D

Anexo 30 - Escala de Depressão Geriátrica

Anexo 31 a - o - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer

Anexo 32 - Escala de Depressão Geriátrica do idoso A

Anexo 33 a - n - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso A (antes da intervenção)

Anexo 34 a - i - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso A (pós intervenção)

Anexo 35 - Escala de Depressão Geriátrica do idoso B

Anexo 36 a - l - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso B (antes da intervenção)

Anexo 37 a - i - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso B (pós intervenção)

Anexo 38 - Escala de Depressão Geriátrica do idoso C

Anexo 39 a - m - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso C (antes da intervenção)

Anexo 40 a - i - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso C (pós intervenção)

Anexo 41 - Escala de Depressão Geriátrica do idoso D

Anexo 42 a - m - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso D (antes da intervenção)

Anexo 43 a - i - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso D (pós intervenção)

Anexo 44 - Exemplo de consentimento informado ao idoso

Anexo 45 - Exemplo de Consentimento informado ao familiar do idoso

Anexo 46 - Consentimento informado ao Presidente do CSPSB

Anexo 47 – Entrevista semi-estruturada

Quadro Conceitual

Tema	Resumo da Ideia	Bibliografia e Webgrafia
<p>Envelhecimento</p>	<p>- “O envelhecimento deve ser encarado como uma experiência positiva” .</p> <p>- “O processo de envelhecimento é caracterizado pelo declínio das várias funções orgânicas, alterando a capacidade de resposta do organismo, tornando o idoso mais susceptível às doenças”</p> <p>- “O envelhecimento, para além das alterações do organismo, traz ao ser humano alterações nas funções cognitivas, bem como uma série de mudanças psicológicas que pode resultar em: perturbações da inteligência, da memória e da aprendizagem; dificuldades de adaptação a novos papéis; baixa auto-imagem e auto-estima; dificuldades de acomodação às mudanças rápidas; falta de motivação e dificuldade de planejar o futuro; alterações psíquicas que exigem tratamento; depressão, hipocondria, alterações psíquicas que exigem tratamento. No plano individual, envelhecer não significa apenas aumentar o número de anos vividos: junto com a evolução cronológica devemos considerar os fenómenos biopsicossociais, que são fundamentais para a percepção da idade e do envelhecimento. É o envelhecimento considerado natural, onde o organismo apresenta alterações funcionais, atribuídas ao envelhecimento, que são próprias do avançar dos anos. Já o envelhecimento patológico, a senescência, caracteriza-se por ser incapacidade que, afeta diretamente a qualidade de vida do indivíduo.</p> <p>-O envelhecimento biológico é o tempo de vida humana em que o organismo sofre consideráveis mutações de declínio na sua força, disposição e aparência, as quais não incapacitam ou comprometem o processo vital.</p> <p>-O envelhecimento psicológico refere-se aos aspectos cognitivos e às emoções, que estão directamente relacionadas com as questões sociais, com o contexto sócio-ambiental que o indivíduo está inserido.</p> <p>-O envelhecimento social é a dimensão construída pela sociedade. Nas sociedades antigas, em geral, ser velho conferia uma posição dignificante e todos que atingiam essa etapa eram acatados como sábios.</p> <p>- A inadaptação do idoso aos padrões ideais estabelecidos pela sociedade, como a perda do</p>	<p>PAUL, Constança; Panorama demográfico dos idosos em Portugal;</p> <p>CABRITA, Maria José Simões Neto, O idoso, a autonomia e a acessibilidade;</p> <p>NERI, Anita Liberalesso, Desenvolvimento e Envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas;</p> <p>BALLESTEROS, R. F., Gerontologia Social;</p>

	<p>papel profissional com a aposentadoria e a perda do papel na família como chefe de família e provedor, conduz ao isolamento, onde o idoso vai diminuindo seus contatos com o mundo em que vive, surgindo sentimentos de inutilidade e solidão, levando à depressão e muitas vezes à morte.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A OMS define a saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade. - Assim, desde a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa em 1986, até à conferência internacional de saúde para o desenvolvimento, em Buenos Aires (2007), todas elas contêm as orientações para atingir a Saúde para todos, dando o enfoque principal à promoção da saúde; saúde esta que engloba tudo e todos, desde o indivíduo como tal, passando pela sua comunidade, até ao ministro da saúde. 	<p>www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosr evisao_FINAL.pdf</p>
Saúde		
Demência	<ul style="list-style-type: none"> - Termo utilizado para descrever os sintomas de um grupo alargado de doenças que causam um declínio progressivo no funcionamento da pessoa. É um termo abrangente que descreve a perda de memória, capacidade intelectual, raciocínio, competências sociais e alterações das reações emocionais normais; - Etimologicamente, o termo demência deriva da palavra latina <i>dementia</i> (privação da mente), sendo, presentemente, utilizado para descrever uma síndrome caracterizada por um declínio adquirido das funções cognitivas, geralmente associado a alterações de personalidade e/ou do comportamento, de gravidade suficiente para interferir no desempenho das actividades de vida diária e na qualidade de vida do indivíduo. 	<p>http://alzheimerportugal.org/pt/demencia;</p> <p>http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/750/demenciaamarchadiagns.pdf</p>
Doente de Alzheimer	<ul style="list-style-type: none"> - “ É uma pessoa que continua a crescer, aprender e a ter potencial para o futuro. São pessoas que continuam em busca de felicidade, de alegria e do prazer”; - Assim, a demência Alzheimer tem três características principais: esquecimento ou problemas com a memória, problemas de comportamento (agitação, insônia, choro fácil, comportamentos inadequados) e perda das habilidades adquiridas pela vida (conduzir, vestir a roupa, cozinhar, perder-se na rua, entre outras); - Os 10 sinais mais comuns nas demências: déficit de memória; dificuldades de executar tarefas domésticas; problema com o vocabulário; desorientação no tempo e espaço; incapacidade de julgar situações; problemas com o raciocínio abstracto; alterações de humor, de comportamento, de personalidade e perda da iniciativa – passividade 	<p>RAIMUNDO, Maria João, LIMA, Michael, Cuidar do idoso: Os Cuidados que Prestamos, as pessoas que somos</p> <p>www.cuidardeidosos.com.br/portal/wpcontent/uploads/2008/04/manual-do-cuidador-alzheimer.pdf</p>

<p>Declínio Cognitivo Leve</p>	<p>- Transtorno caracterizado por uma alteração da memória, por dificuldades de aprendizado e por uma redução da capacidade de concentrar-se numa tarefa além de breves períodos.</p> <p>- O Declínio Cognitivo Ligeiro (DCL), considerado como um estado intermediário entre o envelhecimento cognitivo normal e a demência leve, representa elevado risco para o desenvolvimento de demência.</p> <p>- O Déficit Cognitivo Ligeiro é uma condição médica geralmente definida como a perda das capacidades cognitivas (as funções de pensamento do cérebro) numa proporção maior do que é esperado para a idade da pessoa. Memória -Perda de memória moderada; mais acentuada nos acontecimentos recentes; interfere com as atividades do dia-a-dia.</p> <p>Orientação Dificuldade grave nas relações temporais; quase sempre desorientado no tempo, frequentemente no espaço. Discernimento e resolução de problemas- Dificuldades moderadas para resolver problemas, semelhanças e diferenças; normalmente mantêm o discernimento social. Relacionamento com a comunidade- Incapaz de funcionar independentemente nestas atividades, embora, de certa forma, ainda possa estar envolvido; numa avaliação superficial aparenta normalidade. Casa e passatempos- Limitação ligeira, mas evidente, do funcionamento em casa; abandono das tarefas mais difíceis; abandono dos passatempos e interesses mais complicados. Cuidados pessoais - Necessita de ser lembrado</p>	<p>http://cid10.bancodesaude.com.br/cid-10</p> <p>http://www.associacaoamigosda grandeidade.com/wp-content/uploads</p> <p>http://alzheimerportugal.org/pt/defice-cognitivo-ligeiro</p> <p>alzheimer.wustl.edu/cdr/PDFs/Translations/Portuguese%20Portugal.pdf</p>
<p>Bem estar e Qualidade De vida</p>	<p>- Bem estar é a “ A percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.”</p> <p>- A QV pode se basear em três princípios fundamentais: capacidade funcional, nível socioeconómico e satisfação. Esta também pode estar relacionada com os seguintes componentes: capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação económica e autoproteção de saúde.</p> <p>- A QV boa ou excelente é aquela que oferece um mínimo de condições para que os indivíduos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, vivendo, sentindo ou amando, trabalhando, produzindo bens ou serviços; fazendo ciência ou artes; vivendo (...) apenas enfeitando, ou, simplesmente existindo. No tocante à avaliação da qualidade de vida do idoso, deve-se ressaltar a complexidade da tarefa com a prevalência das doenças,</p>	<p>www.who.int,</p> <p>www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-</p> <p>FONSECA, Manuel, PAUL Constança, AMADO, João, Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal;</p>

	<p>perdas de papéis ocupacionais e perdas afetivas. Avaliar a qualidade de vida do idoso implica a adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e socioestrutural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos.</p>	<p>Estimulação Sensorial</p> <p>- Intervenção Sensorial: estimular os sentidos, promover o relaxamento O comportamento é a expressão corporal e motora de tudo o que se passa no nosso mundo interior quer a um nível consciente, quer inconsciente. Os ritmos diários, a nossa própria agitação, as exigências e pressões exteriores, o pouco convívio, são factores que justificam o número crescente de queixas. A estimulação sensorial a procura da sensação. Permite que a pessoa explore e experimente-se num ambiente de confiança e prazer. Neste espaço a pessoa é convidada a assumir um papel activo, explorando-o ao seu ritmo físico e emocional sem pressões externas.</p> <p>O Sistema sensorial consiste nos receptores sensoriais, nos neurónios aferentes, e nas partes do cérebro envolvidas no processamento da informação. Os sentidos são os meios através dos quais os seres vivos percebem e reconhecem outros organismos e as características do meio ambiente em que se encontram, em outras palavras, são as traduções do mundo físico para a mente. Os mais conhecidos são cinco: a visão, audição, tato, paladar e olfacto. Os estímulos são os precursores das respostas fisiológicas envolvendo o sistema sensorial: frio, calor, dor, luz, cores, e muitos outros. Podemos dizer que possuem quatro parâmetros básicos: tipo, intensidade, localização e duração. Geralmente, cada receptor sensorial responde a um determinado tipo de estímulo. Além disso, os receptores sensoriais possuem a capacidade de enviar a informação em diferentes frequências garantindo assim o entendimento do sistema nervoso central para a intensidade e duração; a localização do receptor que é estimulado dá ao cérebro informações sobre a localização do estímulo: por exemplo, estimulando mecanorreceptores em um dedo vai enviar informações ao cérebro sobre o dedo. Desde Aristóteles culturalmente se reconhecem cinco sentidos: visão, audição, paladar, olfato e tato.</p> <p>Uma definição bastante aceita seria a de que um sentido é um sistema que consiste em um</p>
		<p>http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_sensorial</p>

grupo de um tipo de células sensoriais que responde a um fenómeno físico específico, e que corresponde a um determinado grupo de regiões do cérebro onde os sinais são recebidos e interpretados. Discussões sobre o número de sentidos que os seres humanos possuem tipicamente surgem da classificação dos vários tipos de células e as regiões do cérebro correspondentes. Cada receptor sensorial responde a um determinado tipo de estímulo. Os olhos, por exemplo, possuem um tipo de sensor que detecta luz, e este sensor detecta apenas isso. Além disso, os receptores sensoriais possuem a capacidade de enviar a informação em diferentes padrões, garantindo assim o entendimento do sistema nervoso central para, digamos, a intensidade e duração; a localização do receptor que é estimulado dá ao cérebro informações sobre a localização do estímulo.

Visão é a habilidade que nos permite ver o que ocorre em nossa volta a janelas para o mundo. A luz estimula os fotorreceptores na retina, dentro de cada olho, e este estímulo chega ao cérebro pelos nervos ópticos.

Audição é a percepção do som pelo ouvido. O som é a propagação das ondas mecânicas em meios materiais, fazendo portanto da audição a percepção da vibração. As ondas sonoras chegam até o aparelho auditivo, fazem o tímpano vibrar que, por sua vez, faz os três ossos da orelha (martelo, bigorna e estribo) vibrarem; as vibrações são passadas para a cóclea, onde se transformam em impulsos nervosos que são transmitidos ao cérebro pelo nervo auditivo.

Paladar é a capacidade de reconhecer os gostos de substâncias como comida, alguns minerais, até venenos etc. Existem quatro sabores básicos bem aceites: salgado, doce, amargo, ácido. Os receptores envolvidos neste sentido são células que se agrupam nas chamadas papilas gustativas. As papilas gustativas que se espalham em concentrações diferentes por toda a língua, e estão presentes, ainda que em menor número, até no céu da boca, garganta, esôfago e nariz; suas concentrações variam consideravelmente de indivíduo para indivíduo. Isso significa que, ao contrário da lenda popular, a língua percebe sabores diferentes de forma razoavelmente igual por toda a sua extensão.

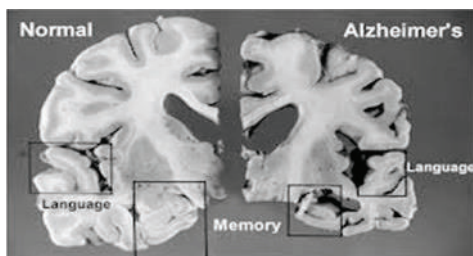
Olfacto situa-se na cavidade nasal encontramos a mucosa olfativa que possui inúmeras terminações nervosas. As substâncias, ao passarem pela mucosa, estimulam as terminações nervosas e o nervo olfativo encaminha as mensagens até o córtex cerebral.

	<p>Tato, sistema somatossensorial é uma percepção resultante da ativação de receptores neuronais, geralmente na pele, incluindo os pelos de cabelo, mas também na língua, na garganta, e mucosa. Existem inúmeras terminações nervosas especializadas situadas na pele e nos tecidos internos do organismo, que estão sujeitas a estímulos do tipo: calor, frio, dor, tato, entre outros. Tais estímulos são transformados em impulsos nervosos e enviados ao sistema nervoso central, na qual são interpretados e respondidos</p>	
--	---	--

Anexo 1 – Quadro 1- Quadro Conceitual

Actividade	Descrição
<i>Introdução</i>	<i>Toma-se sempre como ponto de partida um aspeto necessário e benéfico: cumprimentos, apertos de mão; uso de nomes para identificar as pessoas, procurando evitar esquecimento dos nomes para evitar embaraços.</i>
<i>Utilização de quadro-negro</i>	<i>Escrevem-se nele as datas, os comentários, os desenhos sobre as estações do ano, etc.</i>
<i>Emprego de letras</i>	<i>Utilizam-se letras bem grandes, em cartões, podendo ter diversas utilidades: passar informações, jogos, etc.</i>
<i>Frutas e flores</i>	<i>- Utilizam-se para lembrar as estações do ano e para estimular o olfato, o tato e o paladar.</i>
<i>Relógio grande com ponteiro</i>	<i>Marca-se o horário das atividades comuns do dia-a-dia para orientar.</i>
<i>Culinária</i>	<i>Utiliza-se livro de receitas e discute-se sobre pratos favoritos. O homem pode ser estimulado no sentido de relembrar tipos de comidas que gostava.</i>
<i>Atividades da vida diária</i>	<i>Treina-se nomes de utensílios de cozinha, mobiliário, objetos de uso pessoal, etc.</i>

Anexo 2 - Quadro 2 - Atividades utilizadas para estimulação cognitiva. In: Revista Brasileira de Neurologia, Volume 45, nº1, janeiro, fevereiro, março, 2009

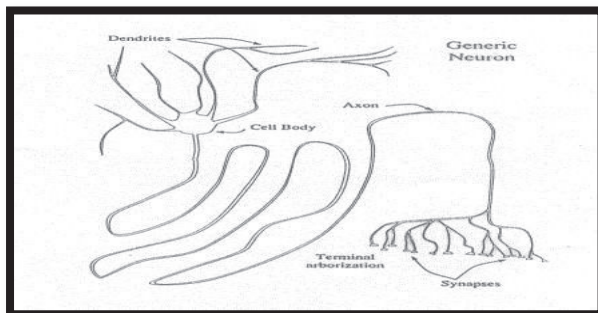


Anexo 3 - Figura 1 -

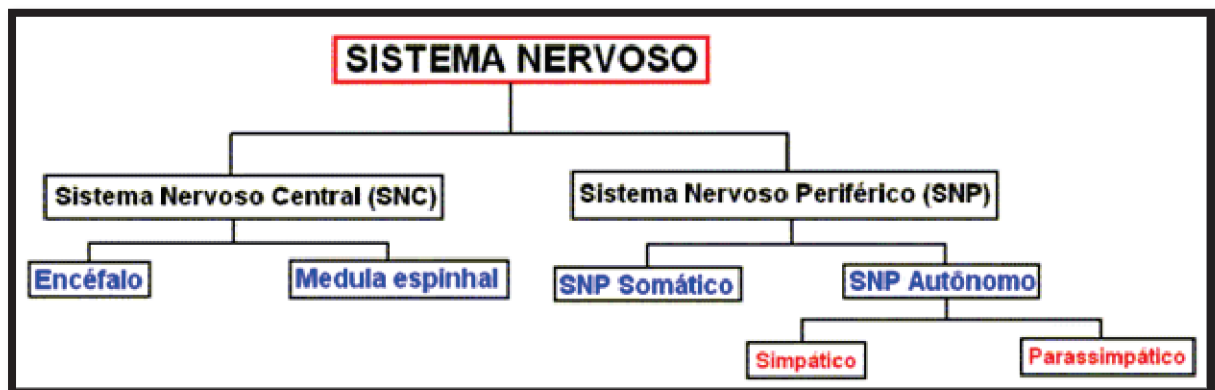
<http://vidaematividade.wordpress.com/category/disfuncoes-neurologicas/>



Anexo 4 - Figura 2 - <http://e-pesquisadora.blogspot.pt/>

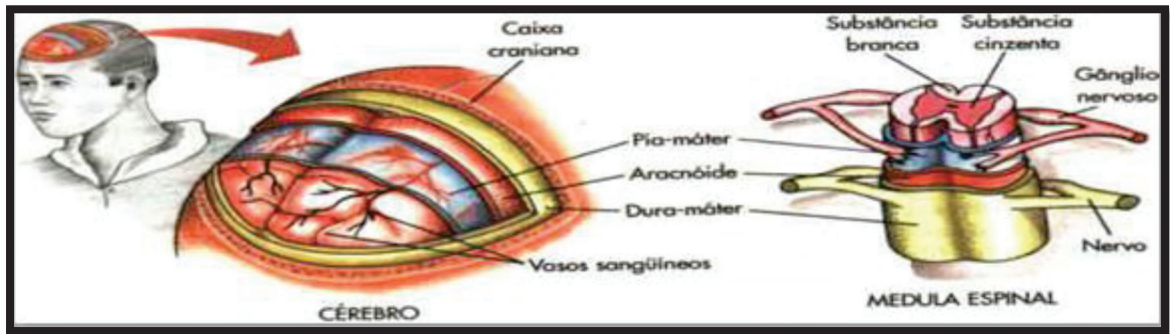


Anexo 5 - Figura 3 - <http://www.math.ist.utl.pt/cienciaviva/teoria.htm>

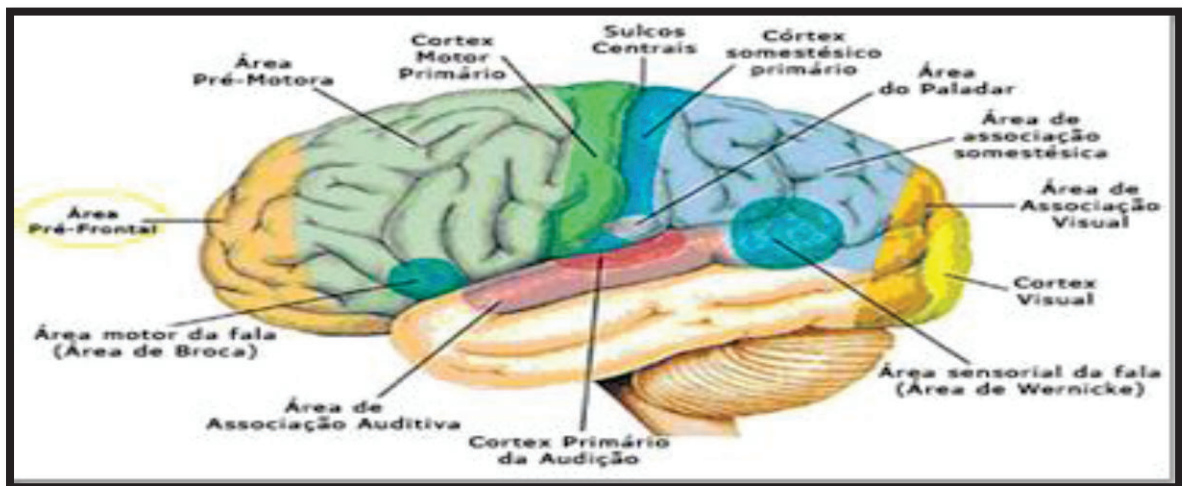


Anexo 6 - Figura 4 - Constituição do sistema nervoso.

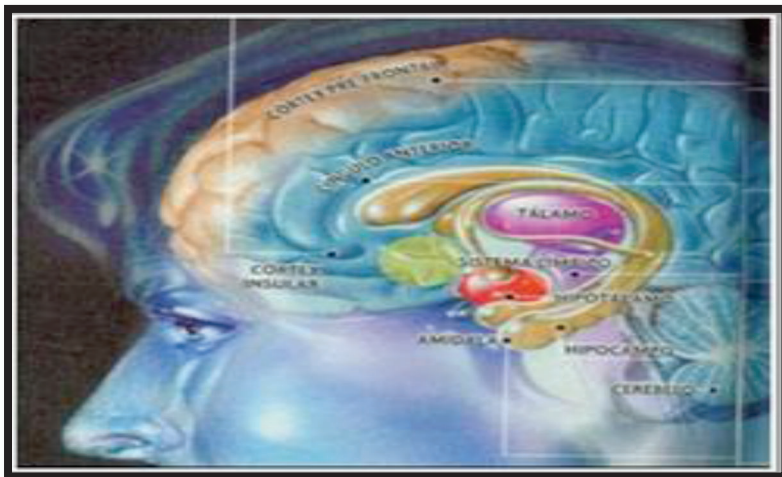
Fonte: <http://www.math.ist.utl.pt/cienciaviva/teoria.htm> 09-03-13



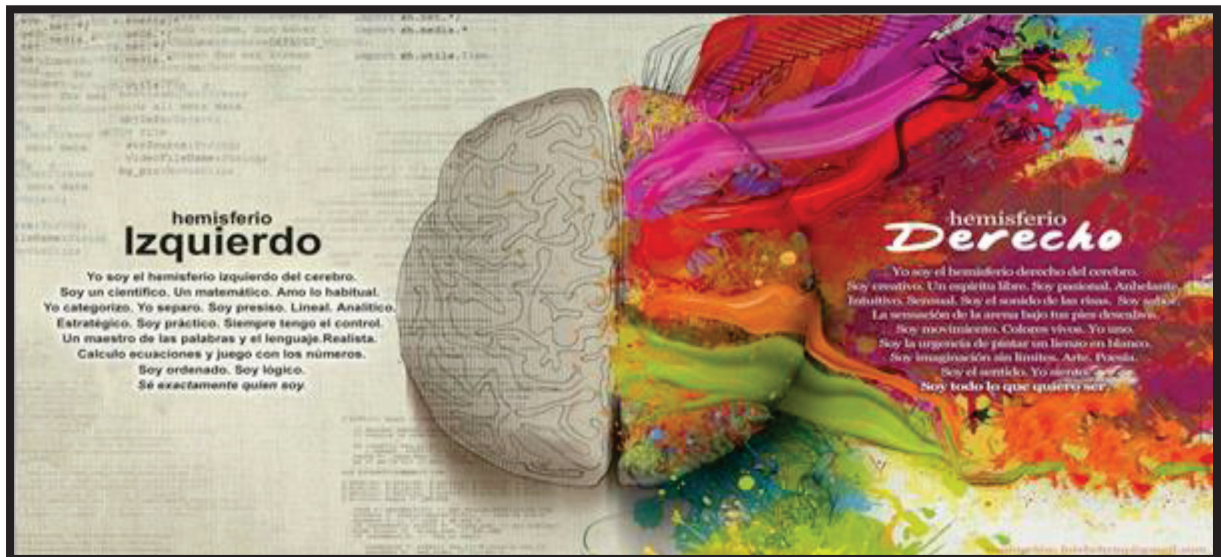
Anexo 7 - figura 5 - <http://www.afh.bio.br/nervoso/nervoso3.asp>



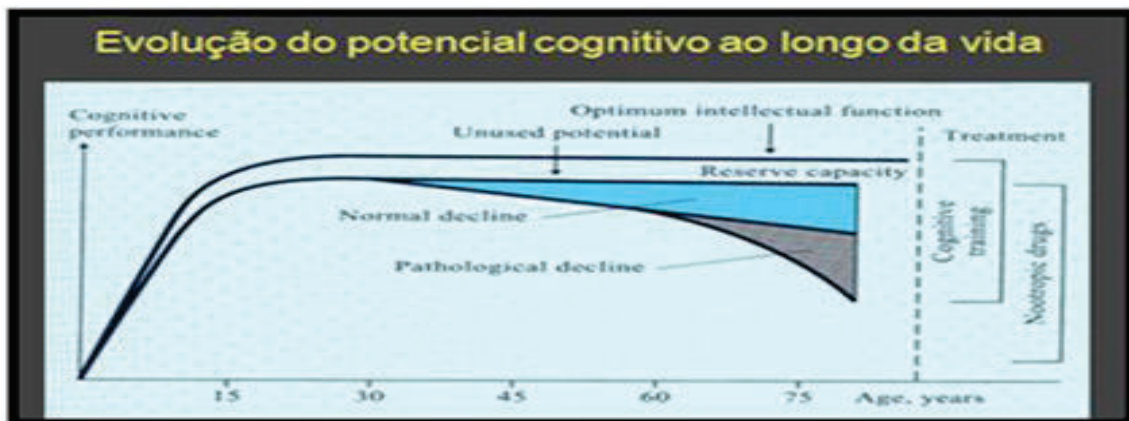
Anexo 8 – figura 6 - Divisão das diferentes áreas do córtex cerebral. Fonte Essenciais: Anatomia & Fisiologia, Seeley e outros.



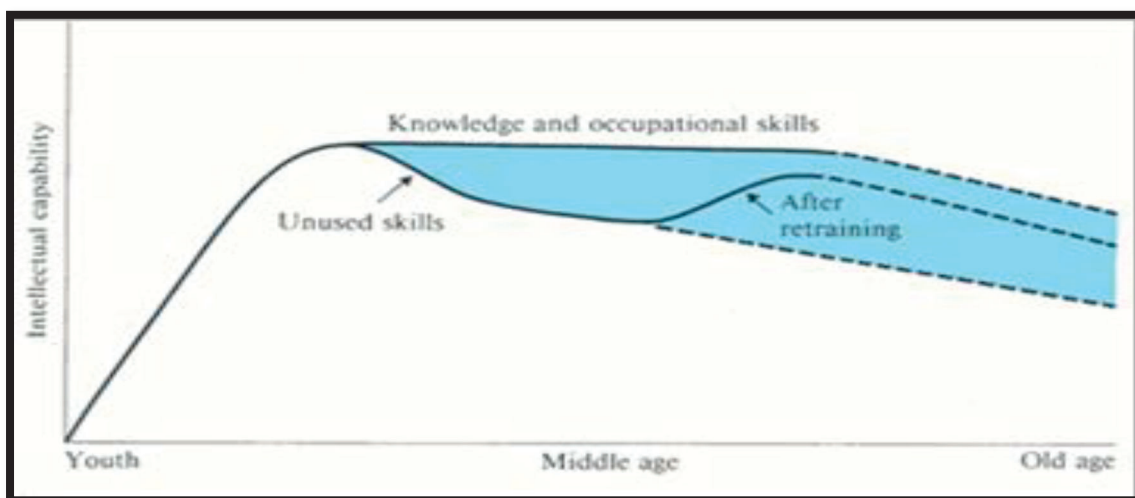
Anexo 9 – figura 7 - constituição do sistema Límbico. Fonte: <http://www.infoescola.com/anatomia-humana/sistema-limbico/>



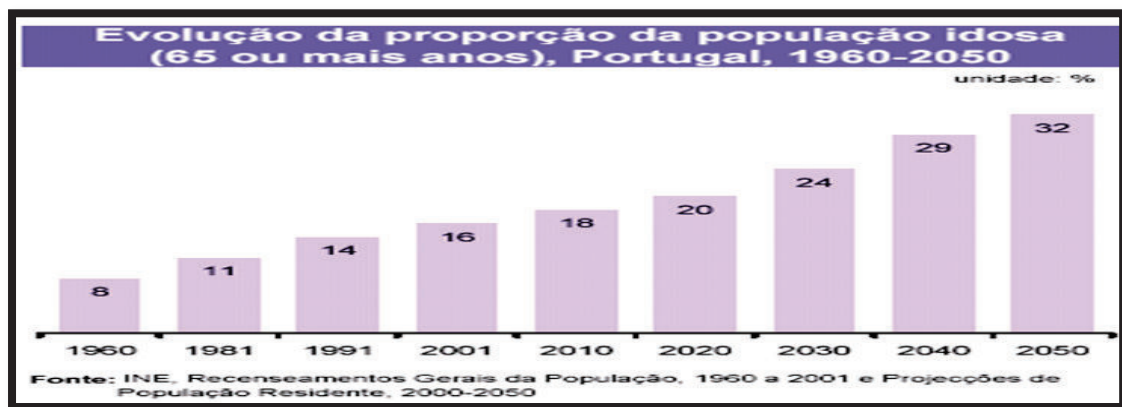
Anexo 10 - figura 8 - funções de cada hemisfério, fonte: <http://yodesaprendo.blogspot.pt/>



Anexo 11 – Figura 9 - Evolução do potencial cognitivo ao longo da vida



Anexo 12 – Figura 10 - Efeitos do treino e reabilitação das funções cognitivas



Anexo 13 – Gráfico 1- Evolução da proporção da população idosa

Grelhas de Observação

Perceção "Substrato"	Ampelão	Sabão azul	Sabão verde	Caixa de laranja	Pil café	Caneta	Sabão verde	Alho	Perfume	Sabão azul	Verniz	Sabão verde	Perfume	Hidra tinte	Alcool	Caneta	Louro	Pil Café	Alho	Cartão	Arruela	Eucalipto	Alextrim	Caixa de laranja	Morteló pimenta
Data	05-08-13					12-08-13					19-08-13					26-08-13					02-09-13				
O idoso consegue identificar a "Substrato"?																									
O idoso preenche de acordo com a instrução para identificar a "Substrato"?																									
Se o idoso preenche de acordo com a instrução para identificar a "Substrato", quantos erros foram cometidos?																									
O idoso preenche de acordo com a instrução para identificar a "Substrato"?																									
Se não, de qual "Substrato" não foi identificado?																									
O idoso preenche de acordo com a instrução para identificar a "Substrato"?																									
O idoso preenche de acordo com a instrução para identificar a "Substrato"?																									
O idoso preenche de acordo com a instrução para identificar a "Substrato"?																									

Anexo 14.a – Exemplo de grelhas de observação das 25 sessões do PEC-ES dos idosos

Pec-es II "Imagens"	Médico	Vendedor	Bombeiro	Professor	Padre	Preto	Castanho	Laranja	Azul	Vermelho	João Paulist	Max	A. J. Jardim	Amália	C. Silva	N. S. Fátima	Santis. Trindade	São Pedro	S. Paula Delgada	Santo António	Padre	Castanho	A. J. Jardim	N. S. Fátima	Agricultor	
Data	05-08-13					13-08-13					20-08-13					27-08-13					03-09-13					
O idoso consegue identificar a "Imagens"?																										
O idoso preenche de acordo com a instrução para identificar a "Imagens"?																										
Se o idoso preenche de acordo com a instrução para identificar a "Imagens", quantos erros foram cometidos?																										
O idoso preenche de acordo com a instrução para identificar a "Imagens"?																										
Se não, de qual "Imagens" não foi identificado?																										
O idoso preenche de acordo com a instrução para identificar a "Imagens"?																										
O idoso preenche de acordo com a instrução para identificar a "Imagens"?																										

Anexo 14.b - Exemplo de grelhas de observação das 25 sessões do PEC-ES dos idosos

Per-es II	Cão	Gato	Galinha	Porco	Vaca	Carro apitar	Asso bico	Toque telefone	Sino igreja	Gargalhadia	Choro bebê	Tro voado	Vento	Água	Fogueteira	M. Religiosa	M. fábriica	M. Fado	M. Popular	M. Clássica	Vento	Assobio	M. fábriica	Porco	M. Relig
"Sons"																									
Data		07-08-13				14-08-13				21-08-13				28-08-13				04-09-13							
O aluno consegue identificar o "som"?																									
O aluno aponta de qual lado para identificar o "som"?																									
Se o aluno aponta de qual lado para identificar o "som", quantas palavras reconheceu?																									
O aluno fala sobre o "som"?																									
Se falar de "som", que falas reconheceu?																									
O aluno reconhece de qual lado quando se fala sobre o "som"?																									
O aluno reconhece o nome como é dito, mas, escreve no tablet																									
O aluno reconhece o nome como é escrito																									

Anexo 14.c- Exemplo de grelhas de observação das 25 sessões do PEC-ES dos idosos

Per-es IV "toques"	Arela	Sola de li	Arame	Saco Plástico	Pedra ca lha	Pedra ta lha	Pedra madeira	Arrua	Mola deira	Pedra Casca lha	Semi lha	Folha de papel	Saco plástico	Folha de árvore	Porta chaves	Esco va	estrela	Arame	Sola ponti aguda	Peça de roupa espra	Lenço de viginha	Sola de li	Arela	Bolha	Culhar de sobremesa	Micro fone
Data																										
08-08-13			17-08-13			22-08-13			29-08-13			04-09-13														
O aluno consegue identificar o "toque"?																										
O aluno aponta de qual lado para identificar o "toque"?																										
Se o aluno aponta de qual lado para identificar o "toque", quantas palavras reconheceu?																										
O aluno fala sobre o "toque"?																										
Se falar de "toque", que falas reconheceu?																										
O aluno reconhece de qual lado quando se fala sobre o "toque"?																										
O aluno reconhece o nome como é dito, mas, escreve no tablet																										
O aluno reconhece o nome como é escrito																										

Anexo 14.d - Exemplo de grelhas de observação das 25 sessões do PEC-ES dos idosos

Pães V "sabores"	Laran jada	Choco late	Snack	Amen doim	Bolacha creme	Laran jada	Café	Água	Gela tina	logur te	Sulta nas	Rebu çados	Apiclar branco	Bolacha creme	Choco late	Bolacha integral	Pete atum	Amen doim	Snack	Sal branc o	Água	Rebu çado	Snack	Bolacha integral	Choco late	
09-08-13				16-08-13				23-08-13				30-08-13				06-09-13										
O idoso conseguiu identificar o "sabor"?																										
O idoso precisa de ajuda para identificar o "sabor"?																										
Se o idoso precisa de ajuda para identificar o "sabor", quantas tentativas necessitou?																										
O idoso ficou satisfeito com o "sabor"?																										
Se ficou do "sabor" que lhe foi apresentado?																										
O idoso precisou de ajuda para identificar o "sabor"?																										
O idoso reconhece a comida em outras ocasiões?																										

Anexo 14.e - Exemplo de grelhas de observação das 25 sessões do PEC-ES dos idosos

Nº da Sessão	Data	Jogos de estimulação vertente estimulação multi-sensorial	Participação dos idosos				Avaliação final da sessão pelo idoso			
			A	B	C	D	Não gostei	Gostei pouco	Gostei	Gostei muito
Introdução		Entrevista inicial								
1	05-08-13	I Sessão - "Cheiros"								
2	06-08-13	I Sessão - "Imagens"								
3	07-08-13	I Sessão - "Sons"								
4	08-08-13	I Sessão - "Toques"								
5	09-08-13	I Sessão - "Sabores"								
6	12-08-13	II Sessão - "Cheiros"								
7	13-08-13	II Sessão - "Imagens"								
8	14-08-13	II Sessão - "Sons"								
9	17-08-13	II Sessão - "Toques"								
10	16-08-13	II Sessão - "Sabores"								
11	19-08-13	III Sessão - "Cheiros"								
12	20-08-13	III Sessão - "Imagens"								
13	21-08-13	III Sessão - "Sons"								
14	22-08-13	III Sessão - "Toques"								
15	23-08-13	III Sessão - "Sabores"								
16	26-08-13	IV Sessão - "Cheiros"								
17	27-08-13	IV Sessão - "Imagens"								
18	28-08-13	IV Sessão - "Sons"								
19	29-08-13	IV Sessão - "Toques"								
20	30-08-13	IV Sessão - "Sabores"								
21	02-09-13	V Sessão - "Cheiros"								
22	03-09-13	V Sessão - "Imagens"								
23	04-09-13	V Sessão - "Sons"								
24	05-09-13	V Sessão - "Toques"								
25	06-09-13	V Sessão - "Sabores"								
Final	09 e 10-09-13	Entrevista final								

Anexo 15 – Exemplo de grelha de avaliação das 25 sessões dos PES-ES dos idosos

Pec-es I "cheiros"	Arruda	Sabão azul	Sabão preto	Casca de laranja	Pó café	Canela	Sabão preto	Alho	Perfume	Sabão azul	Verniz	Sabão preto	Perfume	Hidratante	Alcool	Caneta	Louros	Pó Café	Alho	Caril	Arruda	Eucalipto	Alecrim	Casca de laranja	Hordele pimenta			
Data	05-08-13				12-08-13				19-08-13				26-08-13				02-09-13											
O idoso consegue identificar a "imagem"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
O idoso precisa de ajuda para identificar a "imagem"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Se o idoso precisa de ajuda para identificar a "imagem", quantas tentativas necessitou?	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
O idoso tenta ouvir a "imagem"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Se ficou de "cheiro" que não se recorda?	Nenhuma																											
O idoso precisa de ajuda para reconhecer e falar sobre a "imagem"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
O idoso consegue identificar a imagem com o nome da família?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

Anexo 16.a - Grelha de observação das 25 sessões do PEC-ES do idoso A

Pec-es II "imagens"	Médico	Vendedor	Bombeiro	Professor	Padre	Preto	Castanho	Laranja	Azul	Vermelho	João Paulão	Max	A. L. Jardim	Amália	C. Silva	N. S. Fátima	Santos, Trindade	São Pedro	S. Ponta Delgada	Santo António	Castanho	A. L. Jardim	N. S. Fátima	Agricultor				
Data	06-08-13				13-08-13				20-08-13				27-08-13				03-09-13											
O idoso consegue identificar a "imagem"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
O idoso precisa de ajuda para identificar a "imagem"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Se o idoso precisa de ajuda para identificar a "imagem", quantas tentativas necessitou?	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
O idoso tenta ouvir a "imagem"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Se ficou de "imagem" que não se recorda?	Nenhuma																											
O idoso precisa de ajuda para reconhecer e falar sobre a "imagem"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
O idoso consegue identificar a imagem com o nome da família?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

Anexo 16.b - Grelha de observação das 25 sessões do PEC-ES do idoso A

Pec-es III "Sons"	Cão	Gato	Galinha	Porco	Vaca	Carro apitar	Assobio	Toque telefone	Sino Igreja	Gargalhada	Choro bebê	Trovoada	Vento	Água	Fogueteira	M. Religiosa	M. folclórica	M. Fado	M. Popular	M. Clássica	Vento	Assobio	M. folclórica	Porco	M. Religiosa	
Data	07-08-13				14-08-13				21-08-13				28-08-13				04-09-13									
O idoso consegue identificar o "som"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
O idoso precisa de ajuda para identificar o "som"?	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Se o idoso precisa de ajuda para identificar o "som", quantas tentativas necessitou?					ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST
O idoso fez sobre o "som"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Se fez, de "som" que lhe fez recordar?	Música		Música		Música		Música		Música		Música		Música		Música		Música		Música		Música		Música		Música	
O idoso precisa de ajuda para recordar o "som"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓





Anexo 16 c - Grelha de observação das 25 sessões do PEC-ES do idoso A

Pec-es IV "toques"	Areia	Bola de is	Arame	Saco plástico	Pedra lha	Pedra lha	Arroz	Mola deira	Pedra Casca lha	Semilha	Folha de papel	Saco plástico	Folha de árvore	Porta chaves	Escova	estregão	Arame	Bola ponti ajuda	Peça de roupa aspre	Lenço de algodão	Bola de is	Areia	Rulha	Colher de sobremesa		
Data	08-08-13				17-08-13				22-08-13				29-08-13				09-09-13									
O idoso consegue identificar o "toque"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
O idoso precisa de ajuda para identificar o "toque"?	S	N	N	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
Se o idoso precisa de ajuda para identificar o "toque", quantas tentativas necessitou?	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	ST	
O idoso fez sobre o "toque"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Se fez, de "toque" que lhe fez recordar?	Música		Música		Música		Música		Música		Música		Música		Música		Música		Música		Música		Música		Música	
O idoso precisa de ajuda para recordar o "toque"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
O idoso identifica o toque como duro, mole, aspero ou suave?	Mole, duro, aspero				Mole, duro, aspero				Mole, duro, aspero				Mole, duro, aspero				Mole, duro, aspero									
O idoso reconhece o toque nos olhos?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

Anexo 16.d - Grelha de observação das 25 sessões do PEC-ES do idoso A

Pes-es V "sabores"	Laranja	Choco late	Snack	Amen doim	Bolacha creme	Laranja	Café	Água	Gelo tina	Íngar te	Sulta nas	Rebu çados	Açúcar branco	Bolacha creme	Choco late	Bolacha integral	Pate atum	Amen doim	Snack	Sal branco	Água	Rebu çado	Snack	Bolacha integral	Choco late	
Data	09-08-13					16-08-13					23-08-13					30-08-13					06-09-13					
Se o idoso consegue identificar o "sabor"	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												✓	✓	✓	✓	✓
Se o idoso precisa de ajuda para identificar o "sabor"	✓	-	-	-	-	✓	✓	-	✓	✓												✓	✓	✓	✓	✓
Se o idoso precisa de ajuda para identificar o "sabor" quanto necessita?	2T	✓	✓	✓	✓	3T	2T	-	3T	3T												-	2T	3T	3T	2T
Se o idoso sabe o "sabor"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												✓	✓	✓	✓	✓
Se sabe de "sabor" que lhe foi oferecido?	Bolo de leite																									
Se o idoso precisa de ajuda para reconhecer o "sabor"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓												✓	-	✓	✓	✓
Se o idoso reconhece o "sabor"?	Sim																									
						+ Sali do leite familiar					+ pouco Sali da meu familiares					Sim										

Anexo 16.e - Grelha de observação das 25 sessões do PEC-ES do idoso A

Nº da Sessão	Data	Jogos de estimulação visando estimulação multi-sensorial	Participação do idoso A	 Não gostei	 Gostei pouco	 Gostei	 Gostei muito
Introdução		Entrevista inicial	X				
1	05-08-13	I Sessão - "Cheiros"	X			X	
2	06-08-13	I Sessão - "Imagens"	X			X	
3	07-08-13	I Sessão - "Sons"	X			X	
4	08-08-13	I Sessão - "Toques"	X			X	
5	09-08-13	I Sessão - "Sabores"	X			X	
6	12-08-13	II Sessão - "Cheiros"	X				X
7	13-08-13	II Sessão - "Imagens"	X			X	
8	14-08-13	II Sessão - "Sons"	X				X
9	17-08-13	II Sessão - "Toques"	X			X	
10	16-08-13	II Sessão - "Sabores"	X				X
11	19-08-13	III Sessão - "Cheiros"	X			X	
12	20-08-13	III Sessão - "Imagens"	F			X	
13	21-08-13	III Sessão - "Sons"	X			X	
14	22-08-13	III Sessão - "Toques"	F				
15	23-08-13	III Sessão - "Sabores"	F				
16	26-08-13	IV Sessão - "Cheiros"	X				X
17	27-08-13	IV Sessão - "Imagens"	F				
18	28-08-13	IV Sessão - "Sons"	X			X	
19	29-08-13	IV Sessão - "Toques"	F				
20	30-08-13	IV Sessão - "Sabores"	F				
21	02-09-13	V Sessão - "Cheiros"	X			X	
22	03-09-13	V Sessão - "Imagens"	X				X
23	04-09-13	V Sessão - "Sons"	X			X	
24	05-09-13	V Sessão - "Toques"	X				X
25	06-09-13	V Sessão - "Sabores"	X			X	
Final	09 e 10-09-13	Entrevista final	X			X	

Anexo 17 - Grelha de avaliação das 25 sessões dos PES-ES do idoso A

Pec-es "cheiros"	Arruda	Sabão azul	Sabão neta	Casca de laranja	Pó café	Canela	Sabão neta	Alho	Perfu me	Sabão azul	Verniz	Sabão neta	Perfu me	Hidro tante	Alcool	Canela	Louro	Pó café	Alho	Caril	Arruda	Eucali pto	Alerim	Casca de laranja	Horrel, pimenta
Data	05-08-13					12-08-13					19-08-13					26-08-13					02-09-13				
É isso B consegue identificar o "cheiro"?	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
É isso preciso de ajuda para identificar o "cheiro"?	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Se o cheiro preciso de ajuda para identificar o "cheiro" quanto tempo necessário?	-	-	3'	1'	2'	2'	3'	1'	-	2'	-	3'	2'	1'	-	3'	3'	2'	3'	3'	3'	1'	1'	1'	2'
É isso fácil para o "cheiro"?	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Se não for "cheiro" que foi for escrito?	N/A																								
É isso preciso de ajuda para reconhecer o tipo de "cheiro"?	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
É isso identifica o cheiro como cheiro de Peço	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

+ difíceis de em algumas cheiros

Anexo 18.a - Grelha de observação das 25 sessões do PEC-ES do idoso B

Pec-es "imagens"	Médi co	Vende dor	Bom beiro	Profe sor	Padre	Preto	Casta nho	Laran ja	Anil	Ver melho	João Paulo	Max	A. J. Jardim	Amália	C. Silva	N. S. Fátima	Santus Trindade	São Pedro	S. Ponta Delgada	Santa Antónia	Padre Casta nho	A. J. Jardim	N. S. Fátima	Agri tor	
Data	06-08-13					13-08-13					20-08-13					27-08-13					03-09-13				
É isso B consegue identificar a "imagem"?	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
É isso preciso de ajuda para identificar a "imagem"?	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Se o cheiro preciso de ajuda para identificar a "imagem" quanto tempo necessário?	2'	2'	-	3'	-	-	-	-	-	-	-	3'	-	-	-	-	-	-	2'	2'	-	-	-	-	-
É isso fácil para o "cheiro"?	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Se não for "cheiro" que foi escrito?	N/A																								
É isso preciso de ajuda para reconhecer o tipo de "cheiro"?	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Anexo 18.b - Grelha de observação das 25 sessões do PEC-ES do idoso B

Pec-es III	Cão	Gato	Galinha	Porco	Vaca	Carro apitar	Asso bio	Toque telefone	Sino Igreja	Garga Ihada	Choro bebê	Tro voada	Vento	Água	Fogu eira	M. Religiosa	M. folórica	M. Fado	M. Popular	M. Clássica	Vento	Asso bio	M. folórica	Porco	N. Religião	
"Sons"																										
Data		07-08-13					14-08-13					21-08-13					28-08-13					04-09-13				
O idoso B consegue identificar o "som"?		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
O idoso precisa de ajuda para identificar o "som"?		N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	T	S	T	N	N	N	N	N	-	N	N	N	N	
Se o idoso precisa de ajuda para identificar o "som", quantas tentativas necessitou?		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	3	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	
O idoso falou sobre o "som"?		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Se falou do "som", que lhe fez recordar?		Nada																								
O idoso precisou de ajuda para recordar o "som"?		N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	N	S	T	N	N	N	N	N	S	S	S	S	
O idoso conseguiu identificar o "som" como duro, mole, quente ou frio?		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
O idoso colou a venda nos olhos?		Sim		Sim					Sim					Sim					Sim							

Anexo 18.c - Grelha de observação das 25 sessões do PEC-ES do idoso B

Pec-es IV "toques"	Areia	Bola de li	Arame	Saco Plástico	Pedra Ihau	Pedra Ihau	2 copos Madalra	Arroz	Mola deira	Pedra Casca Iho	Semi Iha	Folha de papel	Saco plástico	Folha de árvore	Porta chaves	Eixo va	estrela	Arame	Bola ponti aguda	Peça de roupa espre	Lança de algodão	Bola de li	Areia	Roller	Cofre do sobremesa.	
Data																										
Data		08-08-13					17-08-13					22-08-13					29-08-13					05-09-13				
O idoso B consegue identificar o "toque"?		/	/	/	/	/	-	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
O idoso precisa de ajuda para identificar o "toque"?		N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	
Se o idoso precisa de ajuda para identificar o "toque", quantas tentativas necessitou?		-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	2	-	-	
O idoso falou sobre o "toque"?		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Se falou do "toque", que lhe fez recordar?		Nada																								
O idoso precisou de ajuda para recordar o "toque"?		N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	
O idoso conseguiu identificar o "toque" como duro, mole, quente ou frio?		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
O idoso colou a venda nos olhos?		Sim		Sim					Sim					Sim					Sim							

Anexo 18.d - Grelha de observação das 25 sessões do PEC-ES do idoso B

Pec-es V "sabores"	Laranja	Chocolate	Snack	Amei-jas	Bolacha creme	Laranja	Café	Água	Gelatina	logur-te	Sultanas	Rebuçados	Açúcar branco	Bolacha creme	Chocolate	Bolacha integral	Pate amarelo	Amei-jas	Snack	Sal branco	Água	Rebuçados	Snack	Bolacha integral	Chocolate	
Data	09-08-13				16-08-13				23-08-13				30-08-13				06-09-13									
O idoso consegue identificar o "sabor"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
O idoso precisa de ajuda para identificar o "sabor"?	N	N	3	5	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	-	-	N	N	5	N	N	N	N	
Se o idoso precisa de ajuda para identificar o "sabor", quantas tentativas necessitou?	-	-	2	5	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	5	-	-	5	-	-	
O idoso faz sobre o "sabor"?	SS	J	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	V	S	S	S	S	S	S	
Se faz do "sabor", que foi necessário?	N/A																									
O idoso precisava de ajuda para reconhecer o sabor sobre o "sabor"?	-	-	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	S	-	S	-	-	S	-	-	
O idoso reconhece e vende em outras	Sim Sim Sim Sim Sim																									

Anexo 18. e - Grelha de observação das 25 sessões do PEC-ES do idoso B

Nº da Sessão	Data	Jogos de estimulação vertebrar estimulação multi-sensorial	Participação do idoso B	Avaliação da sessão			
				Não gostei	Gostei pouco	Gostei	Gostei muito
Introdução		Entrevista inicial	X			X	
1	05-08-13	I Sessão - "Cheiros"	X			X	
2	06-08-13	I Sessão - "Imagens"	X				X
3	07-08-13	I Sessão - "Sons"	X			X	
4	08-08-13	I Sessão - "Toques"	X			X	
5	09-08-13	I Sessão - "Sabores"	X				X
6	12-08-13	II Sessão - "Cheiros"	X			X	
7	13-08-13	II Sessão - "Imagens"	X				X
8	14-08-13	II Sessão - "Sons"	X				X
9	17-08-13	II Sessão - "Toques"	X				X
10	16-08-13	II Sessão - "Sabores"	X				X
11	19-08-13	III Sessão - "Cheiros"	X			X	
12	20-08-13	III Sessão - "Imagens"	X				X
13	21-08-13	III Sessão - "Sons"	X			X	
14	22-08-13	III Sessão - "Toques"	X			X	
15	23-08-13	III Sessão - "Sabores"	X			X	
16	26-08-13	IV Sessão - "Cheiros"	X				X
17	27-08-13	IV Sessão - "Imagens"	X			X	
18	28-08-13	IV Sessão - "Sons"	X			X	
19	29-08-13	IV Sessão - "Toques"	X				X
20	30-08-13	IV Sessão - "Sabores"	X				X
21	02-09-13	V Sessão - "Cheiros"	X				X
22	03-09-13	V Sessão - "Imagens"	X				X
23	04-09-13	V Sessão - "Sons"	X				X
24	05-09-13	V Sessão - "Toques"	X			X	
25	06-09-13	V Sessão - "Sabores"	X			X	
Final	09 e 10 -09-13	Entrevista final	X				

Anexo 19 - Grelha de avaliação das 25 sessões dos PES-ES do idoso B

Pec-es I "cheiros"	Arruda	Sabão azul	Sabão verde	Casca de laranja	Pó café	Canela	Sabão verde	Alho	Perfume	Sabão azul	Verniz	Sabão verde	Perfume	Hidratante	Alcool	Canela	Louro	Pó Café	Alho	Caril	Arruda	Cucaillito	Alecrim	Casca de laranja	Hortelã pimenta	
Data	05-08-13				12-08-13				19-08-13				26-08-13				02-09-13									
O idoso consegue identificar o "cheiro"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
O idoso precisa de ajuda para identificar o "cheiro"?	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Se o idoso precisa de ajuda para identificar o "cheiro", quantas palavras reconhece?	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
O idoso sabe sobre o "cheiro"?	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
De fato, de "cheiro" que ele fez memória?	N/A																									
O idoso precisa de ajuda para recordar o cheiro sobre o "cheiro"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
O idoso identifica o cheiro como estava no momento?	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

Anexo 20. a - Grelha de observação das 25 sessões do PEC-ES do idoso C

Pec-es II "imagens"	Médico	Vendedor	Bombeiro	Professor	Padre	Preto	Castanho	Laranja	Azul	Vermelho	João Paulão	Max	A. J. Jardim	Amália C. Silva	N. S. Fátima	Santis Trindade	São Pedro	S. Ponta Delgada	Santo Antônio	Padre Castanho	A. J. Jardim	N. S. Fátima	Agrícola			
Data	06-08-13				13-08-13				20-08-13				27-08-13				03-09-13									
O idoso consegue identificar a "imagem"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
O idoso precisa de ajuda para identificar a "imagem"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Se o idoso precisa de ajuda para identificar a "imagem", quantas palavras reconhece?	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		
O idoso sabe sobre a "imagem"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
De fato, de "imagem" que ele fez memória?	N/A																									
O idoso precisa de ajuda para recordar a foto sobre a "imagem"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

Anexo 20. b - Grelha de observação das 25 sessões do PEC-ES do idoso C

Pec-es III	Cão	Gato	Galinha	Porco	Vaca	Carro apitar	Assobio	Toque telefone	Sino Igreja	Gargalhada	Choro bebê	Trovoada	Vento	Água	Fogueira	M. Religiosa	M. folclórica	M. Fado	M. Popular	M. Clássica	Vento	Assobio	M. folclórica	Porco	M. Religiosa	
"Sons"																										
Data	07-08-13				14-08-13				*	21-08-13				28-08-13				04-09-13								
O idoso consegue identificar o "som"?						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
O idoso precisa de ajuda para identificar o "som"?						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Se o idoso precisa de ajuda para identificar o "som", quantas tentativas necessitou?	3					3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
O idoso falou sobre o "som"?						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Se falou do "som", qual foi a resposta?	Relatório																									
O idoso precisa de ajuda para recordar e falar sobre o "som"?						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Anexo 20.c - Grelha de observação das 25 sessões do PEC-ES do idoso C

Pec-es IV "toques"	Areia	Bola de li	Arame	Saco plástico	Pedra lha	Pedra lha	Madeira	Arroz	Mola deira	Pedra Casca lha	Semi lha	Folha de papel	Saco plástico	Folha de árvore	Porta chaves	Escova	esfregão	Arame	Bola ponti aguda	Peça de roupa espre	Lenço de algodão	Bola de li	Areia	Rolha	Colher de sobremesa			
Data	08-08-13				17-08-13				22-08-13				29-08-13				05-09-13											
O idoso consegue identificar o "toque"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
O idoso precisa de ajuda para identificar o "toque"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Se o idoso precisa de ajuda para identificar o "toque", quantas tentativas necessitou?																												
O idoso falou sobre o "toque"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Se falou do "toque", qual foi a resposta?	Relatório																											
O idoso precisa de ajuda para recordar e falar sobre o "toque"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
O idoso identifica o toque como duro, mole, quente ou frio?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
O idoso reconhece a sensação tátil?	sim				sim				sim				sim				sim											

Anexo 20.d - Grelha de observação das 25 sessões do PEC-ES do idoso C

Pec- V "sabores"	Laran- jada	Choco- late	Snack	Amen- doim	Bolacha creme	Laran- jada	Café	Água	Gela- tina	logur- te	Sulta- nas	Rebu- çados	Açúcar branco	Bolacha creme	Choco- late	Bolacha Integral	Pate atum	Amen- doim	Snack	Sal branc- o	Água	Rebu- çado	Snack	Bolacha Integral	Choco- late
Data	09-08-13				16-08-13				23-08-13				30-08-13				06-09-13								
O idoso conseguiu identificar o "sabor"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
O idoso precisa de ajuda para identificar o "sabor"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Se o idoso precisa de ajuda para identificar o "sabor", quantas tentativas necessitou?	37	37	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
O idoso falou sobre o "sabor"?	estreme	deleite	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Se falou do "sabor", que lhe fez lembrar?	Water																								
O idoso precisou de ajuda para selecionar a frase sobre o "sabor"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
O idoso colocou a venda nos olhos	Sim Sim Sim Sim Sim Sim																								

Anexo 20. e - Grelha de observação das 25 sessões do PEC-ES do idoso C

Nº da Sessão	Data	Jogos de estimulação visando estimulação multi-sensorial	Participação do idoso C	☹️ Não gostei	☺️ Gostei pouco	😊 Gostei	😄 Gostei muito
Introdução		Entrevista inicial	X				
1	05-08-13	I Sessão - "Cheiros"	X			X	
2	06-08-13	I Sessão - "Imagens"	X			X	
3	07-08-13	I Sessão - "Sons"	F				X
4	08-08-13	I Sessão - "Toques"	X				
5	09-08-13	I Sessão - "Sabores"	X			X	
6	12-08-13	II Sessão - "Cheiros"	X				X
7	13-08-13	II Sessão - "Imagens"	X			X	
8	14-08-13	II Sessão - "Sons"	X				X
9	17-08-13	II Sessão - "Toques"	X				X
10	16-08-13	II Sessão - "Sabores"	X				X
11	19-08-13	III Sessão - "Cheiros"	X				X
12	20-08-13	III Sessão - "Imagens"	X			X	
13	21-08-13	III Sessão - "Sons"	X				X
14	22-08-13	III Sessão - "Toques"	X			X	
15	23-08-13	III Sessão - "Sabores"	X				X
16	26-08-13	IV Sessão - "Cheiros"	X				X
17	27-08-13	IV Sessão - "Imagens"	X				X
18	28-08-13	IV Sessão - "Sons"	X			X	
19	29-08-13	IV Sessão - "Toques"	X				X
20	30-08-13	IV Sessão - "Sabores"	X				X
21	02-09-13	V Sessão - "Cheiros"	X				X
22	03-09-13	V Sessão - "Imagens"	X				X
23	04-09-13	V Sessão - "Sons"	X				X
24	05-09-13	V Sessão - "Toques"	X				X
25	06-09-13	V Sessão - "Sabores"	X			X	
Final	09 e 10-09-13	Entrevista final	X			X	

Anexo 21 - Grelha de avaliação das 25 sessões dos PES-ES do idoso C

Pec-es I "leitões"	Arruda	Sabão azul	Sabão verde	Casca de laranja	Pó café	Canela	Sabão verde	Alho	Perfume	Sabão azul	Verniz	Sabão verde	Perfume	Hidratante	Alcool	Canela	Louro	Pó Café	Alho	Caril	Arruda	Eucalipto	Alecrim	Casca de laranja	Herdeiros
Data	05-08-13				12-08-13				19-08-13				26-08-13				02-09-13								
O idoso D consegue identificar a "imagem"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
O idoso precisa de ajuda para identificar a "imagem"?	Sim																								
Se o idoso precisa de ajuda para identificar a "imagem", quais estratégias tentamos usar?	Sim																								
O idoso ficou satisfeito com a "imagem"?	Sim																								
Se ficou de "imagem" que lhe fez lembrar?	Nada																								
O idoso precisou de ajuda para identificar a foto sobre a "imagem"?	Sim																								
O idoso identificou o conteúdo sobre a imagem da foto?	Sim																								

Anexo 22.a - Grelha de observação das 25 sessões do PEC-ES do idoso D

Pec-es II "imagens"	Médico	Vendedor	Bombeiro	Professor	Padre	Preto	Castanho	Laranja	Azul	Vermelho	João Paulão	Max	A. J. Jardim	Anália	C. Silva	N. S. Fátima	Santia Trindade	São Pedro	S. Ponta Delgada	Santo António	Padre	Castanho	A. J. Jardim	N. S. Fátima	Agricultor
Data	06-08-13				13-08-13				20-08-13				27-08-13				03-09-13								
O idoso D consegue identificar a "imagem"?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
O idoso precisa de ajuda para identificar a "imagem"?	Sim																								
Se o idoso precisa de ajuda para identificar a "imagem", quais estratégias tentamos usar?	Sim																								
O idoso ficou satisfeito com a "imagem"?	Sim																								
Se ficou de "imagem" que lhe fez lembrar?	Nada																								
O idoso precisou de ajuda para identificar a foto sobre a "imagem"?	Sim																								

Anexo 22.b - Grelha de observação das 25 sessões do PEC-ES do idoso D

Pec-es III "Sons"	Cão	Gato	Galinha	Porco	Vaca	Carro apitar	Asso blo	Toque telefone	Sino igreja	Garga Rhada	Choro bebê	Tro voada	Vento	Água	Fogu eira	M. Religiosa	M. folcórica	M. Fado	M. Popular	M. Clássica	Vento	Asso blo	M. folcórica	Porco	M. Religiosa	
Data	07-08-13				14-08-13				21-08-13				28-08-13				04-09-13									
O idoso D consegue identificar o "som"?	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
O idoso precisa de ajuda para identificar o "som"?	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
Deu idoso pontos de ajuda para identificar o "som" quando solicitado verbalmente?	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ST	ST	ST	ST	-	-	-	-	-	-	ST	ST	-	-	-	
O idoso sabe sobre o "som"?	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Se sabe de "som" que não foi solicitado?	Nada																									
O idoso precisa de ajuda para responder a frase sobre o "som"?	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
O idoso identifica o "som" corretamente?	Sim																									

- Zé dos afrescos de pedreira

Anexo 22.c - Grelha de observação das 25 sessões do PEC-ES do idoso D

Pec-es IV "Objetos"	Arroz	Sala de	Arame	Sala de	Pedra de	Pedra de	Arroz	Mela	Pedra de	Semi	Folha de	Saco de	Folha de	Porta de	Taca	Sala de	Arame	Sala de	Peça de	Peça de	Peça de	Sala de	Arroz	Sala de	Colar de	
Data	08-08-13				17-08-13				23-08-13				29-08-13				05-09-13									
O idoso D consegue identificar o "objeto"?	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
O idoso precisa de ajuda para identificar o "objeto"?	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
Deu idoso pontos de ajuda para identificar o "objeto" quando solicitado verbalmente?	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
O idoso sabe sobre o "objeto"?	Nada																									
Se sabe de "objeto" que não foi solicitado?	Nada																									
O idoso precisa de ajuda para responder a frase sobre o "objeto"?	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
O idoso identifica o "objeto" corretamente?	Sim																									

Anexo 22.d - Grelha de observação das 25 sessões do PEC-ES do idoso D

Perceção	Leite	Choco	Snack	Amendoim	Bolacha	Leite	Café	Água	Gelo	Suco	Suco	Refrigerante	Apúcar	Bolacha	Choco	Bolacha	Pão	Amendoim	Snack	Sel	Água	Refrigerante	Snack	Bolacha	Choco			
Y	lata	lata			oreos	lata		lata	lata	lata	lata	lata	lata	oreos	lata	integral	lata			lata	lata		lata	lata	lata			
Data	09-08-13				16-08-13				23-08-13				30-08-13				06-09-13											
Idoso D																												
Compreensão	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Expressão escrita																												
Expressão oral	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25		
Atividade																												
Compreensão de gráficos																												
Expressão escrita																												
Expressão oral																												
Atividade	Sim Sim Sim Sim Sim Sim																											

Anexo 22. e - Grelha de observação das 25 sessões do PEC-ES do idoso D

Nº da Sessão	Data	Jogos de estimulação verbal estimulação multi sensorial	Participação do idoso D	Avaliação da participação			
				Não gostei	Gostei pouco	Gostei	Gostei muito
Introdução		Entrevista inicial	X				
1	05-08-13	I Sessão - "Chocolate"	X			X	
2	06-08-13	I Sessão - "Integral"	X			X	
3	07-08-13	I Sessão - "Saco"	X				X
4	08-08-13	I Sessão - "Truque"	X			X	
5	09-08-13	I Sessão - "Saborear"	X				X
6	12-08-13	II Sessão - "Chocolate"	X				X
7	13-08-13	II Sessão - "Integral"	X			X	
8	14-08-13	II Sessão - "Saco"	X				X
9	15-08-13	II Sessão - "Truque"	X				X
10	16-08-13	II Sessão - "Saborear"	X			X	
11	19-08-13	III Sessão - "Chocolate"	X				X
12	20-08-13	III Sessão - "Integral"	X			X	
13	21-08-13	III Sessão - "Saco"	X				X
14	22-08-13	III Sessão - "Truque"	X			X	
15	23-08-13	III Sessão - "Saborear"	X				X
16	26-08-13	IV Sessão - "Chocolate"	X				X
17	27-08-13	IV Sessão - "Integral"	X				X
18	28-08-13	IV Sessão - "Saco"	X				X
19	29-08-13	IV Sessão - "Truque"	X			X	
20	30-08-13	IV Sessão - "Saborear"	X				X
21	02-09-13	V Sessão - "Chocolate"	X				X
22	03-09-13	V Sessão - "Integral"	X				X
23	04-09-13	V Sessão - "Saco"	X				X
24	05-09-13	V Sessão - "Truque"	X				X
25	06-09-13	V Sessão - "Saborear"	X				X
Final	09 a 10-09-13	Entrevista final	X			X	

Anexo 23 - Grelha de avaliação das 25 sessões dos PES-ES do idoso D

Ficha de Identificação dos idosos do projeto - Programa de Estimulação Cognitiva (PEC) - vertente estimulação sensorial

1 - Características gerais
Nome:
Data Nascimento:
Morada:
Telefone:
Estado Civil:
Escolaridade:
Profissão - Ocupação:
Situação atual: Pensionista ou reformado:

2 - Prestador de Cuidados
Grau de parentesco:
Disponibilidade cuidador:

3 - Características da residência:
Casa ou apartamento:
Acesso ao exterior:
Elevador :

4 - Com quem reside
Reside só ou acompanhado:
Quanto tempo frequenta o CSP São Bento. Valência:

5 - Ocupação
Quais as suas atividades nos tempos livres:

6 - Aspectos gerais de saúde
Medicação utilizada:
Diagnóstico médico de uma possível demência:
Acompanhamento psiquiátrico ou outro:
Pequeno resumo do historial clínico:

Anexo 24 – Exemplo da ficha de identificação dos idosos do PEC-ES

AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEMÊNCIA
CLINICAL DEMENTIA RATING (CDR)

Revised Clinical Dementia Rating (CDR) - Lydia Machin, 1998
© 1998 Alzheimer's Association. All rights reserved.
www.ada.org

AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEMÊNCIA
CLINICAL DEMENTIA RATING (CDR)

TRADUÇÃO EM PORTUGUÊS E ORGANIZAÇÃO
Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências
Cristina Gonçalves, Edmundo Sáez, Isabel Travençolo, João Raposo,
Alexandre Sousa, Faculdade de Ciências Médicas
Universidade Nova de Lisboa

INTRODUÇÃO
Tratar-se de uma entrevista semi-estruturada. Por favor, seja sucinto ao perguntar.
Se achar necessário, faça perguntas adicionais que ajudem a determinar
o estado do doente. Registe as informações adicionais.

Identificação _____

Data _____
Comorbidades _____

Especialidade _____

18

Anexo 25.a – Exemplo da ficha de Avaliação Clínica da Demência

QUESTIONÁRIO PARA O CIDADÃO

MEMÓRIA

- O seu marido/sua mulher tem problemas de memória ou de raciocínio?
 Sim Não
- Se sim, eles são persistentes (constantes, contínuos)?
 Sim Não
- É capaz de recordar uma pequena lista? (Compre...)
 Geralmente Algumas vezes Raramente
- Tem alguma perda de memória no último ano?
 Sim Não
- É capaz de recordar acontecimentos recentes?
 Geralmente Algumas vezes Raramente
- A perda de memória interfere com as actividades diárias que o doente tem capaz de realizar há um ano atrás?
 Sim Não
- É capaz de recordar acontecimentos importantes em pouco tempo?
 (Entrevista, viagens, vista...)
 Geralmente Algumas vezes Raramente
- É capaz de recordar pormenores desses acontecimentos?
 Geralmente Algumas vezes Raramente
- É capaz de recordar acontecimentos importantes da sua vida recente?
 (Data de nascimento, casamento, emprego...)
 Geralmente Algumas vezes Raramente

Considere algum acontecimento que tenha ocorrido recentemente, dentro do último mês, um pouco diferente do habitual (um passeio, uma visita, uma festa...) para que quando falar com o seu marido/sua mulher possa falar com uma ideia sobre a sua memória. (Exemplo: de atenção aos pormenores da altura da loja, quem estava presente, o que aconteceu, etc...)

9. Data de nascimento _____

11

10. Local de nascimento _____

11. Última escola em que andou:
 Nome: _____
 Local: _____
 Nível de escolaridade: _____

12. Qual foi a principal ocupação/profissão do doente (ou cônjuge)? _____

13. Qual foi o último emprego (ou do cônjuge)? _____

14. Quando se retirou (ou cônjuge e pensão)? _____

ORIENTAÇÃO

- Sabe o dia do mês
 Geralmente Algumas vezes Raramente +
- Sabe o mês
 Geralmente Algumas vezes Raramente +
- Sabe o ano
 Geralmente Algumas vezes Raramente +
- Sabe o dia de semana
 Geralmente Algumas vezes Raramente +
- Tem dificuldades com as relações temporais?
 (Em qual de acontecimentos no tempo vive em relação aos outros?)
 Geralmente Algumas vezes Raramente +
- Consegue orientar-se em sua família?
 Geralmente Algumas vezes Raramente +
- Consegue orientar-se fora de sua área de residência?
 Geralmente Algumas vezes Raramente +
- Consegue orientar-se dentro de casa?
 Geralmente Algumas vezes Raramente +

12

Anexo 25.b - Exemplo da ficha de Avaliação Clínica da Demência

AVISO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

- Como considera, actualmente, a capacidade do seu marido/sua mulher para resolver problemas?
 a) Como sempre
 b) Boa, mas não tanto como anteriormente
 c) Suficiente
 d) Má
 e) Sem qualquer capacidade
- Qual é sua capacidade para lidar com pequenas formas de dinheiro (trocos, gorjetas...)?
 Sem saber Deito raramente Deito que +
- Qual é capacidade para lidar com assuntos financeiros mais complexos (pagar contas, verificar lista de cheques...)?
 Sem saber Deito raramente Deito que +
- Como lida com um acidente em casa (pequeno incêndio, fuga de água, etc...)?
 a) Igual a antes da doença começar
 b) Por do que antes da doença, devido às alterações de memória ou de raciocínio
 c) Por do que antes da doença, devido a outras razões - qual? _____
- Compreende o que se passa e aquilo que se lhe explica?
 Geralmente Algumas vezes Raramente +
- Comportar-se apropriadamente nas situações sociais e na interacção com os outros?
 Geralmente Algumas vezes Raramente +

13

ACTIVIDADE NA COMUNIDADE

OCUPAÇÃO

- Ainda trabalha?
 Sim Não Não sabe
- Se não, as alterações de memória interferem na decisão de se retirar?
 Sim Não Não sabe
- Se sim, tem dificuldades pelas alterações de memória ou de raciocínio?
 Geralmente Algumas vezes Raramente Não sabe

ACTIVIDADE SOCIAL

- Alguma vez conduziu carro (ou outro veículo motorizado)?
 Sim Não Não sabe
- Se sim, ainda conduziu?
 Sim Não Não sabe
- Se não conduziu, é devido às alterações de memória ou de raciocínio?
 Sim Não Não sabe
- Se ainda conduziu, há problemas ou risco por causa das alterações de memória ou de raciocínio?
 Sim Não Não sabe
- É capaz, sozinho, de comprar o necessário?
 a) Raramente ou nunca - necessita de ajuda em qualquer compra
 b) Algumas vezes - compra algumas coisas mas faz em duplicado e esquece outras
 c) Geralmente
 d) ?
- É capaz de realizar de forma independente alguma actividade fora de casa?
 a) Raramente ou nunca - necessita de ajuda em qualquer actividade
 b) Algumas vezes - alguma coisa de rotina
 c) Algumas vezes - participa algumas vezes em grupos sociais
 d) Geralmente - participação consciente em actividades (ex. visita)
 e) ?

14

Anexo 25.c - Exemplo da ficha de Avaliação Clínica da Demência

8. Tem alguma função social fora de casa e de família?
 Sim NÃO
 Se não, porque? _____

9. Um observador ocasional vê que se trata de uma pessoa doente pelo seu comportamento?
 Sim NÃO ?

10. Se institucionalizado, participa em funções sociais?
 Sim NÃO

ACTIVIDADES EM CASA E PASSATEMPOS

1a. Tendo apenas em conta a perda cognitiva, que alterações ocorrem no desempenho das actividades domésticas?

1b. Que tarefas ainda consegue realizar correctamente?

2a. Tendo apenas em conta a perda cognitiva, que alterações ocorrem no desempenho das suas passatempos?

2b. Que passatempos ainda consegue realizar correctamente?

3. Se institucionalizado, que actividades domésticas e passatempos ainda consegue realizar correctamente?

ACTIVIDADES DO DIA-A-DIA

4. Capacidade de execução das tarefas domésticas?
 Sem ajuda Com ajuda ocasional Com ajuda
 Por favor descreva-o: _____

Nota: Responder apenas com o nome e não o número de itens de cada grupo de itens, ou a forma de ajuda, mas não o número de itens. Responder sobre o grupo, embora não seja possível responder sobre o item específico.

5. A que nível é capaz de realizar tarefas domésticas simples e rotinas?
 a) Sem actividade significativa
 Executa actividades simples, tal como, fazer a cama com ajuda substancial
 b) Limitado a algumas tarefas simples
 Com supervisão ou ajuda ocasionalmente bem, (de 1 a 3)
 c) Independente em algumas actividades
 (1) em minutos simples, e de 2 a 3 minutos, a maioria das actividades simples
 d) Executa todas as tarefas, mas com alguma ajuda
 e) Executa, como habitualmente, todas as actividades

CUIDADO PESSOAL

A. VESTIR

a. Normal sem ajuda
 b. Pequena ajuda, ocasional ajuda em botões
 c. Sequências erradas e com esquecimento de peças
 d. Incapaz de se vestir

B. HIGIENE E ABRANÇO

a. Normal sem ajuda
 b. Tem que se chamar a atenção
 c. Algumas vezes necessita de ajuda
 d. Necessita sempre ou quase sempre de ajuda

C. ALIMENTAÇÃO

a. Tempo, utiliza correctamente as ferramentas
 b. Não tudo e utiliza apenas a colher
 c. Só consegue comer, sem ajuda, sólidos simples
 d. Tem que ser alimentado

D. CONTROLE ESPECTRADO

a. Normal, controle completo
 b. Uma, ocasionalmente, na cama
 c. Uma, frequentemente, na cama
 d. Totalmente incontrolável

Anexo 25.d - Exemplo da ficha de Avaliação Clínica da Demência

QUESTIONÁRIO PARA O DOENTE

MEMÓRIA

1. Tem problemas de memória ou de recordação?
 Sim NÃO

2. Há pouco o seu cérebro mudou, é contínuo um acontecimento importante que se passou, recentemente, consigo. Que contem-me o que aconteceu? (Inventar para que seja sentido comum, tal como, data, local, pessoas envolvidas, etc. ...). (Se não conseguir, identifique que o acontecimento)
 Certo Não sabe contar Incorreto

3. Mostra-me uma memória que eu não sei dizer. Certo de alguns minutos ou pede-me que a diga novamente. Nota a memória depois de eu lhe dizer (de um máximo de três repetições) (escreva os elementos correctos)
 João São, Rua da Liberdade, 20, 100 Lisboa
 1 2 3 4 5
 João São, Rua da Liberdade, 20, 100 Lisboa
 1 2 3 4 5
 João São, Rua da Liberdade, 20, 100 Lisboa
 1 2 3 4 5
 "Ótimo, agora não se esqueça desta memória"

4. Quando nasceu: _____ Certo Incorreto

5. Onde nasceu: _____ Certo Incorreto

6. Que foi o último escrito que escreveu?
 Nome: _____ Certo Incorreto
 Local: _____ Certo Incorreto
 Nome de autoridade: _____ Certo Incorreto

7. Nota e memória que lhe disse há pouco (escreva os elementos correctos)
 João São, Rua da Liberdade, 20, 100 Lisboa
 1 2 3 4 5

8. Que letra é que pensava escrever? (ou do código) _____
 Certo Incorreto

9. Que letra é que, último escreveu? (ou do código) _____
 Certo Incorreto

10. Quando é que se reformou, porque? (ou do código) _____
 Certo Incorreto

ORIENTAÇÃO

1. Quantos são hoje? _____ Certo Incorreto

2. Em que mês estamos? _____ Certo Incorreto

3. Em que ano estamos? _____ Certo Incorreto

4. Que dia de semana é hoje? _____ Certo Incorreto

5. Qual é o nome desta casa? _____ Certo Incorreto

6. Em que zona estamos? _____ Certo Incorreto

7. Sem olhar para o relógio, diga-me que hora são? (1 e 1 hora)
 Hora actual: _____ Hora correcta: _____ Certo Incorreto

8. Quem é que o acompanhou à consulta? Diga-me o nome e o parentesco.
 _____ Certo Incorreto

JUSTO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Se a primeira resposta do doente não memora a pergunta, então, mais adiante compreender bem que a capacidade do doente na compreensão do problema. Resolva a resposta mais apropriada.

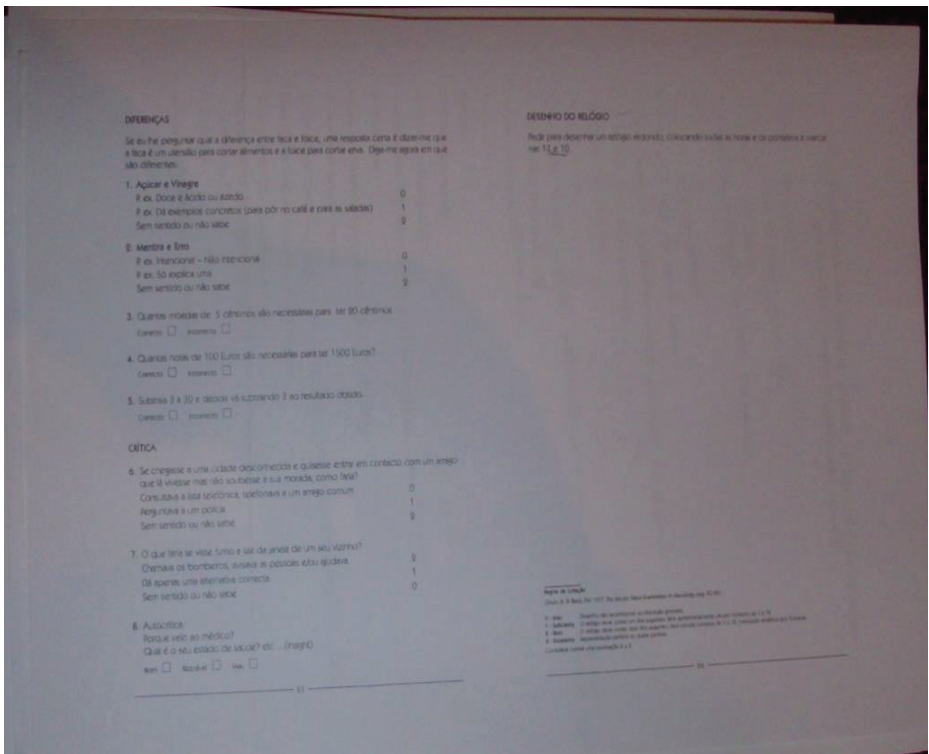
SIMILANÇAS

Se ao lhe perguntar qual a semelhança entre uma letra e uma faceta, uma resposta certa é dizer-me que são ambas brancas. Diga-me agora em que são semelhantes (quantidade)

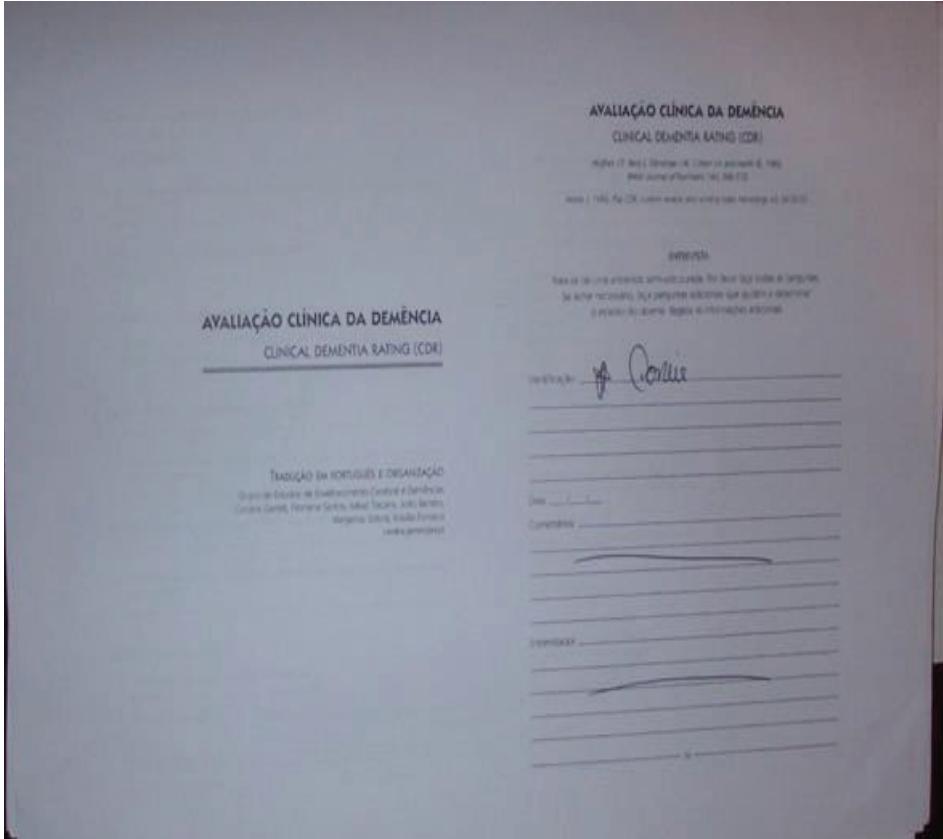
1. Cão e Leão
 Ambos, mamíferos, carnívoros (ou seja, elemento abstracto) 0
 Ambos têm 4 patas, cauda, pelos... 1
 Sem semelhança ou não sabe 2

2. Mesa e cadeira
 Ambos, móveis, 0
 Ambos são feitos de madeira, com patas, servem para se sentar, são de plástico... 1
 Sem semelhança ou não sabe 2

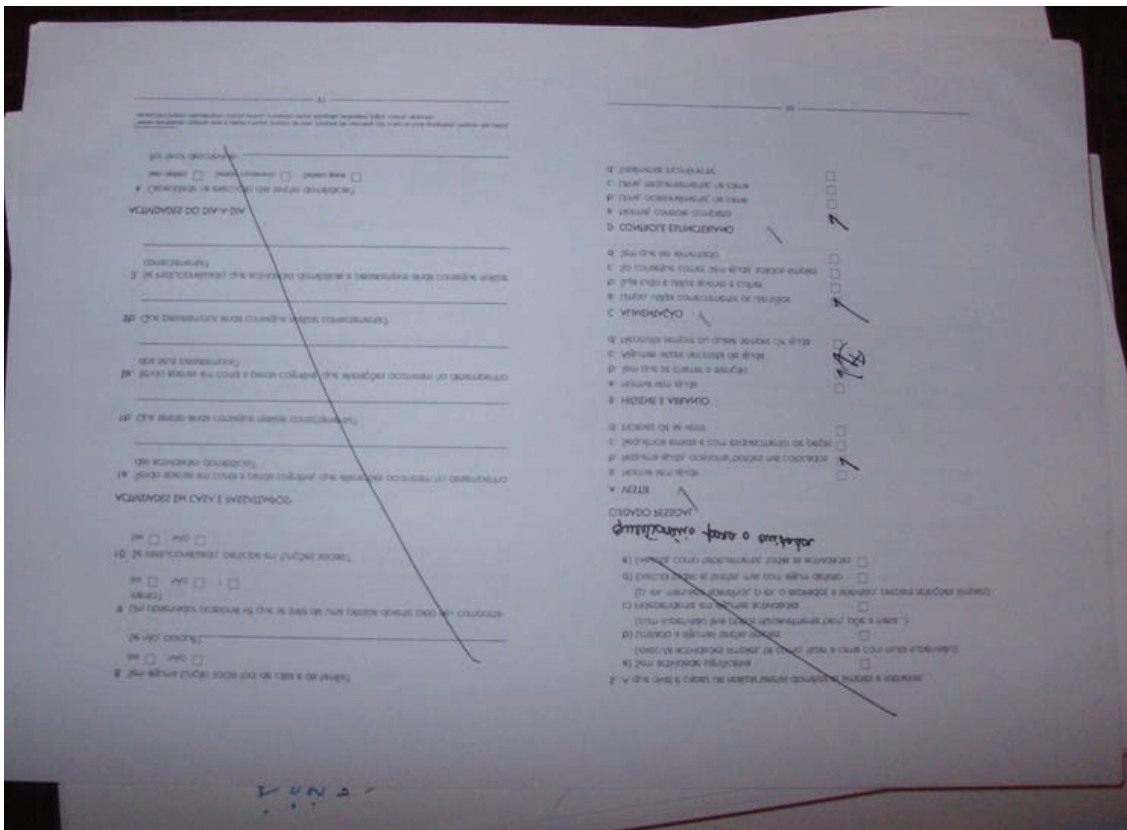
Anexo 25.e - Exemplo da ficha de Avaliação Clínica da Demência



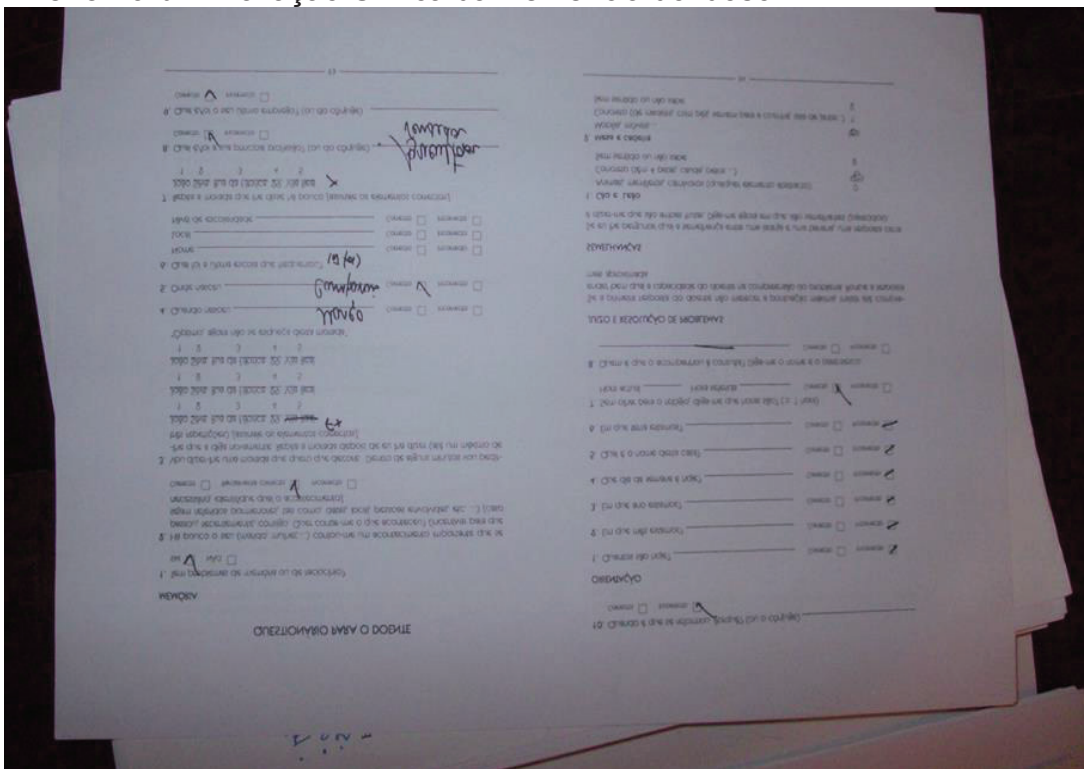
Anexo 25.f - Exemplo da ficha de Avaliação Clínica da Demência



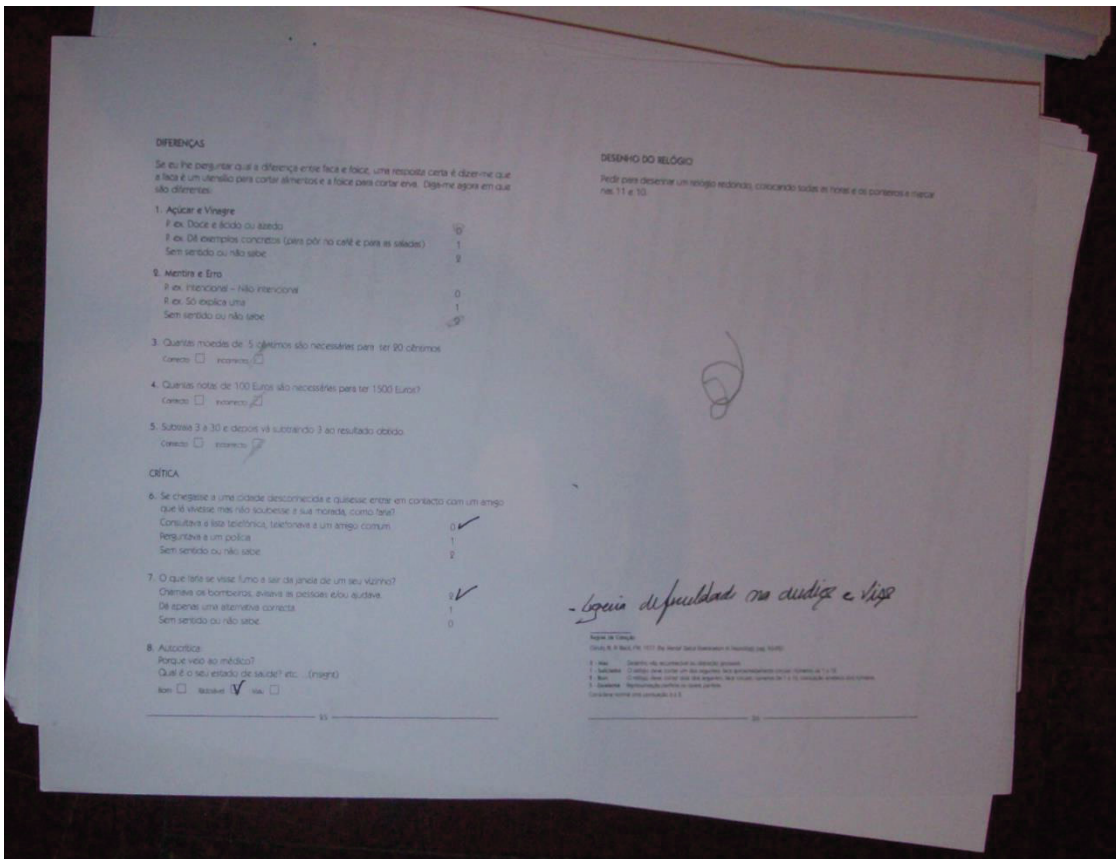
Anexo 26.a – Avaliação Clínica da Demência do idoso A



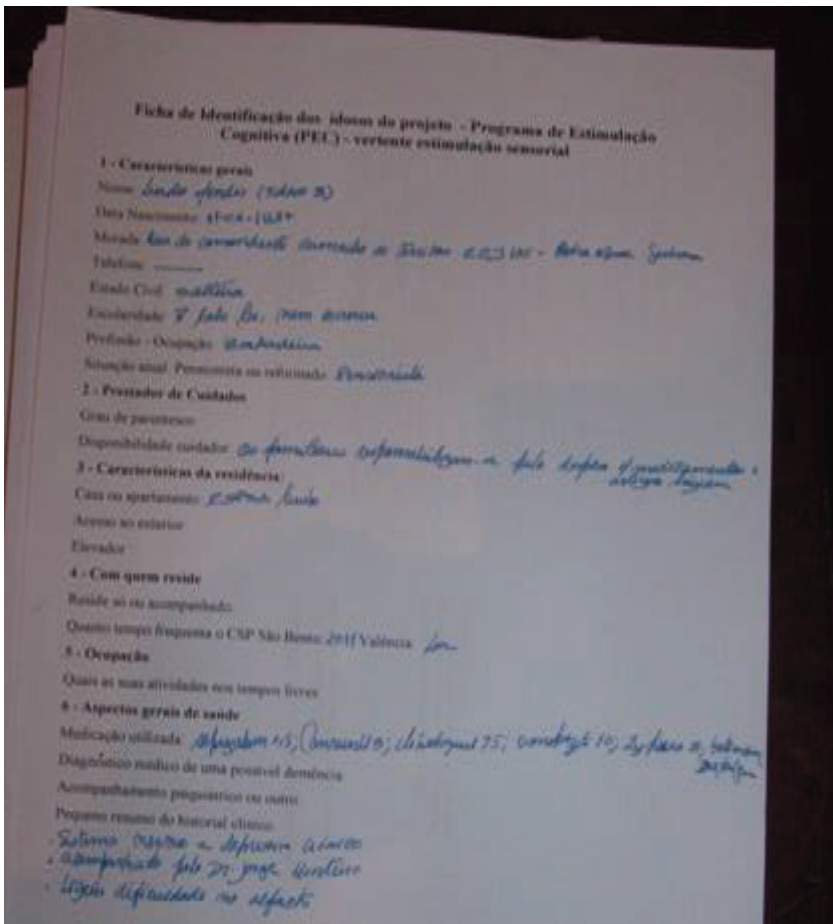
Anexo 26.b - Avaliação Clínica da Demência do idoso A



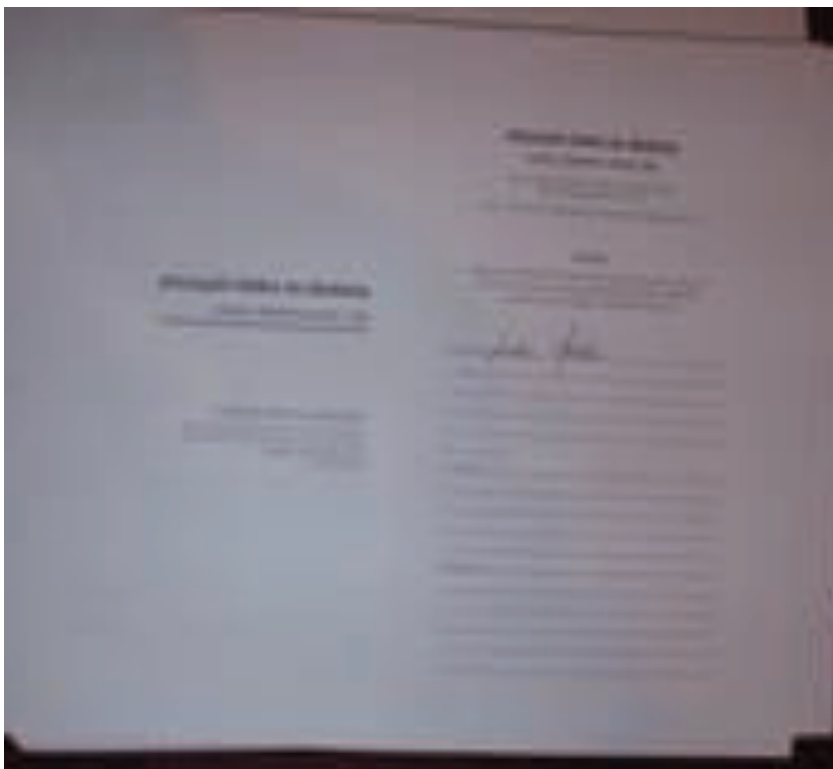
Anexo 26.c - Avaliação Clínica da Demência do idoso A



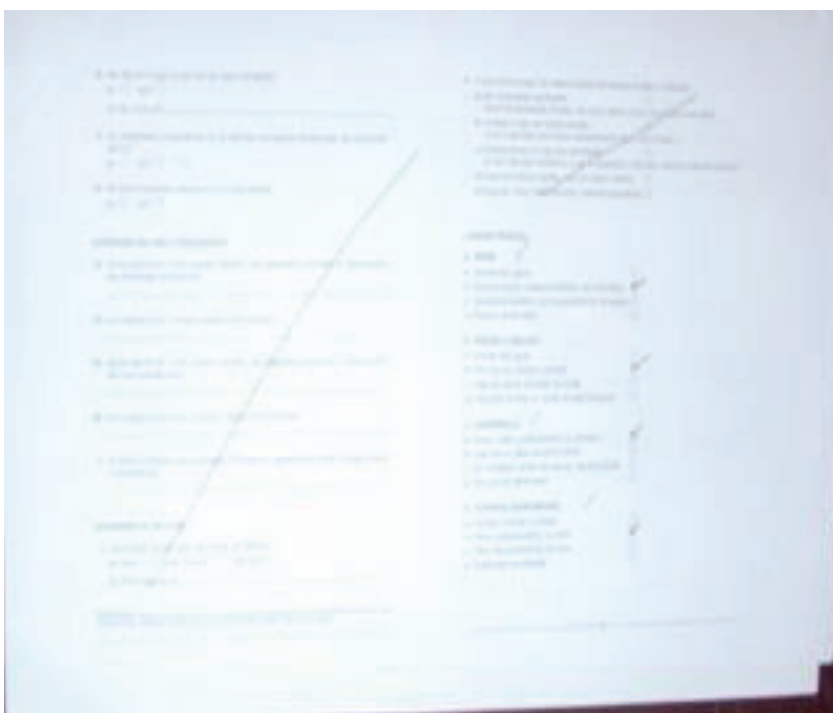
Anexo 27.d - Avaliação Clínica da Demência do idoso A



Anexo 28 – Ficha de identificação do idoso B



Anexo 29.a - Avaliação Clínica da Demência do idoso B



Anexo 29.b - Avaliação Clínica da Demência do idoso B

QUESTIONÁRIO PARA O DOENTE

MEMÓRIA

1. Tem problemas de memória ou de raciocínio?
 sim não (?)

2. Há pouco o seu (marido, mulher, ...) contou-me um acontecimento importante que se passou recentemente consigo. Quer contar-me o que aconteceu? (Incentivar para que sejam referidos pormenores, tais como, datas, locais, pessoas envolvidas, etc. ...) (caso necessário, identifique qual o acontecimento)
 Correcto Incorretamente correcto Incorretos

3. Vou dizer-lhe uma morada que quero que decore. Dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que a diga novamente. Repta a morada depois de eu lhe dizer (até um máximo de três repetições) (assinale os elementos correctos)
 João Silva, Rua da Liberdade, 29. 111000 Lisboa
 1 2 3 4 5
 João Silva, Rua da Liberdade, 29. 111000
 1 2 3 4 5
 João Silva, Rua da Liberdade, 29. 111000
 1 2 3 4 5
 "Quanto, agora não se esqueça desta morada"

4. Quando nasceu _____ Correcto Incorretos

5. Onde nasceu _____ Correcto Incorretos

6. Qual foi a última escola que frequentou? (11 Jombou)
 Nome _____ Correcto Incorretos
 Local _____ Correcto Incorretos
 Nível de escolaridade _____ Correcto Incorretos

7. Repita a morada que lhe disse há pouco (assinale os elementos correctos)
 João Silva, Rua da Liberdade, 29. 111000 Lisboa
 1 2 3 4 5

8. Qual é a sua principal profissão? (ou do cônjuge) Bondade
 Correcto Incorretos

9. Qual é a sua última profissão? (ou do cônjuge) _____
 Correcto Incorretos

33

10. Quando é que se reformou, aposentou (ou o cônjuge)? _____
 Correcto Incorretos

ORIENTAÇÃO

1. Quantos são hoje? _____ Correcto Incorretos

2. Em que mês estamos? _____ Correcto Incorretos

3. Em que ano estamos? _____ Correcto Incorretos

4. Que dia da semana é hoje? _____ (A) Correcto Incorretos

5. Qual é o nome desta casa? _____ Correcto Incorretos

6. Em que terra estamos? _____ Correcto Incorretos

7. Sem olhar para o relógio, diga-me que horas são? (a 1 hora)
 Hora actual _____ Hora referida _____ Correcto Incorretos

8. Quem é que o acompanhou à consulta? Diga-me o nome e o parentesco _____
 Correcto Incorretos

JUZO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Se a primeira resposta do doente não merecer a pontuação máxima, insira até compreender bem qual a capacidade do doente na compreensão do problema. Pontuar a resposta mais aproximada.

SEMELHANÇAS

Se eu lhe perguntar qual é semelhança entre uma leirga e uma batata, uma resposta como é dizer-me que são ambas frutas. Diga-me agora em que são semelhantes (semelhanças).

1. **Cão e Leão**
 Anímal, mamífero, carnívoro (qualquer elemento abstracto)
 Correcto (até 4 pontos, cada um 1)
 Sem sentido ou não sabe

2. **Arroz e castanha**
 Comida, móvel, vegetal, com pele, sem pele e castanha, sem de parte...
 Sem sentido ou não sabe

34

Anexo 29.c - Avaliação Clínica da Demência do idoso B

QUESTIONÁRIO PARA O DOENTE

MEMÓRIA

1. Tem problemas de memória ou de raciocínio?
 sim não

2. Há pouco o seu (marido, mulher, ...) contou-me um acontecimento importante que se passou recentemente consigo. Quer contar-me o que aconteceu? (Incentivar para que sejam referidos pormenores, tais como, datas, locais, pessoas envolvidas, etc. ...) (caso necessário, identifique qual o acontecimento)
 Correcto Incorretamente correcto Incorretos

3. Vou dizer-lhe uma morada que quero que decore. Dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que a diga novamente. Repta a morada depois de eu lhe dizer (até um máximo de três repetições) (assinale os elementos correctos)
 João Silva, Rua da Liberdade, 29. 111000 Lisboa
 1 2 3 4 5
 João Silva, Rua da Liberdade, 29. 111000
 1 2 3 4 5
 João Silva, Rua da Liberdade, 29. 111000
 1 2 3 4 5
 "Quanto, agora não se esqueça desta morada"

4. Quando nasceu _____ Correcto Incorretos

5. Onde nasceu _____ Correcto Incorretos

6. Qual foi a última escola que frequentou? (11 Jombou)
 Nome _____ Correcto Incorretos
 Local _____ Correcto Incorretos
 Nível de escolaridade _____ Correcto Incorretos

7. Repita a morada que lhe disse há pouco (assinale os elementos correctos)
 João Silva, Rua da Liberdade, 29. 111000 Lisboa
 1 2 3 4 5

8. Qual é a sua principal profissão? (ou do cônjuge) Bondade
 Correcto Incorretos

9. Qual é a sua última profissão? (ou do cônjuge) _____
 Correcto Incorretos

33

10. Quando é que se reformou, aposentou (ou o cônjuge)? _____
 Correcto Incorretos

ORIENTAÇÃO

1. Quantos são hoje? _____ Correcto Incorretos

2. Em que mês estamos? _____ Correcto Incorretos

3. Em que ano estamos? _____ Correcto Incorretos

4. Que dia da semana é hoje? _____ (A) Correcto Incorretos

5. Qual é o nome desta casa? _____ Correcto Incorretos

6. Em que terra estamos? _____ Correcto Incorretos

7. Sem olhar para o relógio, diga-me que horas são? (a 1 hora)
 Hora actual _____ Hora referida _____ Correcto Incorretos

8. Quem é que o acompanhou à consulta? Diga-me o nome e o parentesco _____
 Correcto Incorretos

JUZO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Se a primeira resposta do doente não merecer a pontuação máxima, insira até compreender bem qual a capacidade do doente na compreensão do problema. Pontuar a resposta mais aproximada.

SEMELHANÇAS

Se eu lhe perguntar qual é semelhança entre uma leirga e uma batata, uma resposta como é dizer-me que são ambas frutas. Diga-me agora em que são semelhantes (semelhanças).

1. **Cão e Leão**
 Anímal, mamífero, carnívoro (qualquer elemento abstracto)
 Correcto (até 4 pontos, cada um 1)
 Sem sentido ou não sabe

2. **Arroz e castanha**
 Comida, móvel, vegetal, com pele, sem pele e castanha, sem de parte...
 Sem sentido ou não sabe

34

Luís Afonso

Anexo 29.d - Avaliação Clínica da Demência do idoso B

Ficha de Identificação dos idosos do projeto - Programa de Estimulação Cognitiva (PEC) - vertente estimulação sensorial

1 - Características gerais

Nome: *Doméstica Sotomaior da Silva (Idoso B)*

Data Nascimento: *19-02-1936*

Morada: *Parque da Liberdade, nº 24*

Telefone: _____

Estado Civil: *(viúva) divorciada*

Escolaridade: *8.ª série (8.ª) não concluída*

Profissão - Ocupação: *comissária, ajudante de cozinha*

Situação atual: Pensionista ou reformado: *apensado*

2 - Prestador de Cuidados

Grau de parentesco: _____

Disponibilidade cuidador: *o cliente é responsável pelas despesas do cliente*

3 - Características da residência:

Casa ou apartamento: _____

Acesso ao exterior: _____

Elevador: _____

4 - Com quem reside

Reside so ou acompanhado: *vivo com o filho*

Quanto tempo frequenta o CSP São Bento, Pólo Valência: *1 ano*

5 - Ocupação

Quais as suas atividades nos tempos livres: _____

6 - Aspectos gerais de saúde

Medicação utilizada: *Alprazolam, clonazepam, metoprolol, nifedipina, lisinapril, losartan, simvastatina, atorvastatina, metformina, glicose, insulina*

Diagnóstico médico de uma possível demência: *insulina dependente*

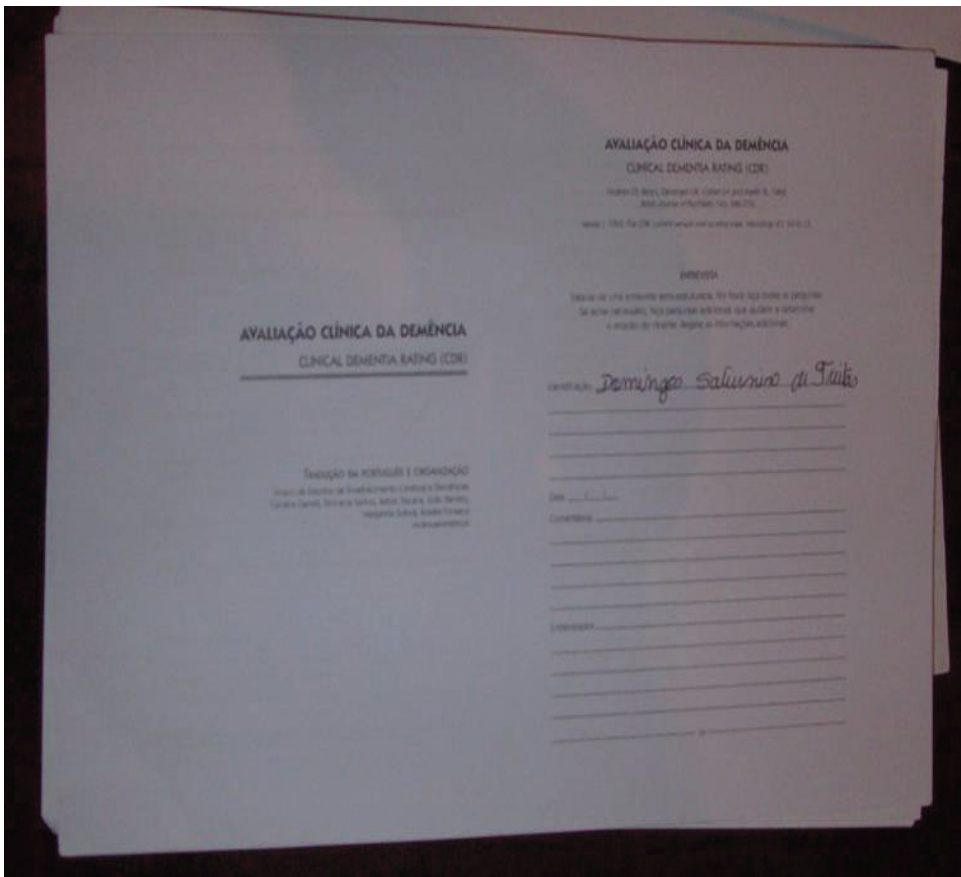
Acompanhamento psiquiátrico ou outro: _____

Pequeno resumo do historial clínico:

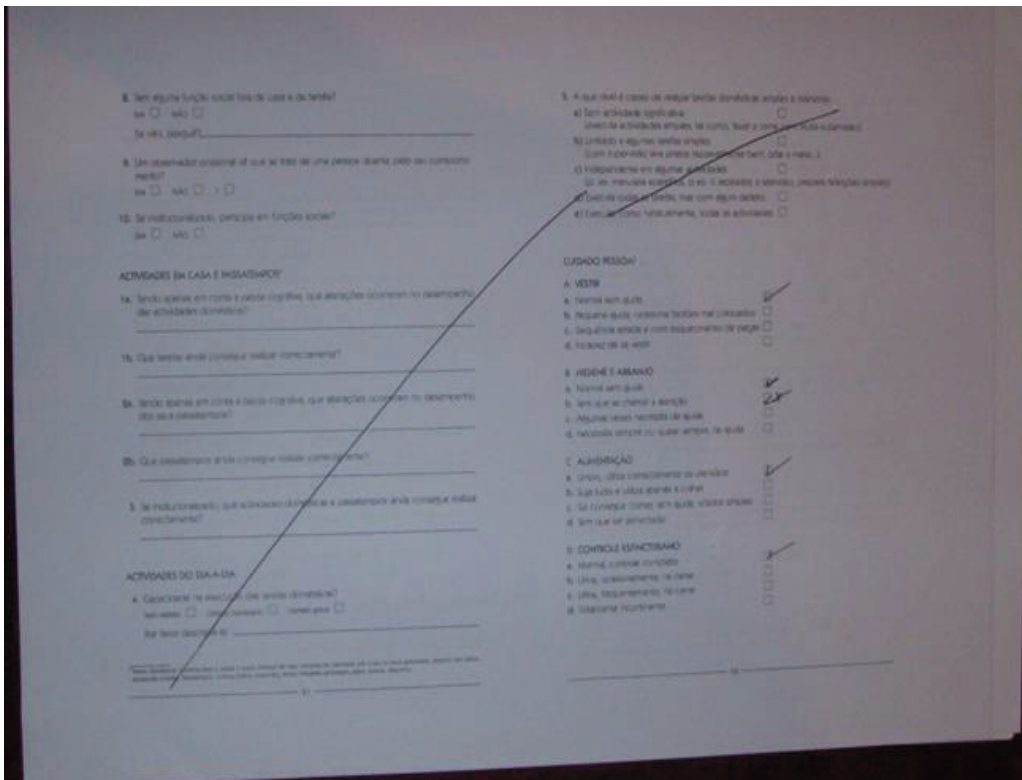
Diagnóstico

- *Diagnóstico de demência*
- *Exame de função renal*

Anexo 30 - Ficha de identificação do idoso C



Anexo 31 a - Avaliação Clínica da Demência do idoso C



Anexo 31.b - Avaliação Clínica da Demência do idoso C

QUESTIONÁRIO PARA O DOENTE

MEMÓRIA

1. Tem problemas de memória ou de raciocínio?
 SIM NÃO

2. Há pouco o seu (marido, mulher, ...) contou-me um acontecimento importante que se passou, recentemente, consigo. Que consegue e que consegue? Encontrei para que sejam repetidos comentários, sei como, datas, factos, pessoas envolvidas, etc. → (isto necessita identificação qual o acontecimento)
 necessariamente correcto incorrecto

3. Vou dizer-lhe uma história que quero que decore. Dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que a diga novamente. Leia a história depois de eu lhe dizer (de um máximo de três repetições) (escreva os elementos correctos)
 João Silva, Rua da Liberdade, 22, ~~1100~~ 1100 funcionário
 1 2 3 4 5
 João Silva, Rua da Liberdade, 22, 1100 funcionário
 1 2 3 4 5
 João Silva, Rua da Liberdade, 22, 1100 funcionário
 1 2 3 4 5
 "Optimo, agora não se esqueça desta história"

4. Quando nasceu _____ 1942 correcto incorrecto

5. Onde nasceu _____ 1100 correcto incorrecto

6. Qual foi a última escola que frequentou? (R) 1100 2000
 Nome _____ correcto incorrecto
 Local _____ correcto incorrecto
 Nível de escolaridade _____ correcto incorrecto

7. Leia a história que lhe disse há pouco (escreva os elementos correctos)
 João Silva, Rua da Liberdade, 22, 1100 funcionário
 1 2 3 4 5

8. Qual é a sua principal profissão? (ou do cônjuge) Administrador financeiro
 correcto incorrecto

9. Qual é a sua última profissão? (ou do cônjuge) Assistente administrativo
 correcto incorrecto

10. Quando é que se retiraram, ambos? (ou o cônjuge) Simultaneamente em 1998
 correcto incorrecto

ORIENTAÇÃO

1. Quantos são hoje? _____ correcto incorrecto

2. Em que mês estamos? _____ correcto incorrecto

3. Em que ano estamos? _____ correcto incorrecto

4. Que dia da semana é hoje? _____ correcto incorrecto

5. Qual é o nome desta casa? _____ correcto incorrecto

6. Em que terra estamos? _____ correcto incorrecto

7. Sem olhar para o relógio, diga-me que hora são? (a 1 hora) 11h
 Hora actual _____ Hora referida _____ correcto incorrecto

8. Quem é que o acompanhou à consulta? Diga-me o nome e o parentesco _____ correcto incorrecto

ANZO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Se a primeira resposta do doente não parecer a resposta correcta, não se preocupe em compreender bem qual a capacidade do doente em compreender o problema. Resposta mais aproximada.

SEMELHANÇAS

Se eu lhe pedir qual a semelhança entre uma laranja e uma banana, uma resposta certa é dizer-me que são ambos frutos. Diga-me agora em que são semelhantes (parecidos)

1. Cão e Leão
 Anéis, membros, canções (qualquer elemento abstracto)
 Concreto (cão é peludo, cauda, pelo, ...)
 Sem sentido ou não sabe

2. Mesa e cadeira
 Móveis, móveis.
 Concreto (de madeira, com pés, vem com a coroa, são de usar, ...)
 Sem sentido ou não sabe

Anexo 31.c - Avaliação Clínica da Demência do idoso C

ORIENTAÇÃO

Se eu lhe perguntar qual a diferença entre terra e fruta, uma resposta certa é dizer-me que a terra é um vegetal para comer enquanto a fruta pode comer-se. Diga-me agora em que são diferentes.

1. **ADONIS e FRANGO**
 É de China e frango ou adonis
 É de 20 dias e frango ou adonis
 É de 20 dias e frango ou adonis (para não me confundir com o país de origem)
 Sem sentido ou não sabe

2. **ARROZ e BARRA**
 É de arroz e barra ou arroz
 É de 20 dias e barra ou arroz
 Sem sentido ou não sabe

3. Quando nasceu em 1100? (ou do cônjuge) não necessariamente para ser 1100
 correcto incorrecto

4. Quando nasceu em 1100? (ou do cônjuge) não necessariamente para ser 1100
 correcto incorrecto

5. Subtraia 7 a 20 e depois se o resultado é o resultado correcto.
 correcto incorrecto

CRÍTICA

6. Se tivesse a uma mulher desconhecida e quisesse entrar em contacto com um amigo que se encontra em casa, qual a sua primeira reacção?
 Confrontar a sua aparência, relacionar a um amigo comum
 Responder a um pedido
 Sem sentido ou não sabe

7. O que teria de fazer para ir a um jantar de um amigo?
 Trazer um presente, avisar de antemão, não esquecer
 Não trazer um presente
 Sem sentido ou não sabe

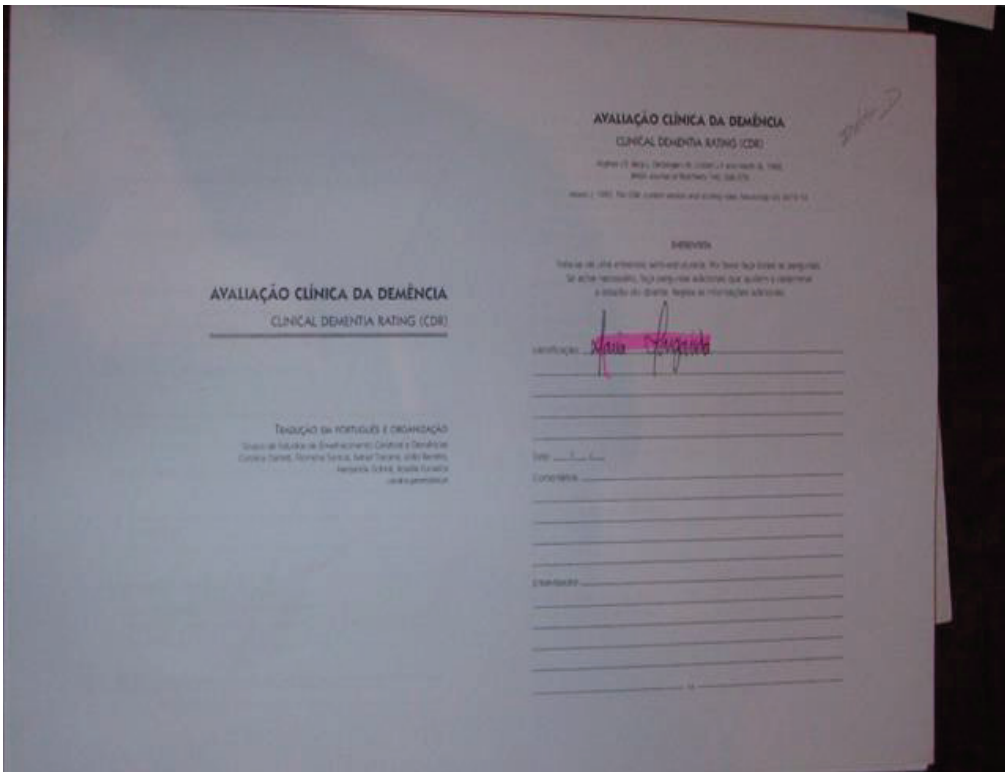
8. **Autocrítica**
 Porque não se lembra?
 Qual é o seu estado de espírito em relação ao tempo?
 bom mau neutro

TESTE DO RELÓGIO

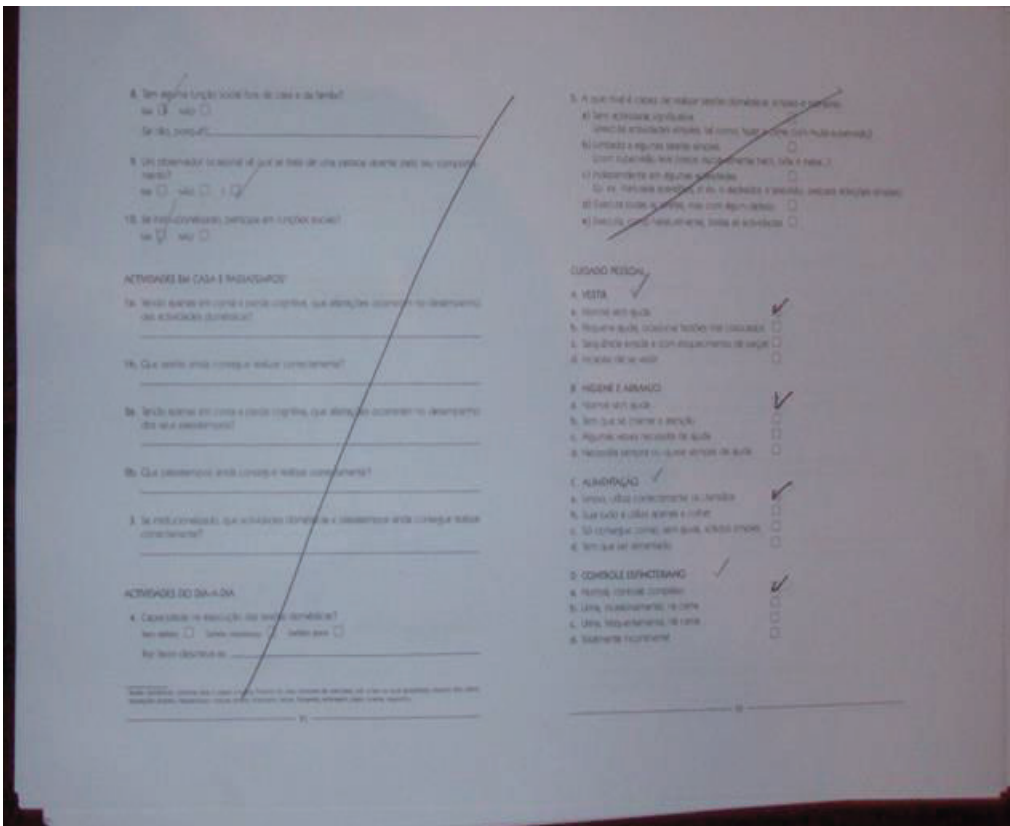
Para poder desenhar um relógio, necessita desenhar o círculo e o ponteiro e mostrar que 11 e 12.

Assistente administrativo

Anexo 31.d - Avaliação Clínica da Demência do idoso C



Anexo 33.a - Avaliação Clínica da Demência do idoso D



Anexo 33.b - Avaliação Clínica da Demência do idoso D

QUESTIONÁRIO PARA O DOENTE

MEMÓRIA

1. Sem problemas de memória ou de esquecimento?
 sim Não

2. Há pouco o seu (meio, mulher, ...) contou-me um acontecimento importante que se passou recentemente, corrigiu. Quer contar-me o que aconteceu? (Inventar para que sejam referidos pormenores, tal como, datas, local, pessoas envolvidas, etc...) (Caso necessário, identifique qual o acontecimento)
 Certo Incerto

3. Vou dizer-lhe uma palavra que quero que decore. Dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que a diga novamente. Apóia a palavra depois de eu lhe dizer (até um número de três repetições) (avaliar os elementos correctos)
 João Silva, Rua da Liberdade 22, Vila Real
 1 2 3 4 5
 João Silva, Rua da Liberdade 22, Vila Real
 1 2 3 4 5
 João Silva, Rua da Liberdade 22, Vila Real
 1 2 3 4 5

"Ótimo, agora não se esqueça desta palavra!"
 Certo Incerto

4. Quando nasceu? 19-10-32 Certo Incerto

5. Onde nasceu? Bampanim Certo Incerto

6. Qual foi a última escola que frequentou?
 Nome: Escola São Francisco Amieiro Certo Incerto
 Local: Amieiro Certo Incerto
 Nível de escolaridade: 3º ano Certo Incerto

7. Apreta e mova a que lhe disse há pouco (avaliar os elementos correctos)
 João Silva, Rua da Liberdade 22, Vila Real
 1 2 3 4 5 X

8. Qual é/ta a sua principal profissão? (ou do obrigatório) solteira, zangada
 Certo Incerto

9. Qual é/ta o seu último emprego? (ou do obrigatório) _____
 Certo Incerto

11

10. Quando é que se reformou, aposentou (ou do obrigatório) _____
 Certo Incerto

ORIENTAÇÃO

1. Quantos são hoje? _____ Certo Incerto

2. Em que mês estamos? _____ Certo Incerto

3. Em que ano estamos? _____ Certo Incerto

4. Qual dia de semana é hoje? _____ Certo Incerto

5. Qual é o nome desta casa? _____ Certo Incerto

6. Em que terra estamos? _____ Certo Incerto

7. Sem olhar para o relógio, diga-me que hora são? (e 1 hora)
 Hora actual: 11 Hora pretendida: _____ Certo Incerto

8. Quem é que o acompanha à consulta? Diga-me o nome e o parentesco.
 _____ Certo Incerto

JUZO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Se a primeira resposta do doente não mostrar a pertinência mínima, insistir até compreender bem qual é a capacidade do doente na compreensão do problema. Anotar a resposta mais aproximada.

SEMELHANÇAS

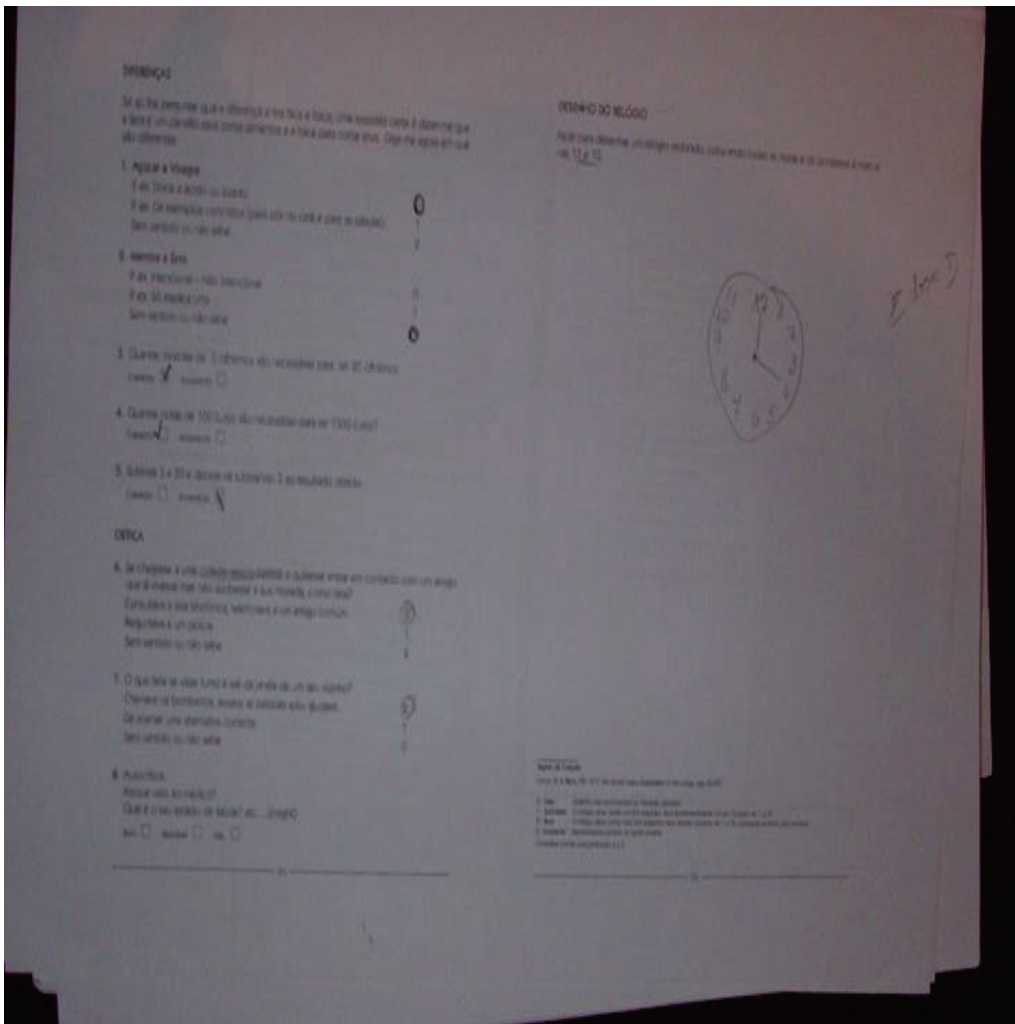
Se eu lhe perguntar qual a semelhança entre uma laranja e uma banana, uma resposta correta é dizer-me que são ambas frutas. Diga-me agora em que são semelhantes (aproximado)

1. Cão e Leão
 Animais, membros, carnívoros (qualquer elemento adequado) 0
 Concreto (dêr a patas, cauda, pelo...) 0
 Sem sentido ou não sabe 0

2. Mesa e cadeira
 Móveis, móveis 0
 Concreto (de madeira, com pino, semem para a comida, usa de papel...) 0
 Sem sentido ou não sabe 0

14

Anexo 33.c - Avaliação Clínica da Demência do idoso D



Anexo 33.d - Avaliação Clínica da Demência do idoso D

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA
GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

Yesavage et al. (1982) "Development and validation of a geriatric depression screening scale" J Psychiatric Res. 17:37-49

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: _____

Responda Sim ou Não conforme se tem sentido de há um semana para os:

	Sim	Não
1. "Sei sentido(a) com a sua vida?"	S	N
2. "Fico deitado muitas das suas actividades e interesses?"	S	N
3. "Sente a sua vida vazia?"	S	N
4. "Fica muitas vezes aborrecido(a)?"	S	N
5. "Tem esperança no futuro?"	S	N
6. "Avia inconsciência com pensamento que não consegue afastar?"	S	N
7. "Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?"	S	N
8. "Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?"	S	N
9. "Sente-se feliz a maior parte do tempo?"	S	N
10. "Sente-se muitas vezes desamparado(a)?"	S	N
11. "Fica muitas vezes inquieto(a) e enervado(a)?"	S	N
12. "Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?"	S	N
13. "Recorre-se muitas vezes com o futuro?"	S	N
14. "Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?"	S	N
15. "Sente que é bom estar vivo(a)?"	S	N
16. "Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?"	S	N
17. "Sente-se inútil?"	S	N
18. "Recorre-se muito com o passado?"	S	N
19. "Acha a vida interessante?"	S	N
20. "É difícil para si começar novas actividades?"	S	N

	Sim	Não
01. "Sente-se chegado(a) energia?"	S	N
02. "Sente que para si não há esperança?"	S	N
03. "Pensa que a situação da maioria das pessoas passa é melhor do que a sua?"	S	N
04. "Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?"	S	N
05. "Sente muitas vezes vontade de chorar?"	S	N
06. "Tem dificuldade em se concentrar?"	S	N
07. "Gosta de se levantar de manhã?"	S	N
08. "Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?"	S	N
09. "Tem facilidade em tomar decisões?"	S	N
10. "O seu pensamento é tão claro como era antes?"	S	N

Pontuação da GDS de 30 itens:
1 ponto para as respostas Sim nas questões: 0-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26, 28
1 ponto para as respostas Não nas questões: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30

0-10 = ausência de depressão
11-20 = depressão ligeira
21-30 = depressão grave

Pontuação da GDS de 15 itens:
Nota: Esta escala foi concebida para auto-avaliação

O autor considera que a escala está no domínio público

Anexo 34 – Escala de Depressão Geriátrica

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOENÇA DE ALZHEIMER
ALZHEIMER DISEASE ASSESSMENT SCALE - ADAS

Rosen WG, Mohr RC, Davis KL (1984). A new rating scale for Alzheimer's Disease. *American Journal of Psychiatry* 141: 1355-64

TRADUÇÃO EM PORTUGUÊS E ORGANIZAÇÃO
 Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências
 Manuela Guerrero, Sónia Fonseca, João Barreto, Carlos Garcia
 mguero@netab.pt

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOENÇA DE ALZHEIMER
ALZHEIMER DISEASE ASSESSMENT SCALE - ADAS

Mohr RC, Rosen WG, Davis KL (1983). The Alzheimer's Disease Assessment Scale: An instrument for assessing treatment efficacy. *Psychopharmacology Bulletin*, 19:448-450
 Rosen WG, Mohr RC, Davis KL (1984). A new rating scale for Alzheimer's Disease. *American Journal of Psychiatry*, 141: 1355-1364

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: _____

Profissão: _____

Escolaridade: _____

Dados sobre a história clínica: _____

Data de Observação: ____/____/____

Observador: _____

38

Anexo 35.a – Exemplo da Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer

ADMINISTRAÇÃO

A aplicação da ADAS deve ocorrer num ambiente sem ruídos, com luz suficiente e sem fontes distractivas, para que o sujeito possa estar o mais atento possível. As instruções devem ser dadas de forma clara e pausada de modo a que o sujeito as ouça perfeitamente. O observador deve ser sensível ao cansaço do sujeito e fazer as pausas necessárias. A aplicação começa com uma breve entrevista para avaliar vários aspectos da linguagem tais como, a linguagem oral (subteste 9), a dificuldade em encontrar palavras no discurso espontâneo (subteste 10) e a compreensão da linguagem oral (subteste 11). Após a entrevista, o observador começa por aplicar a tarefa de evocação de palavras (subteste 1), seguida dos restantes subtestes da parte cognitiva (subtestes de 1 a 11) pela ordem indicada na escala.

Os comportamentos não cognitivos são avaliados com base nas informações dadas pelo sujeito ou pelos seus acompanhantes e em função das observações efectuadas na entrevista e do contacto com o doente. A avaliação dos subtestes 1 (choço), 2 (sintomas depressivos), 5 (delírio), 6 (alucinação), 7 (deambulação), 8 (actividade motora aumentada) e 10 (Comportamento alimentar) refere-se aos comportamentos ocorridos na semana anterior à data da entrevista.

COTAÇÃO

A escala de classificação é de 0 a 5 (para os subtestes 8 a 11 da ADAS - cognitiva e para os subtestes 1 - 10 da ADAS comportamental), exprimindo o grau de gravidade da alteração. Uma pontuação de 0 corresponde à ausência de alteração ou à ausência de determinado comportamento, e pontuação 1 representa uma alteração muito ligeira; 2, 3 e 4 reflectem um nível de alteração ligeira, moderada e moderadamente grave, respectivamente. A pontuação máxima de 5 reflecte o grau mais grave de alteração ou uma frequência alta de ocorrência de determinado comportamento. Quanto maior for a pontuação total da ADAS, maior será também o grau de deterioração do sujeito.

ADAS COGNITIVA

1. Tarefa de evocação de palavras

Nesta prova são efectuadas três tentativas para aprender uma lista de 10 palavras de alta frequência (e altamente visualizáveis). As dez palavras impressas em cartões, são apresentadas, uma a uma, pelo observador durante dois segundos cada. Na primeira tentativa o observador fornece a seguinte instrução: "Vou mostrar-lhe cartões com palavras, um de cada vez. Leia cada palavra em voz alta e tente memorizá-la, porque mais tarde vou pedir-lhe para recordar todas as palavras que lhe mostrei". Depois da apresentação de todas as palavras, o observador pede ao sujeito para tentar recordar o maior número possível de palavras. Fazem-se mais duas aplicações de leitura e evocação.

Nota: Para sujeitos analfabetos as palavras são lidas em voz alta pelo observador em vez de apresentadas em cartões.

Pontuação: Atribui-se 1 ponto a cada resposta errada. Soma-se e divide-se por três, arredondando para o n.º inteiro mais próximo.

1.ª Tentativa			2.ª Tentativa			3.ª Tentativa		
	Recordada	Não Recordada		Recordada	Não Recordada		Recordada	Não Recordada
Casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Criança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Criança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Barco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Criança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Barco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total =			Total =			Total =		

Pontuação = _____
 (construção máxima de 10)

Anexo 35.b - Exemplo da Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer

2. Nomeação de objectos e dedos

Nesta prova pede-se ao sujeito para dizer o nome de doze objectos reais, de alta, média e baixa frequência, apresentados aleatoriamente. A instrução deve ser: "Como se chama isto?" ou "Qual é o nome deste objecto?". Se o sujeito não responde, então o observador deve dar ajuda semântica para o objecto; se o sujeito continua sem responder ou comete erros, o observador deve passar para o objecto seguinte.

Em seguida, pede-se ao sujeito para dizer os nomes dos dedos da mão dominante pela seguinte ordem: polegar, mínimo, indicador, médio e anelar.

Objectos	Planes deades quando NI dificuldade	Correcto	Incorrecto
Aflicte	Para preencher em usado nos trabalhos das bebás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caneta	Para escrever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bola	Para jogar e pode ser um brinquedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preço	Para fixar (preturar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cigaro	Para fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copo	Por onde bebemos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tasouri	Para cortar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coher	Para comer a inge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sabo	Para lavar as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oculos	Para ver melhor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relógio	Para ver as horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ande	Para usar nos dedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dedos Deve nomear os dedos da mão dominante	Resposta	Correcto	Incorrecto
Polegar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indicador		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anelar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mínimo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pontuação (soma de objectos e dedos)

0 = 0 itens incorretamente nomeados
 1 = 1 item incorretamente nomeado
 2 = 2 - 8 itens incorretamente nomeados
 3 = 9 - 11 itens incorretamente nomeados
 4 = 12 - 14 itens incorretamente nomeados
 5 = 15 - 17 itens incorretamente nomeados

Pontuação = _____ (pontuação máxima de 5)

3. Compreensão de ordens

Nesta prova avalia-se a compreensão da linguagem oral em função da capacidade do sujeito para executar 5 ordens. Cada ordem só pode ser repetida uma vez. Se o sujeito não responde ou comete erros à ordem instruído, o observador deve dar a ordem mais uma vez, e passa à próxima ordem. Devem ser aplicadas todas as ordens. As ordens só são consideradas correctas se executadas na totalidade.

Ordens	Correcto	Incorrecto
1. "Tche e mão".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. "Aponte para o tacho e depois para o chão".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Coloca-se em frente um lápis, um relógio e um cartão

3. "Torne o lápis em cima do cartão e depois volte e coloque-o no lado oposto do cartão".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. "Torne o relógio em cima do lado do lápis e depois volte o cartão".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. "Torne o lápis em cima do lado do relógio e depois volte o cartão".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: Os elementos sublinhados representam etapas únicas, mas cada ordem é cotada como um todo.

Pontuação (soma de objectos e dedos)

0 = 0 ordens correctas
 1 = 1 Ordem incorrecta, 4 ordens correctas
 2 = 2 Ordens incorrectas, 3 ordens correctas
 3 = 3 Ordens incorrectas, 2 ordens correctas
 4 = 4 Ordens incorrectas, 1 ordem correcta
 5 = 5 Ordens incorrectas

Pontuação = _____ (pontuação máxima de 5)

Anexo 35.c - Exemplo da Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer

4. Capacidade Construtiva

Esta prova avalia a capacidade de copiar quatro figuras geométricas que vão desde um figura simples (um círculo) até uma mais complexa (um cubo). As formas devem ser apresentadas individualmente, em folhas de papel planas e brancas (na metade superior de uma folha A4).

O observador deve dar ao sujeito um lápis antes de lhe entregar a 1ª forma. As instruções fornecidas são: "Nesta folha está uma figura. Tente desenhar uma figura parecida, em qualquer parte da folha". São permitidas duas tentativas. Se o sujeito não consegue reproduzir a figura em duas tentativas passa para a figura seguinte. O desenho é cotado como correcto se o sujeito reproduzir todas as características geométricas do original. As diferenças no tamanho não são cotadas como erro, assim como pequenas falhas entre as linhas, desde que a forma esteja bem reproduzida ("ver exemplos e seguir).

Nota: O uso de borracha não é permitido.

Crítérios de pontuação para cada forma

1. **Círculo** - Curva fechada.
2. **Dois rectângulos sobrepostos** - Cada rectângulo deve ter quatro lados e a sobreposição deve ser igual à forma apresentada.
3. **Losango** - A figura deve ter quatro lados oblíquos e todos os lados devem ser aproximadamente iguais em comprimento.
4. **Cubo** - A forma deve estar em perspectiva, com a face anterior correctamente orientada, as linhas internas correctamente desenhadas entre os cantos.

Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto

Registo	Correcto	Incorrecto
<input type="checkbox"/> Círculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dois rectângulos sobrepostos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Losango	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cubo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pontuação

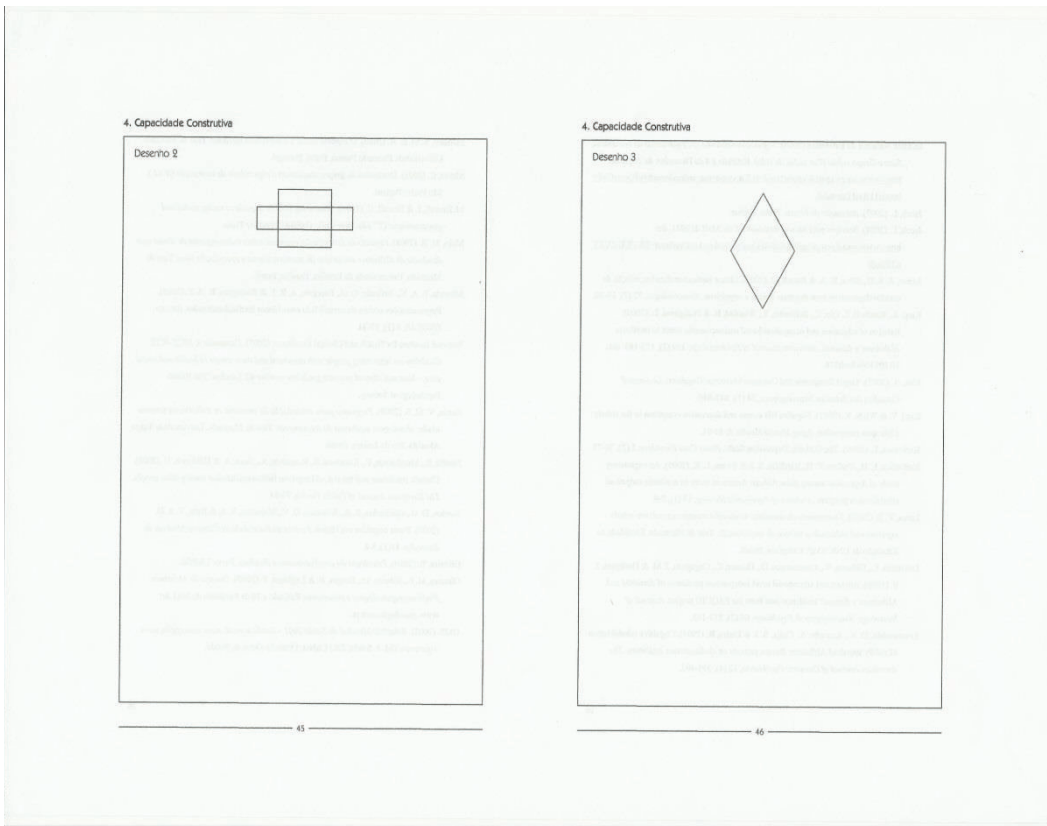
0 = 4 desenhos correctos
 1 = 1 desenho incorrecto
 2 = 3 desenhos incorrectos
 3 = 3 desenhos incorrectos
 4 = 4 desenhos incorrectos
 5 = nenhuma forma, parte da forma, ou nenhuma em vez de desenho

Pontuação = _____ (pontuação máxima de 5)

4. Capacidade Construtiva

Desenho 1

Anexo 35.d - Exemplo da Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer



Anexo 35.e - Exemplo da Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer

4. Capacidade Construtiva

Desenho 4

5. Praxia Ideativa

Esta prova avalia a capacidade de o sujeito executar uma sequência de acções complexas e familiares. Em cima da mesa e em frente do sujeito, coloca-se simultaneamente, uma folha de papel A 4 e um envelope grande. A instrução deve ser: "Quero que faça de conta que está a enviar uma carta a si próprio. Tome este papel e dobre-o de maneira que caiba dentro do envelope, depois feche-o e escreva o seu nome, a sua morada e indique onde solocaria o selo". Se o sujeito se esquecer de uma parte do exercício ou se tiver dificuldades, o observador deve repetir a instrução.

Nota: Só é considerada alteração neste item, quando este reflecte apenas dificuldade na execução duma tarefa conhecida e não alterações da memória.

Componentes	Correcto	Incorrecto
1. Dobrar a carta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Abrir a carta dentro do envelope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fechar o envelope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Endereçar o envelope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Indicar o local do selo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Portuqão:

0 = Todas as etapas executadas
 1 = 1 etapa não executada
 2 = 2 etapas não executadas
 3 = 3 etapas não executadas
 4 = 4 etapas não executadas
 5 = Todas as etapas não executadas

Portuqão = _____ (pontuação máxima de 5)

47

48

Anexo 35.f - Exemplo da Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer

6. Orientação

As componentes da orientação são nome, mês, dia, dia da semana, estação do ano, local e hora (9 itens). Para o local deve ser indicado o nome do local onde o sujeito se encontra no presente momento. Antes de testar a orientação o observador deve ter em atenção as pistas periféricas no ambiente do teste (Ex: relógio, calendário).

Nota: Acertar-se como respostas correctas a indicação do primeiro e último nome, +/- 1 h para as horas, nome incompleto para o local, indicação da primeira estação no período de uma semana antes do seu início, e duas semanas depois do seu fim.

Item	Correcto	Incorrecto
1. Nome completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mês	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dia da semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Estação do ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação = _____		(pontuação máxima de 8)

7. Reconhecimento de palavras

Nesta prova são efectuadas três tentativas para aprender uma lista de 12 palavras. Em cada tentativa, pede-se ao sujeito para ler em voz alta 12 palavras apresentadas em cartões e para as memorizar. Depois estas palavras são misturadas com 12 palavras semelhantes na frequência e na imagabilidade, e pede-se ao sujeito para decidir se cada uma destas palavras faz ou não parte da lista inicial que ouviu. No princípio de cada tentativa, o observador fornece a seguinte instrução: "Vou mostrar-lhe algumas palavras com palavras. Quero que as leia em voz alta e que as tente memorizar". No fim de cada prova de aprendizagem o observador deve fornecer a seguinte instrução: "Agora vou mostrar-lhe um novo conjunto de palavras. Algumas destas palavras fazem parte da lista inicial que viu antes das novas. Para cada palavra, quero que me diga se essa palavra é nova ou se já a mostrou antes". O observador mostra a primeira palavra e diz: "Esta palavra é alguma das que lhe mostrei antes, sim ou não?". As instruções são iguais para as duas restantes palavras de cada tentativa. Para as restantes palavras da prova o observador deve dizer: "É agora esta?". Se o sujeito não responde ou não compreende a tarefa, o observador deve repetir a instrução e anotar o nº de vezes em que repetiu a instrução (subteste 8).

Nota: Para sujeitos analfabetos as palavras são ditas em voz alta pelo observador em vez do sujeito.

Anexo 35.g - Exemplo da Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer

7. Reconhecimento de palavras

As palavras a negrito são as palavras da lista inicial. Os círculos representam as respostas incorrectas e os quadrados as respostas correctas.

	1.ª Tentativa			2.ª Tentativa			3.ª Tentativa		
	Sim	Não	Rec	Sim	Não	Rec	Sim	Não	Rec
Beijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Festa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pipa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Festa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Talho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Passado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Festa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fritas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brasão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jardim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brasão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ferra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brasão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teatro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Museu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Museu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Loja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Museu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teatro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Água	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manteiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manteiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Milho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manteiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chapéu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Milho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avião	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chapéu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chapéu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vestido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polícia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lerção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cavalo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tinta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corrida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total de respostas incorrectas = _____
Total Rec = _____

Nota: Rec = Recordação da instrução.

Para a pontuação somam-se as respostas incorrectas de cada tentativa, divide-se esse nº por três e arredonda-se para o nº inteiro mais próximo.

Pontuação = _____
(pontuação máxima de 10)

8. Recordar as instruções do teste

Este item avalia a capacidade do sujeito para recordar as instruções da prova de reconhecimento de palavras (subteste 7). Em cada exercício de reconhecimento, pergunta-se ao sujeito, na apresentação das duas primeiras palavras: "já viu esta palavra antes?" ou "é uma palavra nova?". Para a terceira palavra pergunta-se: "é agora esta?". Se responder adequadamente, isto é, sim ou não, a recordação das instruções está correcta. Se o sujeito não responder, isto significa que as instruções foram esquecidas. Repetem-se as instruções. O procedimento usado para a terceira palavra é repetido para as palavras 4 - 24. Anota-se as falhas de memória para a instrução e depois de sete falhas no máximo, interrompe-se a contagem.

Pontuação:
0 = Sem necessidade de recordar instrução
1 = Defeito muito ligeiro (recordado 1 vez)
2 = Defeito ligeiro (recordado 2 vezes)
3 = Defeito moderado (recordado 3 a 4 vezes)
4 = Defeito moderadamente severo (recordado 5 ou 6 vezes)
5 = Defeito severo (recordado 7 vezes)

Pontuação = _____
(pontuação máxima de 5)

9. Linguagem oral

Este item é uma avaliação global da qualidade do discurso, isto é, clareza, dificuldade em fazer-se entender (expressão). O observador deve considerar todo o discurso produzido pelo sujeito na sessão quando avalia este item. Não são avaliadas neste item o conteúdo do discurso nem a dificuldade em encontrar palavras que não são avaliadas no subteste 10. As pontuações mais elevadas (4 - 5) estão reservadas para sujeitos cuja capacidade de expressão esteja de tal modo alterada que impeça o sujeito de comunicar.

Pontuação:
0 = Nenhuma alteração
1 = Alteração muito ligeira (1 situação de dificuldade de expressão)
2 = Alteração ligeira (o sujeito tem dificuldade de expressão entre 25% a 50% do tempo da sessão)
3 = Alteração moderada (o sujeito tem dificuldade de expressão em um pouco mais de 50% do tempo da sessão)
4 = Alteração moderadamente grave (o sujeito tem dificuldade em claramente mais de 50% do tempo)
5 = Alteração grave (Produção de uma ou duas palavras, discurso fluente mas de conteúdo vazio; mutismo)

Pontuação = _____
(pontuação máxima de 5)

Anexo 35.h - Exemplo da Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer

10. Dificuldade em encontrar palavras no discurso espontâneo

Este item avalia a dificuldade do sujeito em encontrar as palavras desejadas no discurso espontâneo, uso de circunlóquios (explicar a função ou as características de um objecto em vez de dizer o seu nome).

Pontuação:

- 0 = Nenhuma dificuldade
- 1 = Muito ligeira (1 ou 2 situações)
- 2 = Ligeira (circunlóquios notórios e substituição por sinónimos)
- 3 = Moderada (falta de palavras sem compensação no momento)
- 4 = Moderadamente grave (frequente falta de palavras sem compensação)
- 5 = Grave (falta quase total de palavras com conteúdo, discurso vazio, discurso com produção de uma ou duas palavras)

Pontuação = _____
(pontuação máxima de 5)

11. Compreensão da linguagem oral

Este item avalia a capacidade do sujeito para compreender o discurso. Não abrange as respostas a instruções ou ordens.

Pontuação:

- 0 = Nenhuma dificuldade
- 1 = Muito ligeira (1 situação de dificuldade de compreensão)
- 2 = Ligeira (3 a 5 situações de dificuldade de compreensão)
- 3 = Moderada (o observador tem de repetir várias vezes o que está a dizer)
- 4 = Moderadamente grave (o sujeito só ocasionalmente responde correctamente, isto é, questões do tipo "sim" e/ou "não")
- 5 = Grave (o sujeito responde de forma inapropriada na maioria das vezes, mas não como resultado da pobreza de vocabulário)

Pontuação = _____
(pontuação máxima de 5)

53

ADAS NÃO COGNITIVA

A avaliação destes comportamentos, implica a sua ocorrência durante a semana que antecede a entrevista, especificamente em relação aos seguintes itens:

- 1. Choro
- 2. Sintomas depressivos
- 3. Delírio
- 4. Alucinação
- 5. Desnutrição
- 6. Actividade motora aumentada
- 7. Comportamento alimentar (aumento/perda de apetite)

1. Choro

Pergunta-se ao sujeito ou ao informador qual é a frequência da ocorrência do choro.

Pontuação:

- 0 = Nenhuma
- 1 = Muito ligeira - Uma vez por semana ou na sessão de testes
- 2 = Ligeira - Ocorre 2 a 3 vezes durante a semana, incluindo a sessão de testes
- 3 = Moderada - Choro ocasional e de curta duração
- 4 = Moderadamente grave - Choro frequente, quase todos os dias
- 5 = Grave - Choro frequente e prolongado, todos os dias

Pontuação = _____
(pontuação máxima de 5)

2. Sintomas depressivos

Pergunta-se ao sujeito ou ao informador se o sujeito se sentiu triste, desinteressado. Se a resposta for afirmativa, o observador deve tentar compreender a gravidade desse comportamento, perda de interesse ou de prazer na realização de actividades. O observador também deve avaliar a expressão facial do sujeito, a flutuação do humor e a capacidade deste para responder a piadas e a encorajamentos.

Pontuação:

- 0 = Nenhuma
- 1 = Muito ligeira - sente-se um pouco (ou por vezes) triste (deprimido) clinicamente não significativo
- 2 = Ligeira - é visível e referido um humor ligeiramente depressivo, alguma perda de interesse.
- 3 = Moderado - sente-se com alguma frequência (e moderadamente) triste (deprimido)
- 4 = Moderadamente grave - sente-se quase sempre, com considerável perda de interesse
- 5 = Grave - predomínio de humor depressivo, perda marcada (total) de interesse ou de prazer

Pontuação = _____
(pontuação máxima de 5)

54

Anexo 35.i - Exemplo da Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer

3. Concentração/Dispersão

Este item avalia a frequência com que o sujeito se dispersa devido a estímulos irrelevantes e/ou tem de ser reorientado para a tarefa em curso, ou a frequência com que o sujeito se distrai com os seus pensamentos. As informações dadas pelos informadores devem também ser consideradas. Por exemplo: a capacidade de ver televisão, terminar as refeições, terminar uma tarefa que iniciou, conversar, etc.

Pontuação:

- 0 = Nenhuma dispersão
- 1 = Muito ligeira - uma situação de alteração da concentração
- 2 = Ligeira - 2 a 3 situações de alteração da concentração
- 3 = Moderada - 4 a 6 situações de alteração da concentração
- 4 = Moderadamente grave - alteração na concentração/dispersão durante muito tempo na entrevista e em casa
- 5 = Grave - extrema dificuldade em concentrar-se e extremamente disperso, com incapacidade de completar tarefas.

Pontuação = _____
(pontuação máxima de 5)

4. Falta de colaboração nos testes

Neste item avalia-se o grau de colaboração do sujeito a certos aspectos da entrevista.

Pontuação:

- 0 = Nenhuma - o sujeito colabora
- 1 = Muito ligeira - uma situação de falta de colaboração
- 2 = Ligeira - 2 a 3 situações de falta de colaboração, mas o sujeito cumpre quando lhe é pedido para continuar
- 3 = Moderada - 4 a 5 situações de falta de colaboração
- 4 = Moderadamente grave - necessita de ser permanentemente estimulado e encorajado para terminar a entrevista
- 5 = Grave - recusa-se a continuar a entrevista

Pontuação = _____
(pontuação máxima de 5)

55

5. Delírio

Um delírio caracteriza-se por uma alteração do conteúdo do pensamento e pela presença de ideias delirantes que persistem pelo menos durante um mês. Os sujeitos vivem situações que não acontecem. Não existe capacidade de crítica e essas ideias não são modificáveis pela experiência nem pela argumentação lógica. As ideias delirantes estão relacionadas com situações que podem acontecer na vida real (por exemplo, ser perseguido, infectado, envenenado, espiado, enganado ou traído pelo cônjuge ou outros). O sujeito com ideias delirantes pode ter um funcionamento psicossocial alterado quando as ideias delirantes interferem na sua vida, de tal modo que vive em função delas (por exemplo, uma pessoa que acredita ser perseguida por terroristas, pensa que estão bombas no prédio e não sai de casa nem vai ao trabalho, pois teme que assim que o faça, os terroristas invadam a casa e a matem).

Existem vários tipos de ideias delirantes quanto ao conteúdo, entre as quais, o delírio de ciúme, de perseguição, de influência, de auto-desvalorização, místicos ou religiosos.

Neste item avalia-se o grau de convicção e de convencimento do sujeito em acreditar em ideias que, não são verdadeiras. Para classificar a gravidade, deve considerar-se o convencimento no conteúdo do delírio, a preocupação e o efeito que esse delírio tem sobre a vivência e o comportamento do sujeito.

Pontuação:

- 0 = Nenhum
- 1 = Muito ligeira - convencimento passageiro do conteúdo do delírio
- 2 = Ligeira - delírio claramente presente, mas o indivíduo questiona o seu convencimento
- 3 = Moderado - o sujeito está convencido do delírio, mas este não afecta o seu comportamento
- 4 = Moderadamente grave - o convencimento afecta o seu comportamento
- 5 = Grave - acções significativas baseadas no delírio

Pontuação = _____
(pontuação máxima de 5)

56

Anexo 35.j - Exemplo da Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer

6. Alucinação

A alucinação é uma alteração da percepção sensorial que tem o sentido da realidade de uma percepção real, mas que ocorre sem a estimulação exterior do órgão sensorial correspondente. Segundo Jaspers, as alucinações são falsas percepções corpóreas que não se originam da transformação da percepção real, mas sim de um modo inteiramente novo e que surgem como percepções reais. O sujeito com alucinações acredita totalmente na sua alucinação e não possui capacidade de fazer o teste da realidade.

Neste item avaliam-se as alucinações visuais (surgem sob a forma de cores, sombras, luzes e/ou cintilações, podem ser estáticas ou móveis, pessoas ou animais), auditivas (o sujeito ouve vozes, sons e/ou ruídos que são referidos como vindos do exterior ou produzidos/não produzidos dentro da sua própria cabeça), o sujeito ouve consciências, ameaças contra si) e tácteis (o sujeito experimenta sensações cutâneas de ser agarrado, queimado, dominado, e estas sensações podem ou não ser acompanhadas de dor). O observador deve ter em conta a frequência e o grau da alucinação, ou seja o efeito que a alucinação exerce sobre o sujeito.

Pontuação:

- 0 = Nenhuma
- 1 = Muito ligeira – o sujeito ouve uma voz e dizer-lhe uma palavra, uma alucinação visual
- 2 = Ligeira
- 3 = Moderada – várias alucinações ao longo do dia, que interferem com a vivência do sujeito
- 4 = Moderadamente grave
- 5 = Grave – alucinações quase constantes, que perturbam o funcionamento normal do sujeito

Pontuação = _____
(pontuação máxima de 5)

7. Deambulação

Este item classifica a deambulação (vaguear), que deve ser distinguida do andar para trás para a frente exageradamente e da actividade física normal do sujeito.

Pontuação:

- 0 = Nenhuma
- 1 = Muito ligeira – ocorrência muito rara
- 2 = Ligeira – deambula durante períodos curtos de tempo, a certas horas do dia
- 3 = Moderada – deambula frequentemente todos os dias
- 4 = Moderadamente grave – deambula durante a maior parte do dia, mas é capaz de parar para certas actividades, por exemplo para as refeições
- 5 = Grave – é incapaz de ficar quieto, deambula exageradamente

Pontuação = _____
(pontuação máxima de 5)

8. Aumento da actividade motora

Este item é classificado em função da quantidade de actividade do indivíduo em comparação com o que era antes. Avalia-se neste item a hiperactividade sem finalidade e sem motivo. Admite-se uma pontuação de 2 no caso do informador ter registado pela entrevista um aumento na actividade motora, que o sujeito não exibiu durante a observação. (Exemplos: o sujeito levanta-se e senta-se frequentemente, mexe e remove em gavetas sem justificação, ...).

Pontuação:

- 0 = Nenhuma
- 1 = Muito ligeira – aumento muito ligeiro dos movimentos
- 2 = Ligeiro
- 3 = Moderada – aumento significativo na quantidade de movimentos
- 4 = Moderadamente grave – aumento significativo na quantidade de movimentos que interferem noutras actividades
- 5 = Grave – o sujeito tem de estar em constante movimento; é raro ficar quieto

Pontuação = _____
(pontuação máxima de 5)

9. Tremor

Rele-se ao sujeito para levantar ambas as mãos, com as palmas viradas para baixo e com os dedos abertos, mantendo esta posição durante 10 segundos. Observa-se se existe ou não tremor.

Pontuação:

- 0 = Nenhuma
- 1 = Muito ligeiro – ligeiro tremor; mal se observa
- 2 = Ligeiro – tremor aparente, sem interferência com outras actividades
- 3 = Moderado – interfere noutras actividades, por exemplo segurar num lápis, abotoar a camisa
- 4 = Moderadamente grave – movimento óbvio; interfere com outras actividades, por exemplo segurar num copo de água, etc.
- 5 = Grave – movimentos muito rápidos com deslocamentos significativos

Pontuação = _____
(pontuação máxima de 5)

Anexo 35.I - Exemplo da Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer

10. Comportamento alimentar (aumento/perda de apetite)

Este item foi incluído porque a alteração do apetite pode estar associada à depressão e porque as observações clínicas de alguns sujeitos com Doença de Alzheimer revelam aumento e diminuição do apetite. O item é classificado em comparação com o habitual apetite do sujeito (como o sujeito era antes).

Pontuação:

- 0 = Nenhuma alteração
- 1 = Muito ligeira – ligeira alteração, sem importância clínica, sem alteração de peso
- 2 = Ligeira – alteração do apetite, o sujeito come sem necessidade de ser estimulado e não há evidente alteração de peso
- 3 = Moderada – alteração acentuada; o sujeito precisa de ser estimulado para comer, o sujeito pode pedir mais comida com alguma frequência
- 4 = Moderadamente grave
- 5 = Grave – O sujeito não quer comer e precisa de ser alimentado à força, o sujeito queixa-se frequentemente

Pontuação = _____
(pontuação máxima de 5)

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOENÇA DE ALZHEIMER – ADAS COGNITIVA

Nome: _____ Idade: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Profissão: _____
Escolaridade: _____ Data de Obs: ____/____/____ Observador: _____

<p>1. Teste de evocação de palavras Assinalar cada objecto e dizer incorretamente nomeado</p> <p>1ª tentativa _____ 2ª tentativa _____ 3ª tentativa _____ Pontuação _____</p> <p>2. Nomeação de objectos e dedos Assinalar cada objecto e dedo incorretamente nomeado</p> <p><input type="checkbox"/> Alfinete <input type="checkbox"/> Óculos <input type="checkbox"/> Caneta <input type="checkbox"/> Relógio <input type="checkbox"/> Bala <input type="checkbox"/> Anel <input type="checkbox"/> Ingresso <input type="checkbox"/> Botão <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Valsador <input type="checkbox"/> Copo <input type="checkbox"/> Mêsico <input type="checkbox"/> Tacheta <input type="checkbox"/> Anelar <input type="checkbox"/> Colher <input type="checkbox"/> Mincino <input type="checkbox"/> Selo Pontuação _____</p> <p>3. Compreensão de ordens Assinalar cada ordem executada correctamente</p> <p><input type="checkbox"/> Fecha a mão <input type="checkbox"/> Aponte para o lado e depois para o chão <input type="checkbox"/> Ponha a mão esquerda no chão e depois volte a colocá-lo no lado oposto <input type="checkbox"/> Ponha o relógio no pulso esquerdo e depois volte a carilho <input type="checkbox"/> Sem que volte em voo, levante as mãos e depois volte a carilho Pontuação _____</p> <p>4. Capacidade construtiva Assinalar cada caso desenhado incorrecto</p> <p><input type="checkbox"/> Circulo <input type="checkbox"/> Dado rectangulo <input type="checkbox"/> Lozango <input type="checkbox"/> Cubo Pontuação _____</p> <p>5. Prática ideativa Assinalar cada etapa não executada ou executada incorrectamente</p> <p><input type="checkbox"/> Dobrar a carta <input type="checkbox"/> Abrir a carta dentro do envelope <input type="checkbox"/> Fechar o envelope <input type="checkbox"/> Endireitar o envelope <input type="checkbox"/> Indicar o local do selo Pontuação _____</p> <p>6. Orientação Indicar as componentes incorrectas</p> <p><input type="checkbox"/> Nome completo <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Dia da semana <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Estação do ano <input type="checkbox"/> Hora Pontuação _____</p>	<p>7. Reconhecimento de palavras – Indicar o nº de respostas incorrectas para cada tentativa</p> <p>1ª tentativa ____ 2ª tentativa ____ 3ª tentativa ____ Pontuação _____</p> <p>8. Recordar as instruções do teste Indicar o nº de repetições da instrução para cada tentativa</p> <p>1ª tentativa ____ 2ª tentativa ____ 3ª tentativa ____ Pontuação _____</p> <p>0 = Sem necessidade de recordar instrução 1 = Defeito muito ligeiro (recordado 1 vez) 2 = Defeito ligeiro (recordado 2 vezes) 3 = Defeito moderado (recordado 3 a 4 vezes) 4 = Defeito moderadamente severo (recordado 5 a 6 vezes) 5 = Defeito severo (recordado 7 vezes) Pontuação _____</p> <p>9. Capacidade de linguagem oral</p> <p>Pontuação _____</p> <p>0 = Nenhuma alteração 1 = Alteração muito ligeira 2 = Alteração ligeira 3 = Alteração moderada 4 = Alteração moderadamente grave 5 = Alteração grave Pontuação _____</p> <p>10. Dificuldade em encontrar palavras no discurso espontâneo</p> <p>Pontuação _____</p> <p>0 = Nenhuma dificuldade 1 = Muito ligeira 2 = ligeira 3 = Moderada 4 = Moderadamente grave 5 = Grave Pontuação _____</p> <p>11. Compreensão da linguagem oral</p> <p>Pontuação _____</p> <p>0 = Nenhuma dificuldade 1 = Muito ligeira 2 = ligeira 3 = Moderada 4 = Moderadamente grave 5 = Grave Pontuação _____</p> <p>Nota Total – COGNITIVA</p>
---	---

Anexo 35.m - Exemplo da Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOENÇA DE ALZHEIMER – ADAS NÃO COGNITIVA

Nome: _____ Idade: _____
 Data de Nascimento: ____/____/____ Profissão: _____
 Escolaridade: _____ Data de Obs: ____/____/____ Observador: _____

<p>1. Choro Pontuação _____</p> <p>0 = Nenhuma 1 = Muito leve – uma vez por semana ou no início de testes 2 = Leve – Ocorre 2 a 3 vezes durante a semana, incluindo a sessão de testes 3 = Moderado – Choro ocasional e de curta duração 4 = Moderadamente grave – Choro frequente, quase todos os dias 5 = Grave – Choro frequente e prolongado, todos os dias</p> <p>Pontuação _____</p>	<p>4. Falta de colaboração nos testes Pontuação _____</p> <p>0 = Nenhuma – o sujeito colabora 1 = Muito leve – uma situação de falta de colaboração 2 = Leve – 2 a 3 situações, mas o sujeito cumpre quando lhe é pedido para continuar 3 = Moderado – 4 a 5 situações de falta de colaboração 4 = Moderadamente grave – necessita de ser constantemente estimulado e encorajado para terminar a entrevista 5 = Grave – recusa-se a continuar a entrevista</p> <p>Pontuação _____</p>
<p>8. Sintomas depressivos Pontuação _____</p> <p>0 = Nenhuma 1 = Muito leve – sente-se um pouco (ou por vezes) triste (deprimido) clinicamente não significativo 2 = Leve – é valioso e referido um humor ligeiramente depressivo, alguma perda de interesse 3 = Moderado – sente-se com alguma frequência (e moderadamente) triste (deprimido) 4 = Moderadamente grave – sente-se quase sempre, com consistência, pouco de interesse 5 = Grave – predominio de humor depressivo, perde interesse (total) de interesse ou de prazer</p> <p>Pontuação _____</p>	<p>5. Delírio Pontuação _____</p> <p>0 = Nenhum 1 = Muito leve – conversão passageira do conteúdo do delírio 2 = Leve – delírio claramente presente, mas o indivíduo questiona o seu conteúdo 3 = Moderado – o sujeito está convencido do delírio, mas este não afecta o seu comportamento 4 = Moderadamente grave – o comportamento afecta o seu comportamento 5 = Grave – acções significativas baseadas no delírio</p> <p>Pontuação _____</p>
<p>3. Concentração/Dispensio Pontuação _____</p> <p>0 = Nenhuma dispensio 1 = Muito leve – uma situação de alteração de concentração 2 = Leve – 2 a 3 situações de alteração de concentração 3 = Moderado – 4 a 6 situações de alteração de concentração 4 = Moderadamente grave – alteração na concentração dispensio durante muito tempo na entrevista e em casa 5 = Grave – extrema dificuldade em concentrar-se e extensamente dispensio, com incapacidade de completar testes</p> <p>Pontuação _____</p>	<p>6. Alucinação Pontuação _____</p> <p>0 = Nenhum 1 = Muito leve – o sujeito ouve uma voz a dizer-lhe uma palavra, uma alucinação visual 2 = Leve 3 = Moderado – várias alucinações ao longo do dia, que interferem com a vida do sujeito 4 = Moderadamente grave 5 = Grave – alucinações quase constantes, que perturbam o funcionamento normal do sujeito</p> <p>Pontuação _____</p>
<p>7. Desinibição Pontuação _____</p> <p>0 = Nenhum 1 = Muito leve – ocorrência muito raras 2 = Leve – ocorrência durante períodos curtos de tempo, como testes do dia 3 = Moderado – ocorrência frequentemente todos os dias 4 = Moderadamente grave – ocorrência durante a maior parte do dia, mas é capaz de parar para certas actividades, por exemplo para as refeições 5 = Grave – é incapaz de ficar quieto, desinibição exageradamente</p> <p>Pontuação _____</p>	

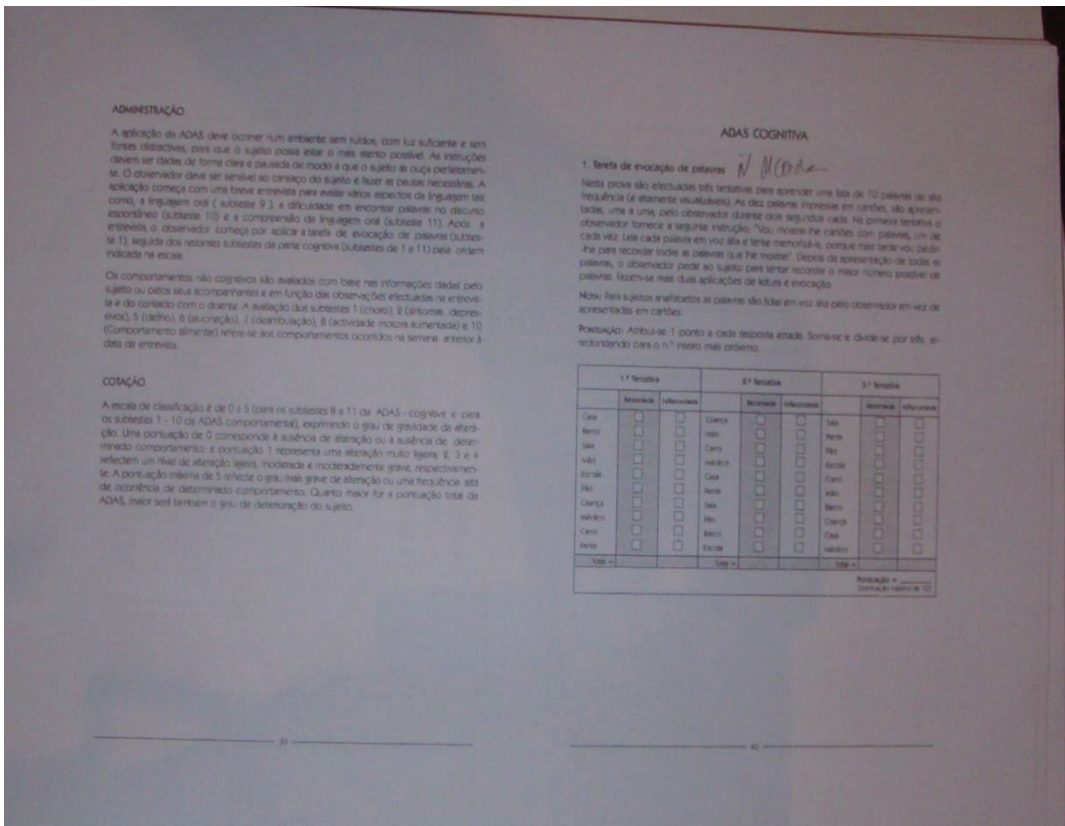
<p>8. Aumento de actividade motora Pontuação _____</p> <p>0 = Nenhuma 1 = Muito leve – aumento muito ligeiro dos movimentos 2 = Leve 3 = Moderado – aumento significativo na quantidade de movimentos 4 = Moderadamente grave – aumento significativo na quantidade de movimentos que interferem noutras actividades 5 = Grave – o sujeito tem de estar em constante movimento, é raro ficar quieto</p> <p>Pontuação _____</p>	<p>10. Comportamento alimentar (aumentação do apetite) Pontuação _____</p> <p>0 = Nenhuma alteração 1 = Muito leve – ligeira alteração, sem importância clínica, sem alteração de peso 2 = Leve – alteração do apetite, o sujeito é capaz de comer sem ser estimulado, evidente alteração de peso 3 = Moderado – alteração acentuada, o sujeito precisa de ser estimulado para comer, o sujeito perde peso mais comido com alguma frequência 4 = Moderadamente grave 5 = Grave – O sujeito não quer comer e precisa de ser alimentado à força, o sujeito queixa-se de fome apesar de ingerir calorificos suficientes</p> <p>Pontuação _____</p>
<p>9. Tímor Pontuação _____</p> <p>0 = Nenhum 1 = Muito leve – tímor tímido, mal se observe 2 = Leve – tímor evidente, sem interferência com outras actividades 3 = Moderado – interfere noutras actividades, por exemplo segurar um lápis, abotoar a camisa 4 = Moderadamente grave – movimento óbvio, interfere com outras actividades, por exemplo segurar um copo de água, etc. 5 = Grave – movimentos muito rápidos com deslocamentos significativos</p> <p>Pontuação _____</p>	<p>Pontuação _____</p> <p>Nota Total – NÃO COGNITIVA</p> <p>_____</p> <p>Nota Total – COGNITIVA + NÃO COGNITIVA</p> <p>_____</p>
<p>ADAS cognitiva (PM = 70) _____</p> <p>Observações: _____</p> <p>ADAS não cognitiva (PM = 50) _____</p> <p>Observações: _____</p> <p>ADAS - Total (PM = 100) _____</p>	

Inclusão e distribuição a direitos e investigadores autorizada por Richard C. Mohr, Ph.D. Em publicações ou outra utilização mencione os artigos referidos no início

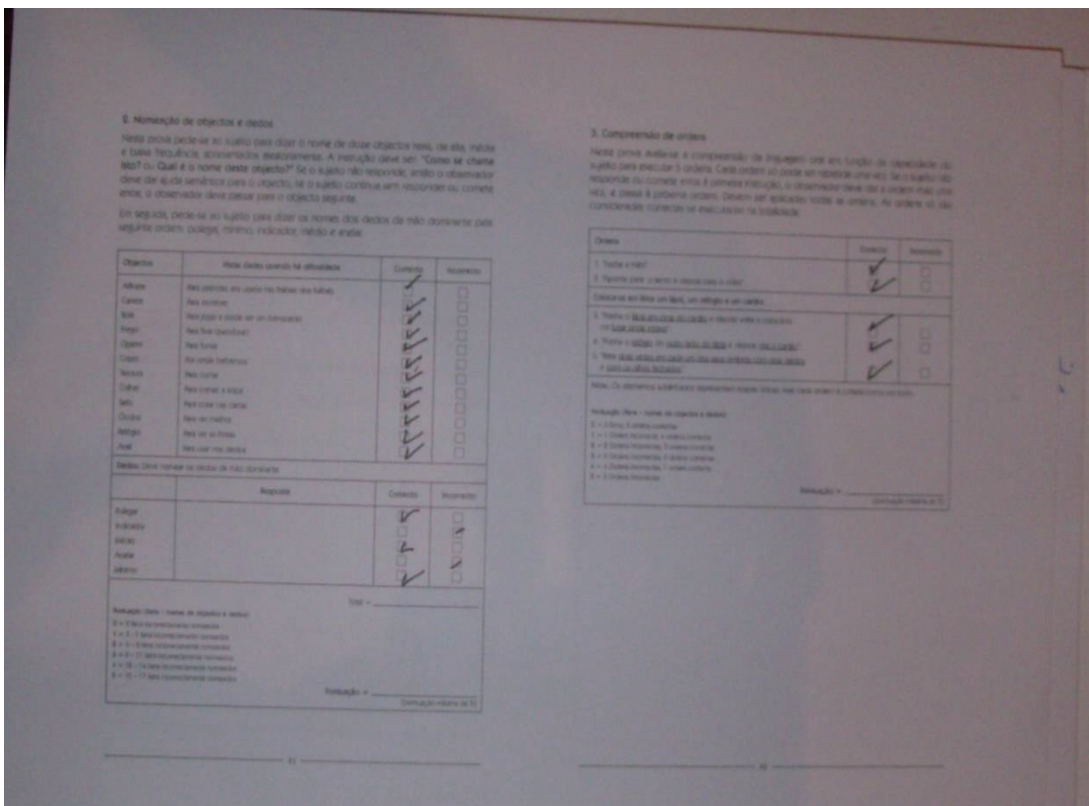
Anexo 35.n - Exemplo da Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer

	NEHUMA	LEVE	MODERADA	GRAVE
MEMÓRIA	Neuhuma alteração da memória recente e recente	Neuhuma alteração da memória recente e recente	Neuhuma alteração da memória recente e recente	Neuhuma alteração da memória recente e recente
ORIENTAÇÃO	Neuhuma alteração da orientação	Neuhuma alteração da orientação	Neuhuma alteração da orientação	Neuhuma alteração da orientação
RÍDIO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	Neuhuma alteração da resolução de problemas	Neuhuma alteração da resolução de problemas	Neuhuma alteração da resolução de problemas	Neuhuma alteração da resolução de problemas
ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA	Neuhuma alteração das actividades da vida diária	Neuhuma alteração das actividades da vida diária	Neuhuma alteração das actividades da vida diária	Neuhuma alteração das actividades da vida diária
CASA E INFLUÊNCIAS	Neuhuma alteração da casa e influências	Neuhuma alteração da casa e influências	Neuhuma alteração da casa e influências	Neuhuma alteração da casa e influências
COMPORTAMENTO PERSONAL	Neuhuma alteração do comportamento pessoal	Neuhuma alteração do comportamento pessoal	Neuhuma alteração do comportamento pessoal	Neuhuma alteração do comportamento pessoal
PONTUAÇÃO GLOBAL				

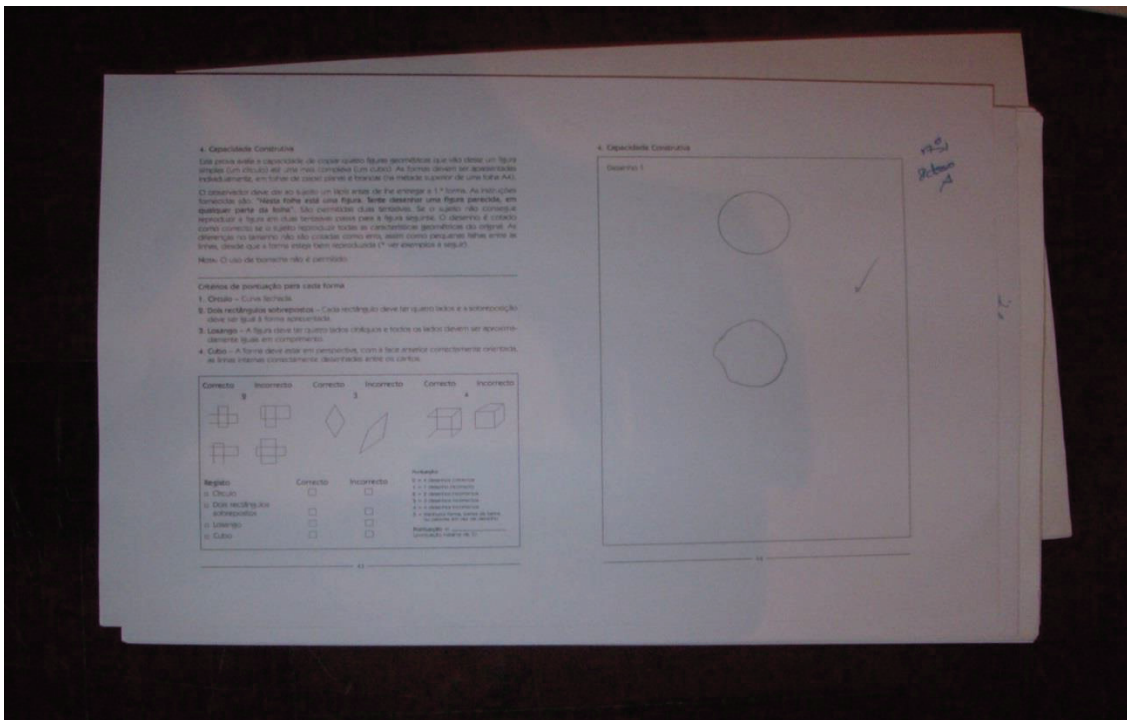
Anexo 35.o - Exemplo da Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer



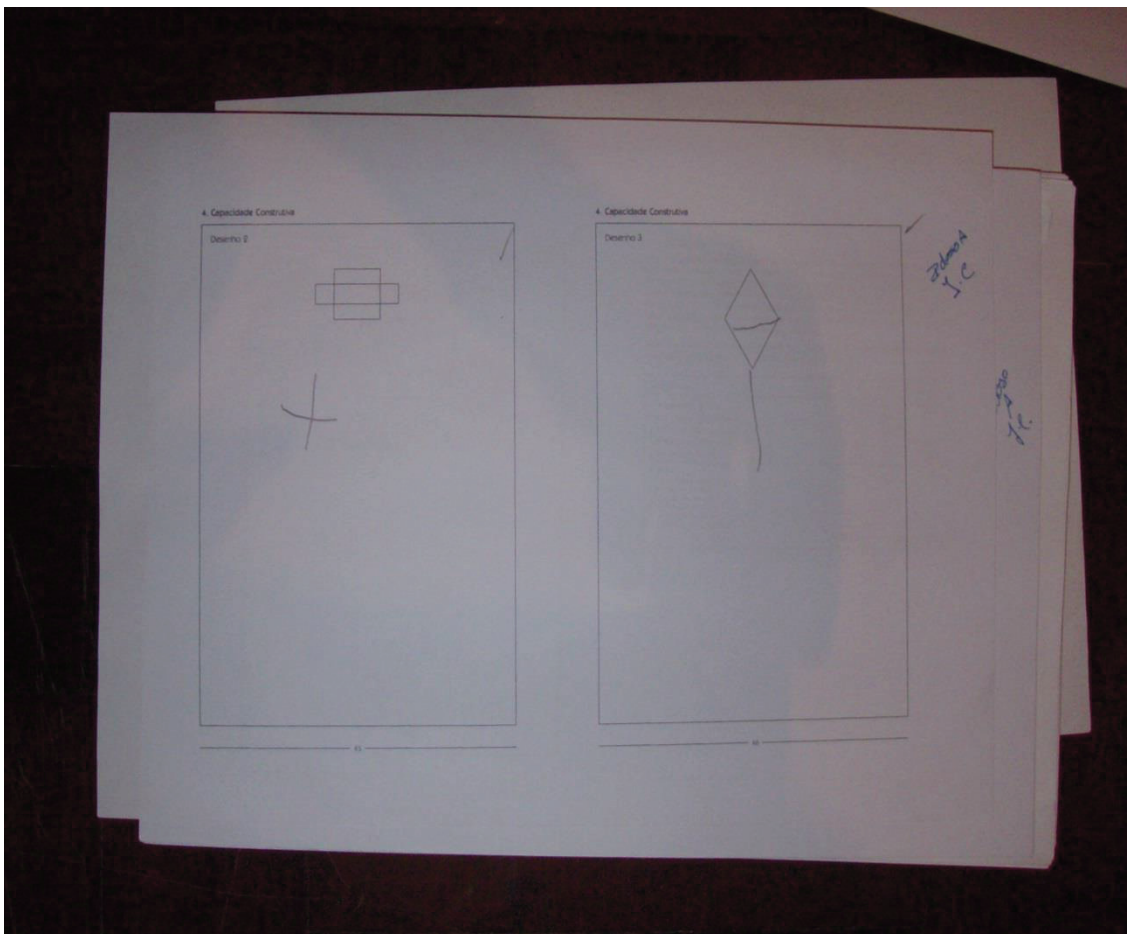
Anexo 37.b - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso A (antes da intervenção)



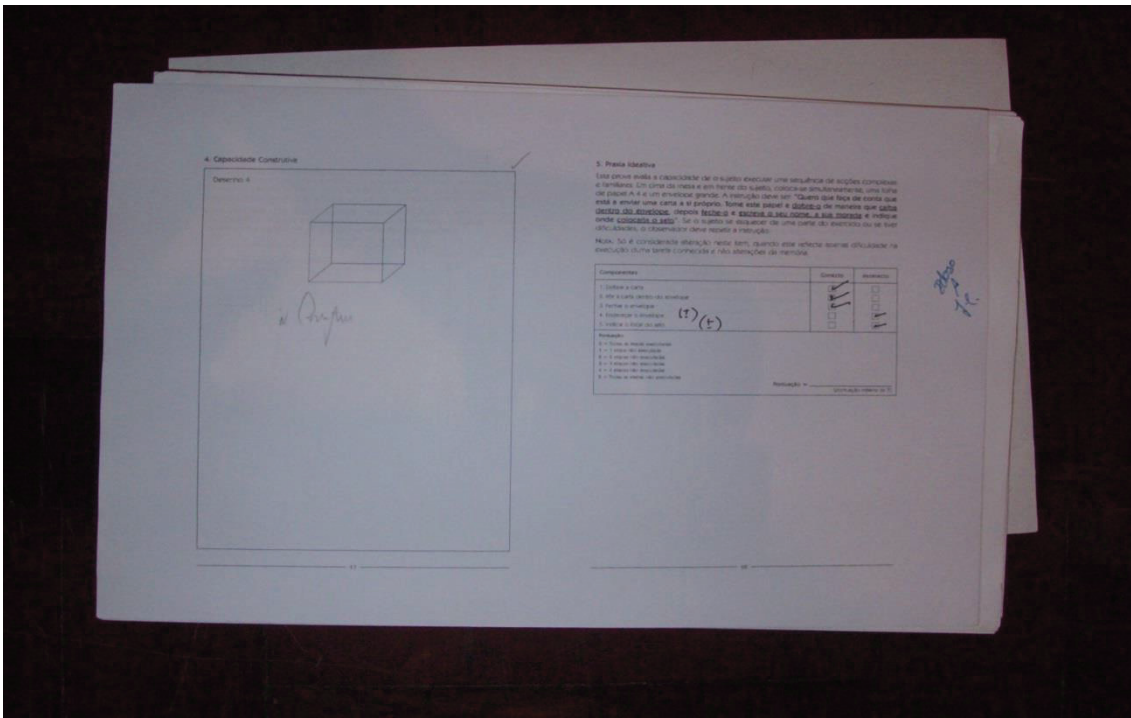
Anexo 37.c - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso A (antes da intervenção)



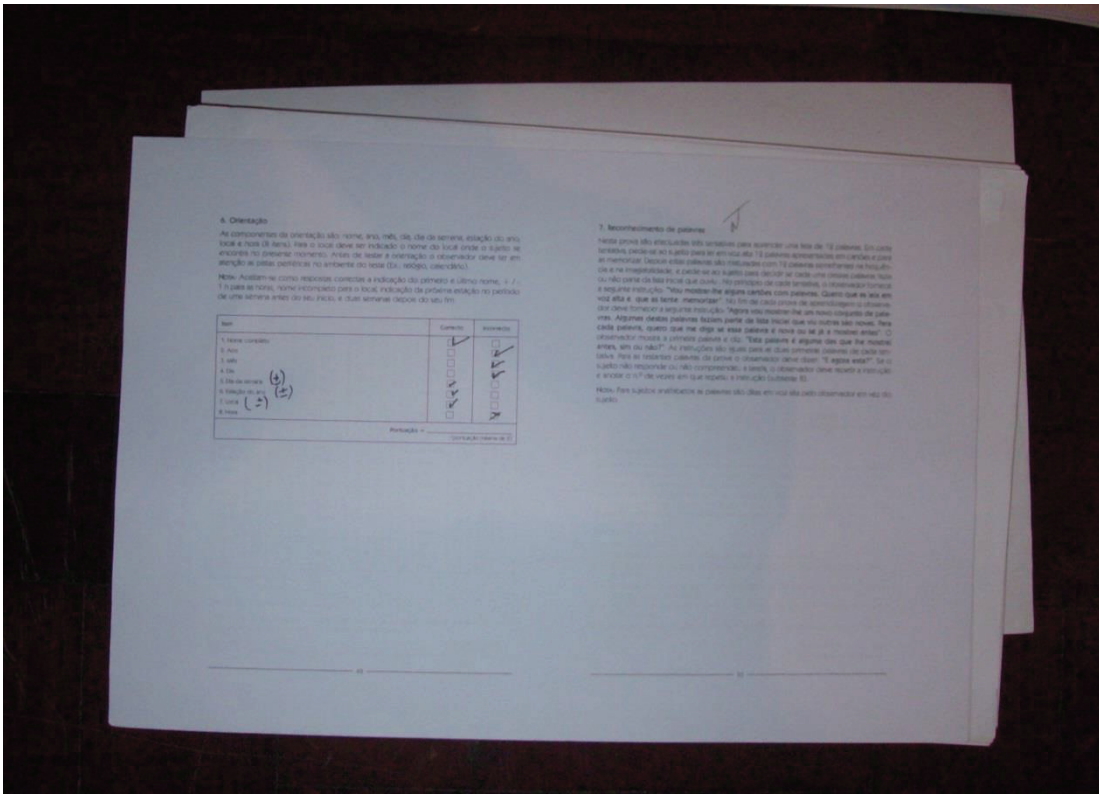
Anexo 37.d - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso A (antes da intervenção)



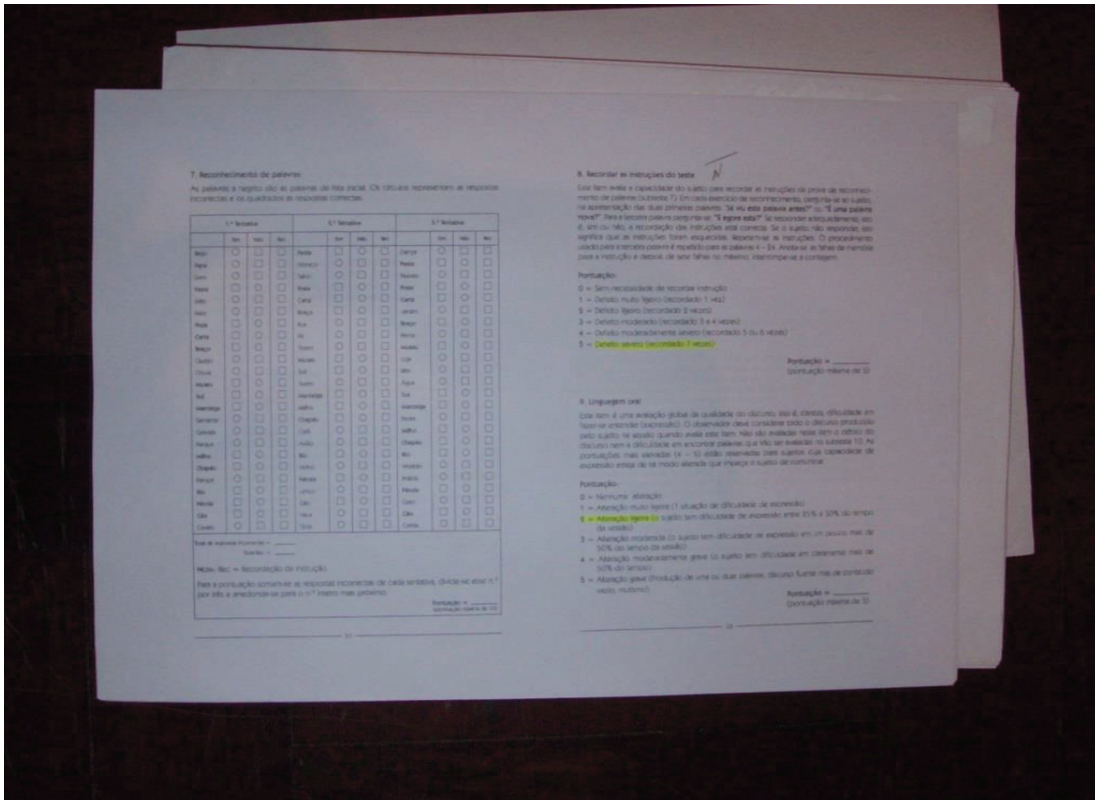
Anexo 37.e - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso A (antes da intervenção)



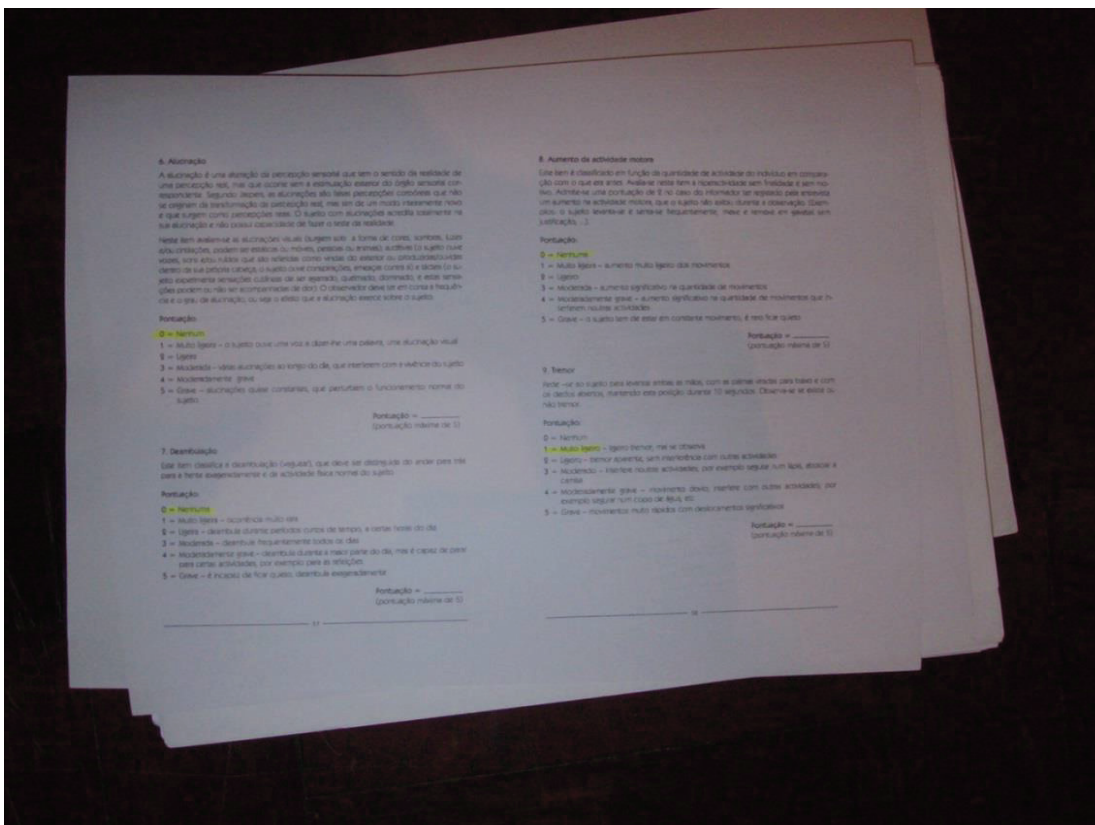
Anexo 37.f - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso A (antes da intervenção)



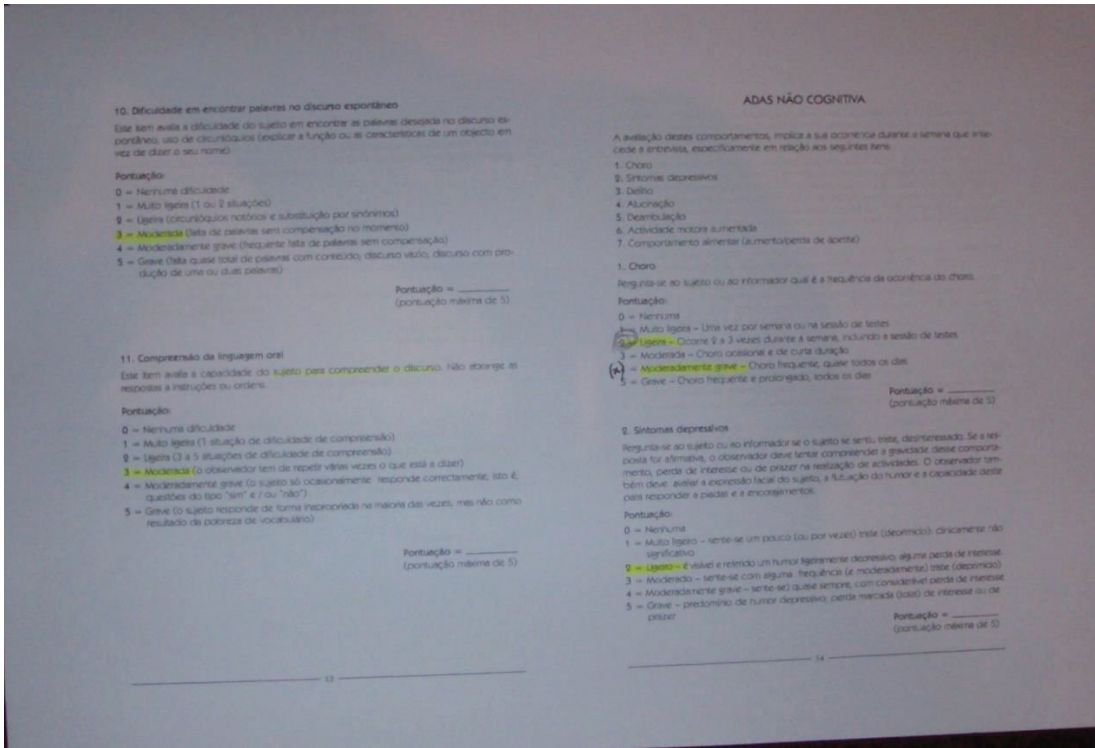
Anexo 37.g - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso A (antes da intervenção)



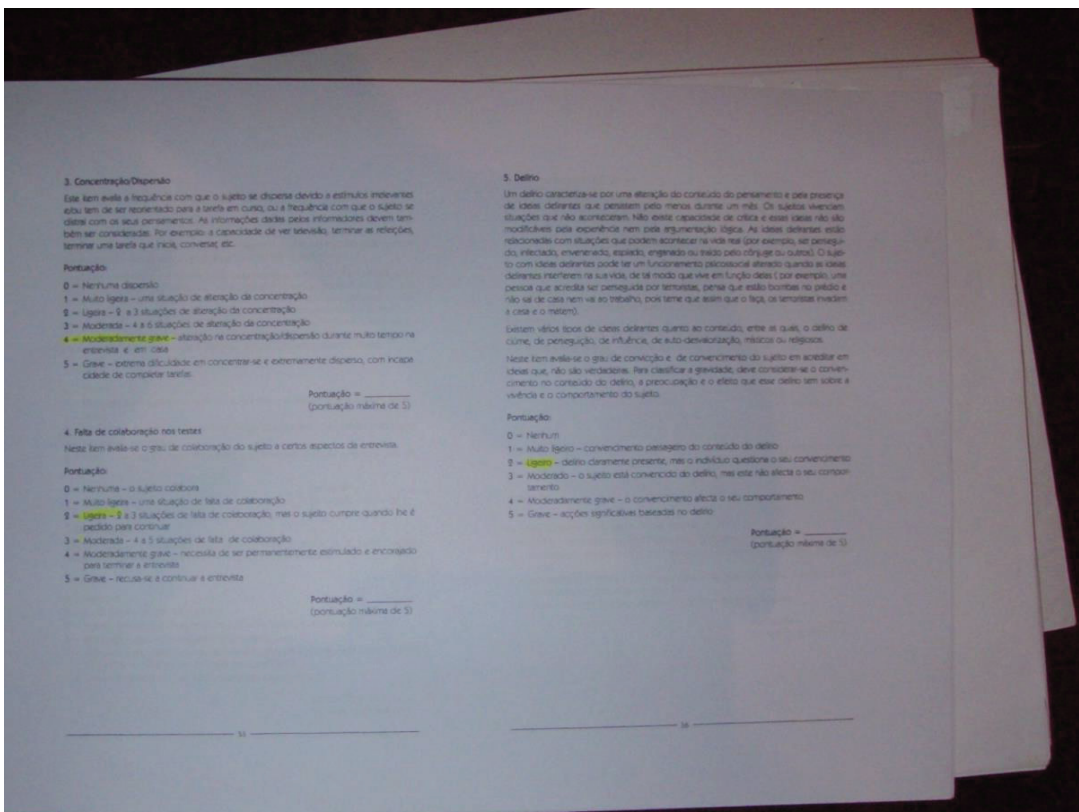
Anexo 37.h - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso A (antes da intervenção)



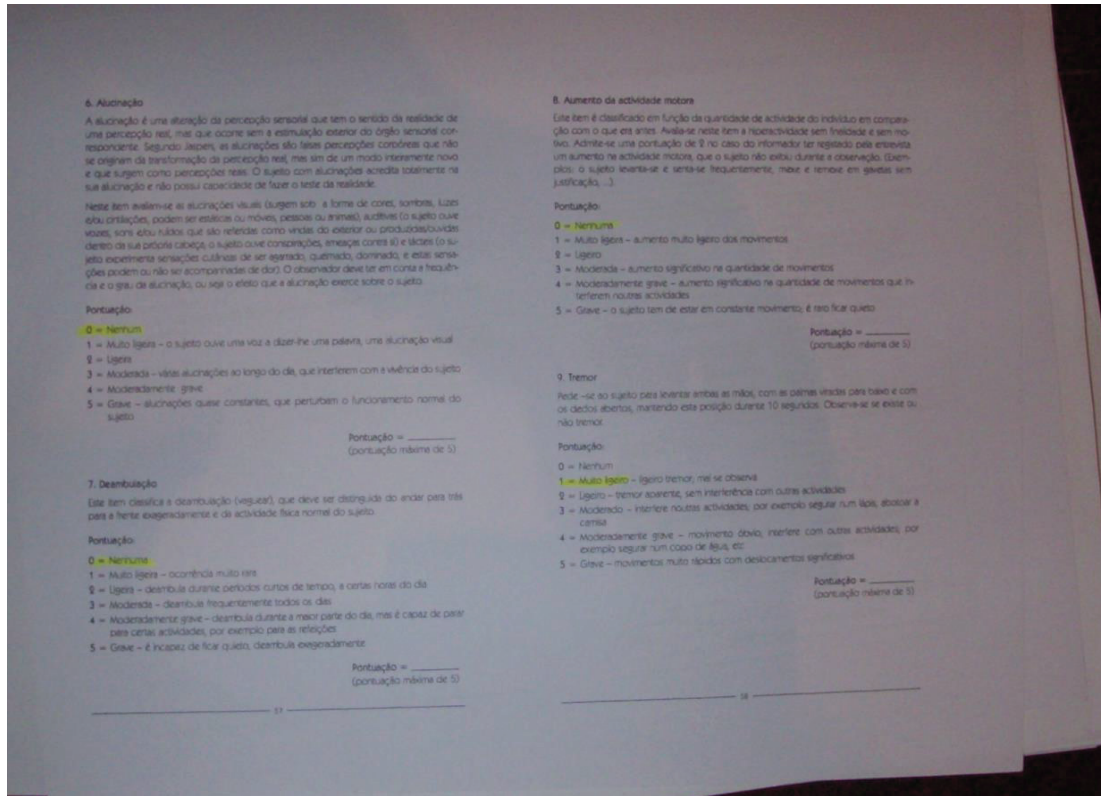
Anexo 37.i - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso A (antes da intervenção)



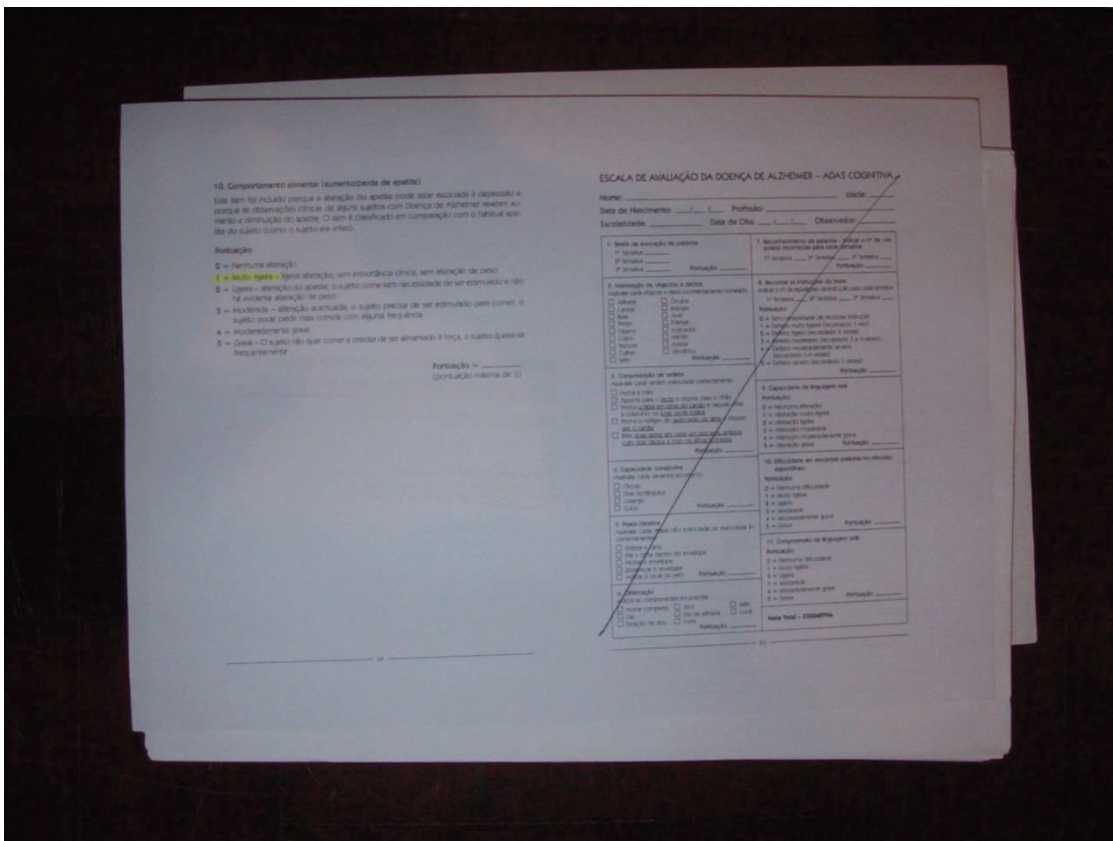
Anexo 38.j - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso A (antes da intervenção)



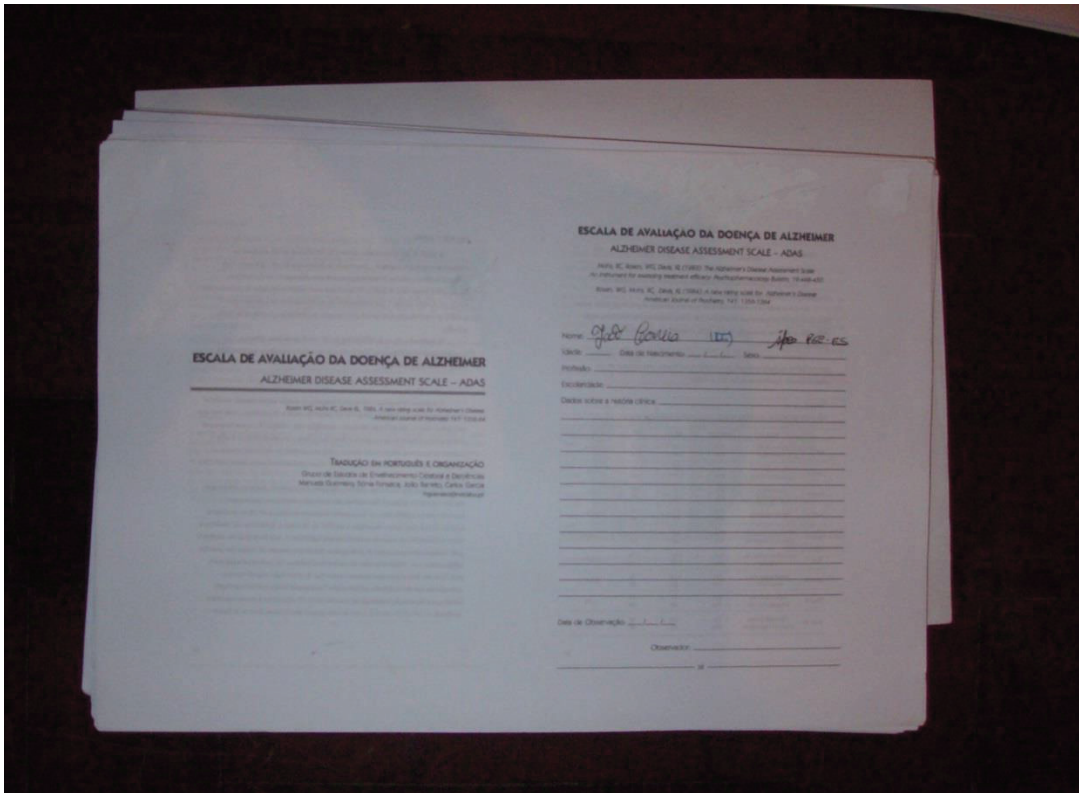
Anexo 37.i - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso A (antes da intervenção)



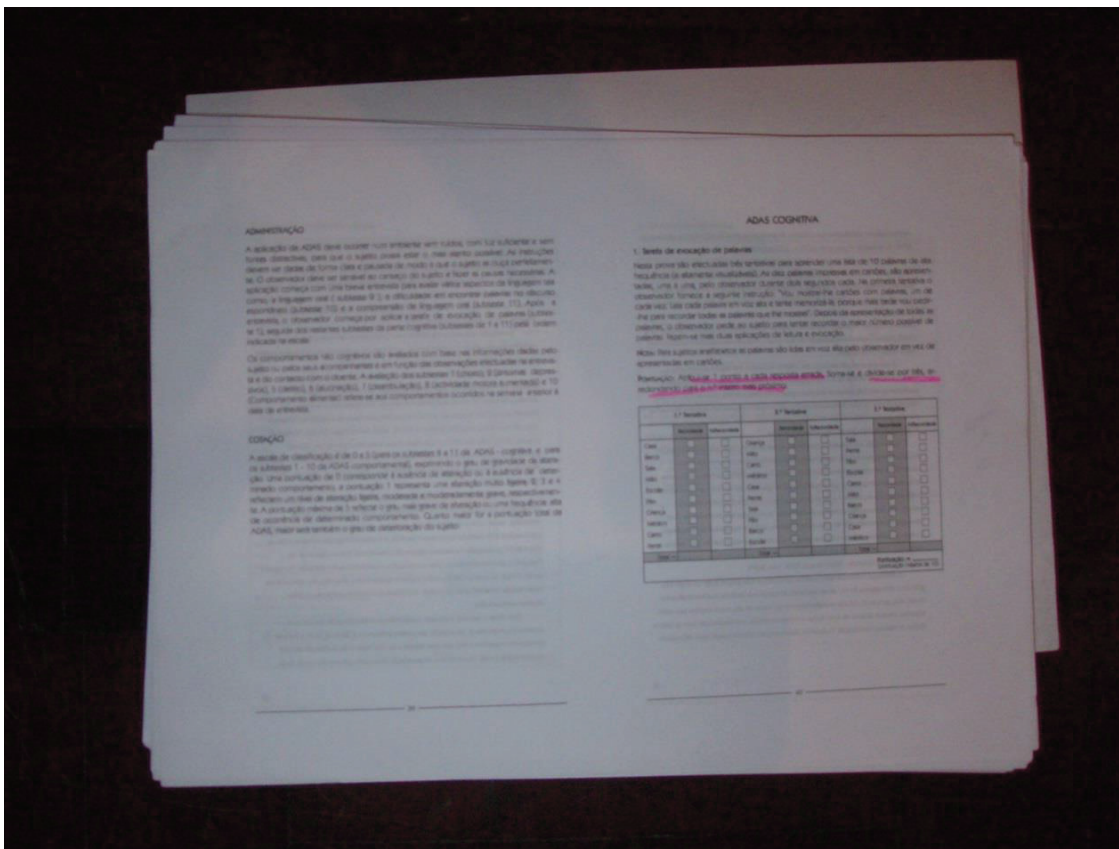
Anexo37.m - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso A (antes da intervenção)



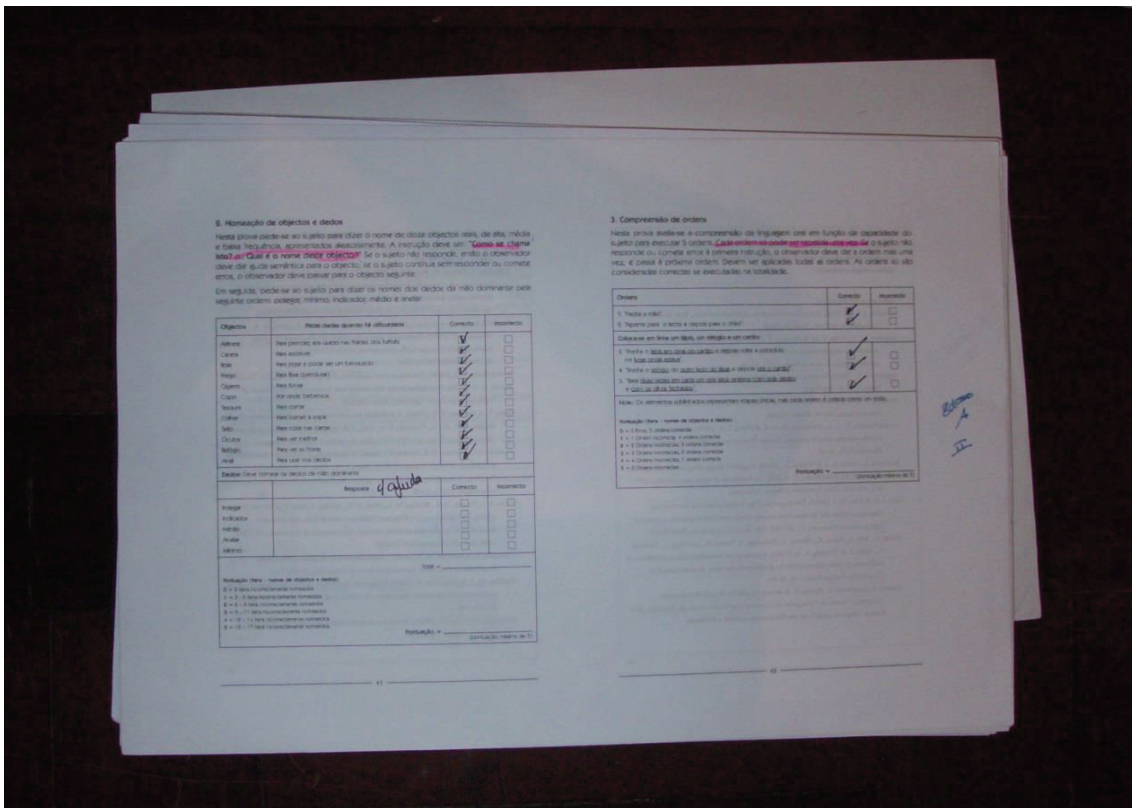
Anexo 37.n - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso A (antes da intervenção)



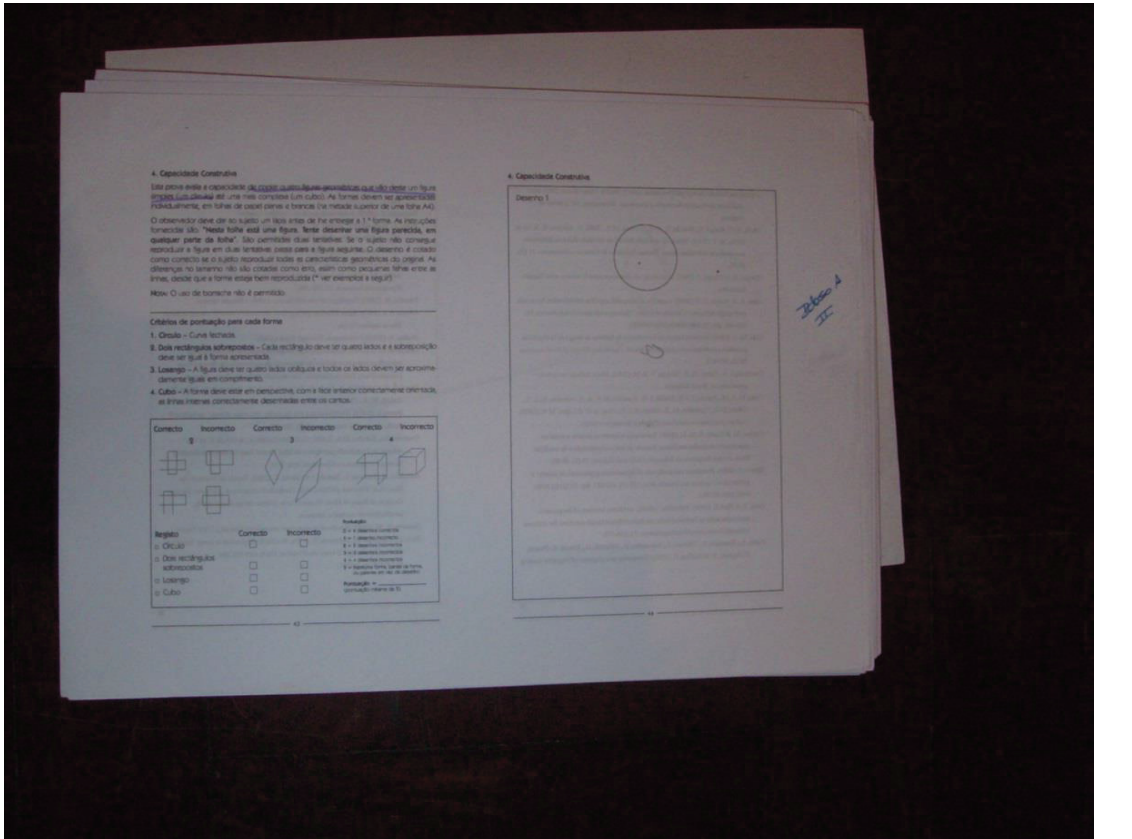
Anexo 38.a - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso A (pós intervenção)



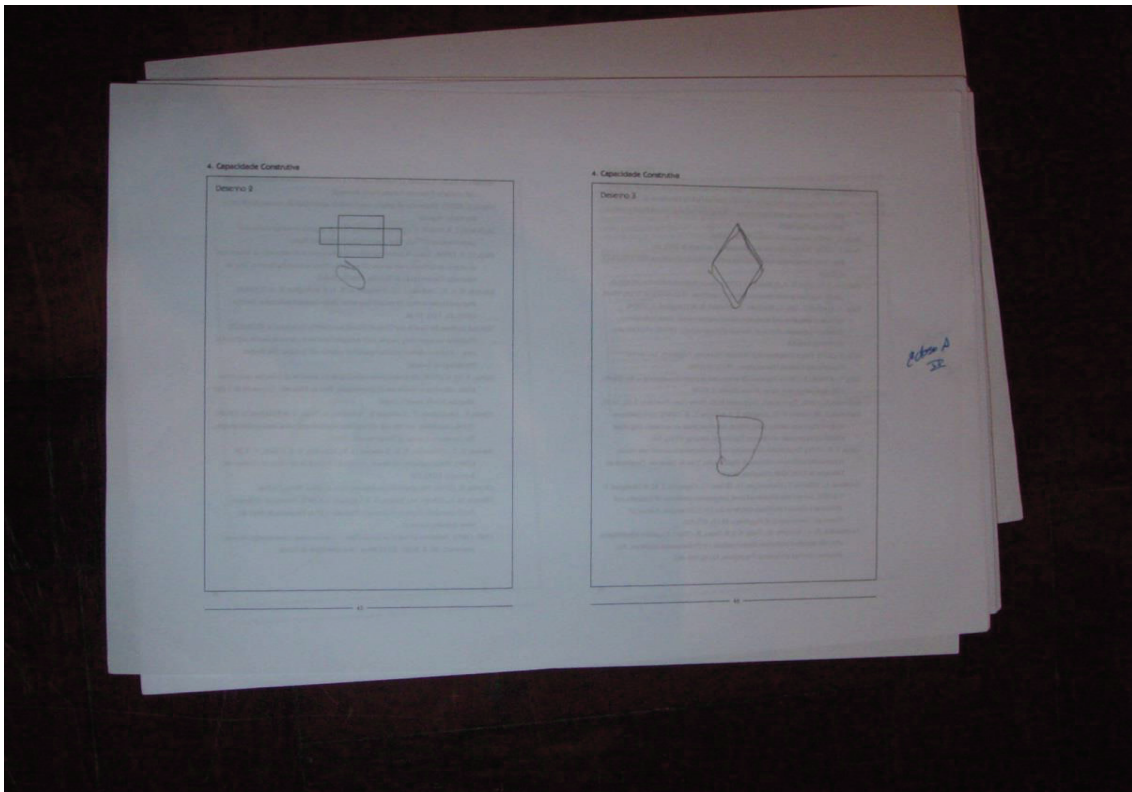
Anexo 38.b - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso A (pós intervenção)



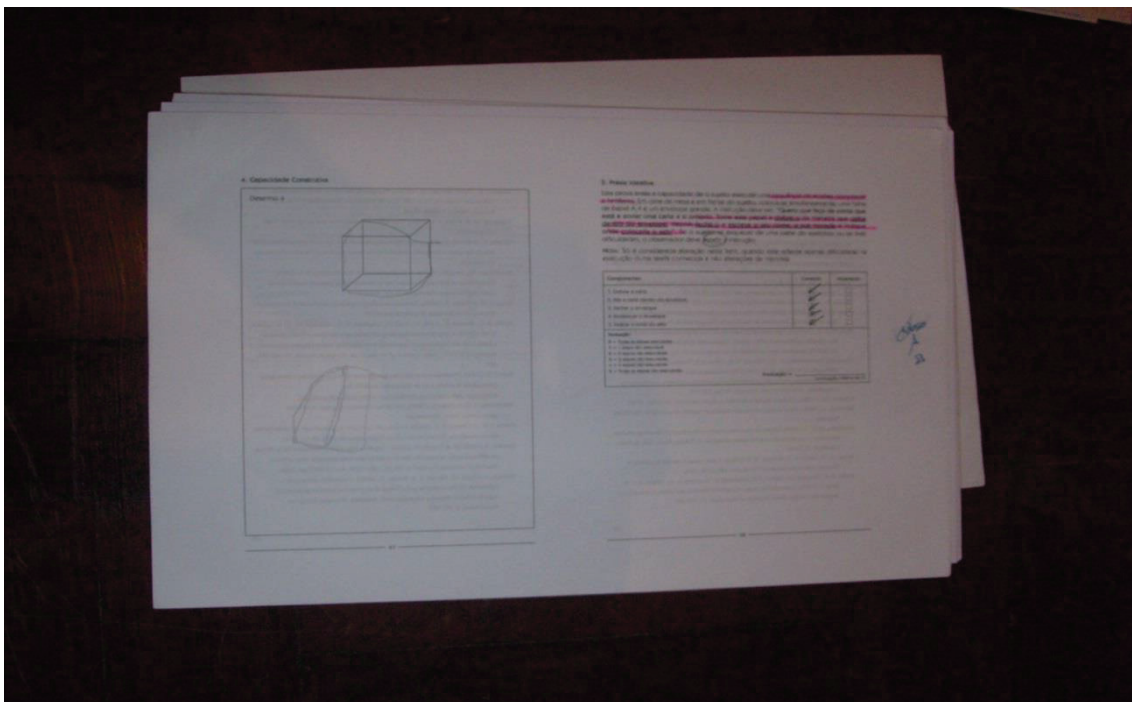
Anexo 38.c - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso A (pós intervenção)



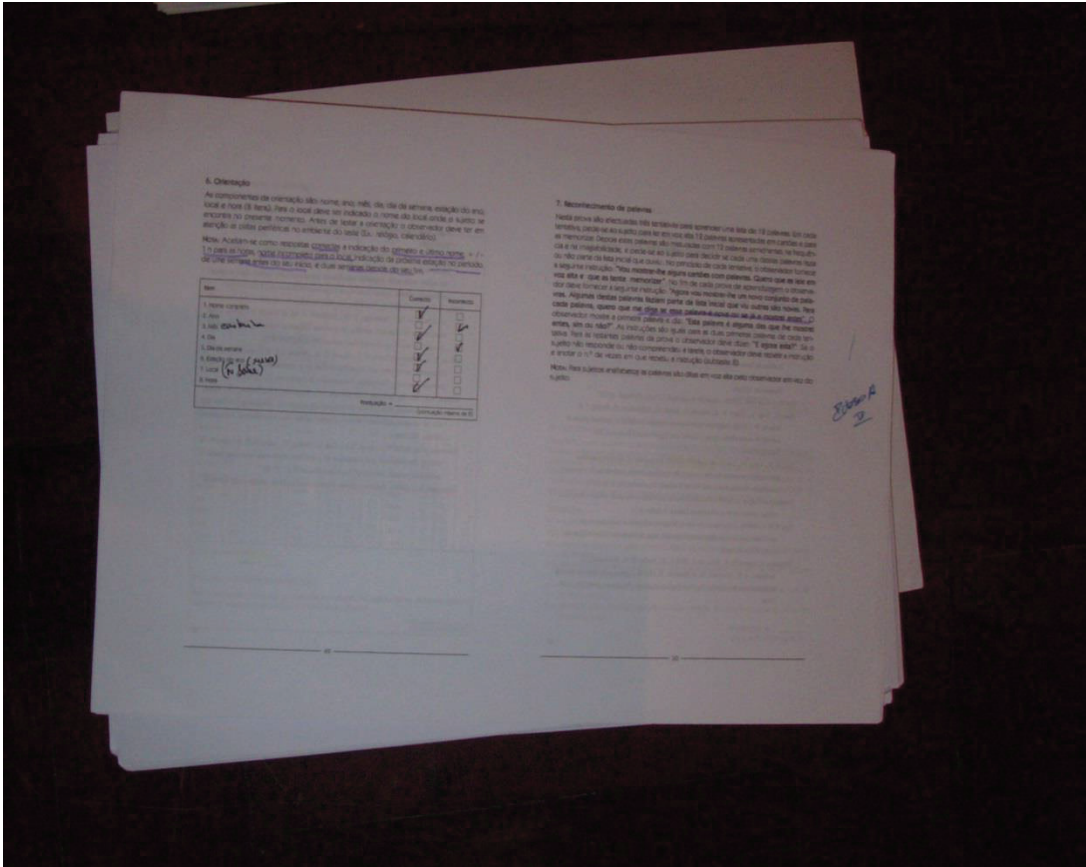
Anexo 38.d - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso A (pós intervenção)



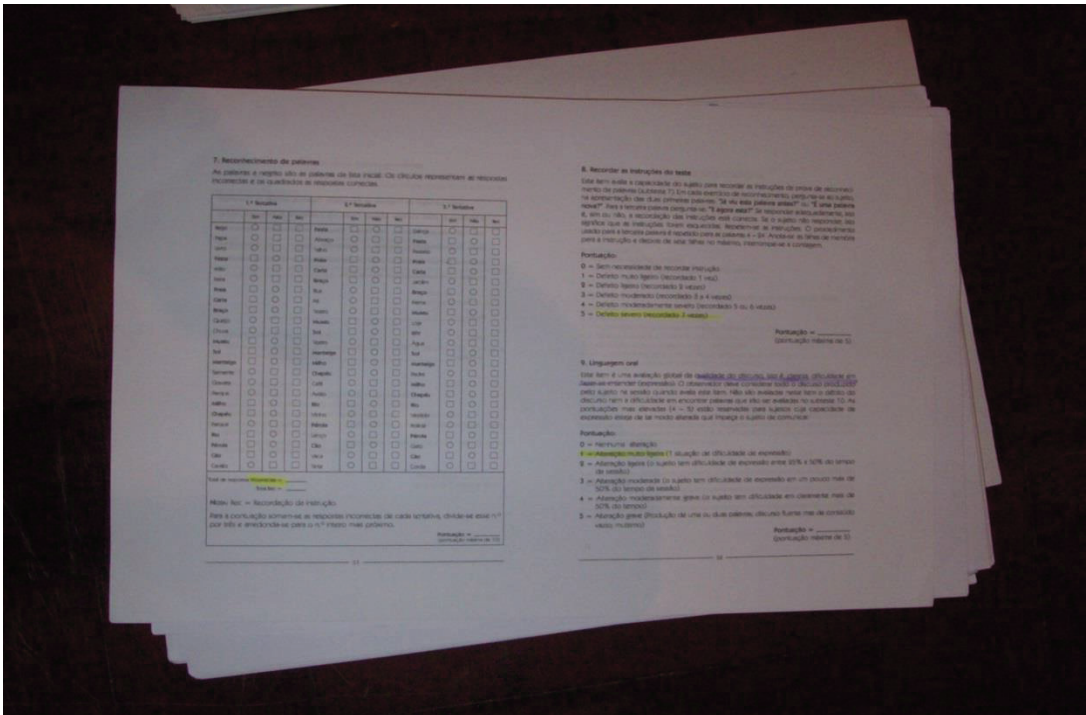
Anexo 38.e - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso A (pós intervenção)



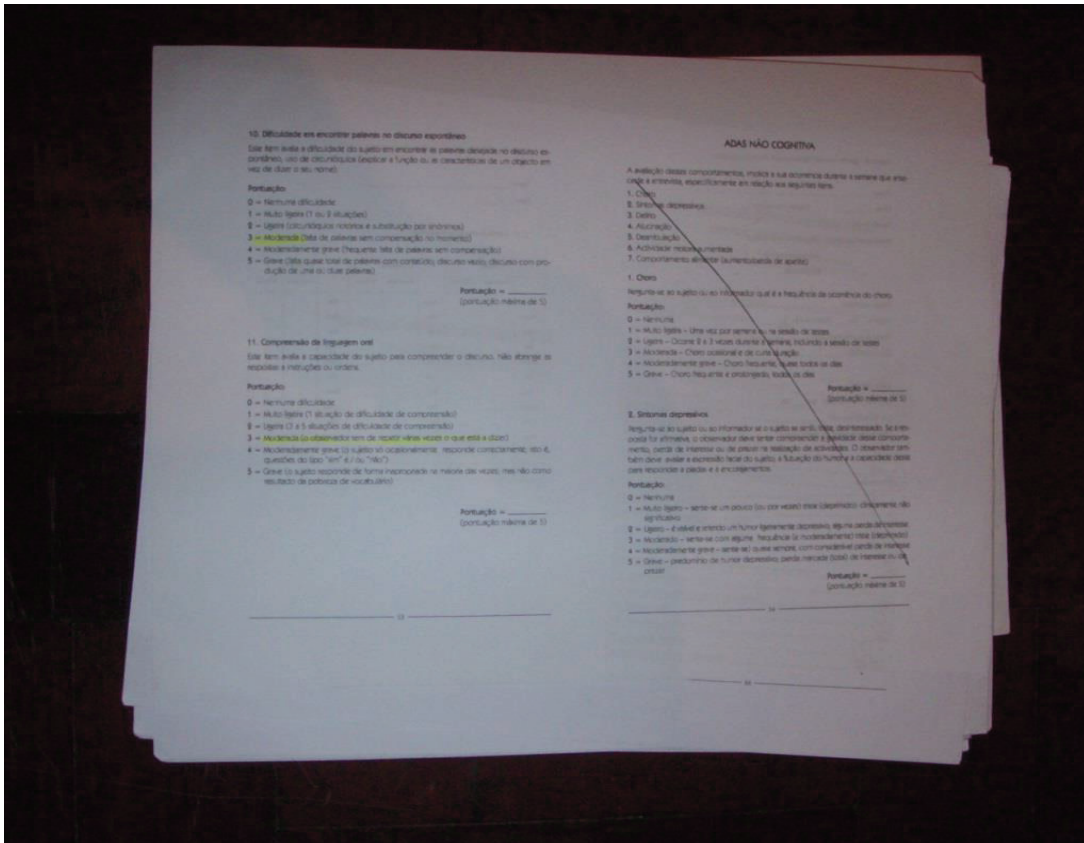
Anexo 38.f - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso A (pós intervenção)



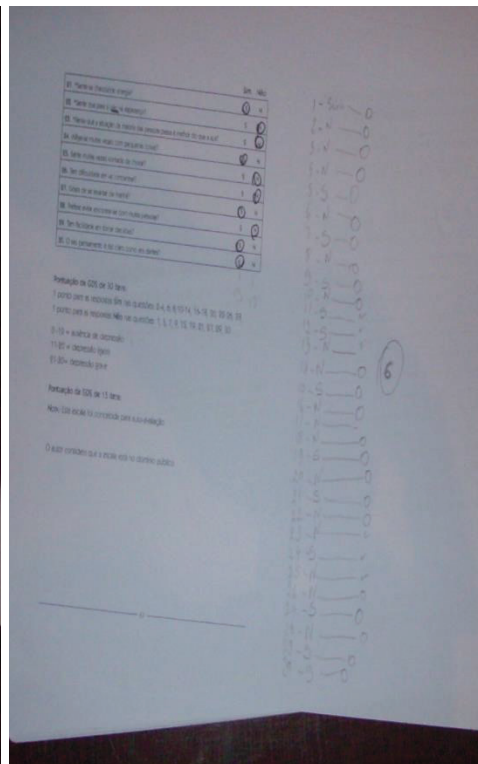
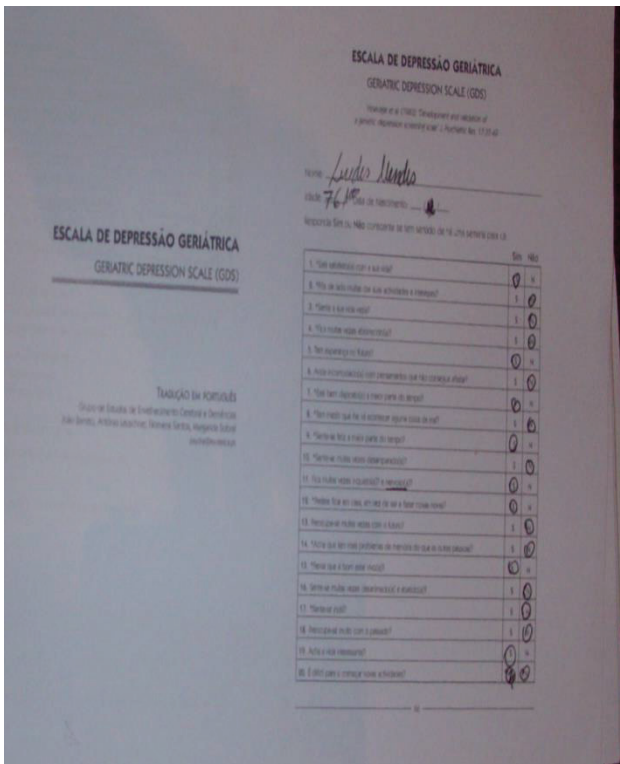
Anexo 38.g - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso A (pós intervenção)



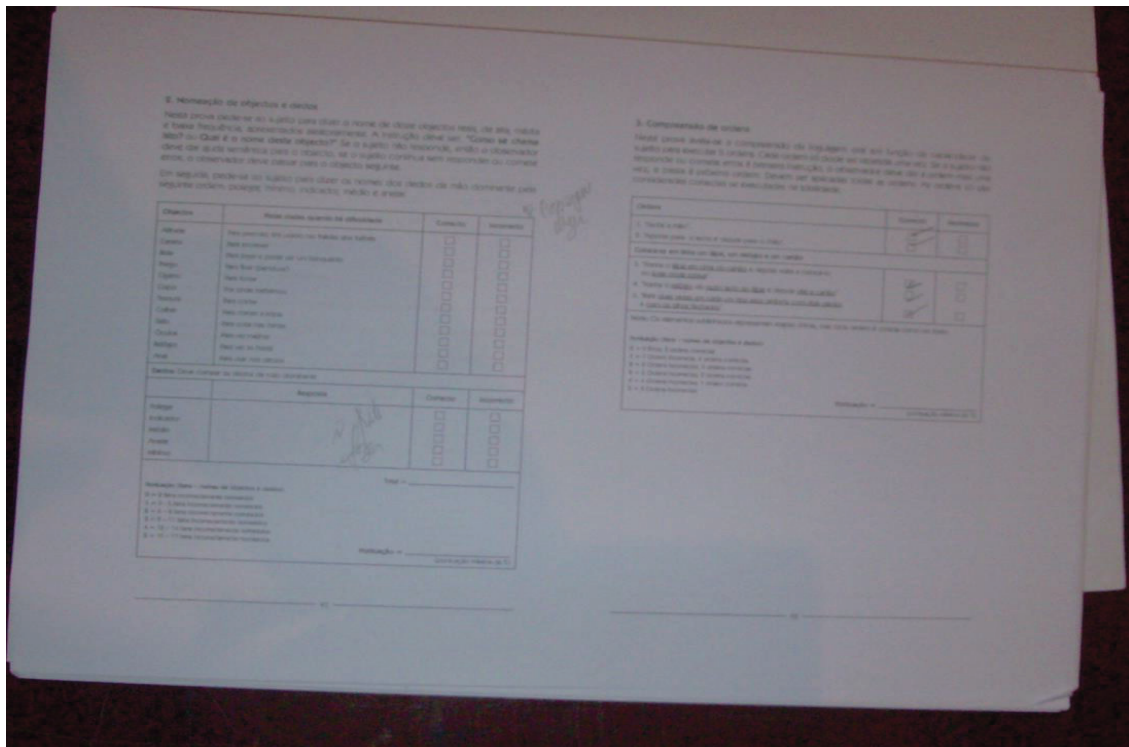
anexo 38.h - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso A (pós intervenção)



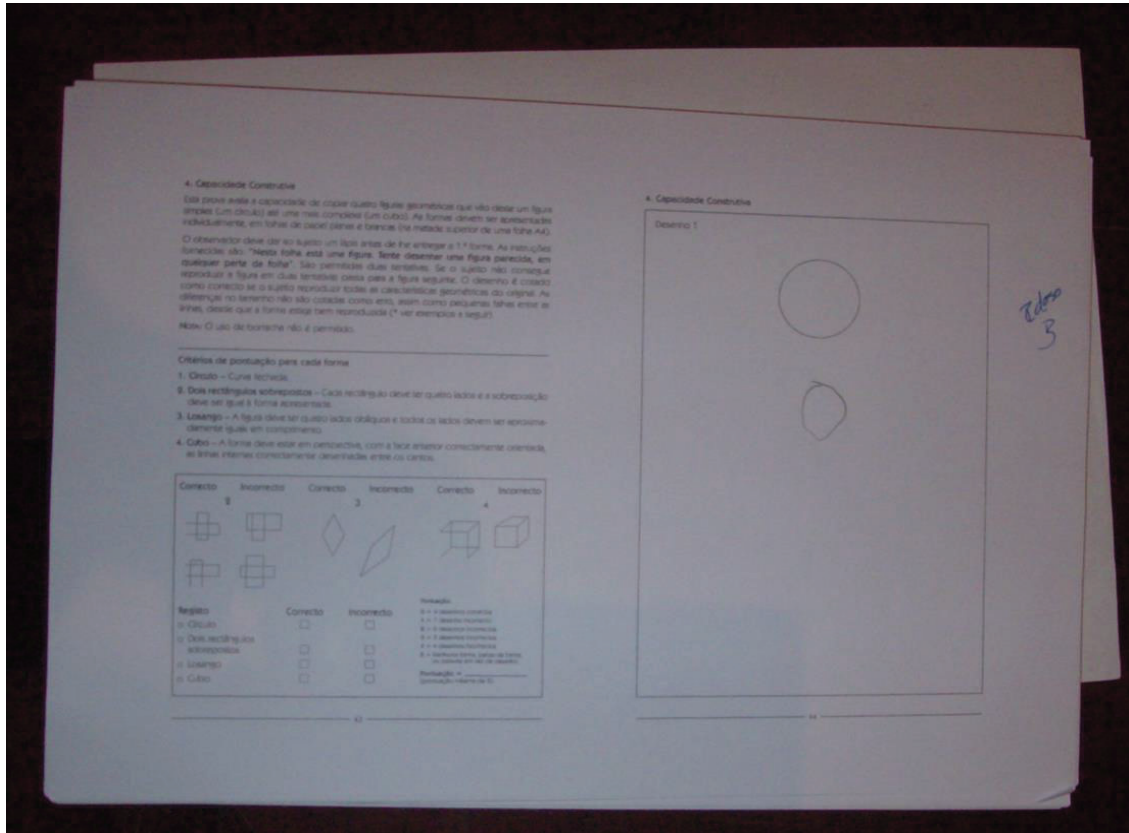
Anexo 38.i - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso A (pós intervenção)



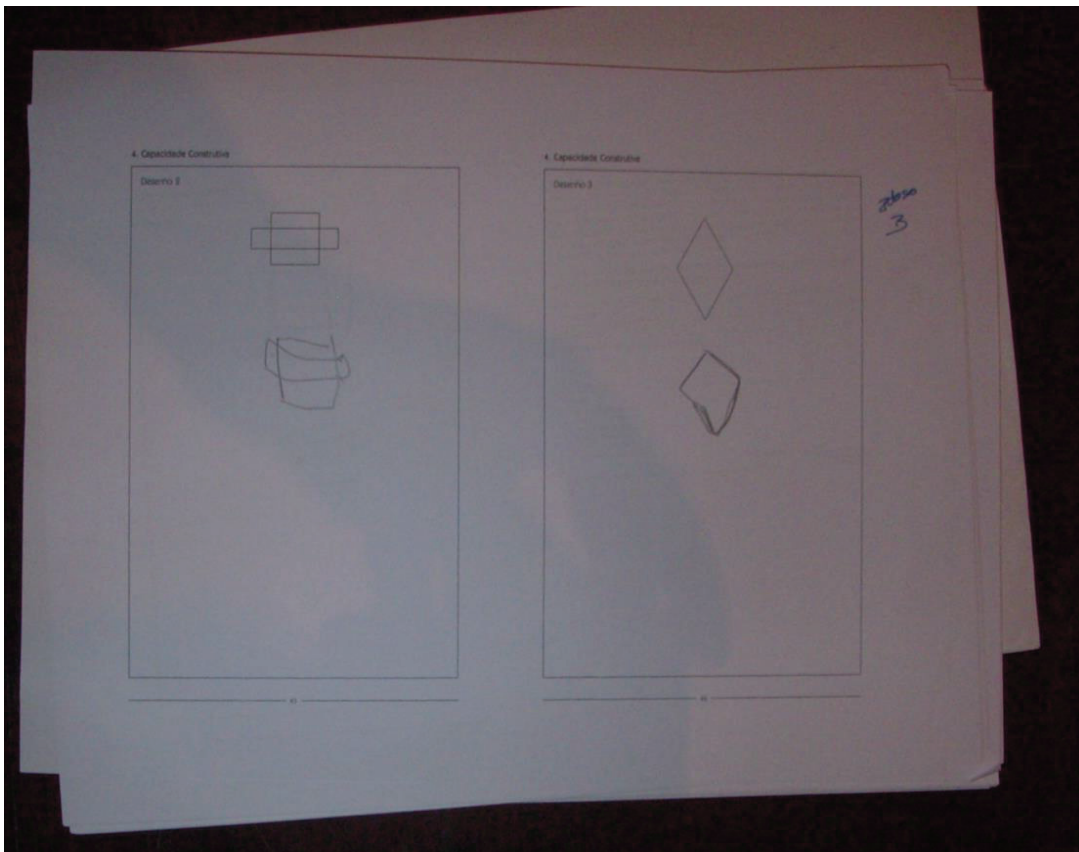
Anexo 39 – Escala de Depressão Geriátrica do idoso B



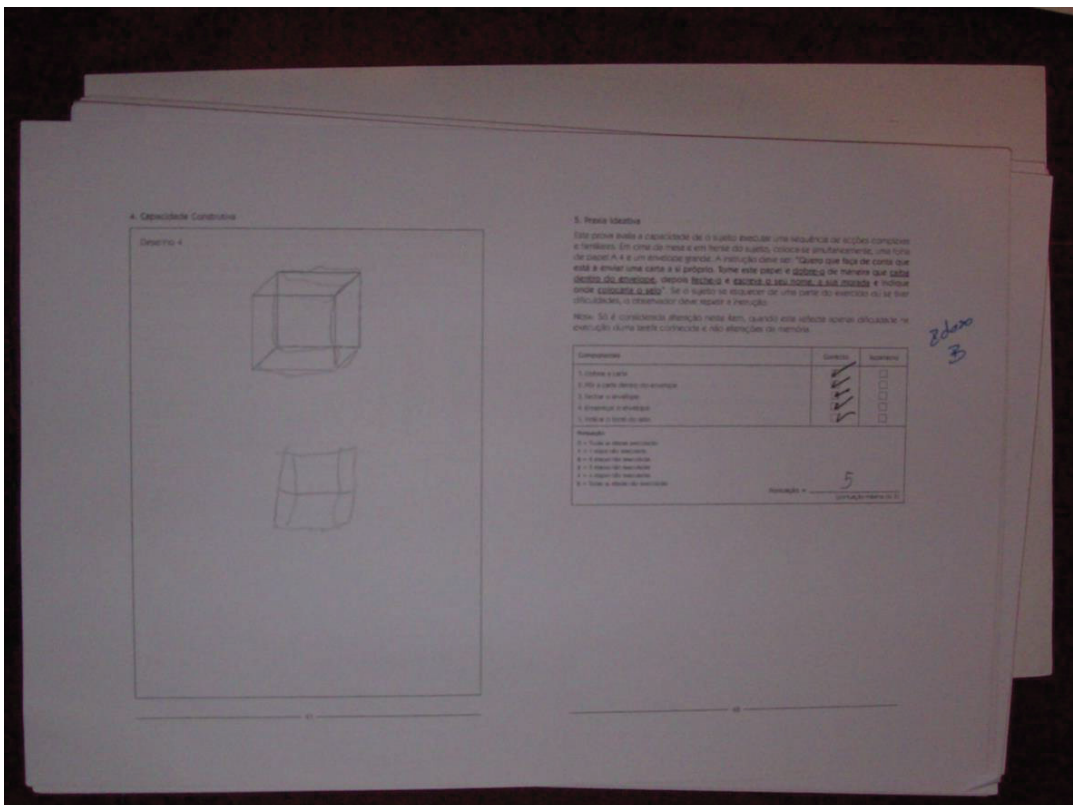
Anexo 40.c - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso B (antes da intervenção)



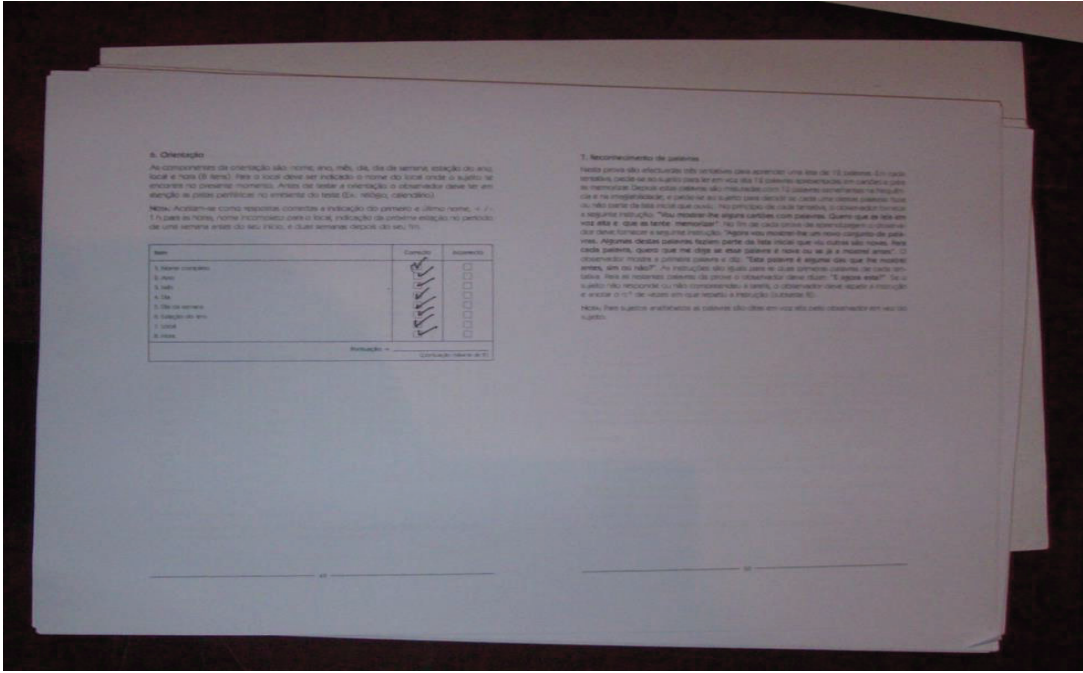
Anexo 40.d - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso B (antes da intervenção)



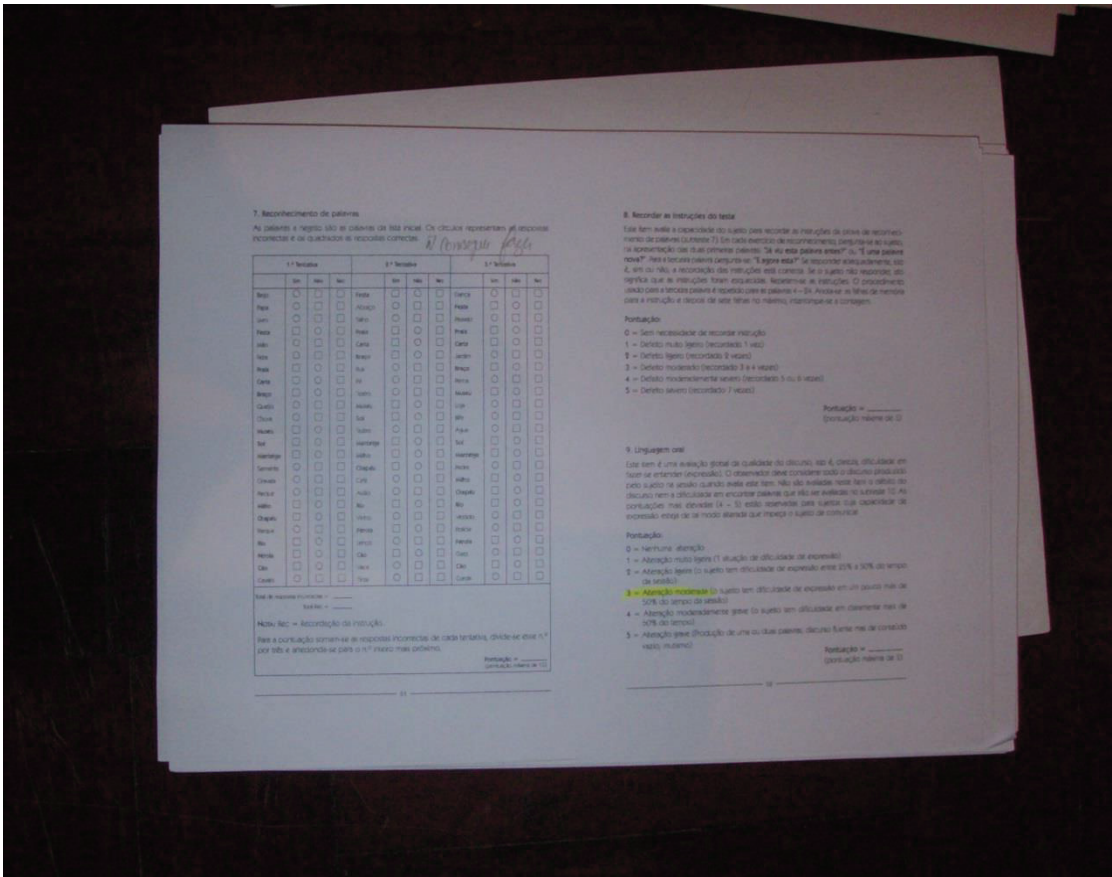
Anexo 40.e - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso B (antes da intervenção)



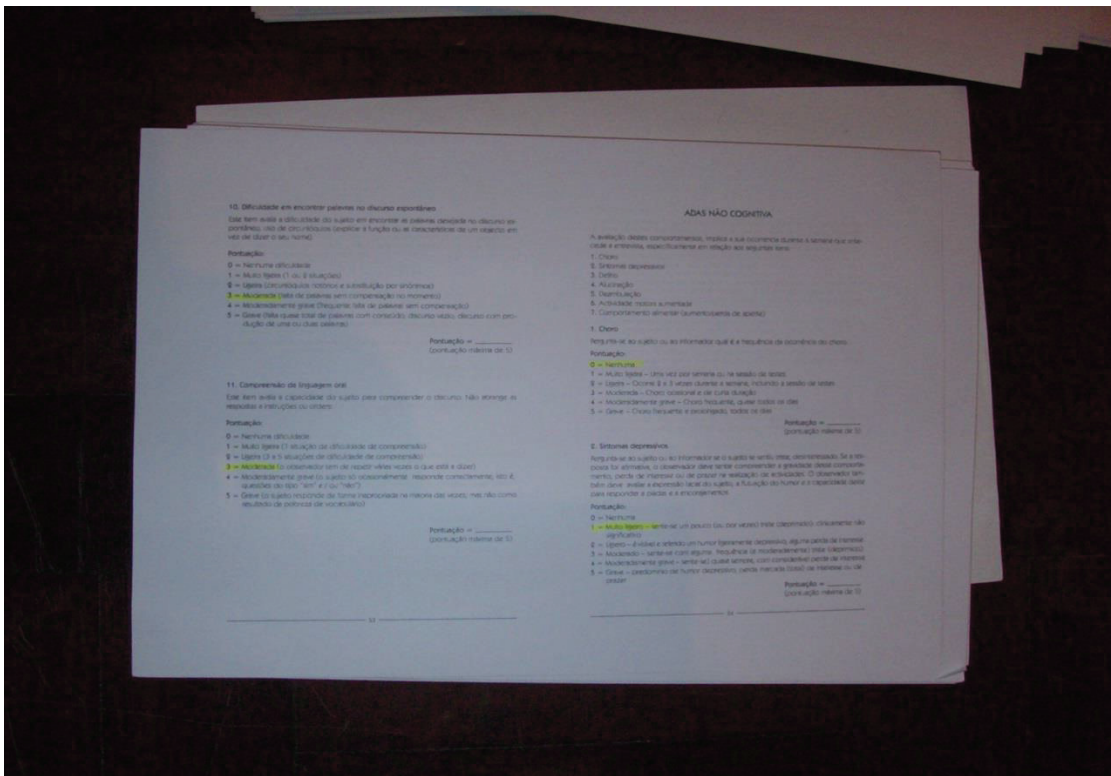
Anexo 40.f - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso B (antes da intervenção)



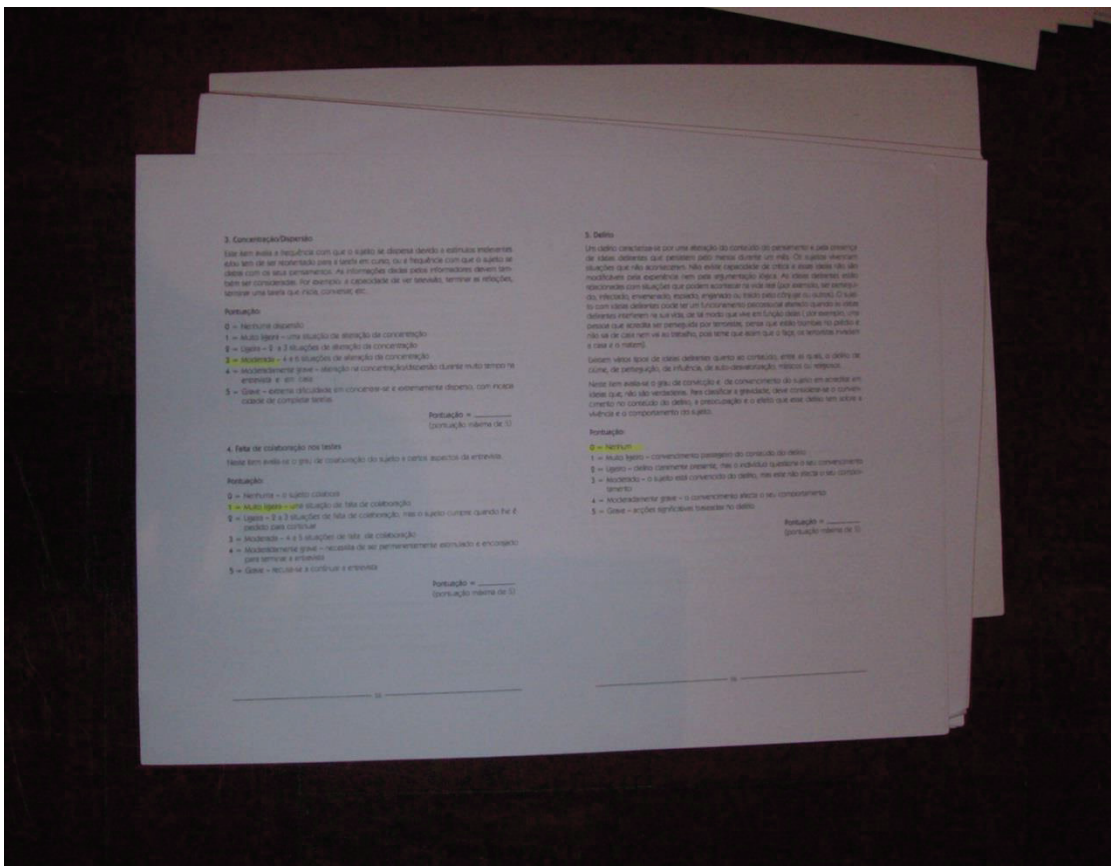
Anexo 40.g - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso B (antes da intervenção)



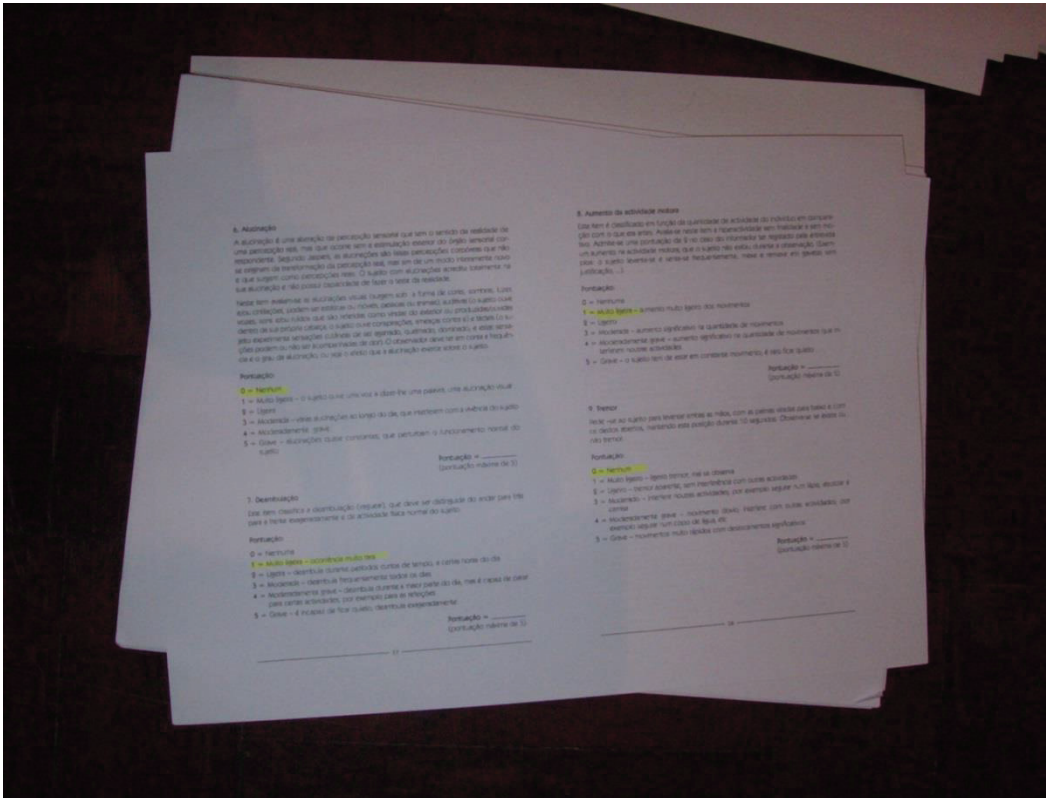
Anexo 40.h - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso B (antes da intervenção)



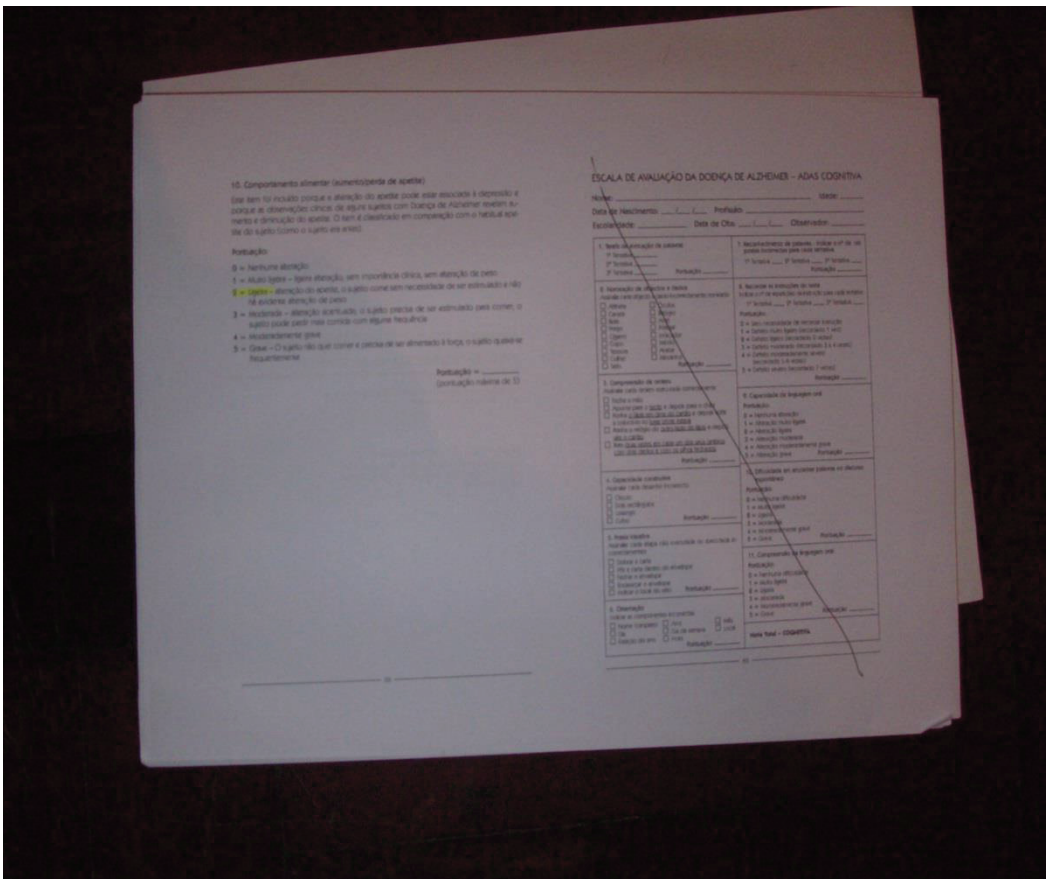
Anexo 40.i - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso B (antes da intervenção)



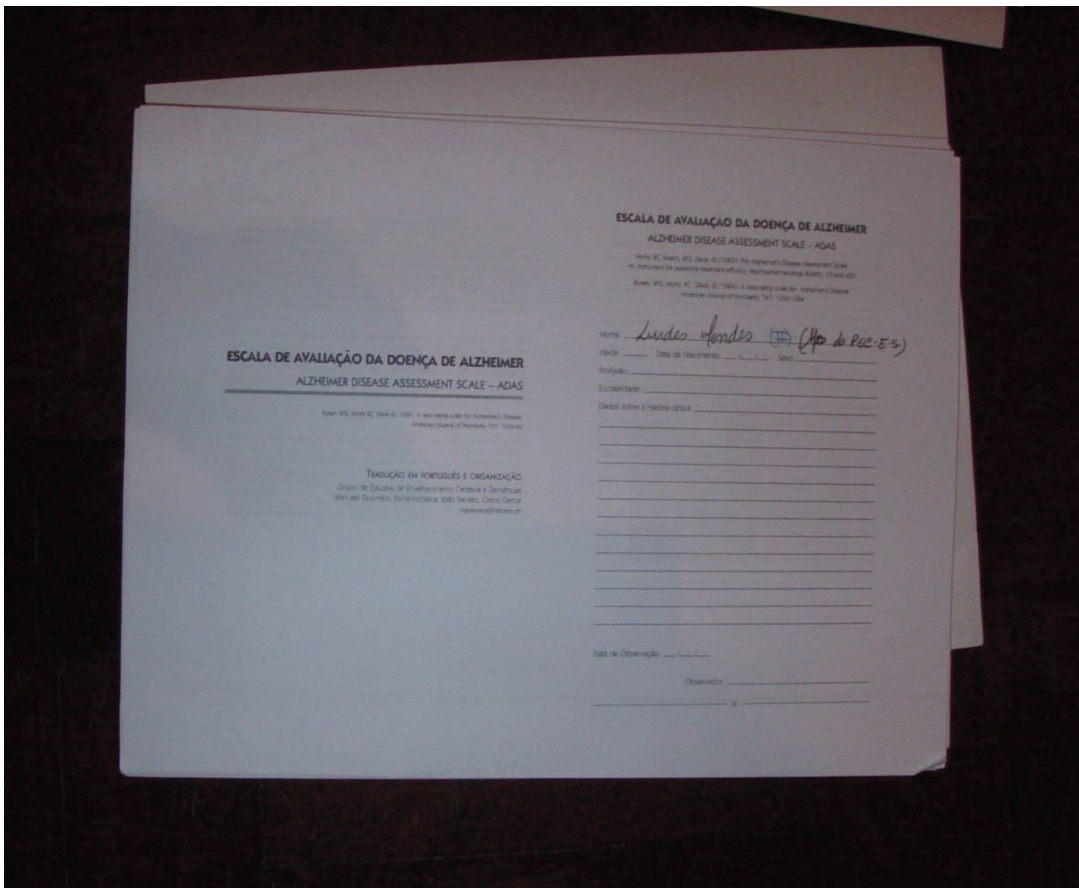
Anexo 40.j - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso B (antes da intervenção)



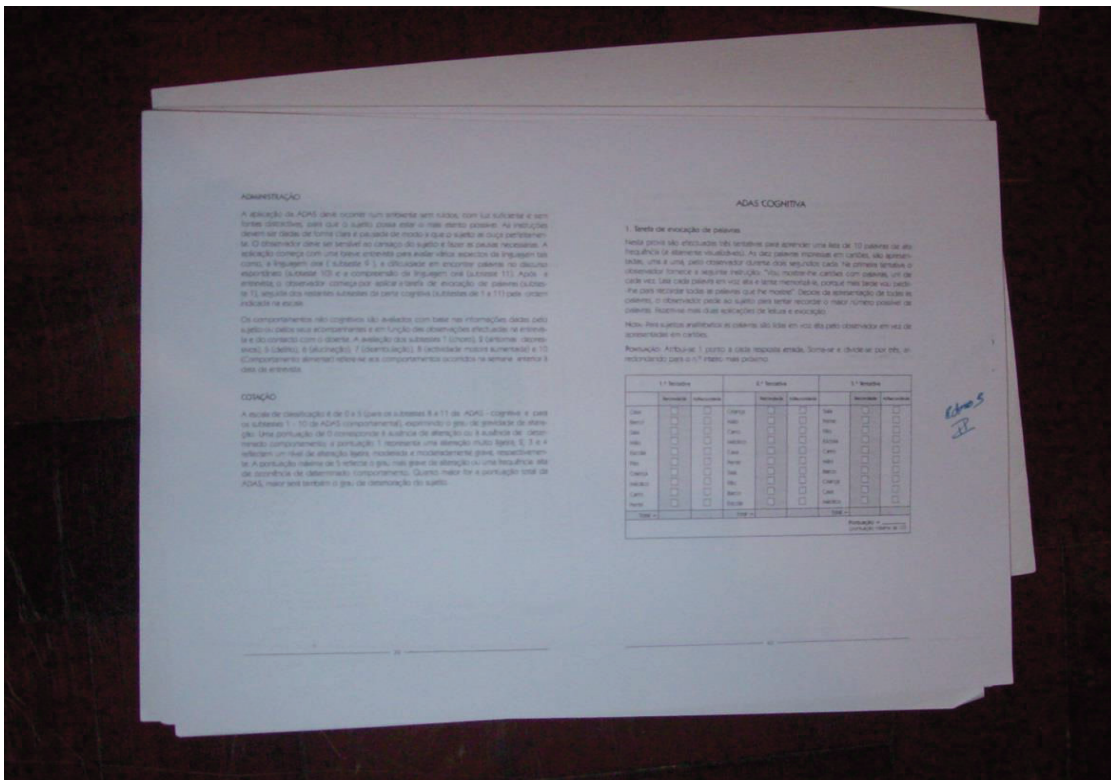
Anexo 40.j - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso B (antes da intervenção)



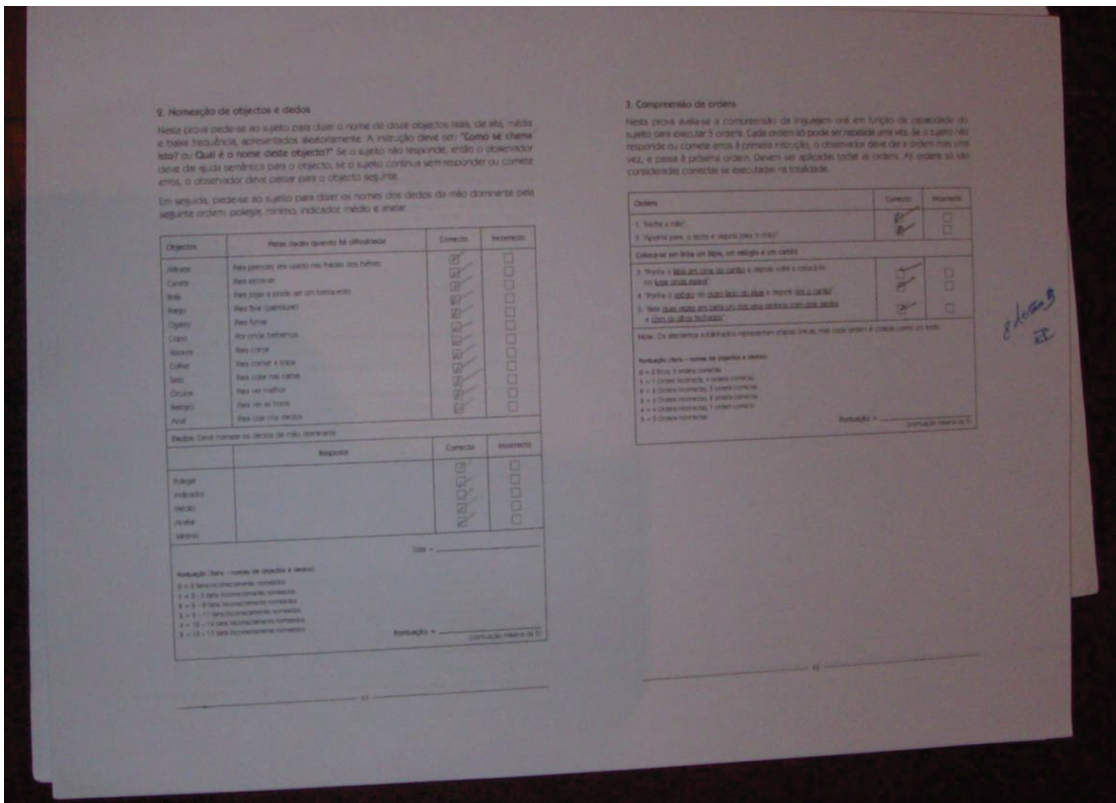
Anexo 40.i - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso B (antes da intervenção)



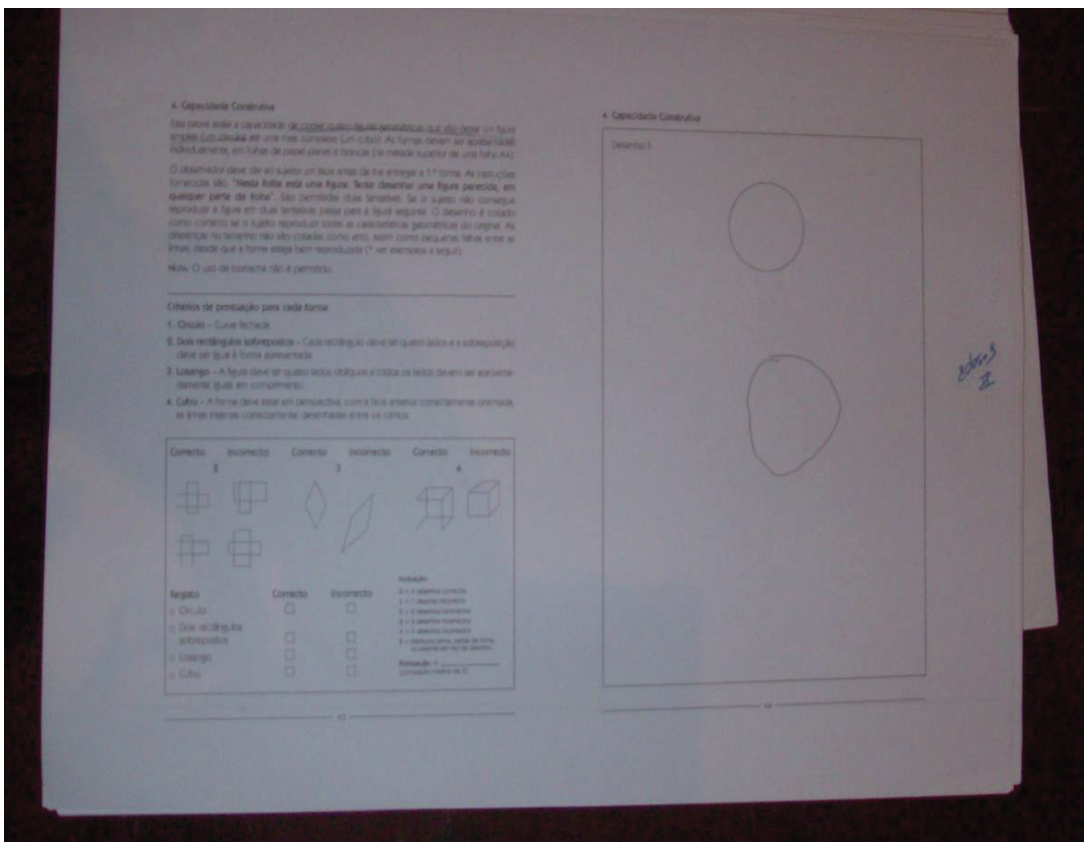
Anexo 41.a - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso B (pós da intervenção)



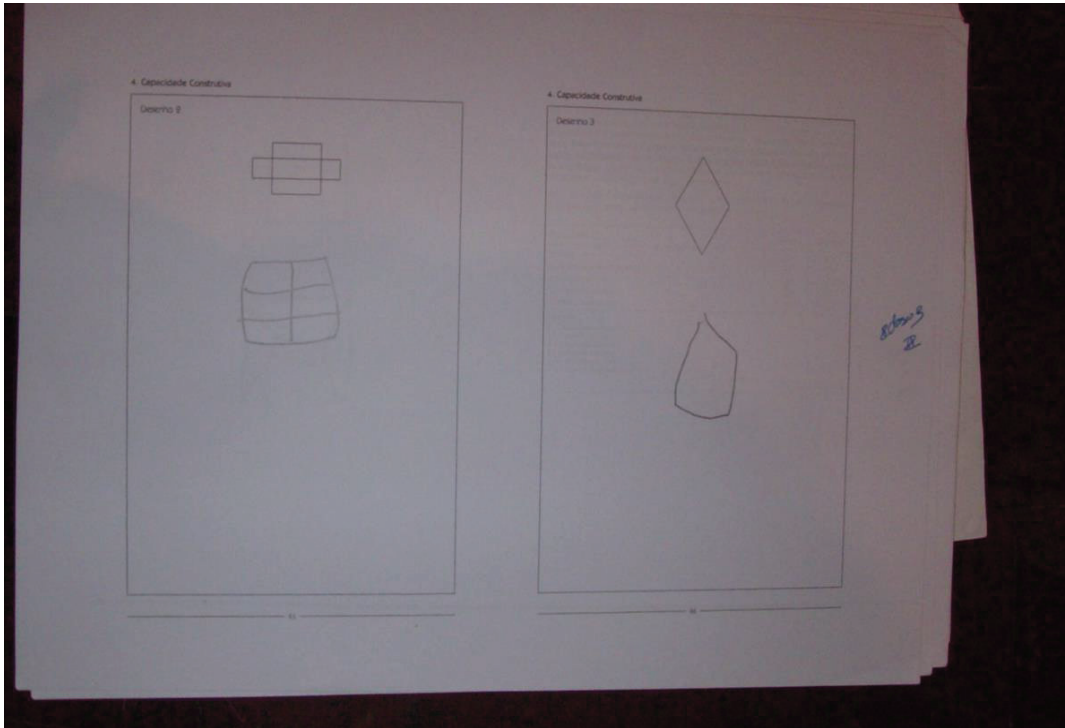
Anexo 41.b - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso B (pós da intervenção)



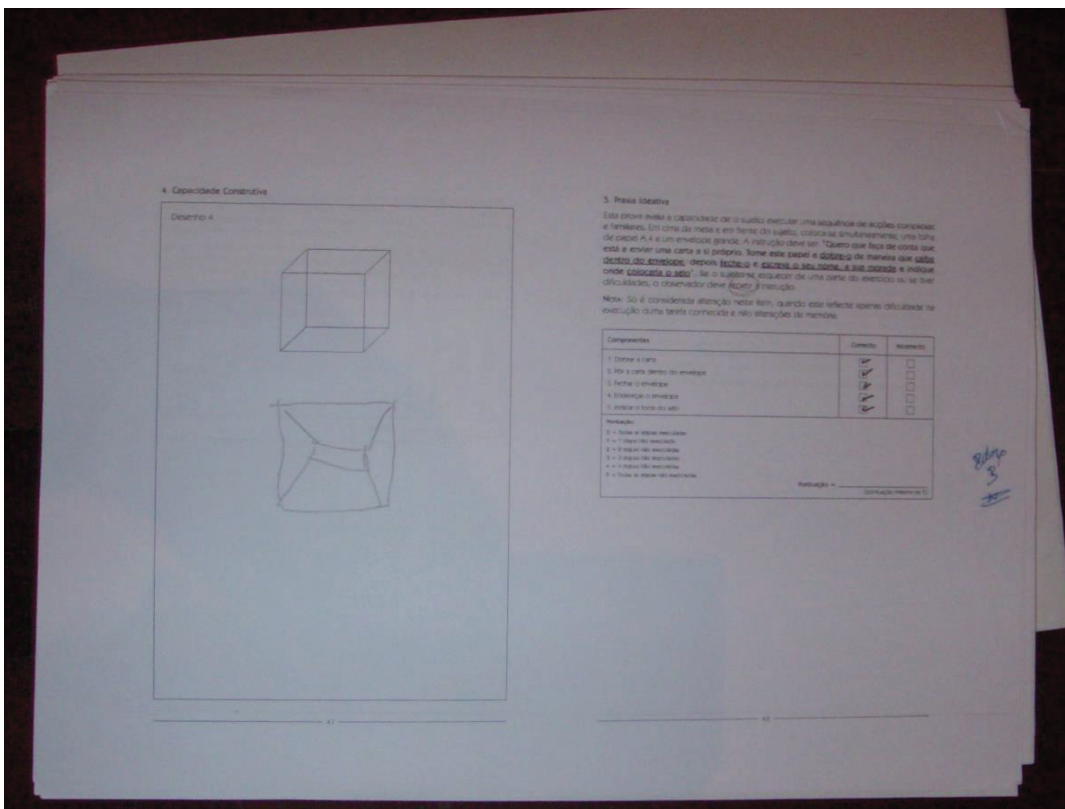
Anexo 41.c - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso B (pós intervenção)



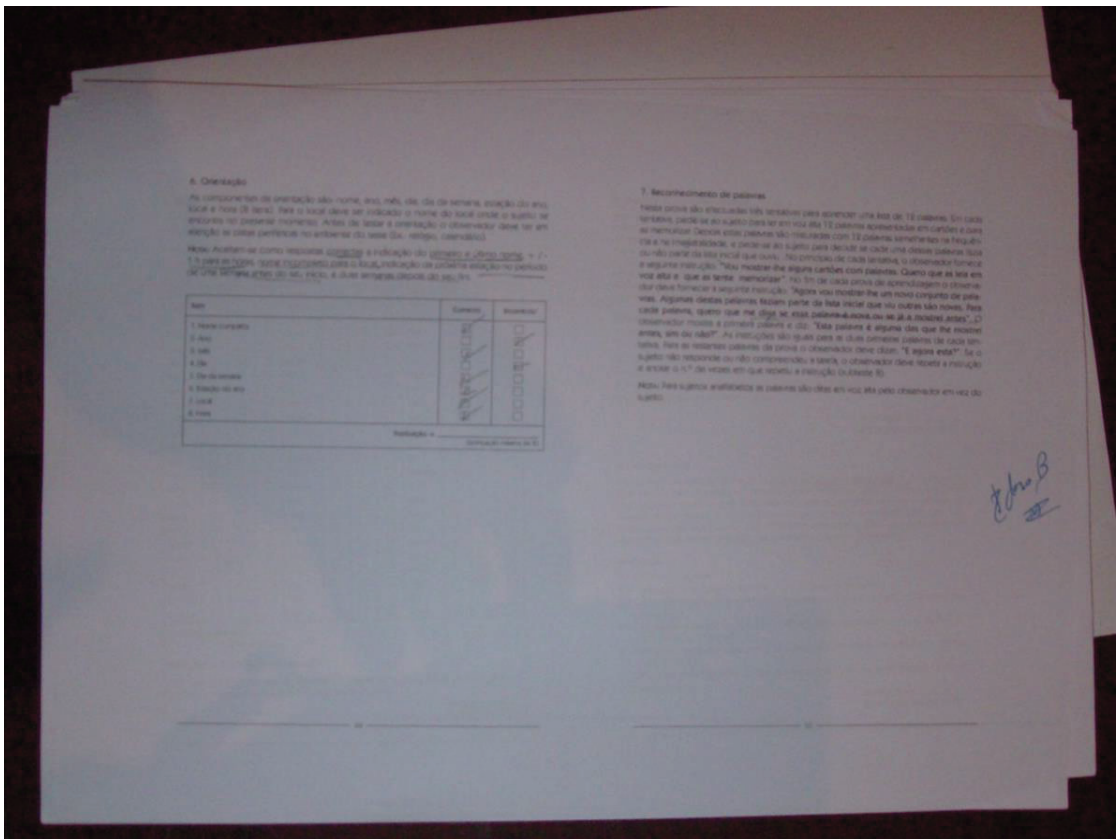
Anexo 41.d - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso B (pós intervenção)



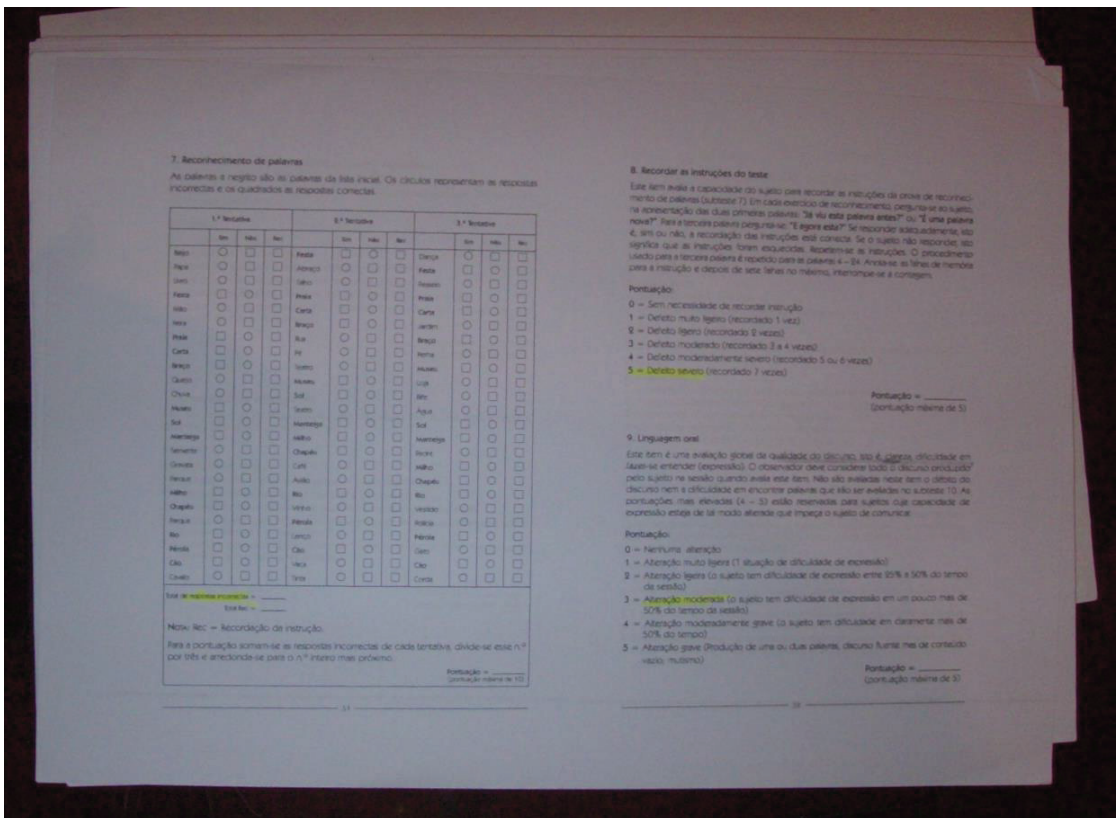
Anexo 41.e - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso B (pós intervenção)



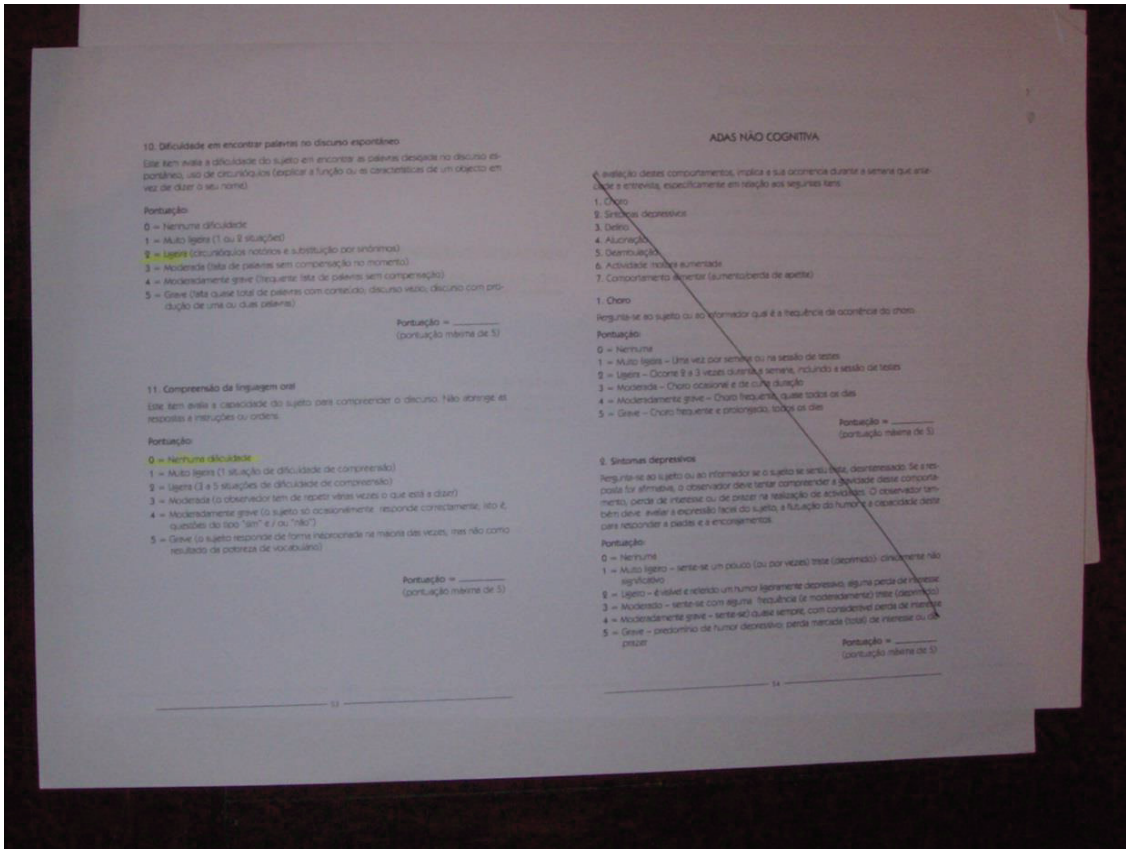
Anexo 41.f - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso B (pós intervenção)



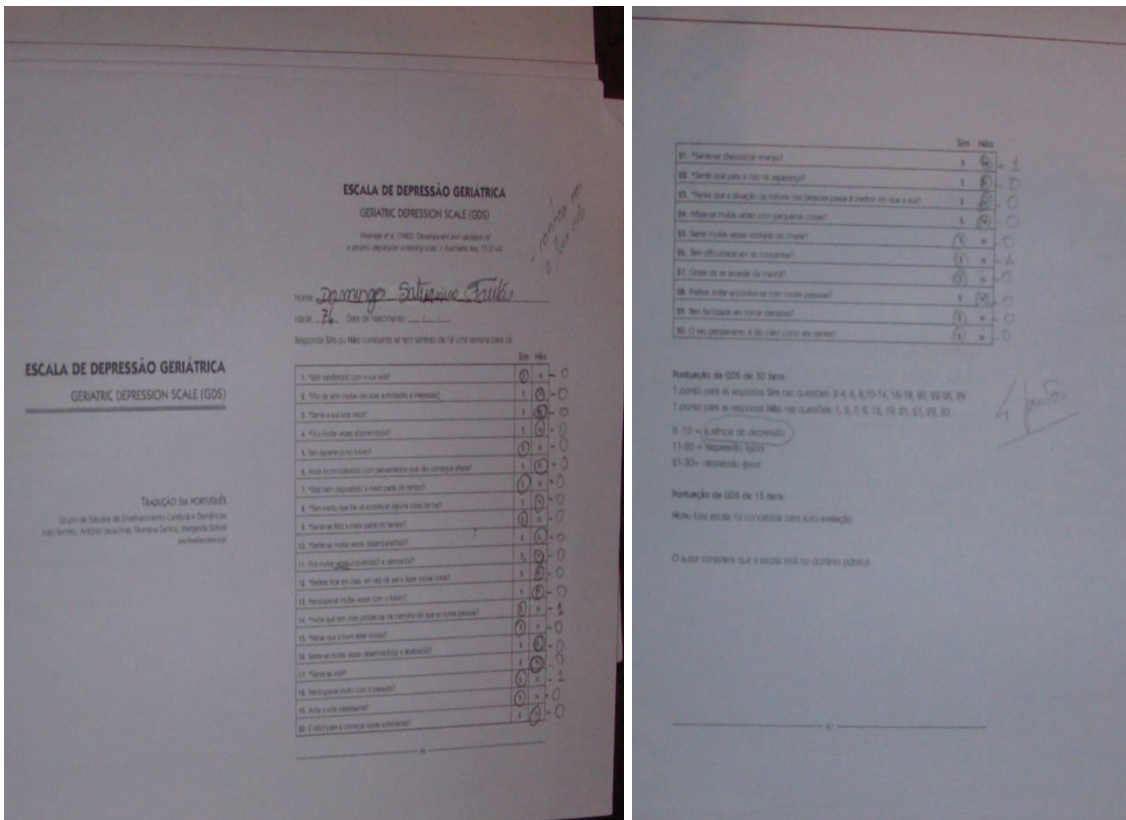
Anexo 41.g - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso B (pós intervenção)



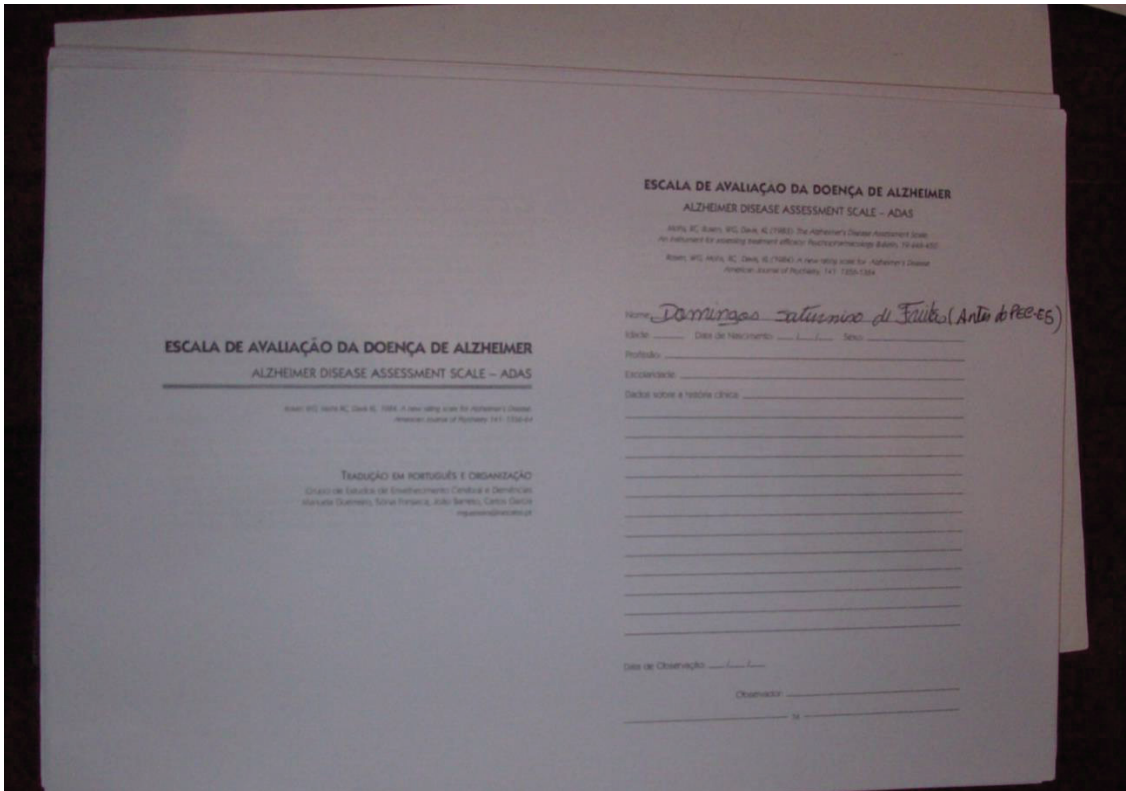
Anexo 41.h - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso B (pós intervenção)



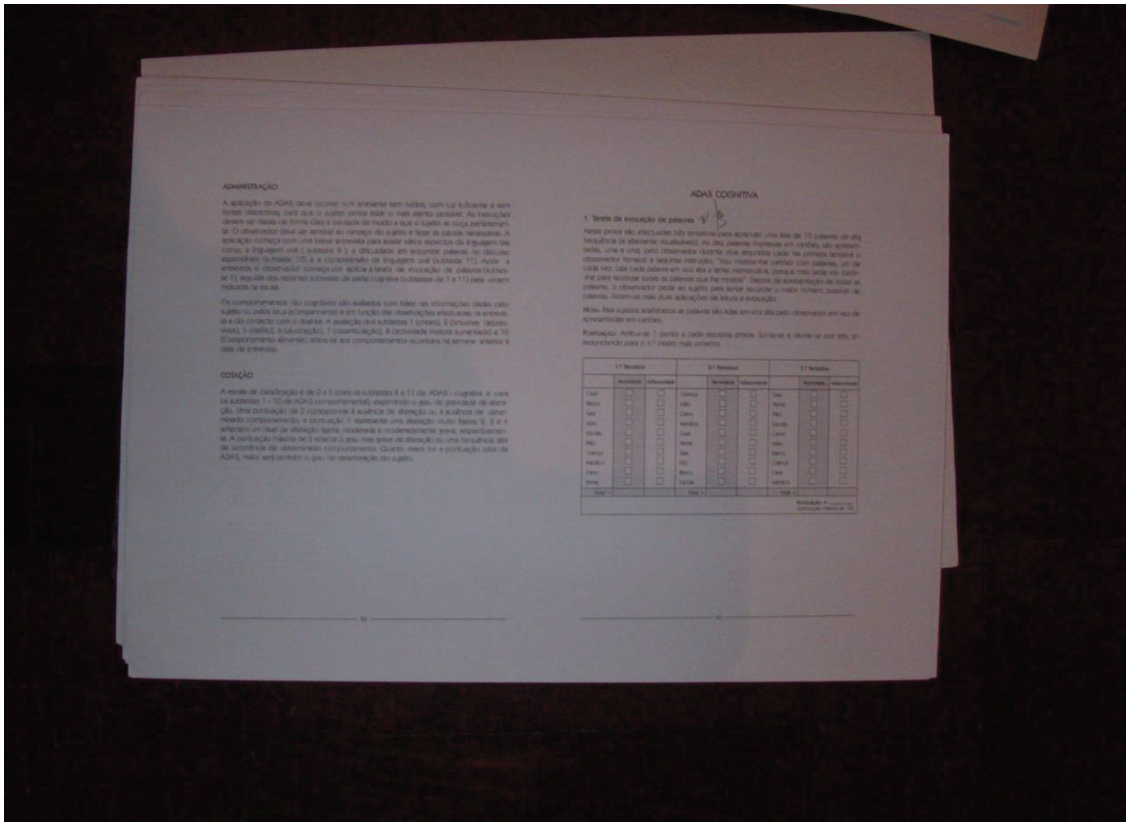
Anexo 41.i - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer do Idoso B (pós intervenção)



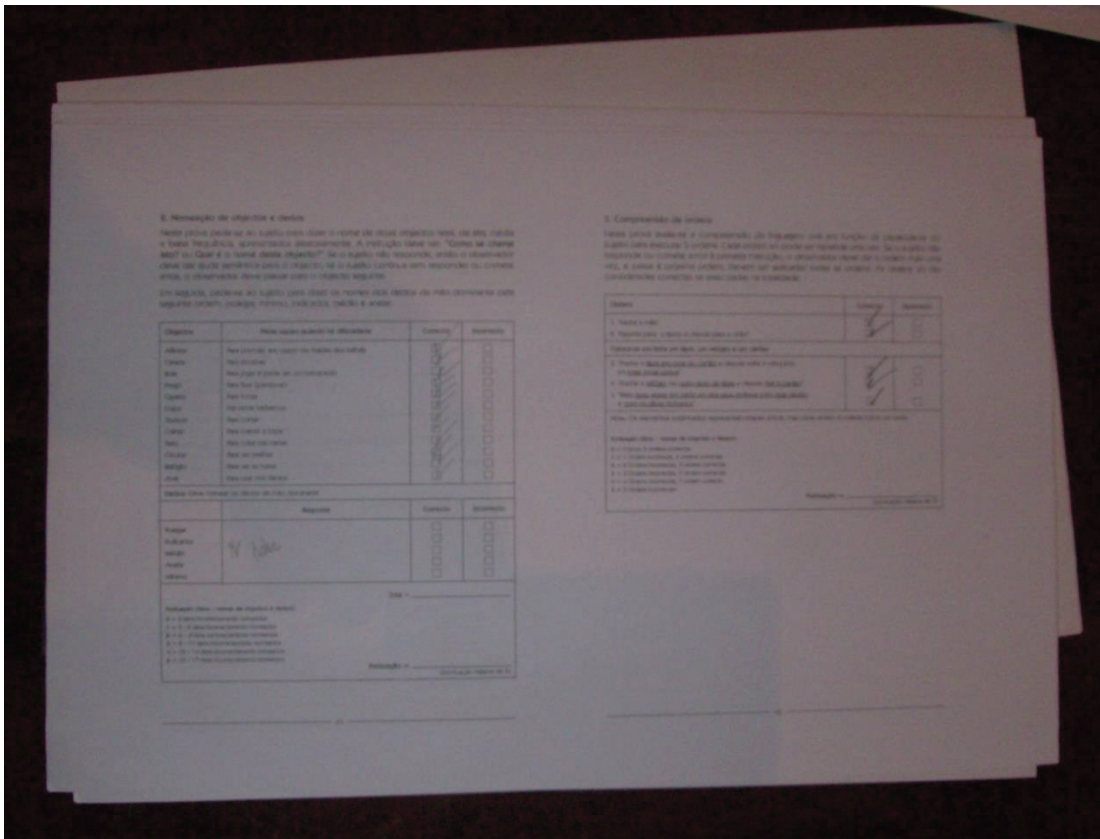
Anexo 42 - Escala de Depressão Geriátrica do idoso C



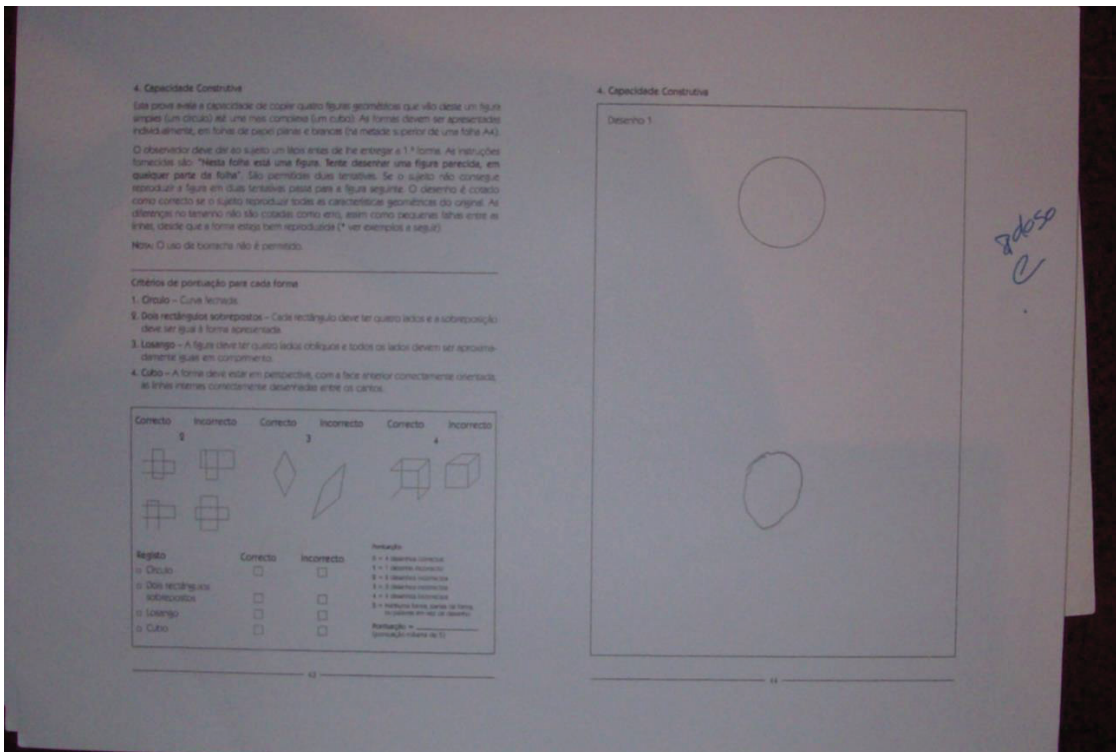
Anexo 43.a -- Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso C (antes da intervenção)



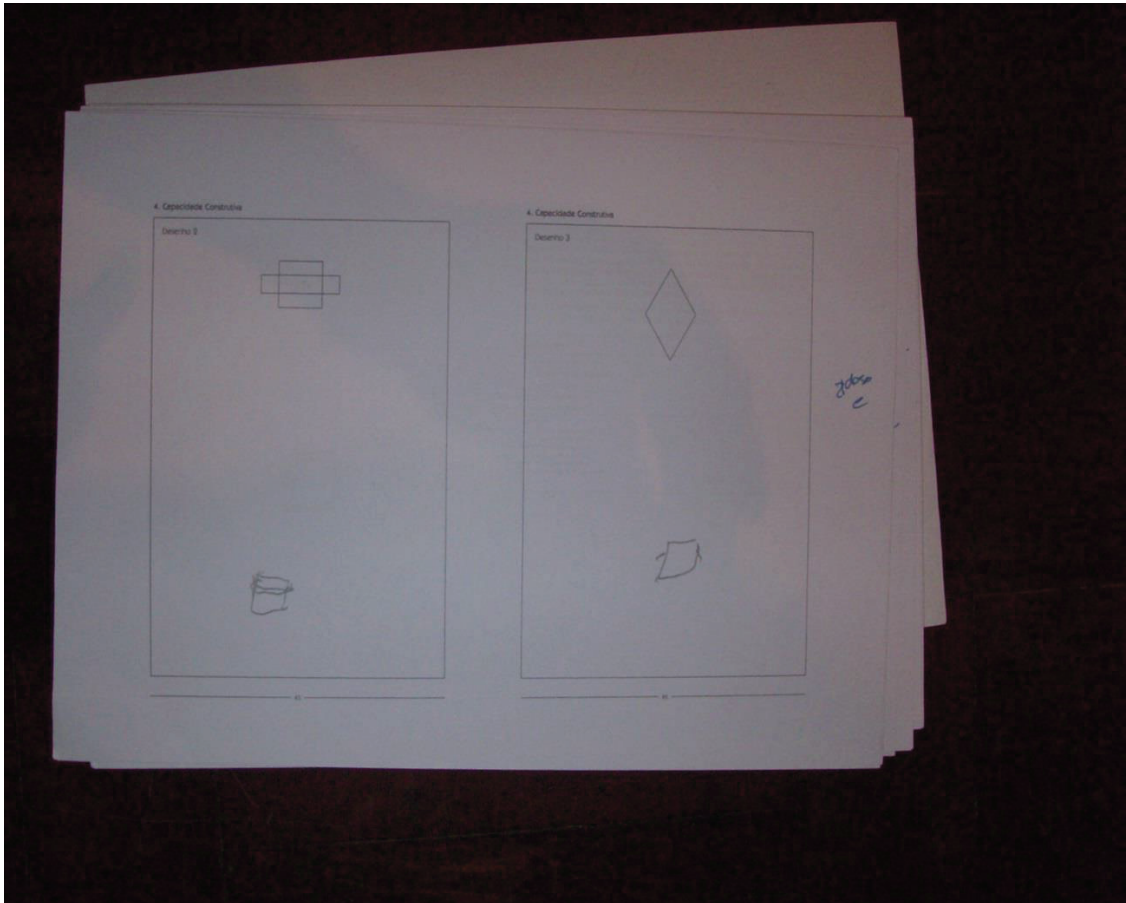
Anexo 43.b- Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso C (antes da intervenção)



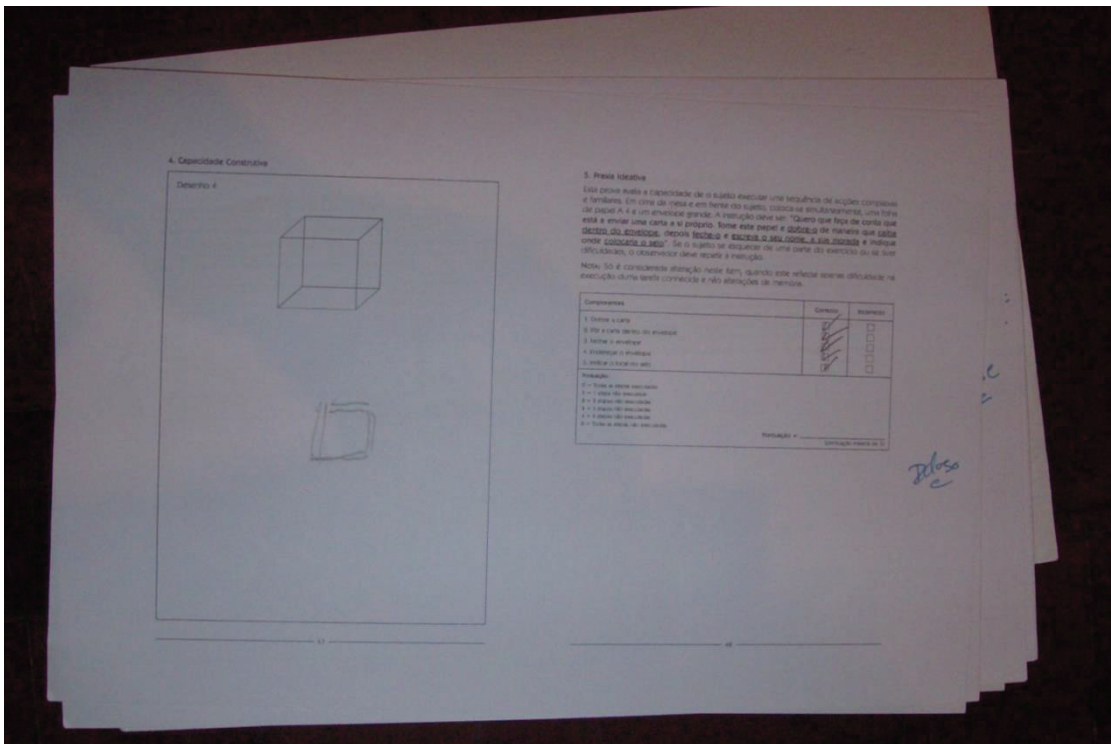
Anexo 43.c- Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso C (antes da intervenção)



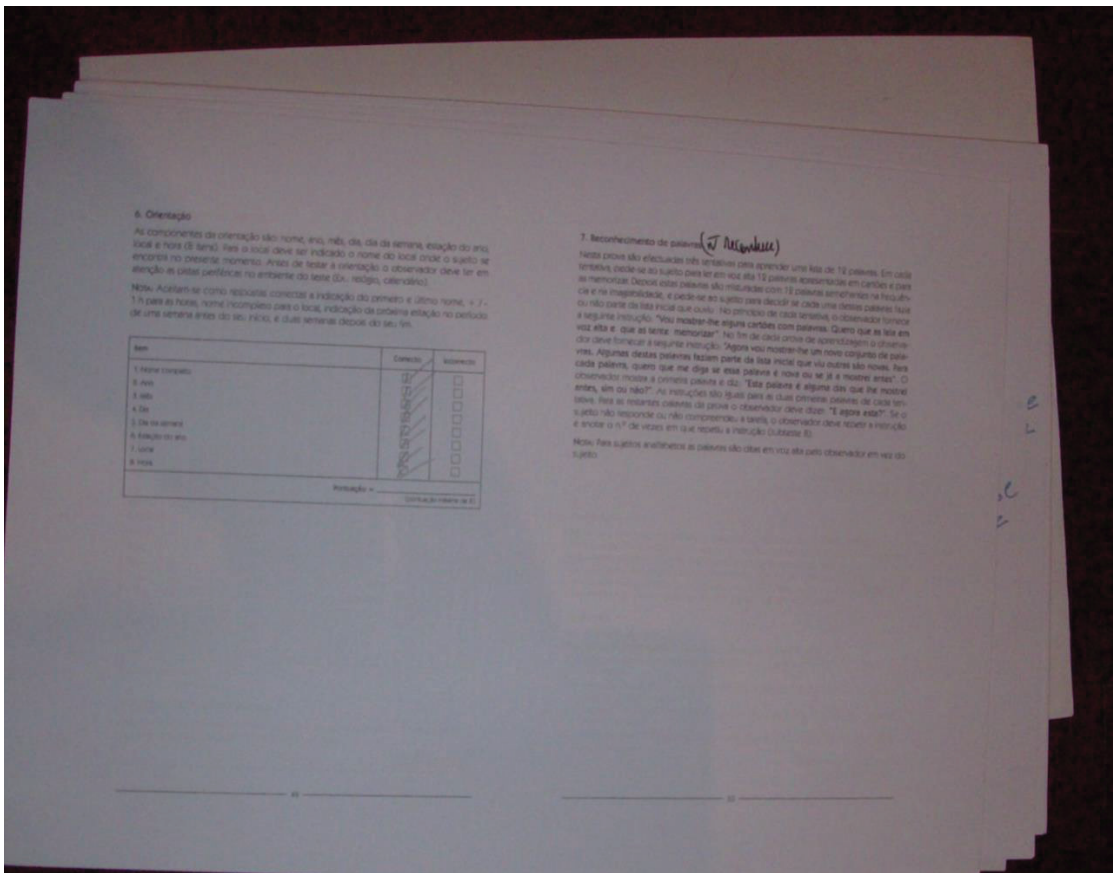
Anexo 43.d - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso C (antes da intervenção)



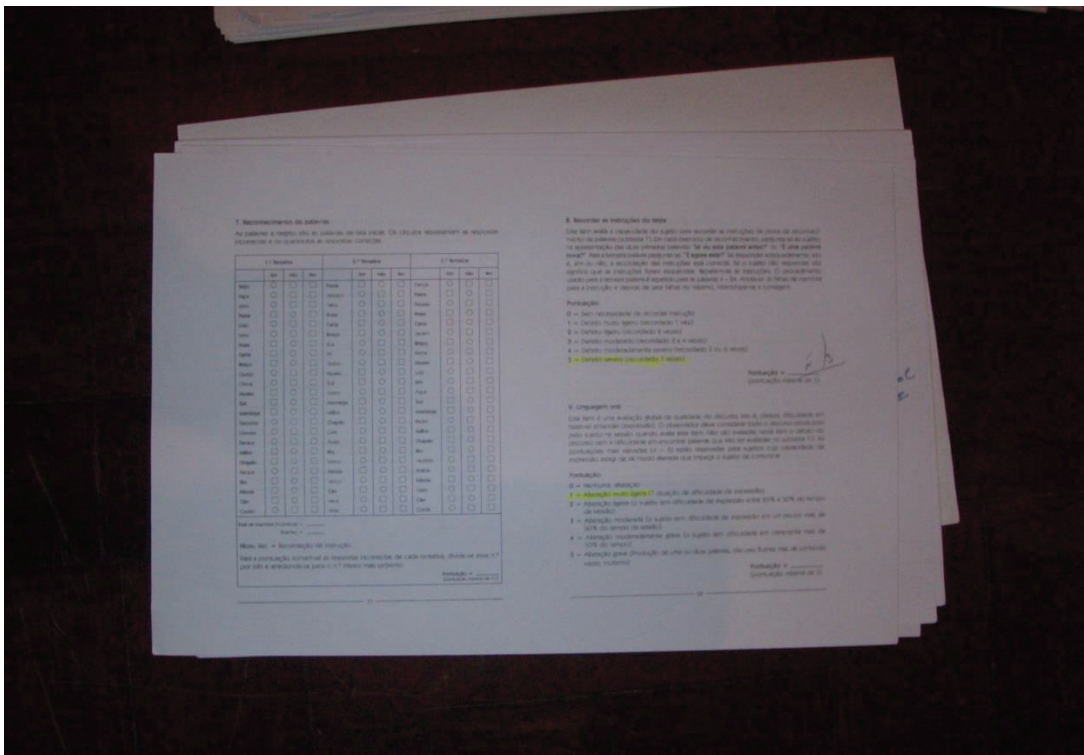
Anexo 43. e- Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso C (antes da intervenção)



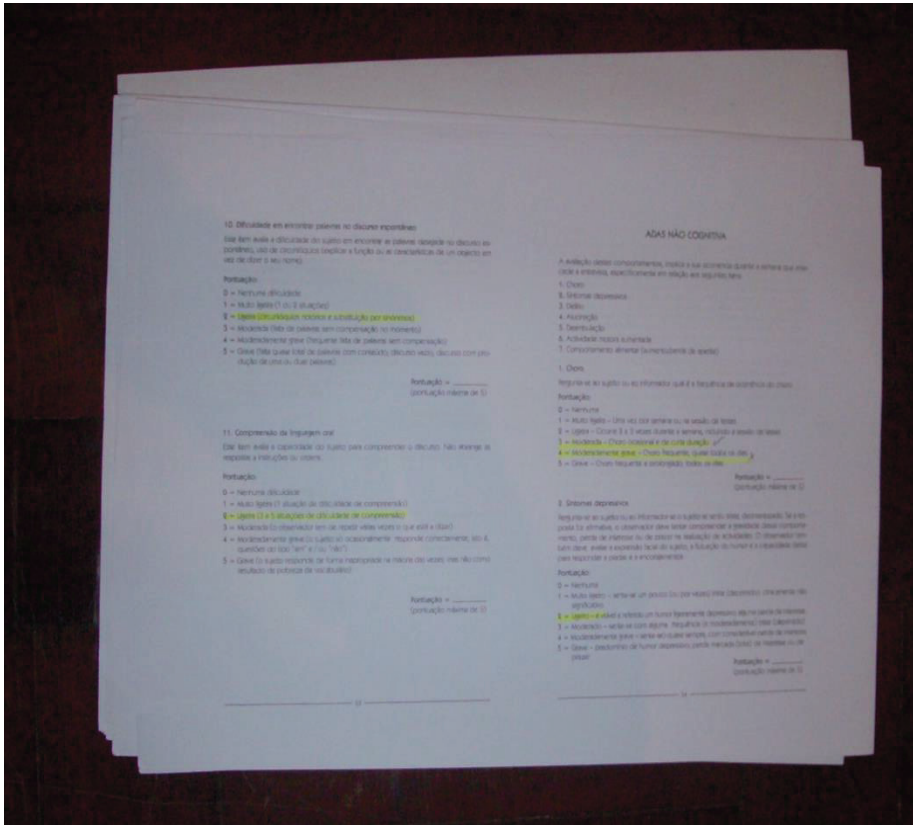
Anexo 43.f- Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso C (antes da intervenção)



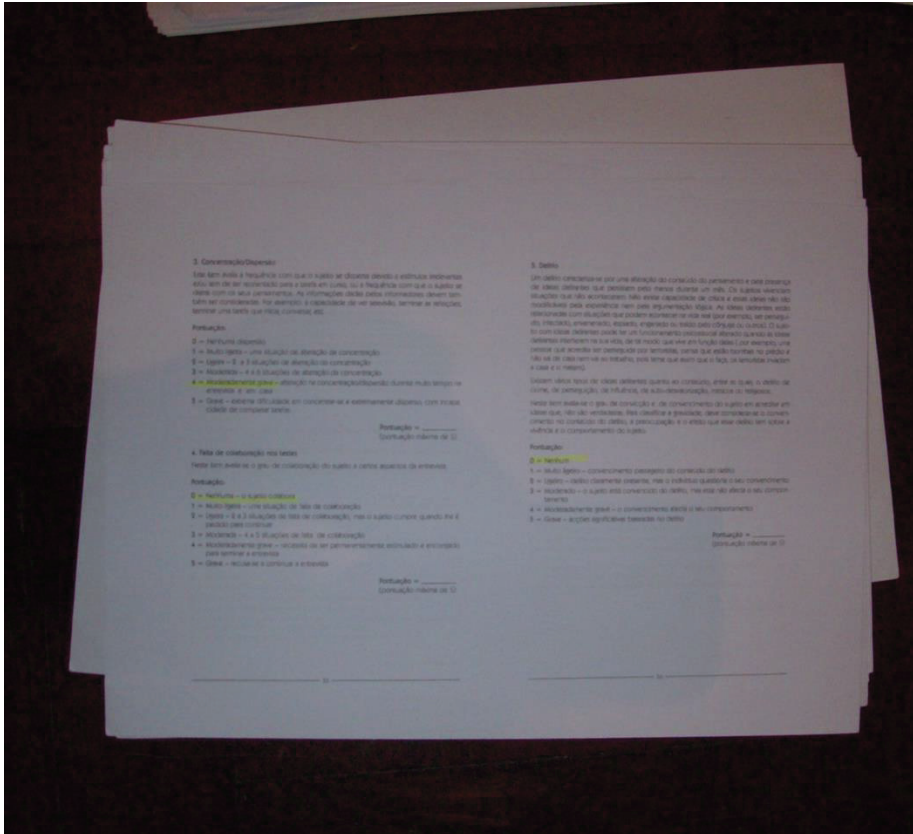
Anexo 43.g- Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso C (antes da intervenção)



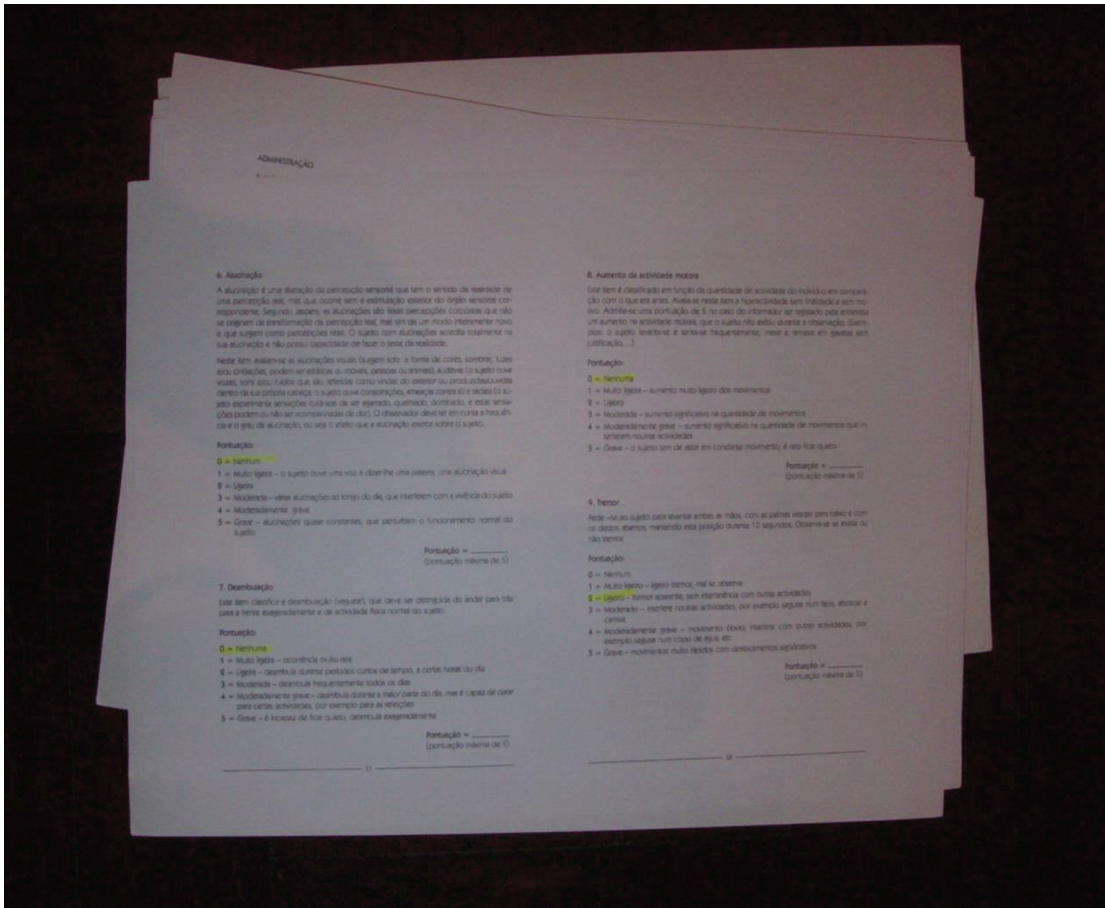
Anexo 43.h- Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso C (antes da intervenção)



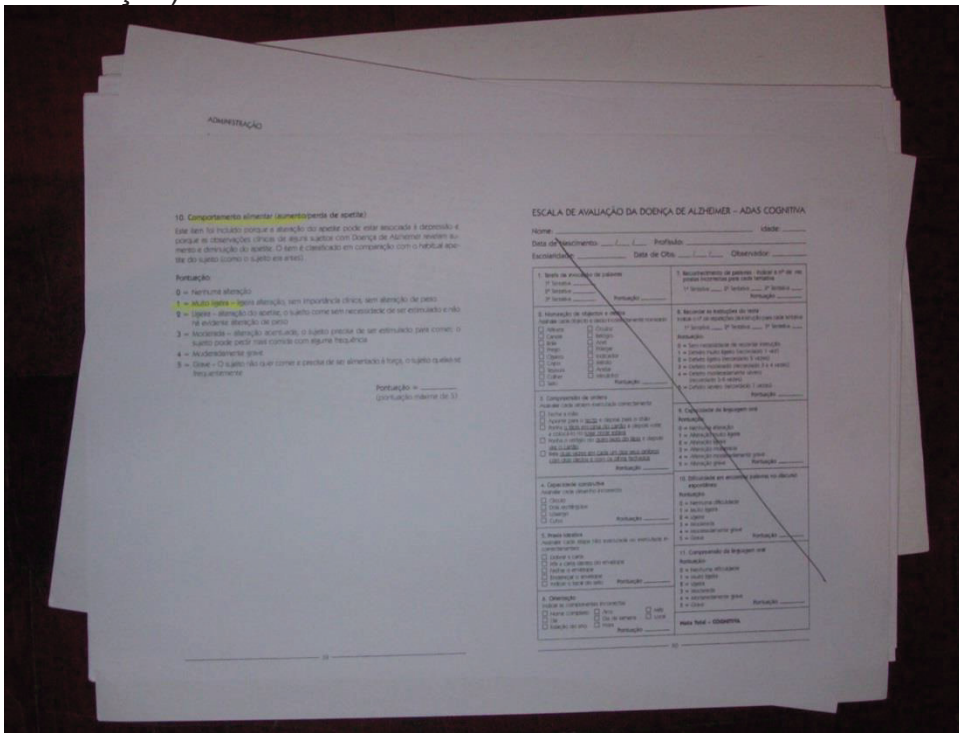
Anexo 43.i- Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso C (antes da intervenção)



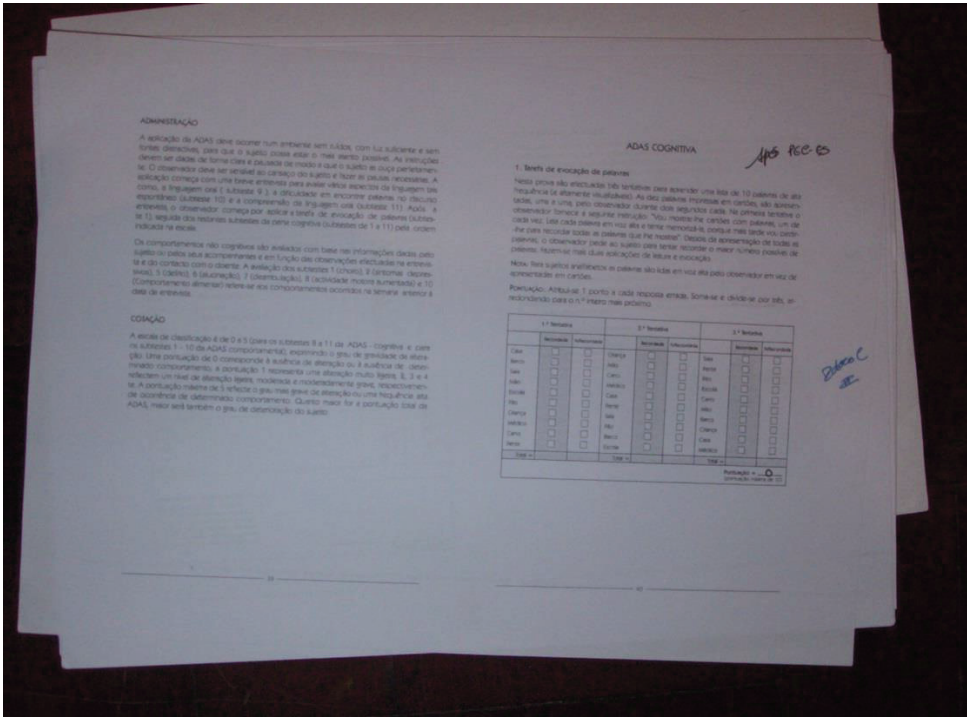
Anexo 43.j- Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso C (antes da intervenção)



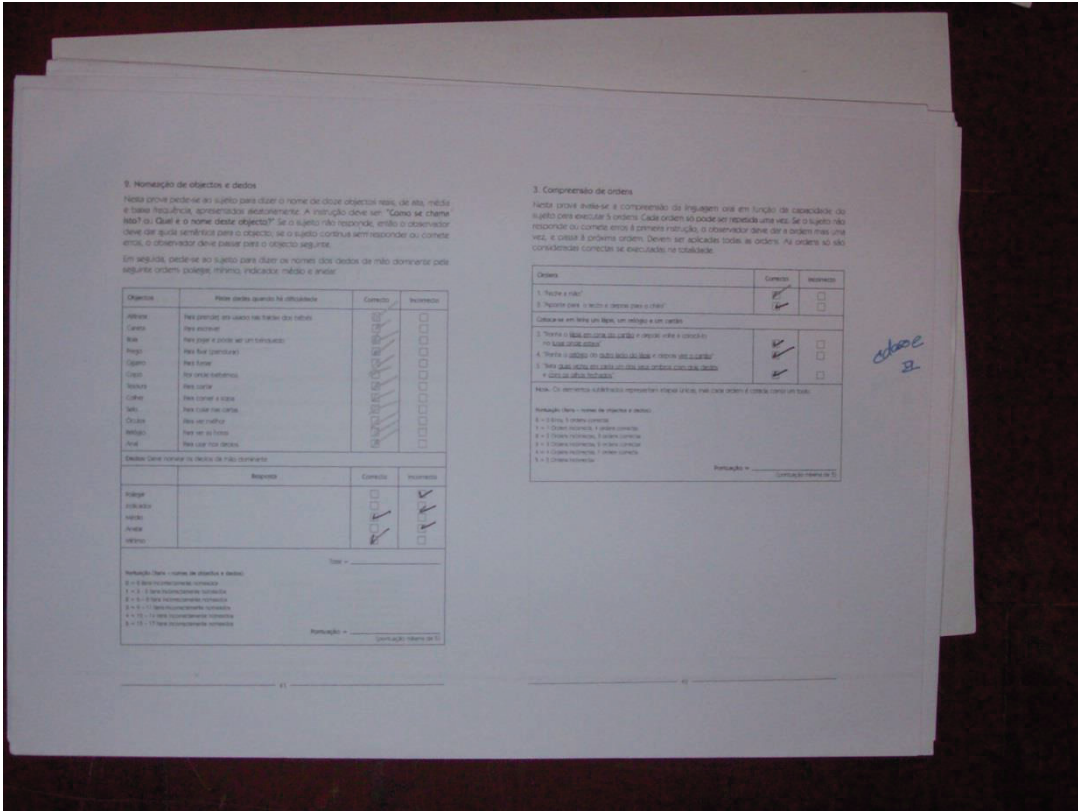
Anexo 43.I- Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso C (antes da intervenção)



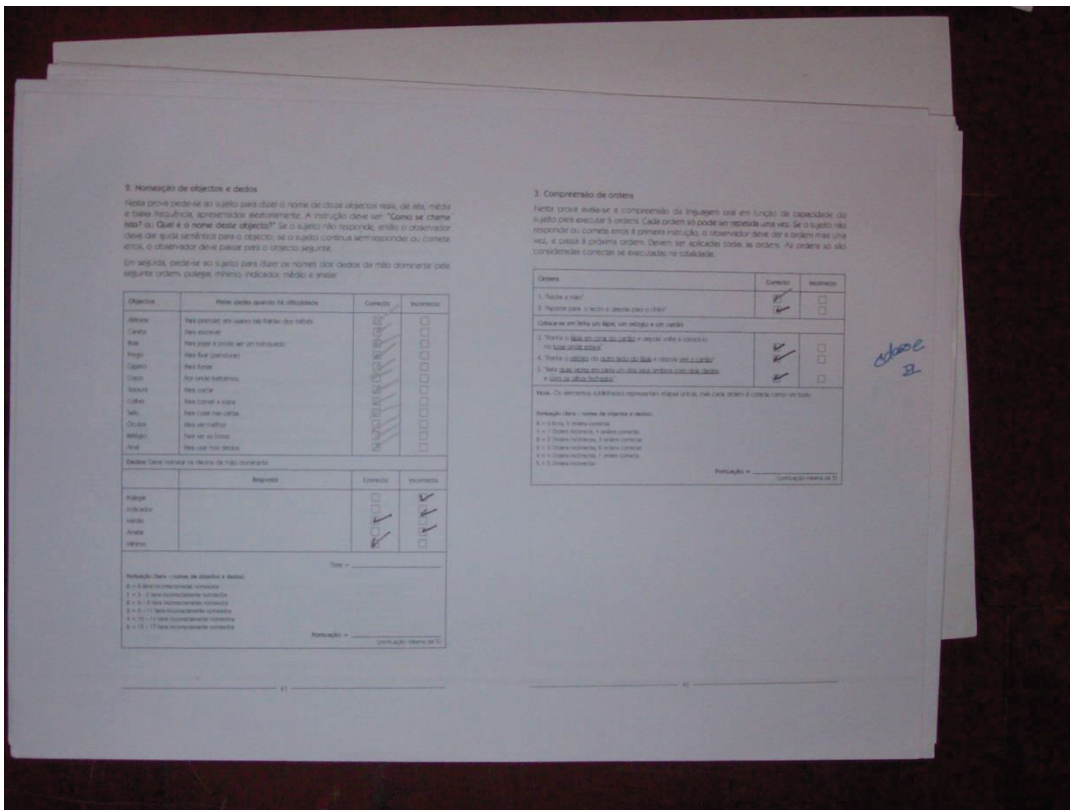
Anexo 43.m- Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso C (antes da intervenção)



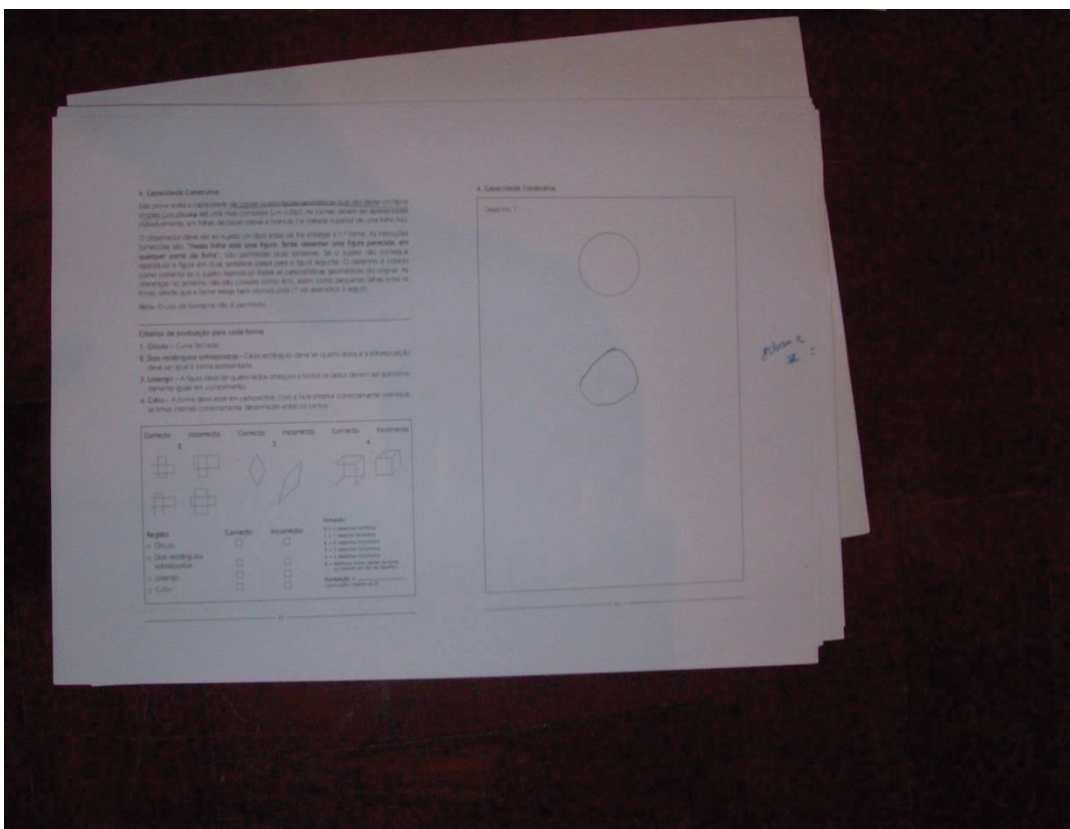
Anexo 44.a - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso C (pós intervenção)



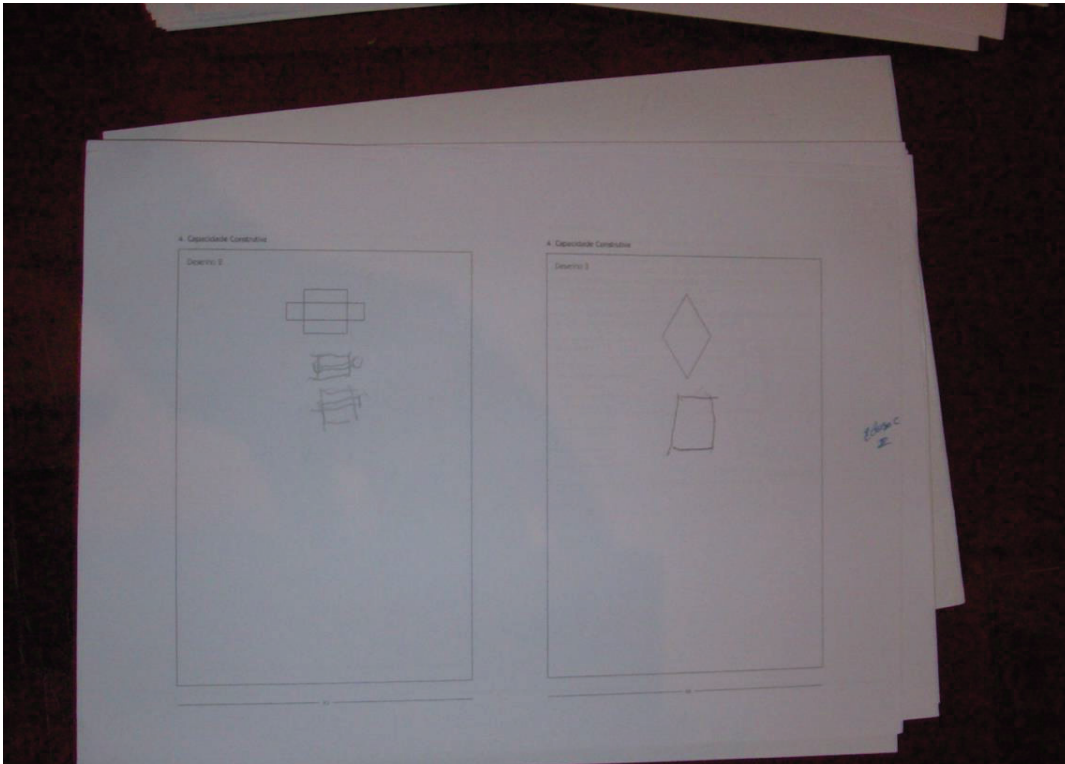
Anexo 44.b - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso C (pós intervenção)



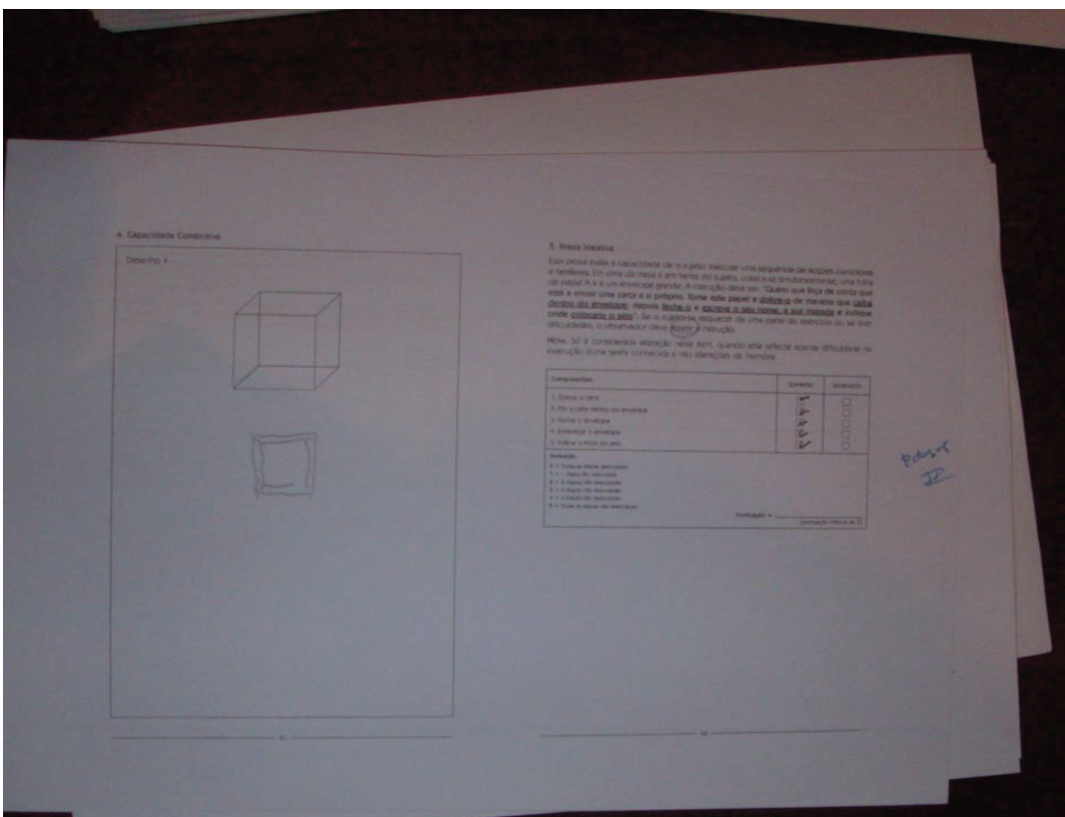
Anexo 44.c- Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso C (pós intervenção)



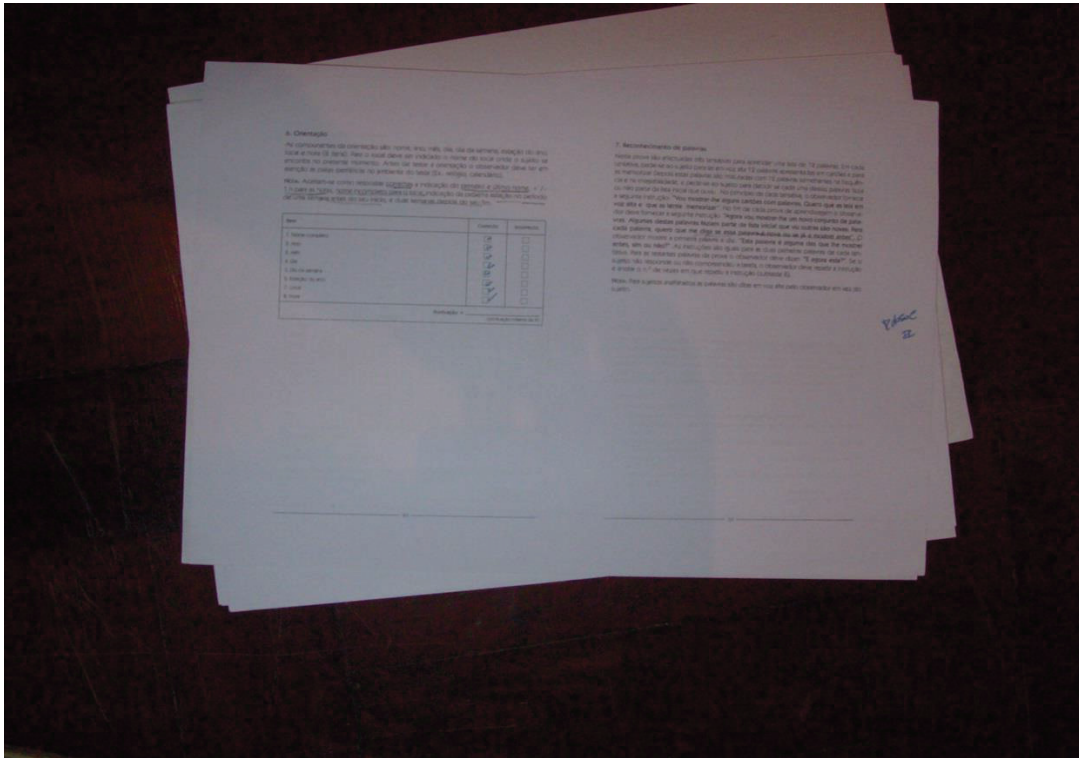
Anexo 44.d- Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso C (pós intervenção)



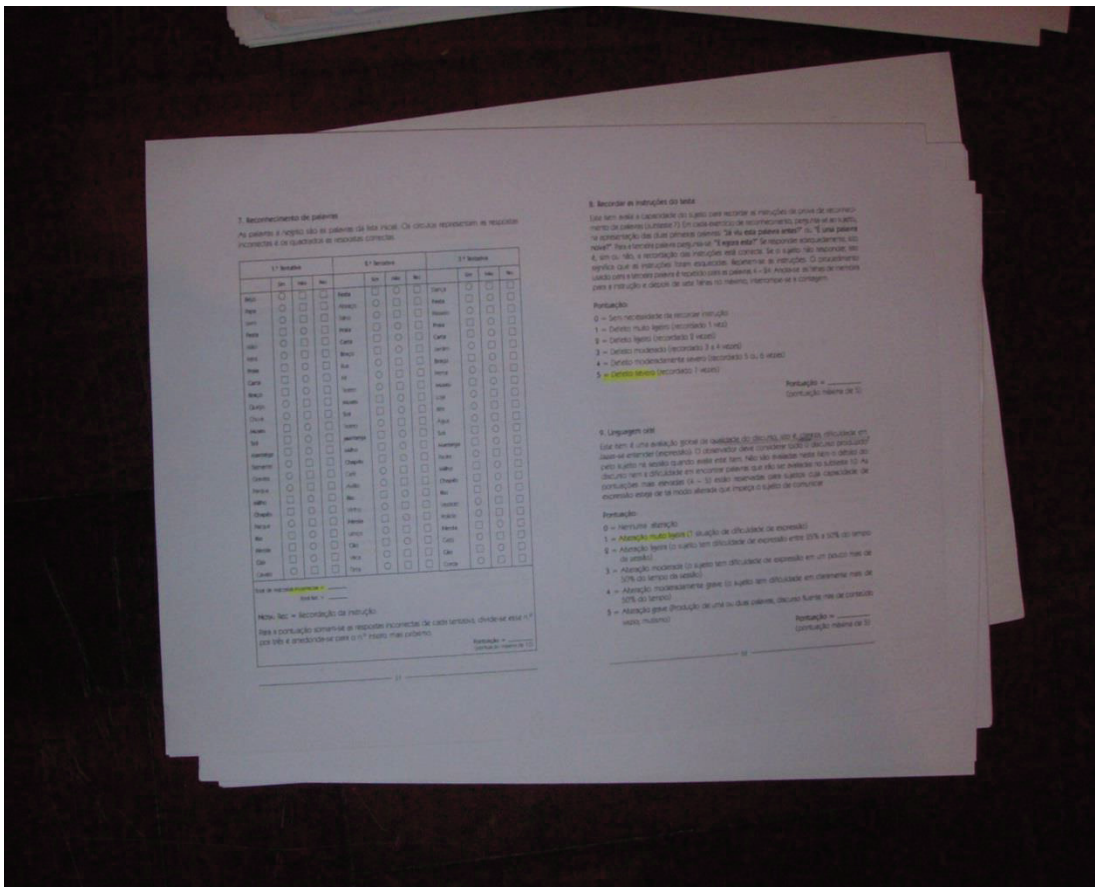
Anexo 44.e- Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso C (pós intervenção)



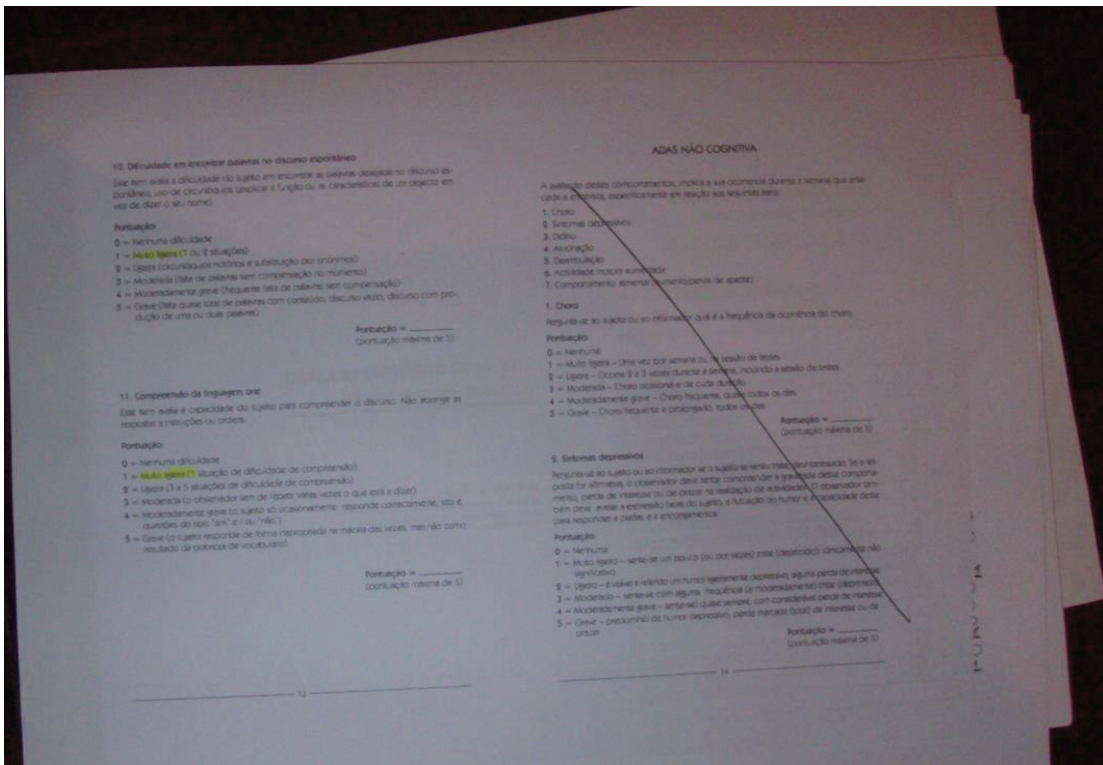
Anexo 44.f- Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso C (pós intervenção)



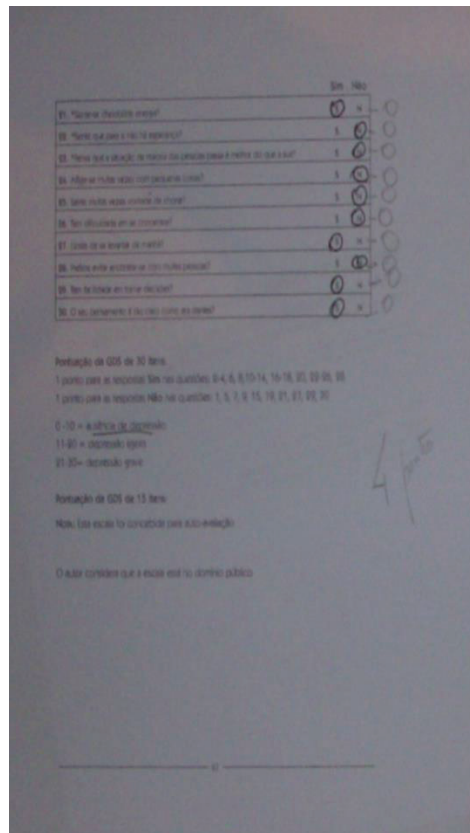
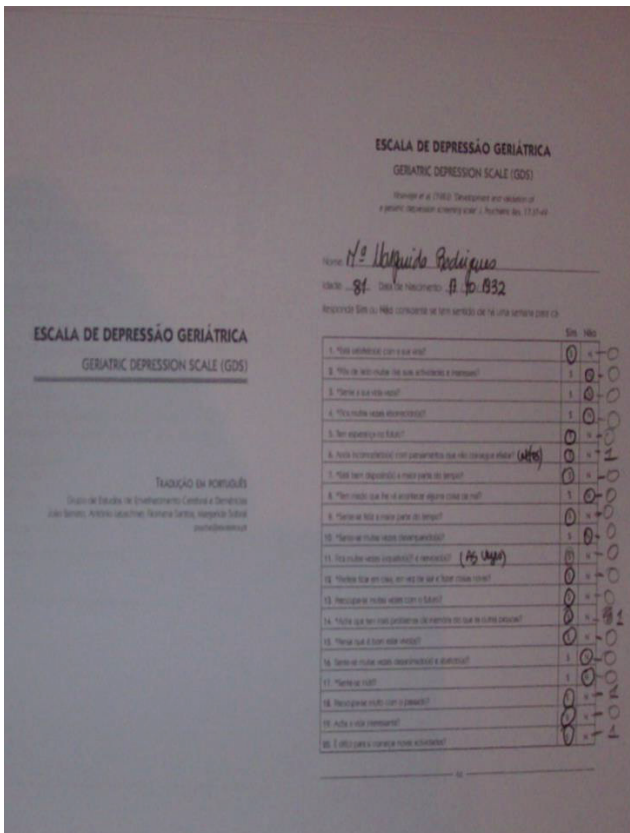
Anexo 44.g- Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso C (pós intervenção)



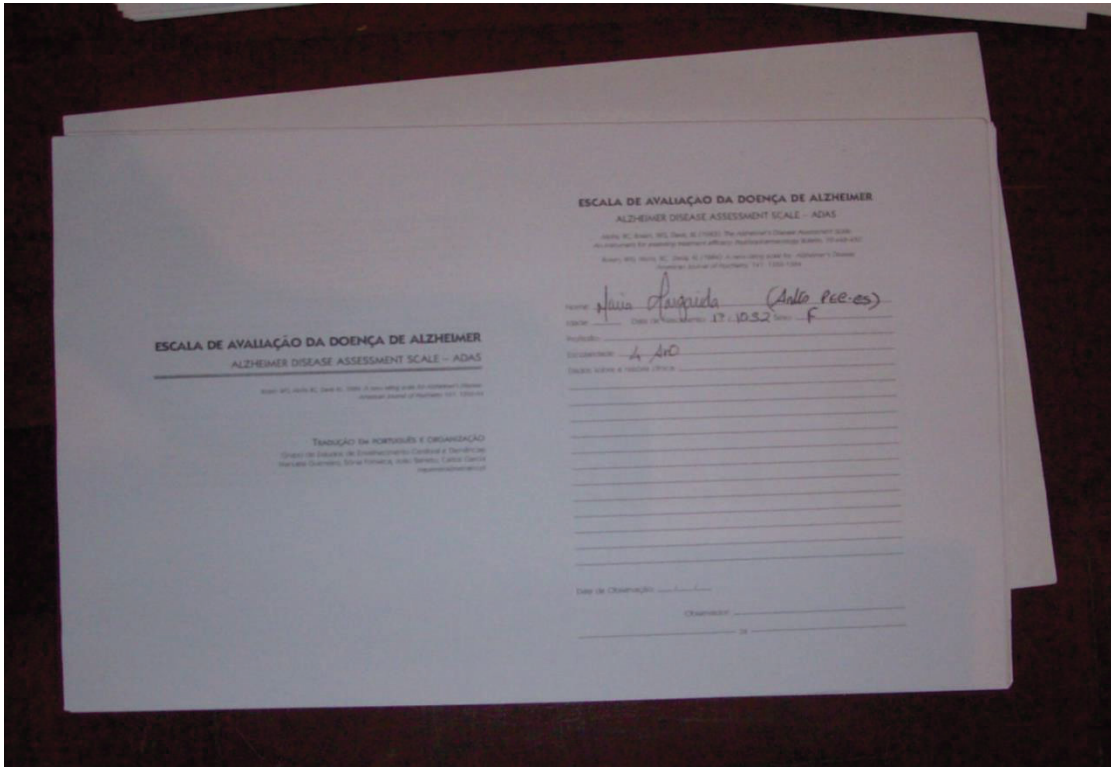
Anexo 44.h- Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso C (pós intervenção)



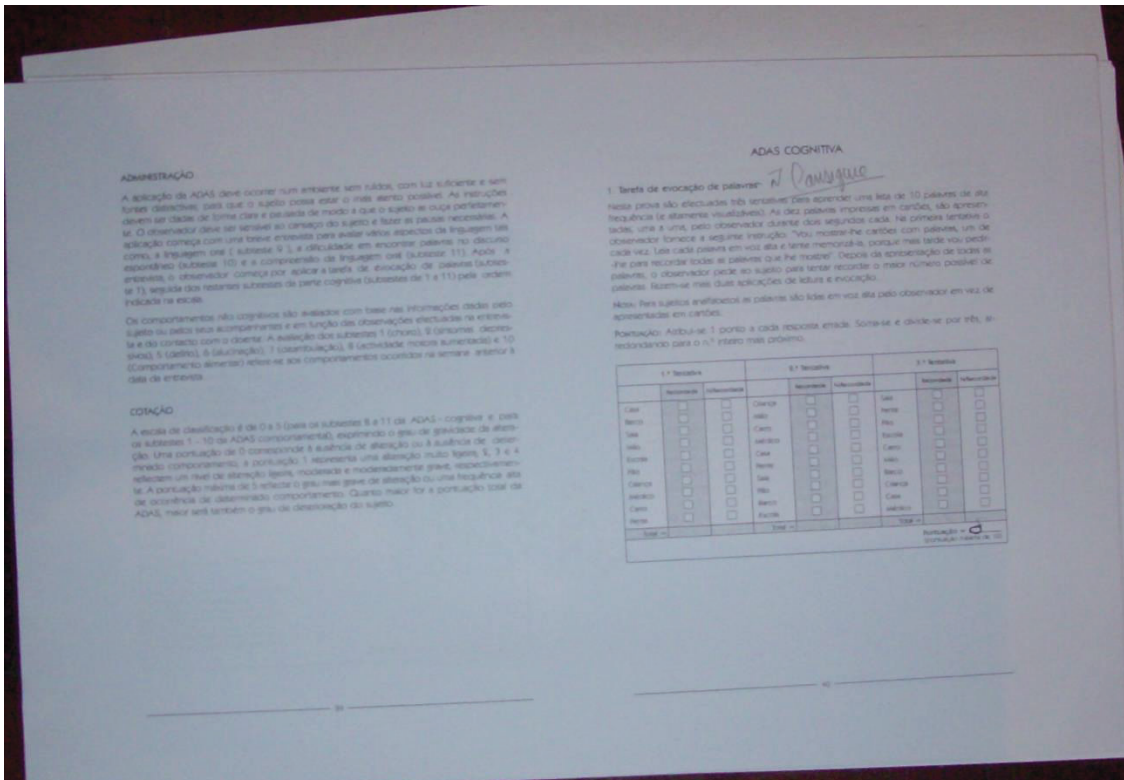
Anexo 44.i - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso C (pós intervenção)



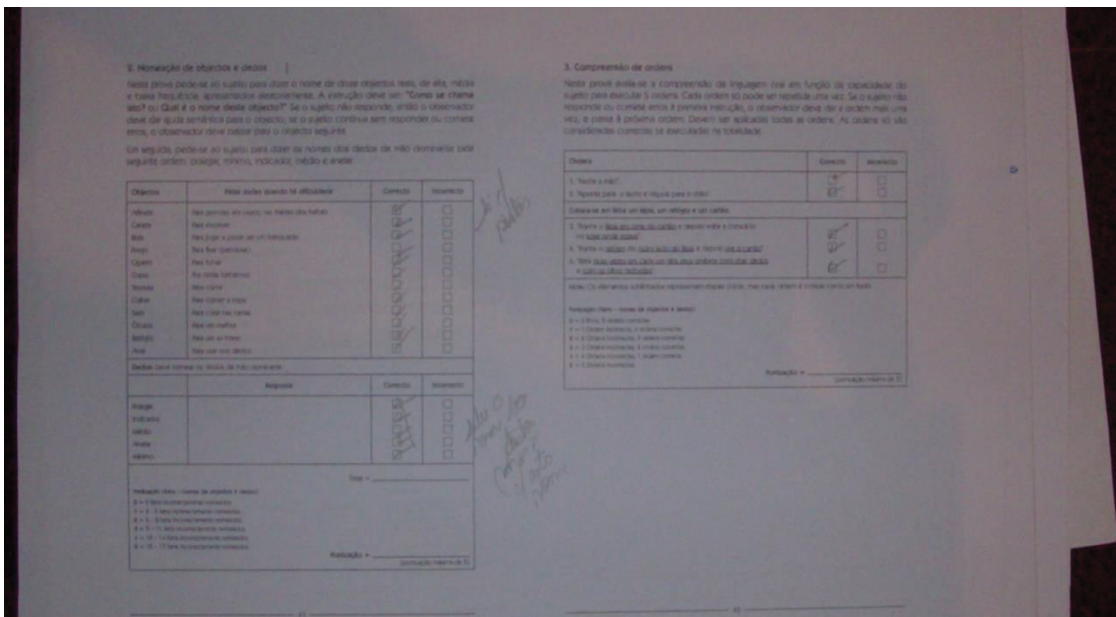
Anexo 45- Escala de Depressão Geriátrica do idoso D



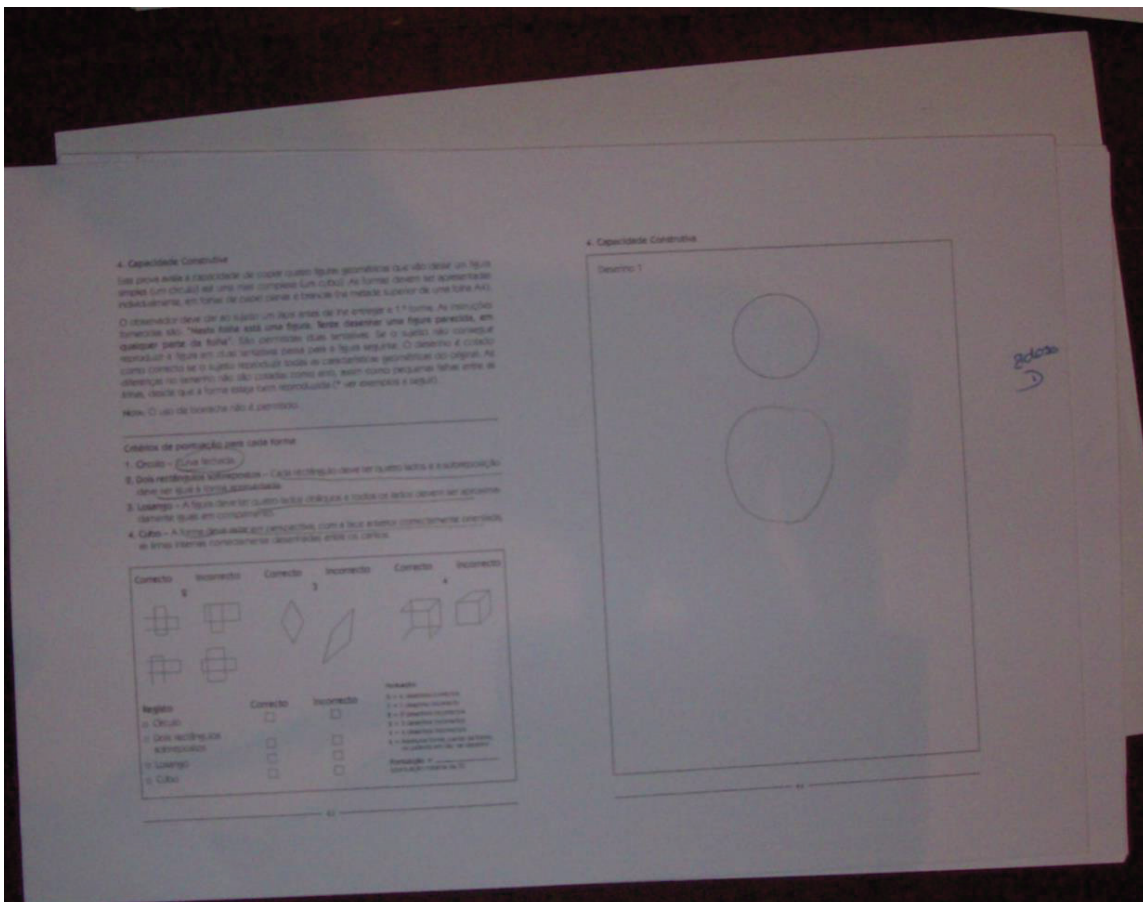
Anexo 46.a - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso D (antes da intervenção)



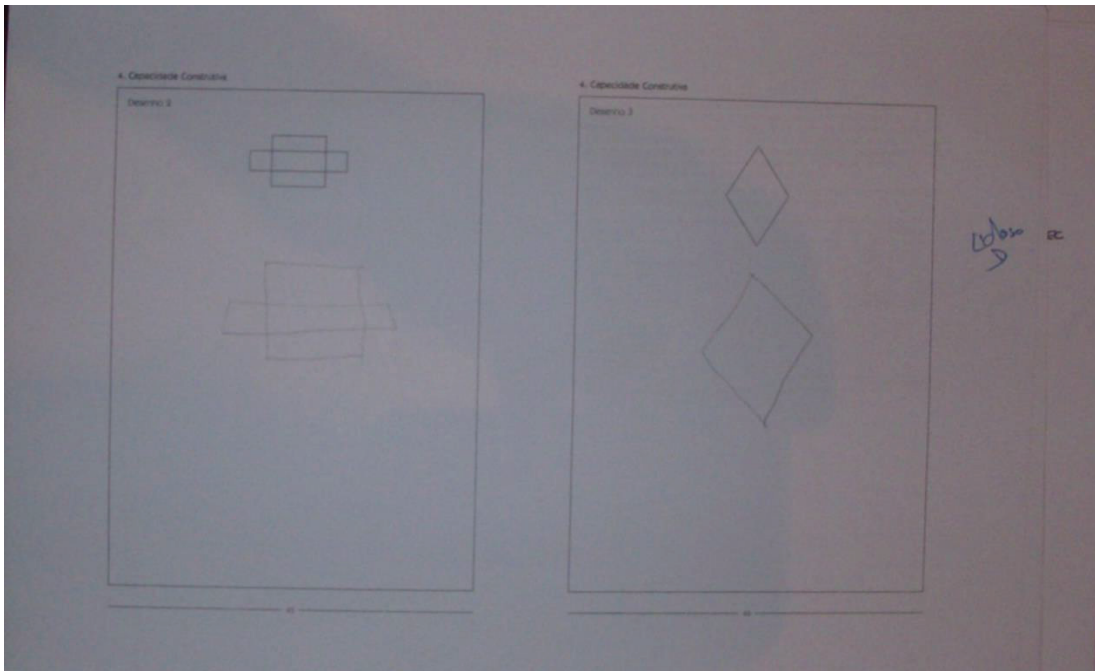
Anexo 46.b - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso D (antes da intervenção)



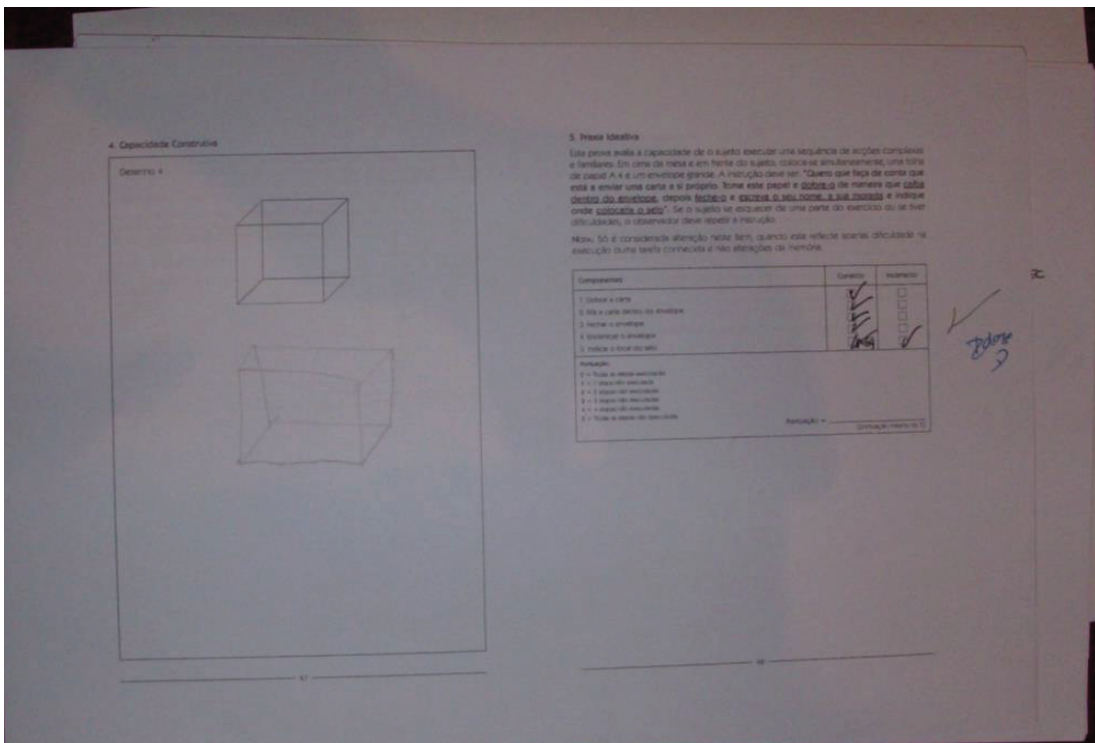
Anexo 46.c - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso D (antes da intervenção)



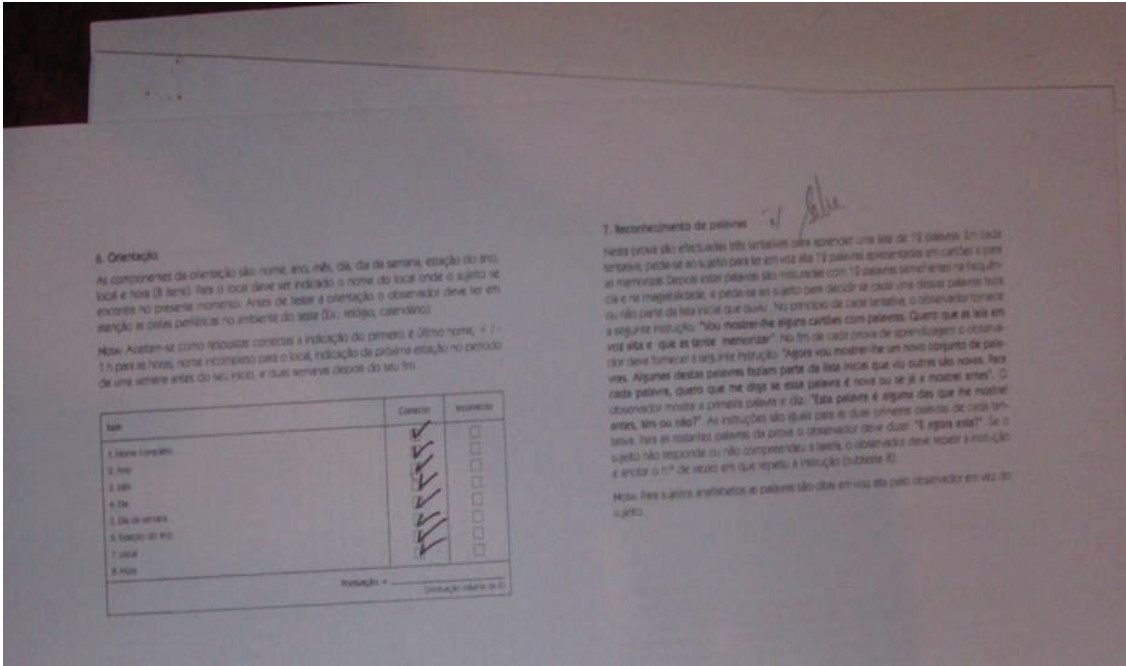
Anexo 46.d - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso D (antes da intervenção)



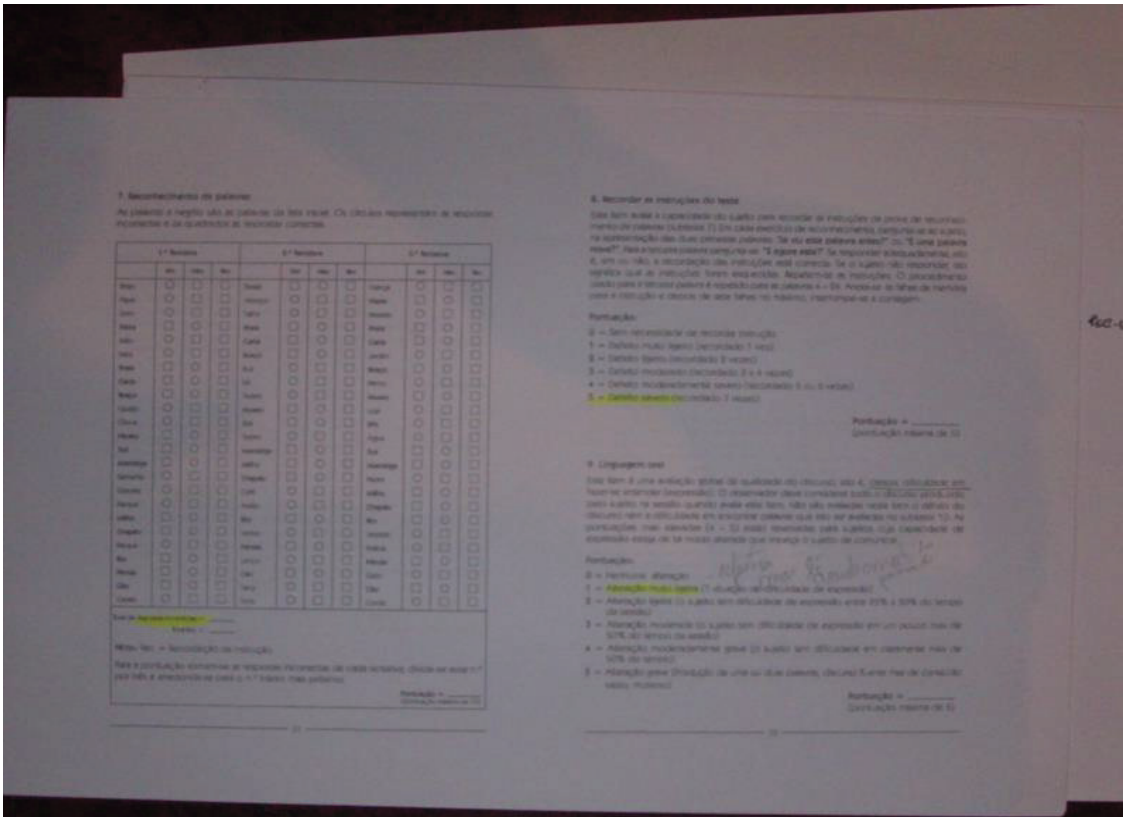
Anexo 46. e - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso D (antes da intervenção)



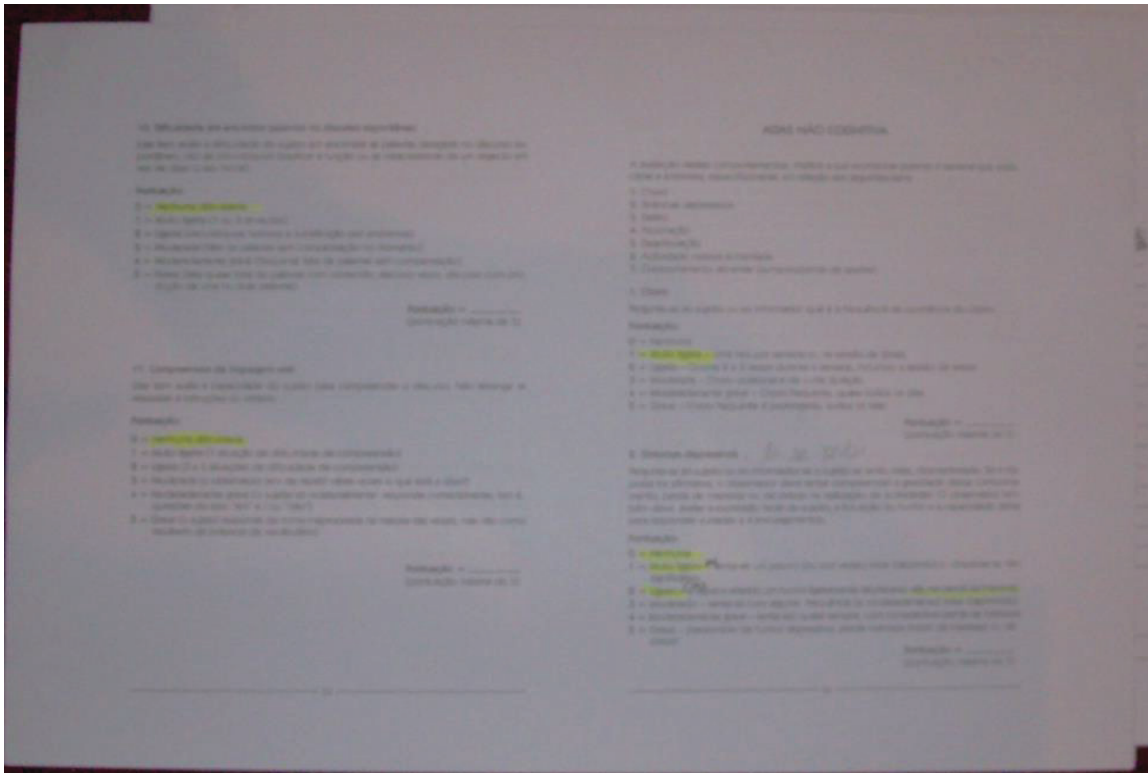
Anexo 46.f - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso D (antes da intervenção)



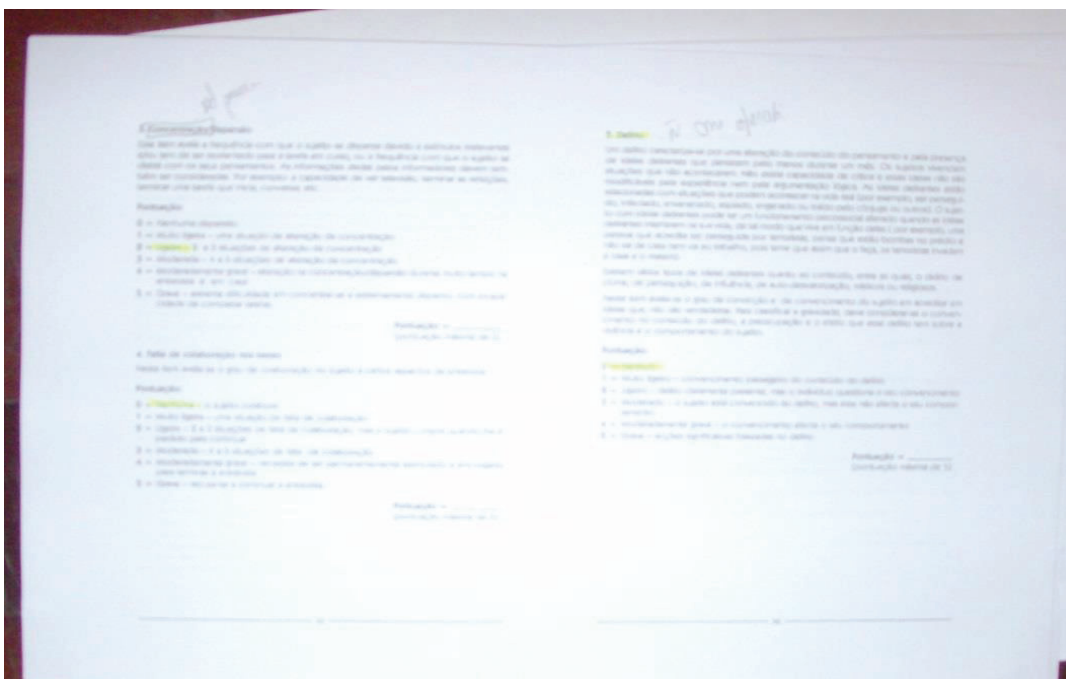
Anexo 46.g - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso D (antes da intervenção)



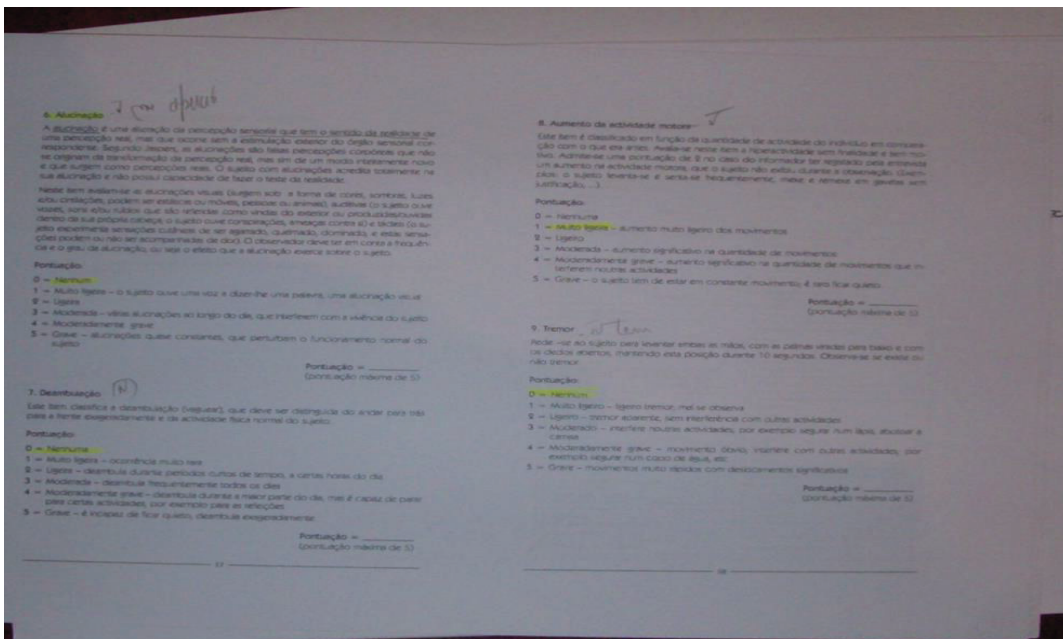
Anexo 46.h - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso D (antes da intervenção)



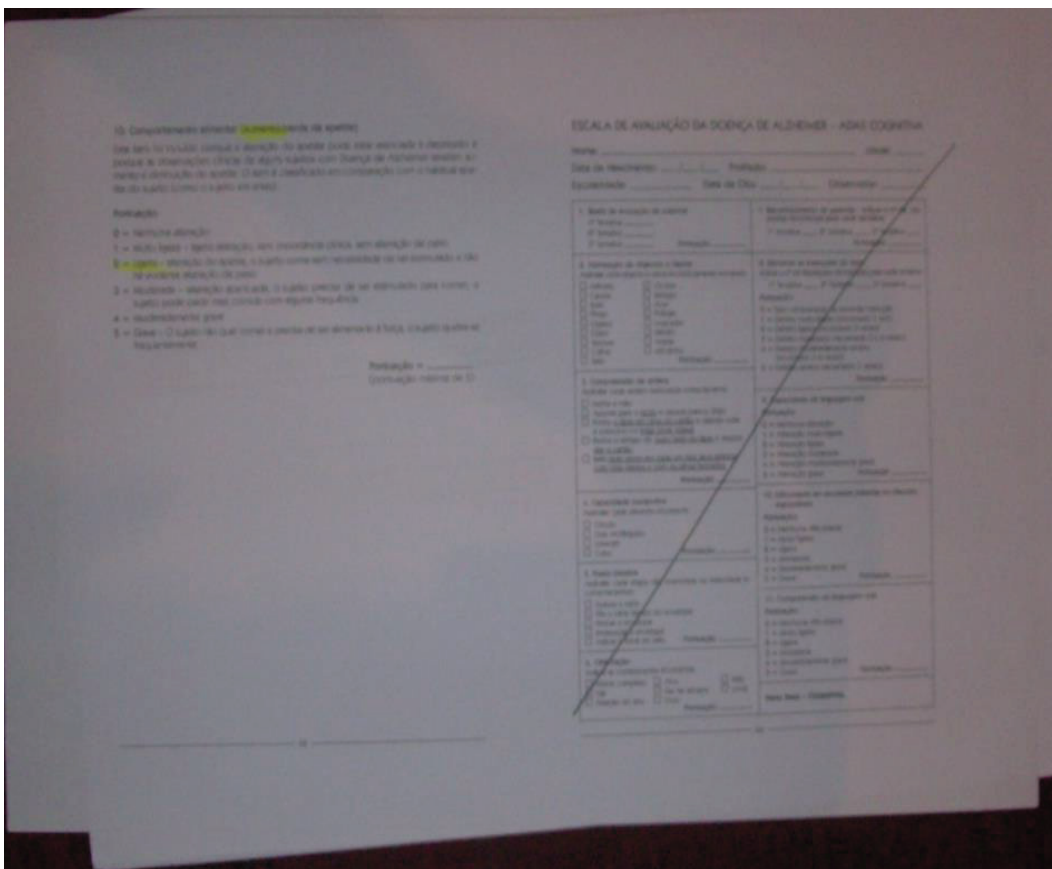
Anexo 46.i - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso D (antes da intervenção)



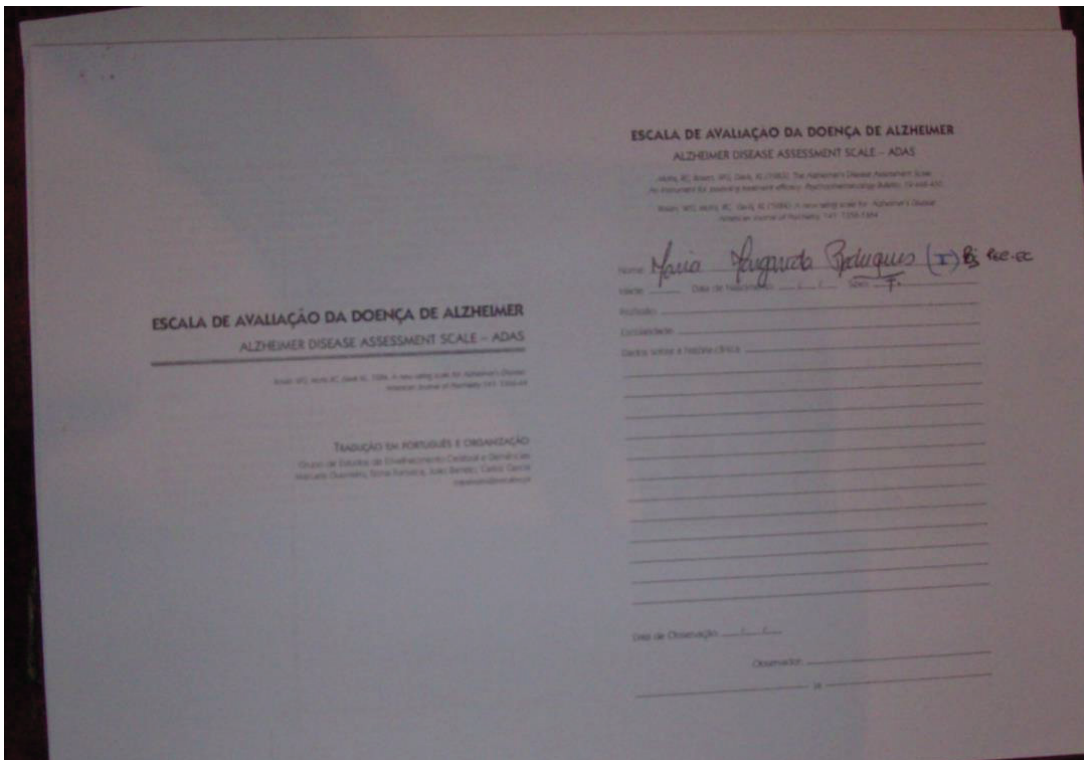
Anexo 46.j m - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso D (antes da intervenção)



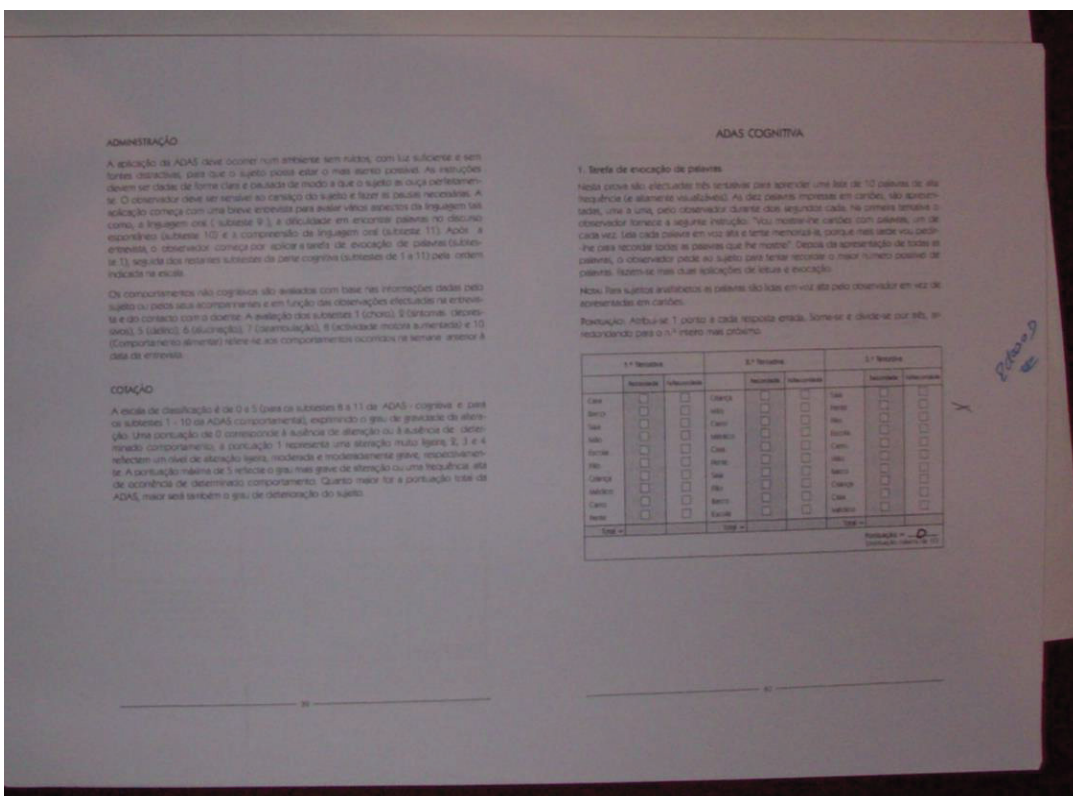
Anexo 46.I - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso D (antes da intervenção)



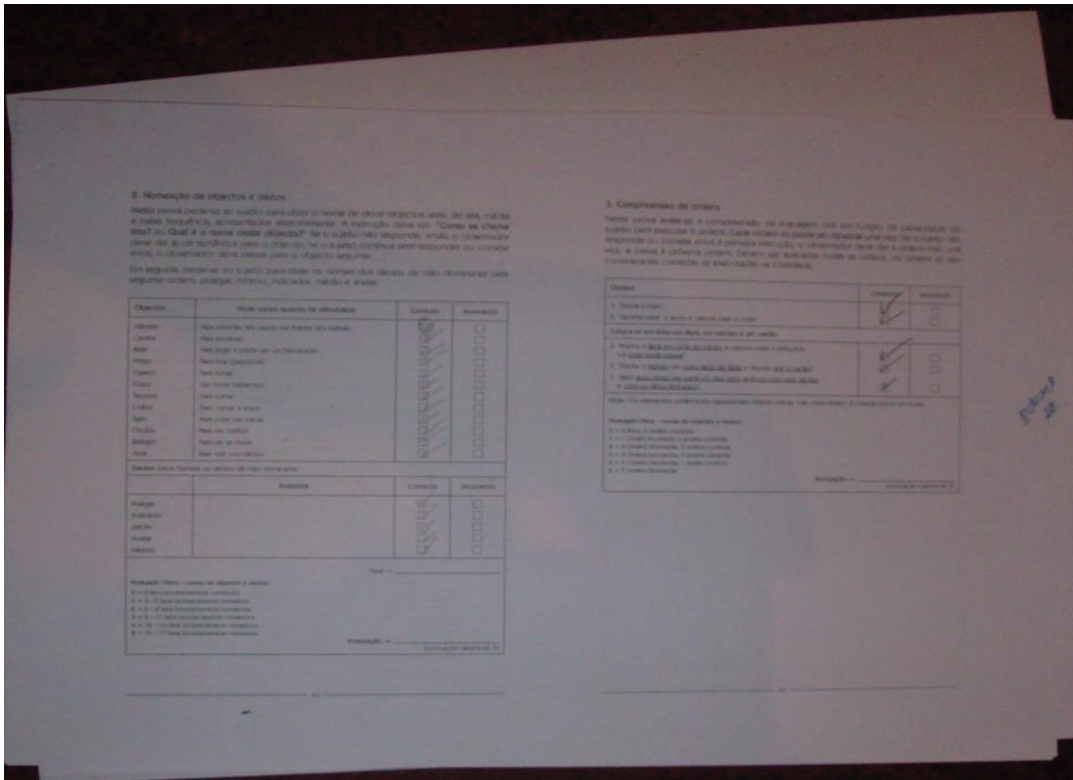
Anexo 46.m - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso D (antes da intervenção)



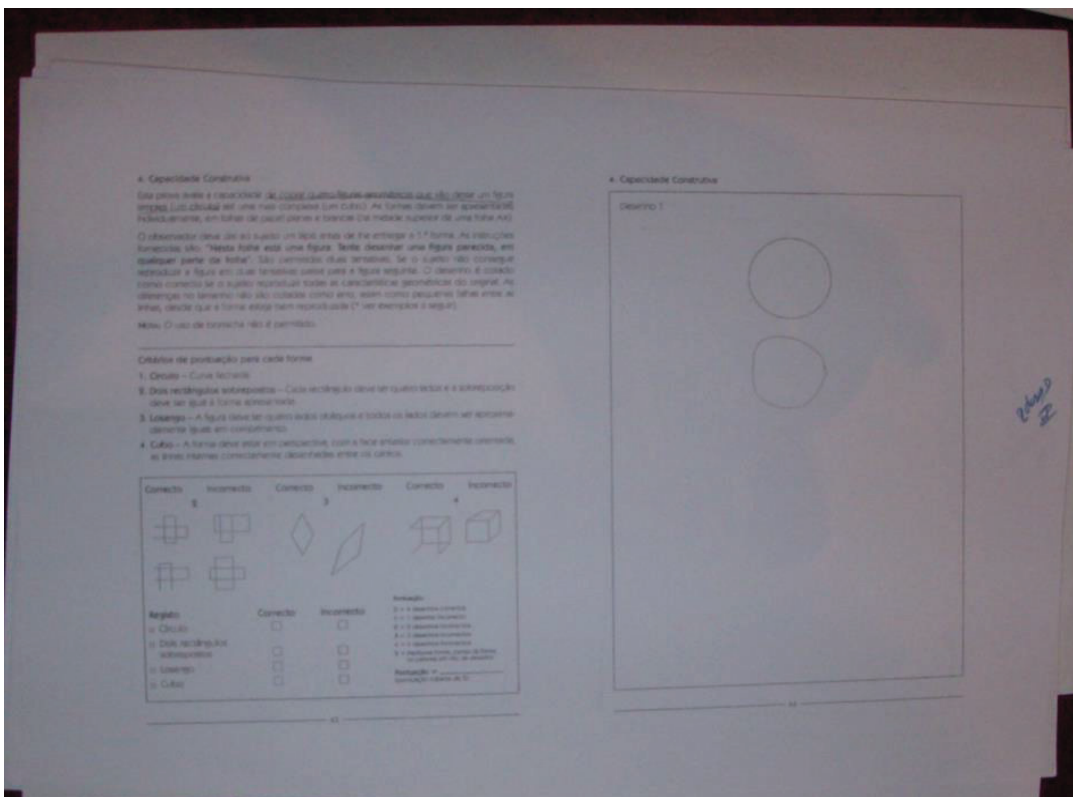
Anexo 47.a - Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso D (pós intervenção)



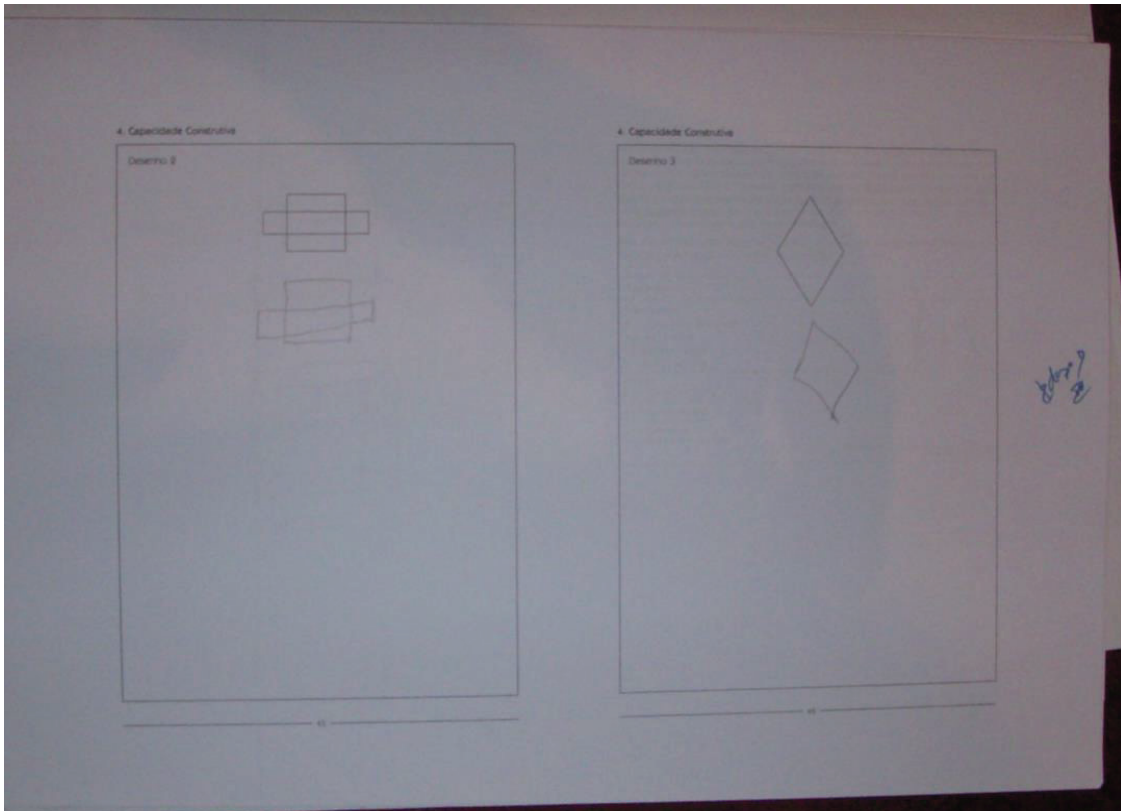
Anexo 47.b- Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso D (pós intervenção)



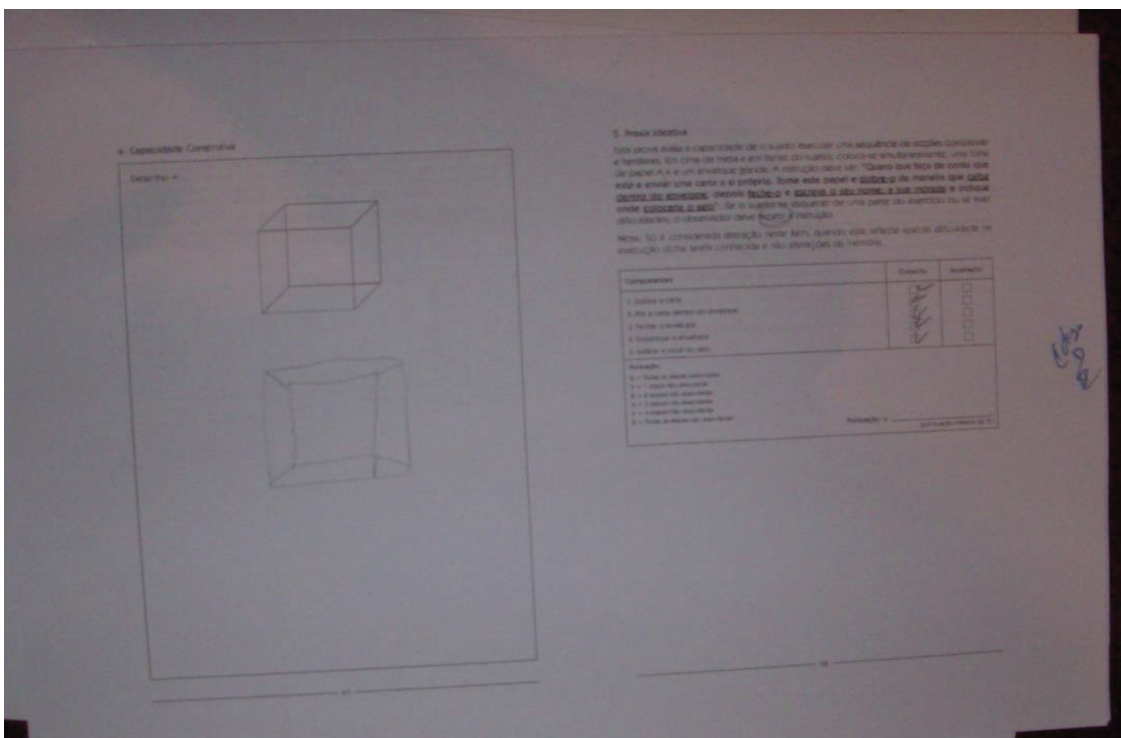
Anexo 47.c- Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso D (pós intervenção)



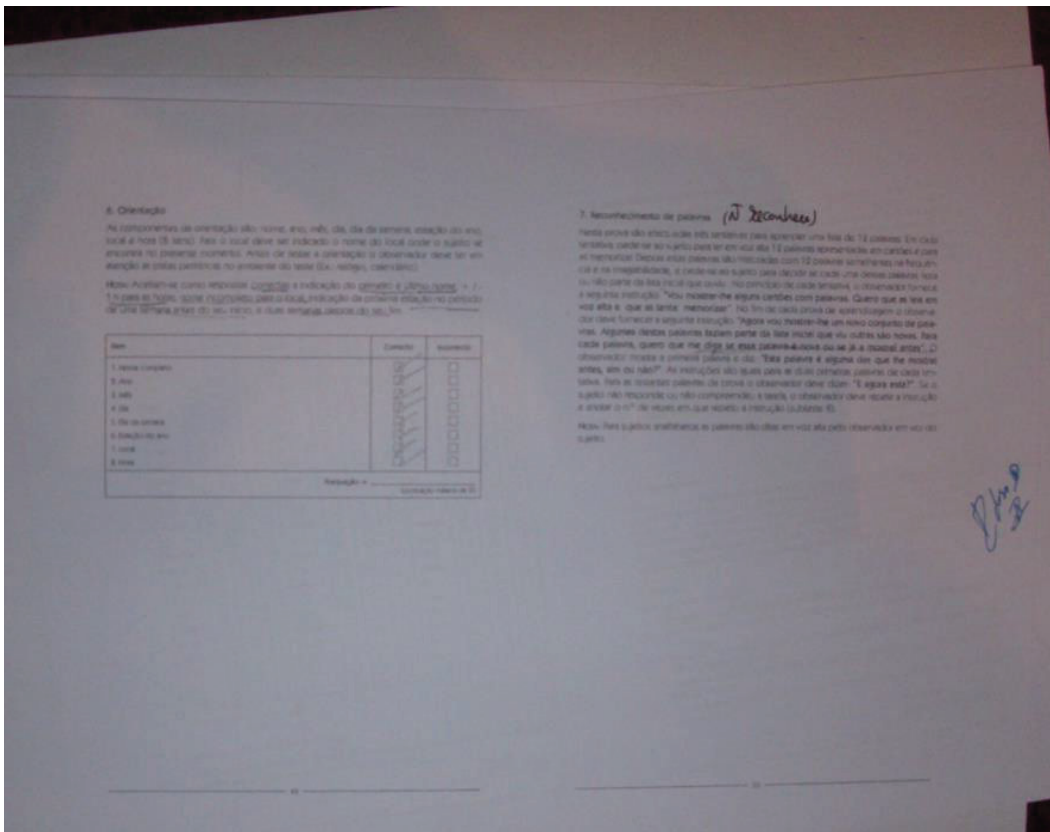
Anexo 47.d- Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso D (pós intervenção)



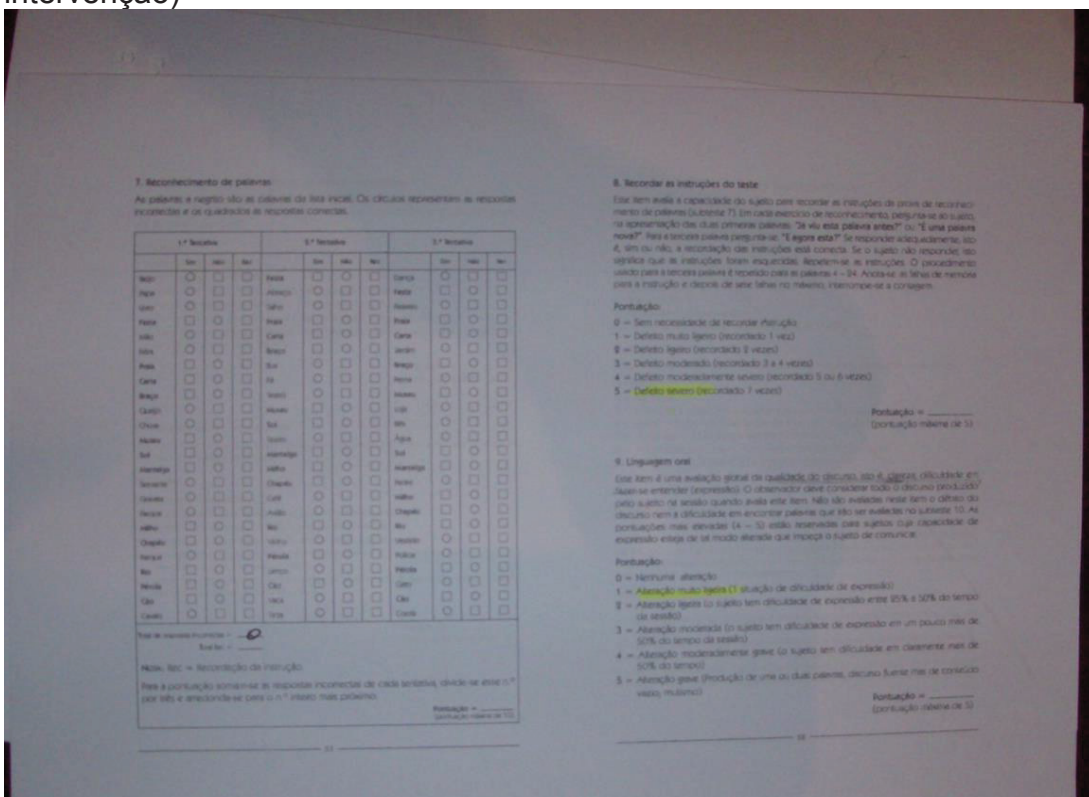
Anexo 47. e- Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso D (pós intervenção)



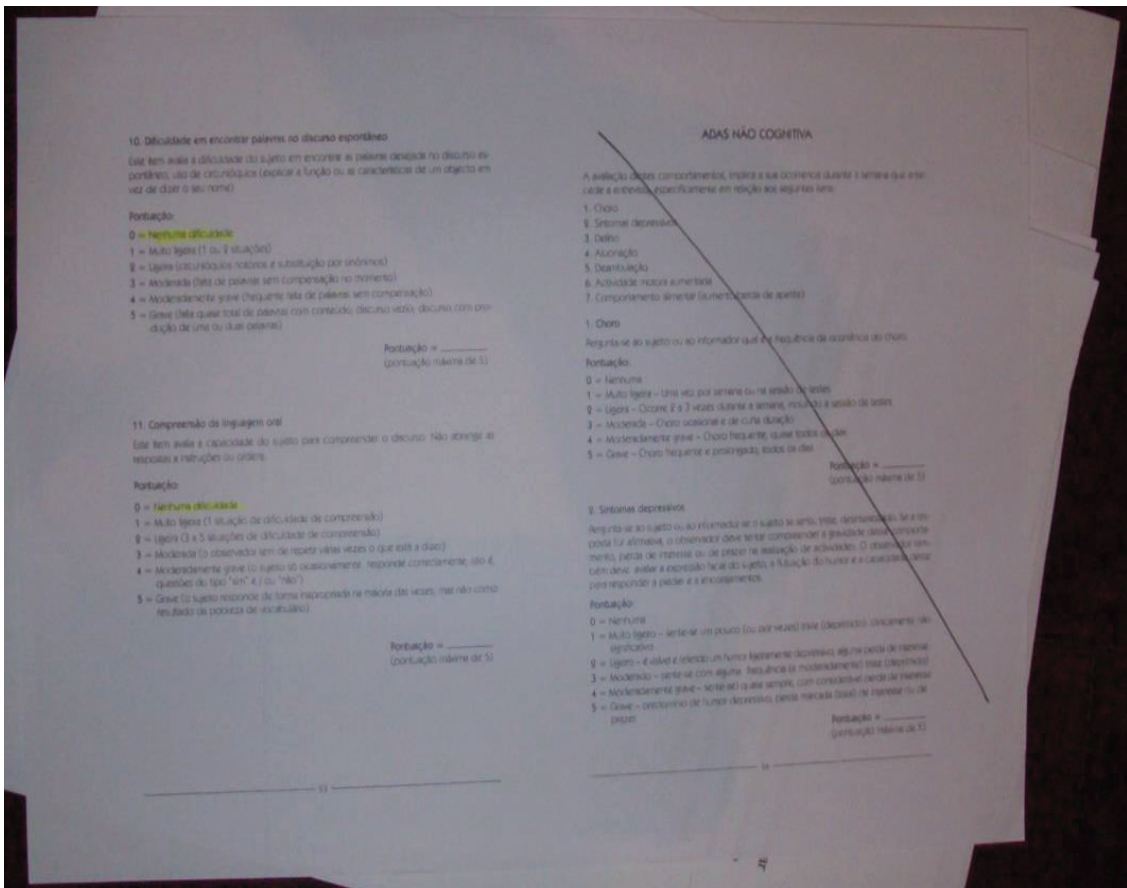
Anexo 47.f- Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso D (pós intervenção)



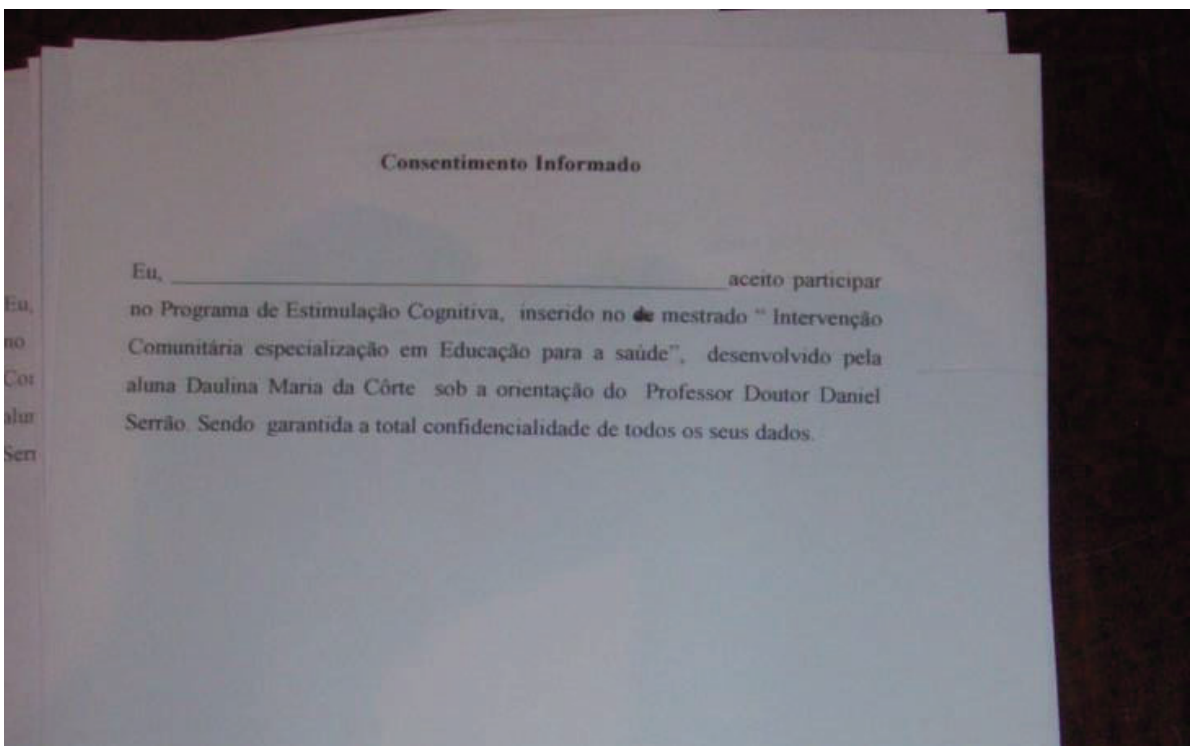
Anexo 47.g- Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso D (pós intervenção)



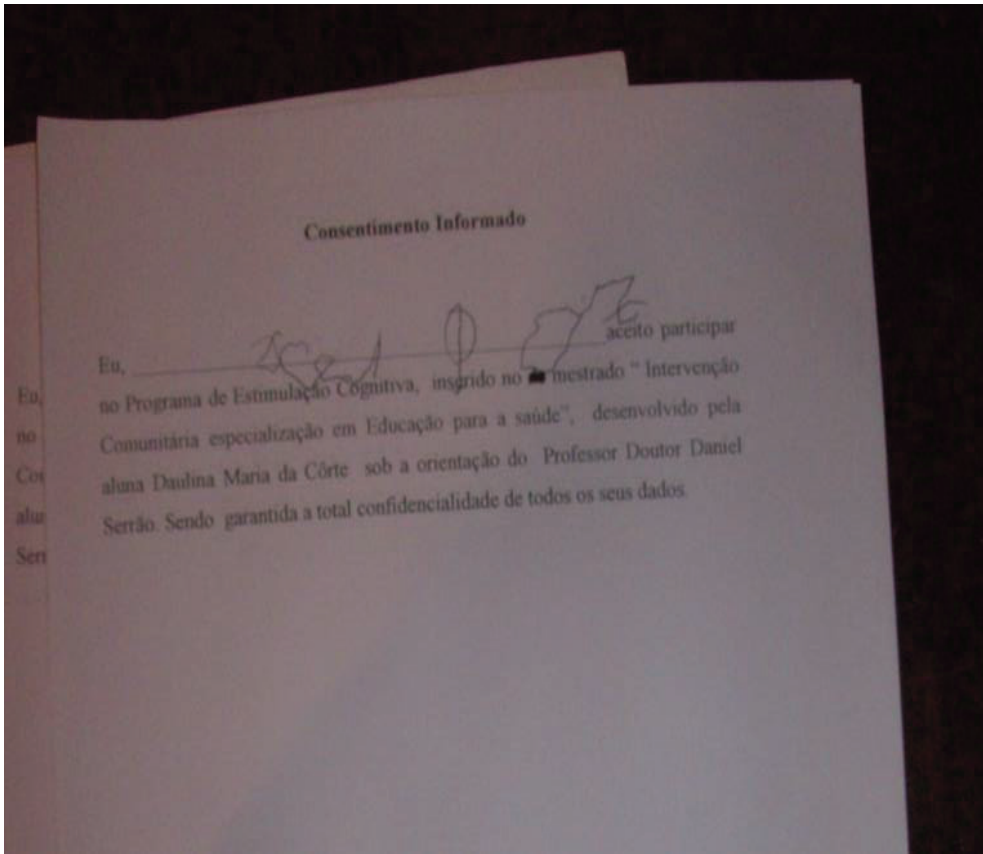
Anexo 47.h- Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Idoso D (pós intervenção)



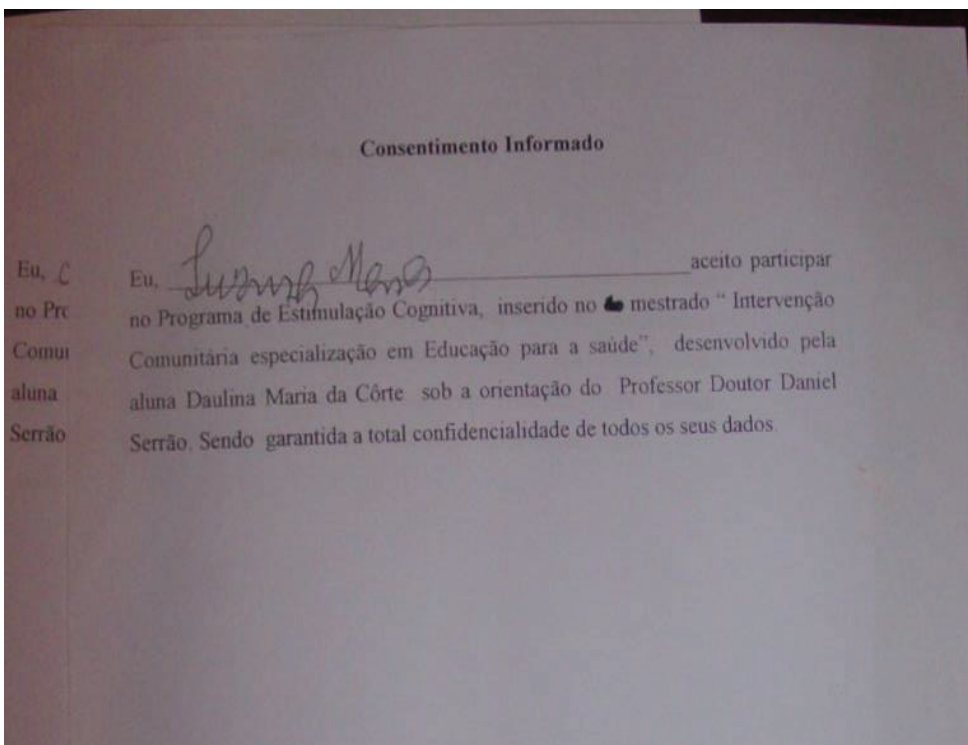
Anexo 47.i- Escala de Avaliaço da Doença de Alzheimer Idoso D (pós intervenço)



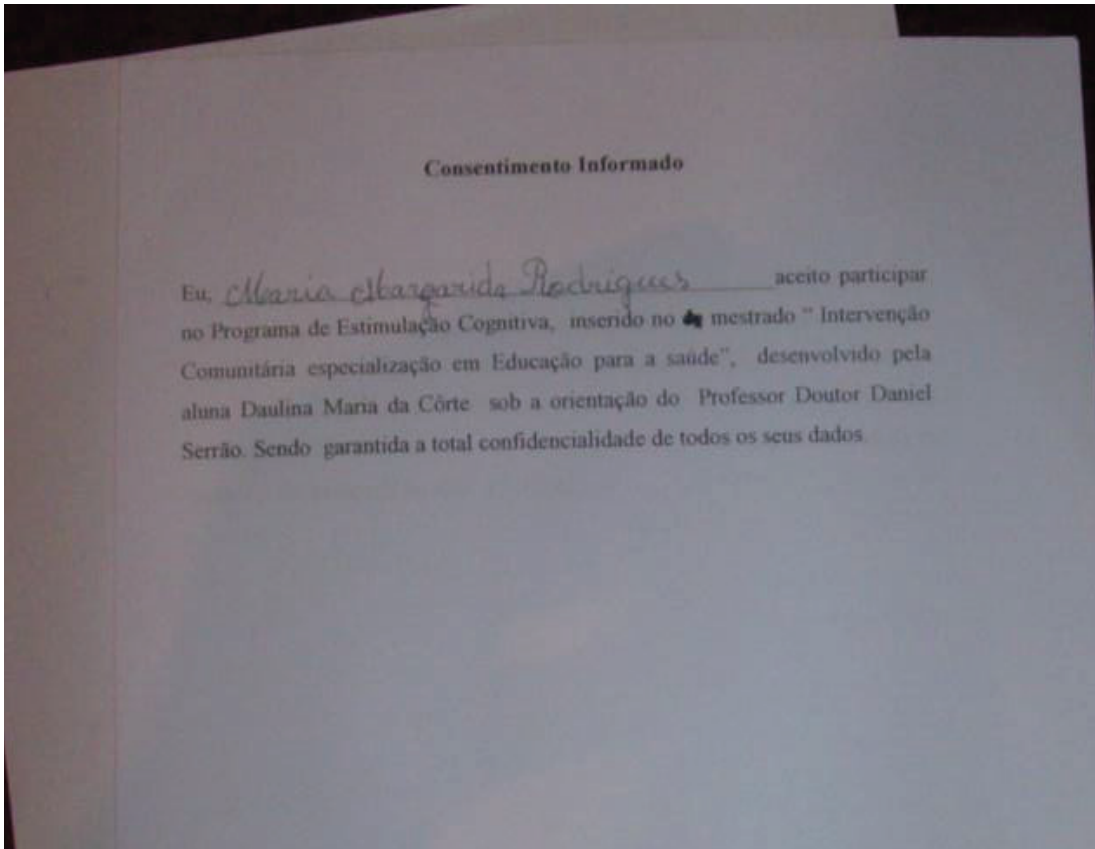
Anexo 48- Exemplo de consentimento informado ao idoso



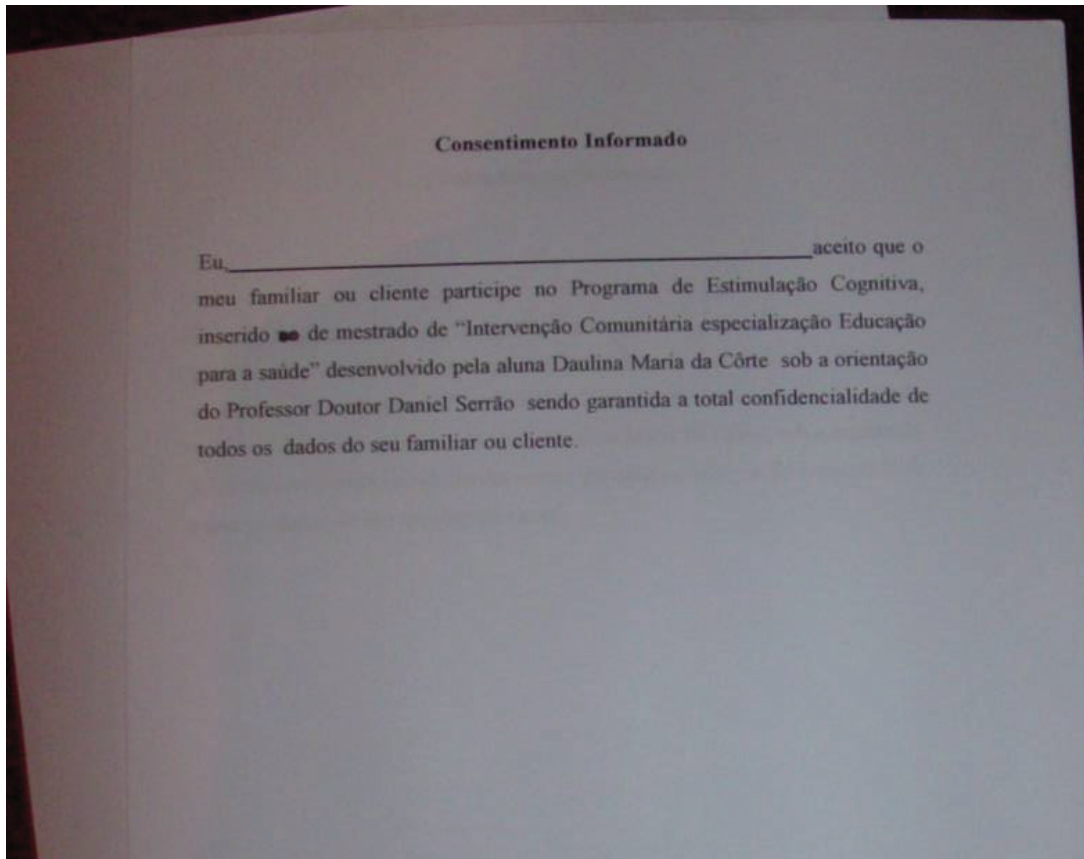
Anexo 49- Consentimento informado do idoso A



Anexo 50 - Consentimento informado do idoso B



Anexo 51 - Consentimento informado do idoso D



Anexo 52 - Exemplo de Consentimento informado ao familiar do idoso

Consentimento Informado

Eu, Margarida Natália Rodrigues Gomes aceito que o meu familiar ~~ou cliente~~ participe no Programa de Estimulação Cognitiva, inserido no ~~o~~ mestrado de "Intervenção Comunitária especialização Educação para a saúde" desenvolvido pela aluna Daulina Maria da Côrte sob a orientação do Professor Doutor Daniel Serrão sendo garantida a total confidencialidade de todos os dados do seu familiar ou cliente.

Anexo 53 - Consentimento informado ao familiar do idoso D



Centro Social e Paroquial de São Bento da Ribeira Brava

Consentimento Informado

Eu, Pe. José Bernardino de Abreu da Trindade, portador do Cartão de Cidadão nº. 06888133, Contribuinte Fiscal nº. 188932801, Presidente da Direção do Centro Social e Paroquial de São Bento, venho por este meio declarar que autorizo a realização do Programa de Estimulação Cognitiva, inserido no mestrado de "Intervenção Comunitária Especialização Educação para a Saúde", desenvolvido pela aluna Daulina Maria da Côrte, sob a orientação do Professor Doutor Daniel Serrão, sendo garantida a total confidencialidade de todos os dados.

O Presidente da Direção

José Bernardino de Abreu da Trndade

Anexo 54 - Consentimento informado ao Presidente do CSPSB

Entrevista semi-estruturada / Diálogo / Conversas informais

Neste caso concreto e como colaboradora do CSPSB foi mais fácil observar os comportamentos da população com quem queríamos desenvolver o PEC-ES, por exemplo, quando uma colaboradora pedia para um idoso ir ao seu quarto de dormir e o idoso simplesmente respondia "mas eu não sei onde é" ou quando um idoso queixa-se que se esquecia de tudo o que lhe diziam, ou outro idoso que perguntava diariamente "onde é a casa de banho, é que eu já lá fui, mas já não me lembro" entre outras afirmações por vezes carregadas de alguma ansiedade, tristeza ou nervosismo.

Por outro lado, e numa pequena conversa à qual demos o nome de entrevista semi-estruturada com os idosos, quisemos saber se os idosos estariam interessados em participar no projeto. Individualmente foi dito a estes idosos se queriam fazer um "trabalhinho, em que seria necessário, ver imagens, ouvir uns sons, tocar em algumas coisas para saber de que se trata". A palavra "trabalhinho" é mais conhecida pelos idosos do que atividade ou programa de estimulação. Assim, um a um, os idosos afirmaram que "Se é para a gente estar aqui sem fazer nada", uma outra idosa respondeu "vamos lá, então porque não?", um outro idoso respondeu "eu estou tão esquecido, será que me vai fazer bem?"

Também optou-se por reunir com a equipa multidisciplinar (neste caso uma assistente social e a assessora) para se saber o interesse dos mesmos neste programa, qual a disponibilidade e o momento mais correcto para as sessões para que o mesmo não interferisse com as demais atividades e com a rotina da instituição, e aproveitou-se para pedir autorização para a leitura dos processos de certos idosos. Depois de explicados os objetivos do projecto foi-nos dada autorização para tudo o que fosse necessário.

Anexo 45