

Joana Marisa dos Santos Pereira



O Impacto das atividades lúdicas e criativas na saúde psicológica e global nos idosos: Um Estudo Retrospectivo

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2020

O Impacto das atividades lúdicas e criativas na saúde psicológica e global nos idosos

Joana Marisa dos Santos Pereira



**O Impacto das atividades lúdicas e criativas na saúde psicológica e
global nos idosos: Um Estudo Retrospectivo**

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2020

“O Impacto das atividades lúdicas e criativas na saúde psicológica e global nos idosos: Um Estudo Retrospectivo”

Declaro por minha honra a originalidade deste trabalho realizado por minha autoria e apresentado à Universidade Fernando Pessoa.

Joana Marisa dos Santos Pereira

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde sob orientação da Professora Doutora Marta Matos.

RESUMO

O aumento da população idosa é uma realidade presente não só em Portugal, mas em todo o mundo, tornando-se, por isso, necessário proporcionar a esta faixa etária uma melhor qualidade de vida.

Investigações têm demonstrado um particular interesse pelo desenvolvimento de atividades lúdicas e criativas que proporcionem à pessoa idosa benefícios em termos cognitivos, emocionais e sociais. Assim, esta dissertação procurou compreender em que medida as atividades desenvolvidas pelos idosos da Santa Casa da Misericórdia, contribuem, por um lado, para preservar as suas funções intelectuais e cognitivas e, por outro, se constituem um fator de promoção da saúde em termos globais.

O processo de recolha dos dados foi realizado num Lar da Santa Casa de Misericórdia, através de consulta documental do processo dos utentes, onde se pretendeu recolher dados relativos à participação dos mesmos em atividades, bem como os resultados psicométricos de dois instrumentos: o *Mini Mental State Examination* (MMSE) e a Escala de Depressão Geriátrica (EGD). A amostra, por conveniência e não aleatória, é constituída por 29 idosos e estudo, retrospectivo e quantitativo, assenta numa análise temporal em três momentos: 2012, 2015 e 2017.

A amostra divide-se em dois grupos: os idosos que participam nas atividades lúdicas e criativas designado por “Grupo-Teste” ($n = 14$) e o grupo de idosos que não participa nas atividades lúdicas e criativas, designado por “Grupo-Controlo” ($n = 15$). O grupo-teste apresenta uma média de idades de 84,4 anos ($DP = 6,4$), sendo constituído por 28,6% indivíduos do sexo masculino e 71,4% do sexo feminino. O grupo-controlo apresenta uma média de idades de 84,0 anos ($DP = 8,7$) e foi constituído por 40,0% de indivíduos do sexo masculino e 60,0% do sexo feminino.

Os resultados indiciam uma melhoria significativa em termos da preservação e manutenção das funções cognitivas no grupo de idosos que participa nas atividades lúdicas e criativas. Contudo, em relação à sintomatologia depressiva, os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, isto é, não existe uma relação entre a participação em atividades e a presença ou ausência de sintomatologia depressiva, embora estes resultados possam estar enviesados pela reduzida constituição da amostra. Assim, sugere-se em estudos futuros, o recurso a uma amostra de maior dimensão, de forma a que esta seja mais representativa.

Palavras-chave: idoso, envelhecimento, cognição, depressão, atividades lúdicas e criativas.

ABSTRACT

The increase of the elderly population is a reality not only in Portugal, but also around the world, and it becomes necessary to provide to this age group a better quality of life.

Research have shown a particular interest for the development of playful and creative activities that provide to the elderly cognitive, emotional and social benefits. So, this dissertation tried to understand how the activities developed by the elderly of Santa Casa da Misericórdia contribute, on the one hand, to preserve their intellectual and cognitive functions and, on the other, represent a way to promote health in global terms.

The data collecting process was carried out in a Santa Casa de Misericórdia's nursing home, through documentary analysis of the users' process, where it was intended to collect data related to their participation in activities, as well as the psychometric results of two instruments: the *Mini Mental State Examination* (MMSE) and the *Geriatric Depression Scale* (GDS). The sample is by convenience and non-random and consists of 29 elderly, and the retrospective and quantitative study is based on a temporal analysis in three moments: 2012, 2015 and 2017.

The sample is divided in two groups: the elderly that participate in playful and creative activities, called "Test Group" (n = 14), and the group of elderly that don't participate in playful and creative activities, called "Control Group" (n = 15). The test group has a mean of ages of 84.4 years (SD = 6.4), and it is composed by 28.6% male individuals and 71.4% female individuals. The control group has a mean of ages of 84.0 years (SD = 8.7) and consists of 40.0% male individuals and 60.0% female individuals.

The results show a significant improvement in terms of the preservation and maintenance of cognitive functions in the elderly group that participates in playful and creative activities. However, regarding depressive symptoms, the results show that there are no statistically significant differences between the two groups, so there is no relationship between participation in activities and the presence or absence of depressive symptoms, although these results may be biased by the reduced sample. So, it is suggested for future studies, the use of a larger sample, in order to be more representative.

Keywords: elderly, aging, cognition, depression, playful and creative activities.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Fátima e António.

Ao meu namorado, Miguel.

Aos meus avós, Belmira e Abel.

Ao meu irmão, Ricardo.

AGRADECIMENTOS

“A vida é como uma viagem de comboio, em cada paragem entram e saem pessoas, sendo que quem entra e sai deixa um pouco de si e leva um pouco de nós.”

O presente trabalho é o culminar de cinco anos de estudo, numa área que considero ser fascinante e cada vez mais importante, que é a psicologia! Foram vários as pessoas que contribuíram para que tudo isto fosse possível, sem todos vocês não conseguia chegar aqui!

Em primeiro lugar, a toda à minha família, mas em particular aos meus pais, por me aturarem nas alturas mais difíceis, por me fazerem ver que, para conseguirmos alguma coisa na vida não podemos baixar os braços. Obrigada pelas conversas, obrigada pelos abraços, obrigada por me terem dado a oportunidade de ingressar no ensino superior!

À minha orientadora Professora Doutora Marta Matos, pela sensibilidade que lhe é característica, pelo apoio, pela disponibilidade e partilha do conhecimento e orientação prestados!

Ao Mestre Diogo Guedes Vidal, que com toda a certeza, sem a sua ajuda nada disto seria possível. Obrigada por seres a pessoa que és, prestável e sempre pronto a ajudar. Obrigada por todo o apoio estatístico!

A ti, Miguel! Que nenhuma palavras, são suficientes para descrever a importância que tens na minha vida. Obrigada por nunca me teres deixado desistir quando, tudo o que queria era fazê-lo. Obrigada por todas as vezes que me ouviste em silêncio, obrigada por todos os abraços, obrigada por me ajudares a querer ser uma pessoa cada vez melhor!

Ao meu irmão, que me ensinou desde pequena que nunca devemos desistir dos nossos sonhos. Obrigada por todos os nossos almoços e conversas. Obrigada por seres o irmão que és para mim!

A duas pessoas muito importantes para mim, António e Luísa, que tornaram estes cinco anos mais leves. Obrigada por todas as partilhas, por todas as histórias, por todos os sorrisos. Senhor António obrigada por todas as nossas conversas e debates. Estou grata por fazerem parte da minha vida!

À Raquel, que foi a melhor pessoa que o curso de psicologia me deu. Obrigada por me teres acompanhado nesta caminhada. Obrigada pela tua amizade!

À minha Sara, que é das melhores pessoas que conheço e que tenho na minha vida. Obrigada por tudo aquilo que és para mim. Sabes bem o lugar que ocupas no meu coração!

À Patrícia, que neste último ano tornou-se numa pessoa muito importante para mim. Obrigada por me ouvires durante horas, pelo teu apoio incondicional e por acreditares sempre em mim amiga!

Por fim, e não menos importante, à Santa Casa da Misericórdia que me acolheu, em particular à Doutora Ana Vieira, por toda a partilha, apoio e ajuda durante os 6 meses de estágio curricular. Obrigada por acreditar nas minhas capacidades!

MUITO OBRIGADO!

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
1. Envelhecimento Humano	5
1.1. Conceito de Envelhecimento.....	5
1.2. O envelhecimento fisiológico e cognitivo.....	8
1.3. O aumento da população idosa em Portugal	12
2. A solidão e a Depressão na senescência	14
2.1 A solidão	14
2.2. A Depressão	16
3. Envelhecer de forma saudável	20
3.1. Envelhecimento Ativo.....	20
3.2. Benefícios da atividade física.....	22
3.3. Atividades Lúdicas e Criativas.....	26
CAPÍTULO II - ESTUDO EMPÍRICO	31
1. Metodologia	32
1.1. Objetivo Geral.....	33
1.2. Objetivos Específicos.....	33
2. Método	33
2.1 Amostra.....	33
2.1.1. Atividades desenvolvidas pelos participantes no estudo	35
2.2. Instrumentos Metodológicos de recolha de dados	36
2.2.1. Mini Mental State Examination	36
2.2.2. Escala de Depressão Geriátrica.....	37
2.3. Procedimentos da recolha dos dados.....	38
2.4. Procedimentos Estatísticos.....	39
3. Apresentação dos Resultados	40
3.1. Comparação intergrupala para os dois instrumentos	40

3.2. Comparação intragrupos para os dois instrumentos	42
3.3. Associação entre os dois grupos e o MMSE para os três momentos de avaliação em estudo.....	44
3.4. Correlação de <i>Spearman</i> entre os valores do MMSE e os valores da EDG para os três momentos de avaliação em estudo.	47
4. Análise e Discussão dos Resultados	48
5. Conclusão e Reflexões Finais	54
Referências Bibliográficas	57
ANEXOS	63
Anexo A	64

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – População residente com 65 ou mais anos em Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções). Retirado de: www.ine.pt (2017).	13
Figura 2 -Determinantes do Envelhecimento Ativo	21

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Aspectos Fisiológicos do Envelhecimento	9
Tabela 2 - Sintomas de Depressão no Idoso	17
Tabela 3 - Fatores Predisponentes para o aparecimento de sintomas depressivos	18
Tabela 4 - Vantagens da Atividade Física Regular	25
Tabela 5 - Caracterização das Variáveis Sociodemográficas da Amostra.....	35
Tabela 6 - Comparação intergrupos dos scores MMSE para os três momentos de avaliação (Teste Mann-Whitney).	41
Tabela 7 - Comparação intergrupos das medianas (Percentil25-Percentil75) dos scores da EDG para os três momentos de avaliação (Teste Mann - Whitney).....	41
Tabela 8 - Comparação intragrupos dos scores MMSE para os três momentos de avaliação (Teste Wilcoxon).....	43
Tabela 9 - Comparação intragrupos das medianas (Percentil25-Percentil75) dos scores da EDG para os três momentos de avaliação (Teste Wilcoxon).	44
Tabela 10 - Associação da distribuição dos participantes pelos dois grupos com os resultados do MMSE (Teste Qui-Quadrado).....	45
Tabela 11 - Associação da distribuição dos participantes pelos dois grupos com os resultados da EDG (Teste Qui-Quadrado).....	46
Tabela 12 - Correlações de Spearman entre os scores do MMSE e a EDG para três anos em estudo	47

LISTA DE ABREVIATURAS

AVD'S – Atividades de vida diária

OMS – Organização Mundial de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

MMSE – Mini Mental State Examination

EDG – Escala de Depressão Geriátrica

SPSS – Statistical Package for Social Scienses

DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

INTRODUÇÃO

Atualmente, Portugal entre muitos outros países da União Europeia tem apresentado um aumento considerável do número de idosos, sendo o envelhecimento da população uma das principais preocupações das sociedades modernas (INE, 2017).

A implementação de medidas de intervenção a este nível são fundamentais para proporcionar a esta faixa etária uma melhor qualidade de vida e bem-estar. Assim, o envelhecimento deve ser compreendido como um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível, que acompanha o ser humano desde o nascimento até à morte (Santos, Andrade & Bueno, 2009). O processo de envelhecimento é heterogéneo, varia de pessoa para pessoa e está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais (Siqueira, 2010).

Observa-se, no entanto, que o envelhecimento orgânico tem um impacto a nível cognitivo e comportamental, provocando por vezes, fragilidade nas capacidades de linguagem, de comunicação, interação social e de memorização, levando em alguns casos à diminuição da auto-estima, da apatia e desmotivação, podendo resultar em situações depressivas. Assim, verifica-se uma relação de causalidade, em que o declínio cognitivo leva à depressão e vice-versa. Contudo, a forma como cada idoso encara as suas limitações cognitivas e emocionais, depende de outros fatores como as experiências de vida, as oportunidades socioculturais e os seus relacionamentos interpessoais (Lima, Silva & Galhardoni, 2010).

Nas últimas décadas, tem surgido um particular interesse em proporcionar ao idoso um melhor funcionamento cognitivo e emocional, logo uma melhor qualidade de vida. Assim, a literatura tem vindo a demonstrar a importância da realização de atividades lúdicas e criativas na prevenção e manutenção das capacidades cognitivas e emocionais, como forma de manter a autonomia e a funcionalidade da pessoa idosa.

Investigações realizadas neste âmbito, demonstram que a prática de atividades lúdicas, cognitivas, criativas e socioculturais garantem a manutenção de hábitos funcionais a nível psicológico, físico e social, e funcionam como um fator protetor contra a deterioração cognitiva, assim como a diminuição de sintomatologia depressiva, funcionando também como um fator positivo quanto à solidão e isolamento (Fernández Bellesteros, 2009).

Assim, o tema da presente dissertação resulta da realização de um estágio curricular e de um particular interesse em compreender de que forma é que as atividades lúdicas e criativas desenvolvidas pelas instituições, desempenham um papel positivo em termos cognitivos e emocionais na população idosa, em concreto num Lar da Santa Casa da Misericórdia.

É um tema que consideramos pertinente, não só pelo seu interesse na promoção e prevenção do funcionamento cognitivo e emocional, como por ser pouco estudado. Nomeadamente para a população sénior em Portugal abrangida pelos lares, centros de dia e outros serviços articulados com o SNS. Pensamos que será uma mais valia contribuir para a avaliação e conhecimento dos fatores de impacto para a saúde ao longo do envelhecimento, associados às atividades lúdicas e criativas praticadas pela pessoa sénior de modo diário e continuado.

Assim sendo, o presente trabalho de investigação resulta de uma análise documental, constituindo os dados recolhidos, o objeto de um estudo retrospectivo para um período de cinco anos (2012, 2015 e 2017) e que tem uma metodologia quantitativa.

Quanto aos objetivos da dissertação, foi delineado como objetivo geral compreender em que medida a realização de atividades lúdicas e criativas pela pessoa sénior em contexto de lar, contribui para conservar as suas funções cognitivas e emocionais. De forma mais específica, procurou-se i) comparar a existência de diferenças em termos cognitivos entre o grupo de teste e o grupo de controlo, a partir da realização de atividades lúdicas e criativas; e ii) comparar a existência de diferenças em termos emocionais entre o grupo de teste e o grupo de controlo, a partir da realização de atividades lúdicas e criativas.

No que diz respeito à estrutura da presente dissertação, esta apresenta-se organizada em dois capítulos principais:

O primeiro capítulo (Cap. I) destina-se ao enquadramento teórico, e está dividido em três pontos centrais. Um primeiro ponto que aborda os principais aspetos da definição de envelhecimento, bem como alguns aspetos relacionados com o envelhecimento fisiológico e cognitivo, assim como o aumento da população idosa em Portugal. Um segundo ponto, constam alguns aspetos relacionados com o funcionamento emocional na senescência, em particular a depressão e a solidão. Um terceiro ponto, contempla a importância de envelhecer de forma saudável, fazendo referência ao conceito de

envelhecimento ativo, bem como os benefícios da prática da atividade física pelas pessoas idosas e da importância da realização de atividades lúdicas e criativas.

O segundo capítulo (Cap. II), destina-se ao estudo empírico, em que são descritos os principais objetivos do estudo, quais os instrumentos consultados para a recolha dos dados, assim como todos os procedimentos inerentes à realização da presente investigação através da análise de vinte e nove processos, tendo sido estes divididos em dois grupos, o grupo de idosos que participa nas atividades designado por “grupo-teste” e o grupo de idosos que não participa nas atividades designado por “grupo-controlo”.

Na parte final do estudo são apresentados os resultados obtidos do estudo, bem como a análise e discussão dos mesmos.

Por último, é apresentada a conclusão, em que consta as principais conclusões do estudo, bem como as principais limitações da presente investigação.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

“Envelhecer não é ser velho, é ir sendo mais velho dentro de um processo complexo de desenvolvimento entre o nascimento e a morte”.

Sandra Cardão

1. Envelhecimento Humano

1.1. Conceito de Envelhecimento

O envelhecimento é um fenómeno intrínseco ao desenvolvimento do ser humano, contudo ainda é muito comum a sociedade encarar a velhice como algo negativo, pois associam esta, a patologias, incapacidades e senilidade. Felizmente, são vários os estudos que têm vindo a ser desenvolvidos neste âmbito, o que desencadeia cada vez mais a alteração destes estereótipos.

Na atualidade, a definição de envelhecimento está frequentemente associada a uma fase específica do ciclo de vida, a idade da reforma (65 anos) e é vista pela sociedade como o início da velhice (Squire, 2002).

O envelhecimento deve ser compreendido como um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível que acompanha o ser humano desde o seu nascimento até à sua morte (Santos, Andrade & Bueno, 2009). É um fenómeno pessoal, que varia de indivíduo para indivíduo e que está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo do ciclo vital (Siqueira, 2010).

A mesma ideia encontra-se na perspetiva de Imaginário (2004), que define o envelhecimento como um processo que se desenvolve de forma gradual e multifatorial, e que é determinado pelo declínio biológico e pelas funções adaptativas, tornando-se assim, cada vez mais evidente com o avançar da idade.

Outra definição para o envelhecimento é que este é definido segundo Yates (*cit. in* Fonseca, 2006) pela deterioração da integridade funcional de um órgão ou tecido, pela falha inespecífica das componentes biológicas ou pelo aumento da idade, aumentando assim, a probabilidade do aparecimento de patologias.

No entanto, Cardão (2009) tem uma visão diferente no que toca à definição de envelhecimento, referindo que o envelhecimento não deve ser visto apenas como um processo rodeado de perdas, mas sim como uma interação contínua entre as componentes biológicas, psicológicas e sociais, provocando alterações à medida que a idade cronológica aumenta.

Assim, e do ponto de vista psicossocial, as pessoas não envelhecem todas da mesma forma e as modificações provocadas pelo envelhecimento desenvolvem-se a ritmos diferentes de pessoa para pessoa e dependem de fatores internos e externos (Agostinho, 2004). O que significa que apesar do envelhecimento ser um processo comum a todas as pessoas, apresenta características próprias que variam de pessoa para pessoa.

Também para Sayer e Barker (2002), a forma como se envelhece está relacionada com a forma como cada pessoa se desenvolve ao longo da vida, ou seja, as condições ambientais, bem como a plasticidade cerebral influenciam o próprio envelhecimento.

Assim, o processo de envelhecimento, segundo Schroots e Birren, (1980 *cit. in* Fonseca, 2006), é composto por três componentes:

1 – Componente Biológica: traduz-se num conjunto de alterações orgânicas, morfológicas e funcionais. Estas resultam da perda progressiva da capacidade de funcionamento dos órgãos e dos sistemas e na conseqüente alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo. Aumentando assim, a probabilidade de desenvolver mais facilmente patologias, levando a que a pessoa se torne mais dependente e incapaz de desempenhar as suas funções profissionais e de lazer.

2 – Componente Social: está relacionada com os papéis sociais e com as expectativas da sociedade em relação a esta faixa etária (Fonseca, 2006).

Também Fontaine (2000), refere que a componente social está relacionada com a transição de estatuto, nomeadamente quando o individuo passa do grupo dos trabalhadores e ativos à dos reformados e inativos. No entanto, a forma como cada pessoa vivencia essa transição é variável, uma vez que para algumas pessoas é como se tratasse de uma morte social, levando a sentimentos de inutilidade.

3 – Componente Psicológica: é definida como a capacidade de autorregulação da pessoa idosa face ao processo de senescência. Nesta dimensão, podem verificar-se perdas de memória ou maior dificuldade de raciocínio.

Na mesma linha de pensamento Fonseca (2010), refere que a componente psicológica tem um impacto significativo em termos emocionais, uma vez que, por vezes impedem que o adulto idoso encare as mudanças biológicas e sociais de modo positivo. Esta dificuldade, pode desencadear sentimentos de impotência, frustração e de solidão, contribuindo assim, para o afastamento da pessoa idosa da sociedade.

Logo, é possível inferir que as três componentes que fazem parte do processo de envelhecimento relacionam-se entre si, influenciando-se mutuamente.

Assim Fonseca (2006), divide o envelhecimento em “envelhecimento patológico” e “envelhecimento normal” referindo-se nomeadamente à presença e ausência de patologias.

Na mesma óptica, e com o objetivo de clarificar estas duas dimensões, Birren e Schroots, (1996 *cit. in* Fonseca, 2006), criaram três padrões de envelhecimento:

1 – Envelhecimento Primário:

“refere-se às mudanças intrínsecas ao processo de envelhecimento que são de todo irreversíveis, o que corresponde, no fundo, ao conceito e à imagem que tradicionalmente fazemos do envelhecimento, isto é, algo que sucede naturalmente com a passagem da idade” (2006, pág. 73);

2 – Envelhecimento Secundário:

“refere-se às alterações causadas pela doença que estão correlacionadas com a idade, contudo podem ser reversíveis ou prevenidas, encarando-se aqui a doença e o envelhecimento como polos de uma linha contínua e não necessariamente como processos coincidentes” (2006, pág.73);

3 – Envelhecimento Terciário:

“refere-se às mudanças que ocorrem de forma precipitada na velhice, o que sugere a possibilidade de existência de um envelhecimento rápido, ocorrendo num dado momento da velhice e que precede imediatamente a morte” (2006, pág. 74).

Por último, Baltes e Smith (2003 *cit. in* Fonseca, 2006), fazem a distinção entre a “3ª idade” e a “4ª idade”, sendo que a 3ª idade está relacionada com:

“aumento da expectativa de vida, elevado potencial latente de manutenção de boa forma (física, mental); cortes sucessivos com ganhos ao nível da forma física e mental; existência de substanciais reservas cognitivo-emocionais; mais pessoas que envelhecem com sucesso e níveis elevados de bem-estar pessoal e emocional” (2006, pág. 78).

Por outro lado, a 4ª idade, está associada a:

“perdas consideráveis no potencial cognitivo e na capacidade de aprendizagem, aumento de sintomas de stress crónico; considerável prevalência de demências e elevados níveis de fragilidade, disfuncionalidade e multimorbilidade” (2006, pág. 79).

De seguida, são exploradas as alterações que se sucedem em termos fisiológicos e cognitivos resultantes do processo de envelhecimento.

1.2. O envelhecimento fisiológico e cognitivo

O envelhecimento não é sinónimo de doença, no entanto com a entrada na 3ª idade (65 anos), as alterações vão se tornando cada vez mais evidentes. Estas podem resultar na presença de múltiplas patologias, perdas e incapacidades, com consequente deterioração da saúde em termos do aspeto físico e mental das pessoas idosas. (Resende *et al.*, 2011).

Do ponto de vista físico, cada órgão vai sofrendo alterações ao longo da vida, sofrendo mudanças em termos de funcionamento e de capacidade de autorregular-se, tornando-se desta forma, menos eficaz (Cancela, 2007). Deste modo, e de acordo com, Chagas e Rocha (2012), o envelhecimento fisiológico traduz um conjunto de modificações nas funções orgânicas que resultam dos efeitos da idade, fazendo com que este perca a capacidade de manter o equilíbrio homeostático, fazendo com que as funções fisiológicas declinem de forma gradual.

Tal como apresentado na tabela 1, são descritas as principais alterações que ocorrem ao longo do envelhecimento nos diferentes órgãos (Chagas & Rocha, 2012).

Tabela 1 - Aspetos Fisiológicos do Envelhecimento

Aspetos Fisiológicos do Envelhecimento	
Órgãos	Modificações
Pele	Com o envelhecimento a pele sofre alterações e a elasticidade tornando-se porosa.
Sistema Ósseo	A perda de massa óssea é mais significativa nos homens do que nas mulheres, contudo aumenta significativamente com a entrada na menopausa.
Sistema Articular	Com o envelhecimento, o núcleo pulposo perde água e proteoglicanos e as fibras colágenas aumentam em grande número e espessura. Contrariamente no anel fibroso, as fibras colágenas ficam mais delgadas e desta forma, a espessura do disco diminui, acentuando as curvas da coluna.
Sistema Muscular	Há perda de massa muscular com diminuição do peso, da área de secção transversal e do número de células. No entanto, a perda das células musculares com a idade depende do grau de atividade física que o indivíduo exerce, o estado nutricional e o aspeto hereditário.
Sistema Nervoso	O sistema nervoso, é o que sofre mais alterações com o envelhecimento. As alterações mais importantes ocorrem no cérebro, sendo que este diminui de peso e tamanho, com uma redução de 5% aos 70 anos e cerca de 20% aos 90 anos de idade. As regiões cerebrais que estão relacionadas com as funções cognitivas apresentam menor ativação com o envelhecimento, logo menor desempenho nos vários domínios cognitivos.

Adaptado de Chagas e Rocha, (2012).

Existem inúmeras alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento, porém o processo de envelhecimento é contínuo e acontece ao longo da vida. Não ocorre ao mesmo tempo nem de igual modo para todos.

Em relação ao envelhecimento das funções cognitivas, sabe-se que existem domínios que vão diminuindo de forma gradual durante a vida, outras que se mantêm até mais tarde e por fim, existem algumas que melhoram com o passar dos anos. As atividades de vida diária (AVD'S), como conduzir e tomar decisões, podem ser afetadas pelo envelhecimento da função cognitiva. Por outro lado, a experiência, a competência e a sabedoria, podem ajudar a compensar o declínio cognitivo (Baltes *et al.*, 1999).

Do mesmo modo, e segundo Imaginário *et al.*, (2017), a realização de atividades quer intelectuais, quer instrumentais promovem a manutenção das capacidades cognitivas, daí ser fundamental que a pessoa idosa mantenha um estilo de vida ativo.

Por outro lado, outros autores apontam que o sedentarismo pode contribuir de forma significativa para algum tipo de déficit em termos cognitivos. Inúmeros estudos têm vindo a demonstrar que pacientes institucionalizados, normalmente estão mais sujeitos a uma ausência contínua de estímulos cognitivos e físicos, desencadeando assim, uma aceleração do envelhecimento e um prejuízo ao nível da auto-estima da pessoa idosa (Nordon *et al.*, 2009).

Numa outra investigação, desta vez realizada por Erickson e Kramer (2009), foi possível verificar que com o avançar da idade, existe uma deterioração da substância branca e cinzenta do córtex frontal, temporal e parietal, que é acompanhada pelo declínio da função cognitiva. Os maiores défices são nas funções do controlo executivo, isto é, na coordenação de tarefas, no planeamento e na memória de trabalho.

Também, a velocidade de processamento da informação, é uma das componentes afetadas pelo envelhecimento, uma vez que existe uma diminuição da capacidade de resposta, mais em termos de velocidade do que propriamente em termos de conteúdo, o que significa que os idosos continuam capazes, demoram é mais tempo a resolver as tarefas. Desta forma, ocorre um decréscimo da eficiência da velocidade de processamento de informação do Sistema Nervoso Central, que se reflete num abrandamento cognitivo (Fonseca, 2006).

A atenção é também uma das áreas cognitivas que podem sofrer alterações com o processo de envelhecimento, sendo que a atenção é a capacidade de processarmos a informação. A realização de tarefas que requerem o máximo de capacidade por longos períodos pode ser cansativo, principalmente para as pessoas idosas. A atenção encontra-se assim, repartida em três tipos, a atenção dividida, atenção seletiva e atenção sustentada (Carriere *et al.*, 2010).

A atenção seletiva, que está relacionada com a capacidade de filtrar determinadas informações perante a presença de outras informações. Investigações revelam que os idosos têm dificuldade em discriminar os estímulos relevantes na presença de distrações. Também a atenção dividida, que está relacionada para dividir o foco entre várias tarefas, é uma área afetada, visto que nesta faixa etária existe uma maior dificuldade em realizar mais do que uma tarefa em simultâneo. Por fim, e em relação à atenção sustentada, que pode ser definida como a capacidade de manter a concentração por um período de tempo, a literatura sugere que a atenção sustentada normalmente não apresenta alterações relacionadas com a idade (Carriere *et al.*, 2010).

A memória, é uma das áreas cognitivas que sofre alterações com o envelhecimento. Desempenha um papel determinante no quotidiano de todas as pessoas, visto que, é necessário em inúmeras atividades do dia-a-dia. Assim sendo, a literatura tem demonstrado que não existe qualquer dúvida entre o declínio da memória e o envelhecimento, principalmente em tarefas que implicam o armazenamento e a manutenção (Nunes, 2009).

Para Fonseca (2006), a diminuição das capacidades cognitivas, não está apenas relacionada com a idade cronológica. O comportamento, a saúde, a educação e a posição social que as pessoas ocupam, também exercem alguma influência nas várias áreas cognitivas. Assim, para estes autores a maior ou menor velocidade de processamento cognitivo das informações, ou a maior ou menor facilidade de resolução de tarefas, estão relacionados com os estilos de vida, com o estatuto social e com a saúde de cada indivíduo.

Várias investigações têm demonstrado que o envelhecimento está associado, na maior parte das vezes, a um declínio cognitivo sendo que entre as capacidades mais afetadas, estão a atenção, a concentração, memória e o raciocínio. Atividades de lazer e

de estimulação cognitiva permitem retardar e melhorar as várias funções cognitivas, logo uma menor incidência nas demências (Fonseca, 2006).

Em suma, o envelhecimento é um processo complexo, quer em termos fisiológicos, quer em termos cognitivos. No entanto, note-se que, apesar de ser um processo comum a todos os seres vivos, a forma como cada uma experiênciava e vive a velhice varia de pessoa para pessoa, o importante é encarar todas estas alterações como algo natural e que faz parte do ciclo vital.

De seguida, será explorado o aumento demográfico da população idosa em Portugal.

1.3. O aumento da população idosa em Portugal

Atualmente, Portugal à semelhança de outros países da União Europeia tem apresentado um aumento significativo do número de idosos. O envelhecimento demográfico caracteriza-se por um aumento dos grupos etários com mais idade e uma diminuição dos grupos etários mais jovens, o que significa que não resulta apenas do elevado número de pessoas idosas (Lopes & Lemos, 2012).

De acordo com os dados mais recentes do Instituto Nacional de Estatística, estima-se que entre o ano 2015 e o ano 2080 o número de pessoas idosas pode aumentar de 2,1 para 2,8 milhões, sendo que em 2080 pode atingir valores mais elevados como 3,3 milhões, e como valor mais baixo 2,5 milhões, como é possível verificar na figura 1. O aumento da população idosa está relacionado com o aumento da esperança média de vida (INE, 2017).

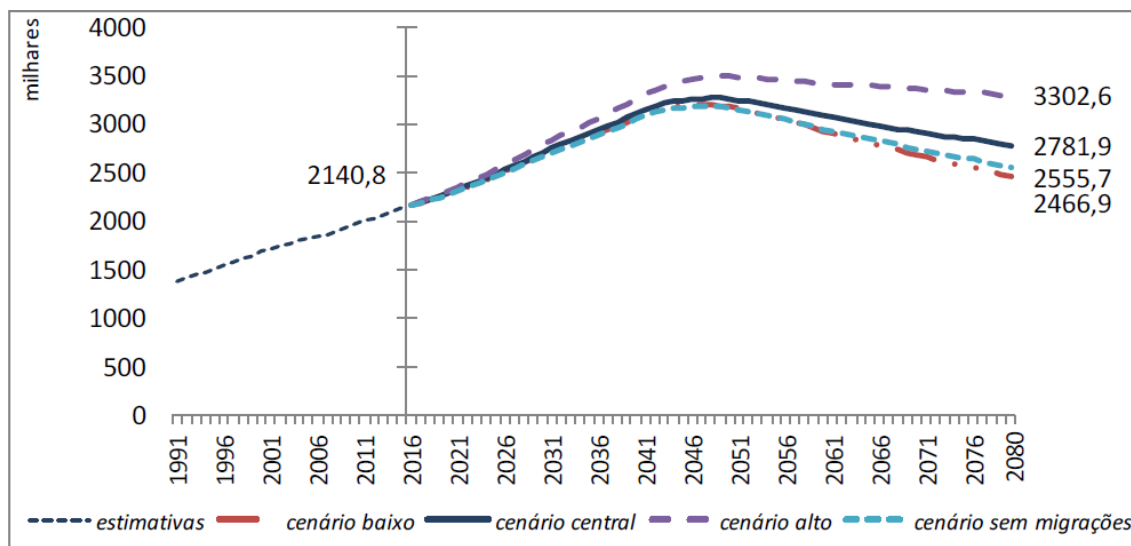


Figura 1 – População residente com 65 ou mais anos em Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções). Retirado de: www.ine.pt (2017).

Estima-se também, que o índice de envelhecimento possa aumentar passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens, entre os anos 2015 e 2080 (INE, 2017).

De facto, e segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas idosas acima dos 60 anos de idade (OMS, 2001 *cit. in* Sousa, Galante e Figueiredo, 2003), isto permite-nos concluir que o envelhecimento demográfico é um fenómeno mundial, característico de vários países.

Tendo em conta, a tendência apresentada, atualmente Portugal, enfrenta uma realidade que tem cada vez mais um impacto significativo em termos sociais, e deste modo, é urgente desenvolver meios que permitam atender às dificuldades desta faixa etária que está em constante crescimento. Portanto, é fundamental promover um envelhecimento saudável, com o aumento da qualidade de vida e do bem-estar (INE, 2017).

Assim, é imprescindível sensibilizar e responsabilizar a sociedade em geral, familiares, profissionais de saúde e estruturas institucionais para a importância de um envelhecimento bem-sucedido, com a manutenção de hábitos funcionais ao nível psicológico, social e físico. Logo, o desenvolvimento de investigações nesta área torna-se cada vez mais indispensável para corresponder às necessidades da população idosa, assim como para desenvolver ações de intervenção na área da saúde.

De seguida serão abordados os aspetos relacionados com o funcionamento emocional e de que forma é que estes afetam esta faixa etária.

2. A solidão e a Depressão na senescência

2.1 A solidão

Com o aumento da população não só em Portugal, mas em todo mundo, torna-se cada vez mais importante adotar medidas que permitam proporcionar ao idoso um envelhecimento bem-sucedido. No entanto, existem inúmeros idosos que vivenciam a velhice de forma negativa, experienciando sentimentos de solidão, o que pode desencadear um conjunto sintomas depressivos, levando a um sofrimento emocional ainda maior (Cardão, 2009).

A solidão é considerada um fenómeno complexo de significado amplo e subjetivo, sendo que não há uma definição que seja totalmente aceite por todos os especialistas. Nesta óptica, Weiss (1973 *cit. in* Neto, 2000), identifica duas formas de solidão que estão relacionadas com os sentimentos manifestados: a solidão social que está relacionada com a falta de suporte social ou rede de apoio, como familiares e amigos e a solidão emocional, que está relacionada com o facto de a pessoa se sentir só e com a perda de uma figura significativa, no caso das pessoas idosas a perda do companheiro de vida.

De acordo com Lopes *et al.*, (2009) com a entrada na senescência os idosos tornam-se menos ativos na sociedade, o que desencadeia sentimentos de vazio interior e desvalorização, afetando a pessoa idosa em termos físicos, cognitivos e sociais.

Na mesma linha de pensamento, Neto (2000), salienta que fatores como a viuvez, reforma e problemas de saúde são determinantes para o surgimento da solidão nos idosos. Também Paúl (1991 *cit in*. Fernandes, 2007), refere que a viuvez é uma característica que é associada à solidão, uma vez que a perda de uma relação significativa pode desencadear sentimentos de solidão e abandono, o que potencia a que sejam os próprios idosos a privarem-se do contacto com o outro, diminuindo assim, de forma gradual a sua participação na sociedade. Nesta fase, é comum apresentar sintomatologia depressiva, não só pela dor que é causada, mas também pelo isolamento social a que ficam sujeitas.

Num estudo desenvolvido por Lopata (1969 *cit. in* Neto 2000) com pessoas viúvas, foi possível verificar que existe um conjunto de situações que normalmente estão associados à solidão e de que são exemplo: o desejo de voltar a estar com o marido/esposa, o querer voltar a ser amado, a partilha de experiências do quotidiano com alguém,

sentimento de frustração que está na maioria das vezes associado à falta de estatuto e a dificuldade em fazer novas amizades.

Portanto, a solidão segundo vários autores, pode ser desencadeada por inúmeros fatores, como o isolamento social, a viuvez, a não preparação da reforma e a dificuldade em adaptar-se à nova realidade. Todos estes fatores funcionam como fatores predisponentes para o aparecimento de problemas emocionais, como o caso da depressão.

Quando comparado em termos do estado civil, vários estudos têm vindo a demonstrar que as pessoas solteiras sofrem mais de solidão, comparativamente com as que são casadas (Weiss 1973 *cit. in* Neto, 2000).

Para Neto (2000), sentimentos de solidão podem também surgir com a entrada do idoso na reforma, pois na maioria das vezes, esta é associada a perdas, como a perda de rendimentos, a perda de estatuto social e a perda de sentido de competência e inutilidade. Portanto, a entrada da reforma favorece o isolamento social e o aparecimento de sintomas depressivos.

Na mesma linha de pensamento também Ramos (2002), refere que a entrada do idoso na reforma tem efeitos ao nível económico, desencadeando uma diminuição do seu rendimento, que pode levar a um sentimento de inutilidade que pode ter consequências ao nível da auto-estima e do bem-estar.

Assim sendo, nesta fase do ciclo vital é fundamental que o idoso se adapte às novas condições de vida, sendo que os relacionamentos interpessoais têm um papel importante na prevenção da solidão e na promoção do envolvimento social. O contacto com as outras pessoas pode ser um fator potenciador do bem-estar psicológico que reduz o isolamento social (Ramos, 2002).

O relacionamento interpessoal e a socialização exercem um papel crucial na prevenção da solidão e na promoção da interação social. Várias investigações têm demonstrado que as relações sociais podem levar à criação de hábitos saudáveis, contribuindo de forma positiva para o bem-estar psicológico e global (Figueiredo, 2007).

2.2. A Depressão

Como se verificou no subcapítulo anterior, a solidão e depressão estão muitas das vezes interligadas, visto que o aumento da solidão pode desencadear o aparecimento de depressão e vice-versa. Contudo, a depressão é acompanhada por muitos outros sintomas.

Durante a fase da senescência, é comum o aparecimento de doenças, como também a perda de relações afetivas significativas e retraimento social. Estas contribuem para a vulnerabilidade da pessoa idosa, tornando-a mais suscetível para o aparecimento de sintomatologia depressiva (Nóbrega *et al.*, 2015).

A depressão e o declínio cognitivo estão muitas vezes interrelacionados, e frequentemente associados à velhice. Estes exercem um impacto negativo na vida do idoso, uma vez que interferem nas mais diversas atividades do dia-a-dia, na sua capacidade funcional, bem como nos relacionamentos interpessoais, refletindo assim numa pior qualidade de vida (Paixão *et al.*, 2019).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a depressão afeta cerca de 154 milhões de pessoas em todo mundo. Assim, entre as perturbações de humor, esta é a mais frequente, para Stella *et al.*, (2002) a depressão é associada a elevados níveis de sofrimento psíquico, com a presença de sentimentos de tristeza, baixa auto-estima e isolamento social, podendo manifestar-se em todas as idades; no entanto e segundo o mesmo autor apresenta maior prevalência na fase da senescência; contrariamente para Mailloux-Poirier e Berger *et al.*, (1995 *cit in.* Cardão, 2009), o aparecimento de sintomatologia depressiva não difere assim tanto de outras faixas etárias.

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), o diagnóstico de perturbação depressiva major está relacionada com o número de sintomas que estão presentes e a respetiva gravidade durante um determinado período de tempo. Do mesmo modo, e para o diagnóstico de depressão ligeira, este está também relacionado com o número de sintomas, que neste caso devem ser inferiores ao da depressão major e com menor intensidade, o mesmo se aplica para o diagnóstico de depressão moderada, mas com a presença de um maior número de sintomas e maior intensidade comparativamente com o diagnóstico de depressão ligeira. Alguns dos sintomas são: humor deprimido, perda de prazer ou de interesse, agitação ou lentificação psicomotora, sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva, dificuldades de concentração, entre outros (APA, 2014).

Nos adultos idosos, a depressão pode também ser acompanhada de queixas somáticas, hipocondria, baixa autoestima, alterações do sono e do apetite, como é possível verificar a tabela 2.

Tabela 2 - Sintomas de Depressão no Idoso

Sintomas do Estado de Humor	Sintomas Neurovegetativos	Sintomas Cognitivos	Sintomas Psicóticos
Deprimido/Disfórico	Emagrecimento	Dificuldades de memória	Ideias Paranoides
Irritabilidade	Distúrbios do sono	Dificuldades de concentração	Delírios de ruína
Tristeza	Perda de energia	Lentificação do raciocínio	Delírios de morte
Desânimo	Lentificação psicomotora		
Sentimentos de abandono	Agitação psicomotora		
Sentimentos de inutilidade	Hipocondria		
Diminuição da autoestima	Dores (inespecíficas)		
Retraimento social/Abandono			
Desinteresse			
Ideias autodepreciativas			
Ideias de morte			
Tentativas de suicídio			

Adaptado de Stella *et al.*, (2002).

Inúmeros estudos têm vindo a demonstrar que o diagnóstico de depressão major em idosos ativos apresenta uma prevalência entre 1% e os 10%, enquanto que os idosos institucionalizados apresentam valores de 15% e 35% (Santos *et al.*, 2003 *cit in.* Cardão, 2009).

Assim, as instituições surgem como uma alternativa social que presta cuidados aos mais velhos, no entanto as suas capacidades de resposta nem sempre são positivas, por vezes existem um conjunto de falhas e lacunas que levam a que as pessoas apresentem uma diminuição da qualidade de vida, podendo contribuir, deste modo, para o desenvolvimento de quadros depressivos (Casemiro *et al.*, 2016).

Numa outra investigação, também realizada pelos autores acima mencionados, tem evidenciado que os diagnósticos de depressão ligeira em idosos ativos na comunidade

apresentam uma prevalência de 8% e 28%, enquanto que os idosos que residem em lares apresentam uma prevalência de 37% (Cardão, 2009).

Deste modo, e para Cardão (2009), a presença de sintomatologia depressiva aumenta quando se trata de idosos em processos de institucionalização não só em Portugal, mas também noutros países; assim a institucionalização pode ser considerado um dos fatores que desencadeia o aparecimento de depressão, uma vez que funciona como uma fonte de stress para o idoso, interferindo com a sua saúde e bem-estar.

Segundo Teixeira *et al.*, (2016) existe um conjunto de fatores predisponentes para o desenvolvimento da sintomatologia depressiva nos adultos idosos, como se verifica na tabela abaixo:

Tabela 3 - Fatores Predisponentes para o aparecimento de sintomas depressivos

Fatores Predisponentes
1. Isolamento Social
2. Abandono
3. Incapacidade de regresso à atividade produtiva
4. Perda do Companheiro(a)
5. Institucionalização

Adaptado de Teixeira *et al.*, (2016).

Do ponto de vista vivencial, o idoso nesta fase da vida tem de passar por um processo de reajustamento e adaptação, visto que existem um conjunto de fatores psicossociais que sofrem alterações, como a diminuição do suporte sociofamiliar, a perda do status ocupacional, o declínio físico e a existência de uma maior probabilidade do aparecimento de doenças. Estas perdas suscitam, na maior parte das situações sentimentos de desânimo e tristeza que pode desencadear um conjunto de sintomas depressivos (Martins, 2008).

Assim, e na mesma linha de pensamento, todos os fatores anteriormente mencionados, provocam sentimentos de frustração que condicionam a qualidade de vida do idoso (Teixeira *et al.*, 2016).

Diversas investigações têm demonstrado que fatores como a idade avançada e o baixo nível de escolaridade também contribuem para os estados depressivos nesta faixa etária (Teixeira *et al.*, 2016).

Assim e para Teixeira *et al.*, (2006), a idade exerce um impacto significativo em termos do desenvolvimento de sintomas depressivos, uma vez que, com o aumento da idade, passa a existir uma diminuição da capacidade de concentração, défices ao nível da memória, perda de energia e sentimentos de inutilidade que se tornam cada vez mais evidentes, logo mais difíceis de aceitar. Além disso e infelizmente tem-se constatado uma progressiva desvalorização da sociedade face a esta faixa etária.

Neste sentido, todas as situações referidas anteriormente funcionam como fatores predisponentes para despoletar sintomas depressivos e para o desenvolvimento de uma autoapreciação negativa em relação a si mesmo.

Numa investigação, desta vez realizada por Junior e Gomes (2015), com 425 idosos com idades iguais ou superiores a 65 anos e com o objetivo de analisar a relação entre a sintomatologia depressiva e o comportamento cognitivo do idoso institucionalizado, concluiu que, existe uma associação estatisticamente significativa entre os sintomas depressivos e a presença de perdas cognitivas.

Num outro estudo desta vez, realizado por Benedetti *et al.*, (2008), os idosos não sedentários apresentam indicadores mais baixos de depressão. Também Antonelli *et al.*, (2000), no estudo que desenvolveu, ao comparar a autoestima dos idosos institucionalizados e não institucionalizados verificou que os idosos que estão institucionalizados apresentam uma autoestima mais baixa comparativamente com os não institucionalizados. Esta situação pode ser compreendida pela perda do seu espaço habitual, dos seus objetos e da sua vizinhança e também pela necessidade de adaptação destes idosos a novas realidades, como a rotina, a partilha do mesmo espaço com pessoas desconhecidas e pelo distanciamento da família.

Os fatores anteriormente mencionados podem desencadear estados de tristeza, anedonia e isolamento, comprometendo de forma significativa a qualidade de vida do idoso, despoletando assim o aparecimento de sintomatologia depressiva. Na mesma linha de pensamento, os quadros depressivos podem gerar conflitos internos, diminuir a autonomia e os relacionamentos interpessoais, desencadeando condições favoráveis para a diminuição da autoestima (Teixeira *et al.*, 2016).

Por outro lado, a prática de exercício físico contínuo exerce um impacto positivo na sintomatologia depressiva, assim como na autoestima e autoconfiança do idoso (Mazo *et al.*, 2012). Do mesmo modo e segundo Antunes *et al.*, (2006), um programa de atividade

física planeada desencadeia um conjunto de alterações favoráveis relativamente aos índices de sintomatologia depressiva, melhorando consideravelmente a qualidade de vida e o bem-estar psíquico da pessoa idosa.

Assim sendo, o tratamento da depressão nesta fase do ciclo vital é realizado, principalmente, através de antidepressivos em associação com o apoio familiar e a psicoterapia (Stella *et al.*, 2002). O tratamento da depressão tem como principais focos a redução do sofrimento psíquico, melhorar o bem-estar global dos indivíduos e proporcionar uma melhor qualidade de vida (Teixeira *et al.*, 2016).

3. Envelhecer de forma saudável

3.1. Envelhecimento Ativo

O aumento da população não só em Portugal, mas em todo o mundo, é um importante alerta para a implementação de políticas de saúde mental e física que proporcionem a esta faixa etária uma melhor qualidade de vida e bem-estar.

Assim, a Organização Mundial de saúde, define envelhecimento ativo como um processo que permite desenvolver e aperfeiçoar as oportunidades de saúde, bem como participação ativa e segura, tendo como o principal foco melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. A palavra “ativo” não está relacionada apenas com a componente física, mas também com a participação ativa e regular em questões sociais, económicas, culturais e civis (OMS, 2005).

Um dos principais focos do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida das pessoas idosas, mesmo aquelas que apresentem problemas de saúde e incapacidade física (OMS, 2005).

Fomentar a autonomia e independência à medida que se vai envelhecendo é um dos aspetos fundamentais do envelhecimento ativo, e deve ser entendido como um objetivo essencial tanto para o indivíduo como para as entidades governamentais (OMS, 2005).

Assim, intervenções ao nível do envelhecimento ativo, através da implementação de políticas e programas que promovam a saúde mental e os relacionamentos interpessoais, são tão importantes como aqueles que intervêm com o objetivo de melhorar as condições físicas da pessoa idosa (OMS, 2005).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, existe um conjunto de determinantes que influenciam a forma como o envelhecimento ativo é vivenciado: os fatores pessoais (biológicos e psicológicos), comportamentais (estilos de vida saudáveis e participação ativa no cuidado da sua própria saúde), económicos (rendimentos, proteção social, oportunidades de trabalho); ambiente físico (acessibilidade a serviço de transporte, moradias e vizinhança seguras e apropriadas, água limpa, ar puro e alimentos); sociais (apoio social, educação, alfabetização e prevenção de situações de violência ou abuso); e relativos aos serviços sociais e de saúde (promoção da saúde e prevenção de doenças), como se verifica na figura 2 (OMS, 2005).

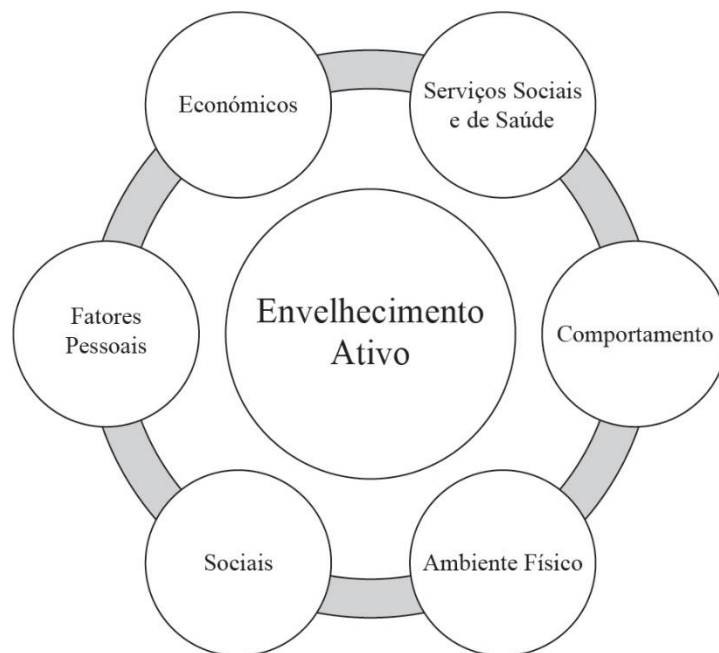


Figura 2 -Determinantes do Envelhecimento Ativo

Adaptado de OMS, (2005).

O idoso ao manter-se ativo, tem maior facilidade em integrar-se na sociedade, adiando assim, a diminuição da rede social e institucional (OMS, 2005).

Na mesma linha de pensamento, e segundo França e Murta (2014), foram associados a um estilo de vida saudável vários fatores que contribuem positivamente para o processo de envelhecimento tais como: cultura, promoção da saúde, prevenção de doenças, saúde mental, fatores psicológicos, hábitos de vida saudáveis, fatores ambientais, apoio social, educação e profissão.

Os hábitos de vida saudáveis devem ser ainda mais tidos em conta nesta fase da vida e estes incluem: uma alimentação equilibrada, a prática regular de atividade física, os relacionamentos interpessoais, a convivência com a família e a realização de atividades ocupacionais com benefícios em termos cognitivos e físicos (França & Murta, 2014).

O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos como a grupos, uma vez que permite realizar o seu potencial de bem-estar físico, social e mental ao longo de todo o ciclo vital e participar na sociedade tendo em conta as suas necessidades, desejos e capacidades (OMS, 2005).

Assim, o processo de envelhecimento como já referido em pontos anteriores, varia de pessoa para pessoa; contudo em determinados casos pode existir uma maior independência e interajuda entre familiares e amigos, sendo este um dos princípios mais importantes na contribuição do envelhecimento ativo (OMS, 2005).

Neste sentido, o envelhecimento ativo, surge como uma medida de intervenção social, sendo um dos seus objetivos proporcionar a cada idoso um conjunto de mudanças e respostas eficazes ao nível cognitivo, físico e social.

Assim conclui-se que, o envelhecimento ativo tem como foco principal desenvolver processos e mecanismos de atuação, que possibilitem integrar várias dimensões do desenvolvimento humano e social, com o objetivo de promover a inclusão do idoso na sociedade.

3.2. Benefícios da atividade física

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a atividade física é fundamental para a nossa saúde e bem-estar em termos psicológicos, sociais e físicos. A prática de exercício físico regular, aliado a uma alimentação saudável é fundamental para quem quer envelhecer com saúde (OMS, 2005).

Nahas (2001), define a atividade física como qualquer movimento corporal voluntário que consiste num gasto de energia que seja superior aos níveis de repouso e que é realizada através das atividades de vida diária, das atividades desportivas e de lazer.

Deste modo, segundo Franchi e Junior (2005), o exercício físico tem como objetivos reduzir o stress, a ansiedade, e aumentar a auto-confiança e a auto-estima das pessoas idosas. Estes autores, referem que um dos principais benefícios é a proteção da

capacidade funcional, que é a aptidão para realizar as atividades de vida diária, como cozinhar, limpar, fazer compras entre outras tarefas.

A literatura tem vindo a demonstrar que o treino aeróbio permite manter ou até melhorar as funções cardiovasculares. Para além disso, exerce também um impacto significativo na prevenção e no tratamento de várias doenças crónico-degenerativas, contribuindo deste modo para o aumento da expectativa de vida e independência funcional. Também outras investigações têm evidenciado que a prática desportiva previne o aparecimento de demências nos idosos saudáveis (Printes *et al.*, 2016).

Os estudos apresentados de seguida, demonstram a forma eficaz como a prática regular de atividade física na “terceira idade” contribui para o aumento do bem-estar em termos cognitivos e emocionais.

Neste sentido, segundo Hanna *et al.*, (2006) a prática regular de atividade física por pessoas idosas desencadeia benefícios em termos cardiorrespiratórios, o aumento da densidade mineral óssea e diminui o risco de doenças cardiorrespiratórias. Estes autores referem também, que as atividades físicas apresentam vantagem a nível físico e psicológico e que indivíduos mais ativos possuem um processamento cognitivo mais rápido.

Outra investigação, desta vez realizada por Hillman *et al.*, (2008), com adultos saudáveis e com pacientes com os primeiros sinais da doença de Alzheimer que praticavam exercício regularmente, os resultados revelaram uma melhoria significativa a nível cognitivo.

Num outro estudo, agora desenvolvido por Trindade *et al.*, (2013), que compara os idosos institucionalizados com os não institucionalizados, em relação ao declínio cognitivo, concluiu que os idosos institucionalizados quando comparados com os não institucionalizados, apresentam um menor desempenho cognitivo, logo um comprometimento ao nível das habilidades sociais e conseqüentemente o aumento da sintomatologia depressiva, em relação àqueles que têm um papel ativo na comunidade com a prática regular de exercício físico.

Também Teixeira *et al.*, (2016), com a realização da sua investigação conclui que a atividade física praticada pela pessoa idosa, diminui a prevalência de sintomatologia depressiva, visto que a estimulação corporal assim como o envolvimento social

contribuem de forma positiva para a qualidade de vida do idoso, logo uma maior aceitação para encarar as alterações do envelhecimento de forma natural e preservar o seu bem-estar psicológico. Os resultados desta investigação, também demonstraram uma relação entre a auto-estima e a depressão, ou seja, os idosos que praticavam exercício físico revelaram níveis de autoestima mais elevados e níveis de depressão mais reduzidos.

Como foi possível constatar nas várias investigações anteriormente mencionadas, a prática de atividade física acarreta inúmeros benéficos para a saúde a vários níveis, como se verifica na tabela abaixo (Tabela 4).

Tabela 4 - Vantagens da Atividade Física Regular

Vantagens da Atividade Física Regular
1. Sistema Osteoarticular: <ul style="list-style-type: none">- Melhora a mobilidade das articulações;- Fortalece os músculos e os ossos;- Previne a osteoporose;- Melhora as dores nas costas e as artroses.
2. Metabolismo: <ul style="list-style-type: none">- Previne o excesso de peso;- Ajuda no controlo da diabetes;- Diminui o colesterol e o colesterol LDL (designado como o “mau” colesterol);- Aumenta o colesterol HDL (designado como o “bom” colesterol).
3. Sistema Cardiopulmonar: <ul style="list-style-type: none">- Diminui a tensão arterial;- Diminui a frequência cardíaca;- Melhora a função cardíaca;- Melhora a função dos pulmões.
4. Estado Psíquico: <ul style="list-style-type: none">- Diminui a ansiedade;- Melhora a depressão;- Melhora o sono;- Diminui o stress;- Diminui o isolamento social.

Adaptado de Nunes (2008).

Por outro lado, outros autores apontam para a problemática do sedentarismo, visto que este continua a ser uma condição prevalente na população em geral, contudo mais observada em idosos, o que pode levar a uma diminuição da autoestima e a um aumento da ansiedade, contribuindo assim para o aparecimento ou agravamento de quadros depressivos (Nunes, 2008).

A atividade física deve ser frequente e adaptada ao gosto e capacidade de cada indivíduo e, portanto, pode ser incentivada pela realização de tarefas do dia-a-dia, trocando o elevador pelas escadas e o carro por andar a pé. No entanto, estas atividades

físicas tendem a desaparecer se o idoso for institucionalizado, agravando a deterioração cognitiva (Nunes, 2008).

Em forma de conclusão, as atividades físicas devem ser adaptadas aos gostos, interesses e limitações de cada idoso. Sendo que um estilo de vida ativo previne a perda das funções cognitivas em situações de envelhecimento normal ou com doenças neurodegenerativas.

De seguida, serão descritas as atividades de lazer e a sua importância em termos cognitivos, sociais e emocionais.

3.3. Atividades Lúdicas e Criativas

Como foi possível verificar anteriormente, a prática regular de atividade física quando adequada a cada pessoa idosa, contribui de forma significativa para a saúde física, cognitiva e social. Na mesma linha de pensamento, também a realização de atividades lúdicas e criativas são também fundamentais para um bom desempenho em termos cognitivos, mentais e sociais. Estas atividades proporcionam à pessoa idosa uma maior autoconfiança, bem-estar e momentos de prazer e felicidade.

Neste sentido, as atividades de lazer têm sido cada vez mais objeto de estudo, uma vez que têm como principal foco retardar os efeitos decorrentes do envelhecimento e melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa (Martins, 2010).

A qualidade de vida dos idosos está diretamente relacionada com o lazer, uma vez que estas devem ser desenvolvidas tendo em conta os gostos e os interesses de cada idoso, de forma a que a realização de estas seja prazerosa e satisfatória para os mesmos. O principal foco das atividades de lazer é possibilitar um aumento da auto-estima, o desenvolvimento pessoal e o bem-estar físico e mental. É também através do lazer que são estimuladas atividades culturais, intelectuais, físicas, manuais e artísticas do idoso, diminuindo desta forma, o isolamento social (Ferreira, 2009).

Assim, o lazer segundo Martins (2010), pode ser definido como um conjunto de atividades realizadas nos tempos livres de forma voluntária. Também Dumazedier e Requiá (1980 *cit. in* Romão 2013), definem o lazer como uma ocupação não obrigatória, em que o indivíduo tem liberdade de escolha e cujos valores proporcionam um conjunto de aspetos positivos no que toca ao desenvolvimento pessoal e social.

Neste âmbito Dumazedier (1974), refere que é difícil categorizar as atividades que estão relacionadas com o lazer, pois o que para uma pessoa pode ser lazer para outra não. No entanto, o autor divide as atividades de lazer em cinco categorias:

Os lazeres físicos, que estão relacionados com tudo o que envolve a componente física, como as caminhadas, os passeios e o exercício físico. As férias e as viagens, segundo este autor, estão incluídas nesta categoria. Os lazeres artísticos, que engloba as atividades como espetáculos, cinema, teatro, concertos e dança. Os lazeres práticos, que dizem respeito aos trabalhos manuais como, a bricolagem, o tricô e a jardinagem. Estas atividades permitem à pessoa idosa ocupar os seus tempos livres de forma útil. Também as artes plásticas estão inseridas nesta categoria, e apresentam um papel crucial nesta faixa etária, pois são uma forma de a pessoa idosa se expressar e estimular a criatividade e a imaginação. Segundo Jacob (2007), as realizações destas atividades permitem desenvolver a motricidade fina, a precisão manual e a coordenação psicomotora. Os lazeres intelectuais, que estão relacionados com a leitura de jornais, revistas e livros. A estimulação cognitiva entra nesta categoria, pois tem como principal foco a estimulação de várias áreas cognitivas com o objetivo de minimizar e retardar as perdas. Por fim, os lazeres sociais, que segundo este autor, refere-se às visitas realizadas e às visitas recebidas.

Neste seguimento e de acordo com Ferreira (2009), as atividades de cariz lúdico exercem um conjunto de benefícios em termos da comunicação e do melhoramento dos relacionamentos interpessoais funcionando assim, como um fator determinante na qualidade de vida. O desenvolvimento e a participação nestas atividades promovem a criatividade e proporcionam um estilo de vida mais ativo, exercendo um papel crucial na autonomia da pessoa idosa.

Assim, são cada vez mais os estudos que têm vindo a ser desenvolvidos, como foi o caso de um estudo realizado por Fleurí *et al.*, (2013), em que a maioria das pessoas idosas quando questionadas acerca da sua participação nas diferentes atividades, demonstraram sentimentos de felicidade e referem que gostaram de participar nas mesmas, apresentando uma melhoria significativa ao nível da saúde mental e física.

Uma outra investigação, desta vez realizada por Tenório (2010), sobre as intervenções lúdicas e a qualidade de vida, realizado com 98 idosos, com idades compreendidas entre os 60 e os 85 anos, foi possível concluir que no final da investigação as pessoas idosas manifestaram satisfação com a participação nas atividades e salientam a importância da promoção destas mesmas atividades nesta faixa etária.

Do mesmo modo, e para Martins (2010) a participação ativa em diferentes atividades lúdicas e criativas têm um impacto significativo na promoção da saúde mental, pois contribuem de forma positiva para redução do stress e da ansiedade e funciona como um importante fator na melhoria da autoestima.

Também para Graves e Garbus (2006), a realização de atividades de cariz social e lúdico, por parte dos idosos, resultam num aumento significativo em termos cognitivos, melhoram a auto-estima e proporcionam um bem-estar físico e psicológico, ao mesmo tempo que diminui os sentimentos de vulnerabilidade e de sintomatologia depressiva.

Como podemos constatar através das investigações anteriores, estas apresentam resultados benéficos e significativos para a maioria dos idosos, proporcionando um envelhecimento saudável e ativo.

A dimensão criativa, é uma das componentes que está diretamente relacionada com o nosso bem-estar emocional, psicológico e físico. Para Souza e Wechsler (2013), a criatividade proporciona momentos prazerosos, sentimentos de realização pessoal e bem-estar, logo uma maior autonomia e independência por parte da pessoa idosa.

Também para Aguiar e Macri (2010), a realização de atividades artísticas, como a pintura, o desenho, o recorte-colagem, a escrita e tecelagem são fundamentais em todas as fases da vida, visto que permitem estimular a criatividade, assim como a comunicação interpessoal, concentração e memória. Por outro lado, a criatividade quando reprimida pode provocar atitudes conformistas, rigidez e apego que são habitualmente acompanhados por medos, principalmente o medo de falhar ou não ser aprovado (Laroque *et al.*, 2006).

Segundo Souza e Wechsler (2013), a criatividade abrange várias dimensões, sendo constituída essencialmente por aspetos cognitivos e emocionais, que se relacionam entre si, de forma complexa. Os processos cognitivos, a personalidade e o ambiente são indicadores que influenciam a criatividade.

Sendo assim, as atividades devem ser desenvolvidas tendo em conta os interesses e gostos de cada pessoa idosa, uma vez que, e como refere Fonseca (2005), os idosos habitualmente ocupam os seus tempos livres com atividades que já faziam parte o seu dia-a-dia no passado, funcionando como alicerces para a prática de atividades de lazer após a reforma, mantendo assim os seus focos de interesse, uma vez que nesta etapa de vida, é comum, sentirem a necessidade de mostrar a si e à sociedade de que são indivíduos ativos, portanto estas devem ser usufruídas de forma gratificante e satisfatória.

Desta forma, as instituições têm um papel crucial, no que toca ao desenvolvimento destas mesmas atividades, estas devem de ter em conta as necessidades de cada pessoa idosa e, portanto, não devem focar-se apenas nos cuidados de higiene e alimentação, é igualmente importante a realização de atividades lúdicas e criativas como forma de ocupar os seus tempos livres e fomentar os relacionamentos interpessoais. O idoso deve sentir que faz parte ativa da instituição e que são tidos em conta os seus gostos e interesses pelos profissionais de saúde, proporcionando sobretudo a opção de escolha (Jacob, 2007).

Também, segundo Jacob (2007), atividades de estimulação cognitiva, física, motora e sensorial devem ser uma prioridade de todas as instituições e estruturas de apoio visto que, funcionam como importantes mediadores da autoestima, da diminuição do isolamento social, do desenvolvimento pessoal, da autonomia e bem-estar.

Neste seguimento, as atividades de estimulação cognitiva consistem na realização de várias atividades como a memorização de palavras, que têm como objetivo melhorar e compensar défices cognitivos, funcionando também como um fator de prevenção da

componente cognitiva. A estimulação cognitiva consiste na execução de conjunto de atividades como a memorização de palavras (memória), a procura de diferenças (atenção), realização de puzzles (função executiva) (Casemiro *et al.*, 2016).

A realização de atividades de estimulação cognitiva, um estilo e vida ativo e um suporte social positivo têm um efeito benéfico ao nível da cognição, prevenindo a deterioração cognitiva bem como a presença de sintomas depressivos.

Várias investigações têm vindo a demonstrar que a estimulação cognitiva diminui o risco de declínio, de sintomatologia depressiva e melhora a autonomia das pessoas idosas, funcionando como um fator protetor contra o aparecimento de demência (Apóstolo *et al.*, 2011). Como tal, a estimulação cognitiva envolve a prática regular de atividades com algum grau de dificuldade, de forma a manter as funções cognitivas estáveis. O treino cognitivo envolve a prática repetida de exercícios cognitivos específicos, este treino recai sob funções cognitivas específicas, de que é exemplo a memória, a atenção, linguagem e funções executivas. É fundamental a implementação de programas de estimulação cognitiva em lares e centros de dia, com a finalidade de prevenir o declínio e garantir o aumento da autoestima do idoso, logo melhor qualidade de vida (Zimmerman, 2000).

Com o avançar da idade, é imprescindível que as pessoas idosas sejam estimuladas com atividades lúdicas e criativas, tendo em conta os interesses e gostos das mesmas, como forma de prevenir a deterioração cognitiva e ocupar os seus tempos livres de forma benéfica. Também segundo este autor, durante a velhice, devem ser mantidos os contactos afetivos e sociais (familiares e amigos) e o acompanhamento e apoio às pessoas idosas que apresentem patologias graves e que tenham dificuldades em realizar a sua higiene e alimentação (Lima, Silva & Galhardoni, 2008).

Para finalizar, é fundamental encarar a “terceira idade” como uma etapa natural da vida. Deve ser vista, sobretudo, como uma oportunidade para explorar e valorizar o potencial criativo de cada pessoa idosa através de participação em atividades de diferente cariz, com a finalidade de proporcionar momentos de felicidade, sentimentos de realização pessoal e bem-estar.

CAPÍTULO II - ESTUDO EMPÍRICO

No presente capítulo pretende-se descrever de forma detalhada, toda a metodologia do estudo empírico. Esta consiste em compreender se a realização de atividades lúdicas e criativas contribuem de forma significativa para o bem-estar psicológico e global dos idosos. O capítulo inicia-se com a metodologia, de seguida com o objetivo geral e específicos da investigação, seguindo-se da descrição da amostra, dos instrumentos utilizados para a recolha dos dados e dos procedimentos estatísticos. Posteriormente serão apresentados os resultados, a discussão e a conclusão.

1. Metodologia

A investigação envolve um conjunto de procedimentos que permitem a construção do conhecimento, em que é possível desenvolver, colaborar, refutar e atualizar alguns conhecimentos já existentes relativamente a determinados temas e estudos (Vilelas, 2009). A investigação e a metodologia são dois processos imprescindíveis para o desenvolvimento de um determinado estudo.

Assim sendo, a metodologia pode ser considerada como uma explicação rigorosa, detalhada e exata, acerca de um determinado método de trabalho, explicando as diversas etapas do trabalho, como o tipo de pesquisa e os instrumentos utilizados.

O termo metodologia, segundo Pardal e Lopes (2011), está relacionado não só com a ciência que estuda os métodos científicos, como também com as técnicas de investigação.

Existem dois tipos de pesquisa metodológica, a pesquisa qualitativa, em que os resultados que são produzidos não envolvem procedimentos estatísticos e a análise de resposta é realizada tendo em conta o contexto e a vida quotidiana (Pinto, Campos & Siqueira, 2018) e a pesquisa quantitativa de acordo com, Vilelas (2009, pág. 10), “os estudos quantitativos admitem que tudo pode ser quantificável, isto é, que é possível traduzir em números as opiniões e as informações para, em seguida, poderem ser classificadas e analisadas”.

Os estudos de cariz quantitativo seguem um modelo de pesquisa, em que o investigador parte de conceitos de referência devidamente estruturados e formula hipóteses sobre determinados fenómenos e situações que pretende estudar. A análise dos dados é realizada recorrendo ao apoio estatístico ou a outras técnicas de matemática. Fazem parte dos estudos quantitativos, a correlação de variáveis, os estudos comparativos e os estudos experimentais (Dalfovo, Lana & Silveira, 2008).

Deste modo, e tendo em conta a natureza diferenciadora entre estes dois processos metodológicos considera-se pertinente para o presente estudo, a adoção a uma abordagem quantitativa, visto que se trata de um estudo retrospectivo e comparativo, em que serão analisados os dados de forma estatística.

Assim sendo, e após uma revisão da literatura e do enquadramento da problemática em estudo, é fundamental identificar os principais objetivos do estudo, o contexto e os participantes, bem como os instrumentos utilizados e os procedimentos para recolha dos dados, assim como as técnicas adotadas para o tratamento estatístico dos dados.

Assim, foram definidos os seguintes objetivos:

1.1. Objetivo Geral

O principal objetivo do presente estudo é compreender em que medida a realização das atividades lúdicas e criativas pela pessoa sénior em contexto de lar contribui para conservar as suas funções cognitivas e emocionais.

1.2. Objetivos Específicos

- Comparar a evolução cognitiva entre o grupo de teste e o grupo de controlo, de forma diferencial, através da realização de atividades lúdicas e criativas;
- Comparar as características evolutivas do humor entre o grupo de teste e o grupo de controlo, de forma diferencial, através da realização de atividades lúdicas e criativas.

2. Método

2.1 Amostra

O presente estudo engloba uma amostra total de 29 idosos divididos em dois subgrupos – o grupo de idosos que participa nas atividades lúdicas e criativas diariamente designado por “Grupo de Teste” (n = 14) e outro que não participa nas atividades lúdicas e criativas designado por “Grupo de Controlo” (n = 15), das quais serão descritas as principais características sociodemográficas, como o sexo, escolaridade, estado civil e idade.

Para a seleção da respetiva amostra foi utilizado o método de amostragem não probabilístico de conveniência (Ribeiro, 2010), visto que os participantes no estudo foram

selecionados, tendo em conta os critérios de inclusão previamente definidos, conforme seguidamente se apresentam:

- Nos processos deve constar informação quanto à participação em atividades lúdicas e criativas desde o ano 2012 até ao ano 2017.
- Nos processos deve constar as avaliações dos dois instrumentos, do MMSE e da EDG, para os anos 2012, 2015 e 2017.
- Os participantes devem ter ausência de quadros clínicos ou psicopatológicos que interfiram com os resultados.

Tendo em conta as principais características sociodemográficas (Tabela 5), verifica-se que o grupo de teste é constituído por: 28,6 % (n = 4) são homens e 71,4 % (n = 10) são mulheres. Em relação ao grupo de controlo 40,0 % (n = 6) são homens e 60,0 % (n = 9) são mulheres. Verifica-se assim, que existe uma predominância do sexo feminino, ainda que não existam diferenças estatisticamente significativas na distribuição do sexo dos participantes nos dois grupos.

Em relação à escolaridade, três são analfabetos, vinte e cinco concluíram o ensino básico e apenas um o ensino superior, ainda que não se verifiquem diferenças estatisticamente significativas na distribuição da escolaridade dos participantes nos dois grupos.

No que diz respeito ao estado civil seis são solteiros, cinco são casados, dois são divorciados e dezasseis são viúvos, e tendo em conta a (Tabela 5), é possível constatar que existe uma predominância em termos de viuvez, no entanto não existem diferenças estatisticamente significativas na distribuição do estado civil dos participantes nos dois grupos.

As idades variam entre os 66 aos 97 anos, sendo que a média de idades no grupo de “participantes” é de 84,4 anos (DP = 6,4) e no grupo de “não participantes” é de 84,0 anos (DP = 8,7).

Para finalizar e após analisadas as características sociodemográficas dos dois grupos em estudo, conclui-se que ambos são homogéneos na distribuição por sexo, escolaridade, idade e estado civil ($p > 0,05$).

Tabela 5 - Caracterização das Variáveis Sociodemográficas da Amostra

	Grupo Teste (n =14)	Grupo Controlo (n =15)	p
Sexo	n (%)		
Masculino	4 (28,6)	6 (40,0)	0.518
Feminino	10 (71,4)	9 (60,0)	
Escolaridade			
Analfabeto(a)	2 (14,3)	1 (6,7)	0.436
Ensino básico	11 (78,6)	14 (93,3)	
Ensino Superior	1 (7,1)	0 (0,0)	
Estado civil			
Solteiro(a)	2 (14,3)	4 (26,7)	0.781
Casado(a)/União de facto	2 (14,3)	3 (20,0)	
Separado(a)/Divorciado(a)	1 (7,1)	1 (6,7)	
Viúvo(a)	9 (64,3)	7 (46,7)	
	Média (Desvio-Padrão)		
Idade	84,4 (6,4)	84,0 (8,7)	0.901

2.1.1. Atividades desenvolvidas pelos participantes no estudo

A realização de atividades de cariz lúdico e criativo é fundamental para o idoso, não só em termos cognitivos, mas também em termos emocionais, pois proporciona sentimentos de bem-estar e fomenta os relacionamentos interpessoais, possibilitando um envelhecimento ativo e benéfico, funcionando também, como um fator de prevenção e uma maior satisfação com a vida (Martins, 2010).

A Santa Casa da Misericórdia contempla um conjunto de atividades que são monitorizadas pela psicóloga do lar e desenvolvidas pelos idosos. As principais atividades desenvolvidas são: a ginástica sénior, atelier musical, trabalhos manuais, bingo, boccia, oficina de memória, atelier de beleza e festas temáticas. Todas estas atividades abrangem um conjunto de objetivos, que têm como principal foco proporcionar a esta faixa etária uma melhor qualidade de vida.

Passamos a apresentar os objetivos das referidas atividades desenvolvidos pela psicóloga do lar:

Ginástica Sénior – melhorar o equilíbrio e a velocidade de andar, aumentar o nível da atividade física espontânea; melhorar a auto-eficácia, contribuir para a manutenção e/ou

aumento da densidade óssea; fortalecer os músculos das pernas e costas; melhorar os reflexos e melhorar a sinergia motora das reações posturais.

Atelier Musical – desenvolver o sentido rítmico; relembrar canções tradicionais e estimular a memória.

Trabalhos Manuais – desenvolver a destreza manual, desenvolver/estimular a imaginação e criatividade através das várias formas de expressão e fomentar o espírito de grupo.

Bingo – Estimular a memória e o raciocínio; estimular a concentração e fomentar o espírito de grupo.

Boccia – Promoção da coordenação, concentração, coesão de grupo, cooperação e estratégia.

Oficina de Memória – Estimular a memória e o raciocínio, estimular a concentração e a estimulação cognitiva.

Atelier de Beleza – Promover momentos de lazer, entretenimento e convívio entre utentes.

Festas Temáticas – Preservar a identidade dos idosos, assim como potenciar o desenvolvimento pessoal e social.

2.2. Instrumentos Metodológicos de recolha de dados

De acordo com os objetivos e a temática apresentada, a recolha dos dados sociodemográficos foi realizada através da ficha de acolhimento da instituição, o *Mini Mental State Examination* e a Escala de Depressão Geriátrica.

De seguida, serão caracterizados de forma breve cada um dos instrumentos, utilizados para a recolha dos dados, permitindo a comparação e análise dos resultados obtidos.

2.2.1. Mini Mental State Examination

O *Mini Mental State Examination* é um instrumento que permite a avaliação da função cognitiva, assim como o rastreio de quadros demenciais. É frequentemente utilizado em ambientes clínicos, na deteção do declínio cognitivo e na monitorização de

resposta ao tratamento (Lourenço & Veras, 2006). Este instrumento é um teste clássico de papel/lápis e de aplicação rápida (5 a 10 minutos).

É constituído por 30 questões pontuadas com 0 ou 1, em que o 0 é quando o examinado fornece uma resposta incorreta ou não responde, ou o valor 1 quando o sujeito fornece uma resposta correta. Está organizado em seis domínios cognitivos: 1. Orientação temporal e espacial, 2. Retenção, 3. Atenção e cálculo, 4. Evocação, 5. Linguagem e 6. Habilidade Construtiva. Foram definidos pontos de corte diferenciados de acordo com os anos de escolaridade, isto é, 15 pontos em indivíduos analfabetos, 22 pontos para 1-11 anos e 27 pontos para >11 anos (Santana *et al.*, 2016)

O *Mini Mental State Examination*, permite obter uma pontuação máxima de 30 pontos, sendo que as pontuações mais elevadas sugerem melhores desempenhos (Santana *et al.*, 2016).

2.2.2. Escala de Depressão Geriátrica

Para além do instrumento anteriormente recolhido, foram também recolhidas informações da Escala de Depressão Geriátrica (EDG).

A Escala de Depressão Geriátrica é um dos instrumentos mais utilizados para o rastreamento de sintomatologia depressiva em pessoas idosas, sendo constituída essencialmente por itens simples, que são administrados rapidamente, de forma oral ou escrita. Esta escala já foi alvo de estudos em Portugal e é frequentemente utilizado por investigadores e clínicos no diagnóstico da doença.

Relativamente à estrutura da escala, a versão completa é composta por 30 questões e a versão reduzida por 15 questões em que as respostas são dicotómicas (Sim ou Não). Se o idoso responder “Não” nas questões 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30, atribui-se 1 ponto a cada questão. Se a resposta for “Sim” nessas mesmas questões atribui-se 0 pontos. Nas restantes questões, se o sujeito responder “Sim”, atribui-se 1 ponto a cada questão, caso responda “Não”, atribui-se a 0 pontos (Vaz & Gaspar, 2011).

Em relação aos valores de corte utilizados de forma a diferenciar os diferentes níveis de depressão são: 0 a 10 indica ausência de depressão, de 11 a 20 corresponde a depressão ligeira e de 21 a 30 indica depressão grave (Vaz & Gaspar, 2011).

Para finalizar, foram também recolhidos dados sociodemográficos, tais como a idade, o sexo, a escolaridade, o estado civil e a profissão através da consulta da ficha de acolhimento.

2.3. Procedimentos da recolha dos dados

A recolha dos dados permite ao investigador organizar o estudo que pretende desenvolver, e sendo assim, é fundamental num trabalho de investigação adquirir dados de diferentes fontes, com o intuito de qualificar melhor o problema em estudo, de forma a obter uma resposta credível às questões de investigação (Yin, 2001).

Previamente à recolha dos dados, a presente investigação foi submetida à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, que emitiu um parecer favorável à realização do estudo.

Posteriormente, e para a composição da amostra, foi solicitado o pedido de autorização e colaboração à Direção da Santa Casa da Misericórdia, que prontamente aceitou. Deste modo, a Declaração de Autorização assinada pelo responsável da instituição da Santa Casa da Misericórdia foi suficiente para a consulta dos dados dos processos de cada utente. Foi explicado de forma detalhada os objetivos, destacando que todos os dados consultados são confidenciais e os processos não foram identificados em momento algum, sendo circunscrito a um contexto e uso exclusivamente académico, em que todas as informações recolhidas serviram apenas para fins de investigação académica e científica. (Anexo A).

Com efeito, e como se trata de dados recolhidos pela própria instituição, não foi necessário o contacto direto com os participantes, logo o preenchimento da Declaração do Consentimento Informado não se aplicou, bem como o pedido de autorização para a utilização dos instrumentos.

A consulta dos processos e simultaneamente a recolha dos dados sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade e estado civil) e psicométricos (MMSE e EDG) teve a duração de dois meses.

Os dados recolhidos foram tratados utilizando a metodologia quantitativa, com recurso ao programa SPSS, versão 25.0, tendo sido criada uma base de dados onde constam os dados sociodemográficos e os resultados obtidos com os instrumentos Mini Mental State Examination (MMSE) e a Escala de Depressão Geriátrica (EDG).

2.4. Procedimentos Estatísticos

Após a recolha dos dados sociodemográficos e dos resultados obtidos nos diferentes instrumentos foram introduzidos e analisados no programa *IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences – versão 25)*.

Foi utilizada a estatística descritiva para a caracterização sociodemográfica, nomeadamente as frequências relativas e absolutas nas variáveis qualitativas nominais e a média e o desvio padrão na variável contínua idade, sendo que a comparação entre os dois grupos foi realizada através do teste de associação Qui-Quadrado para as variáveis qualitativas e categóricas. Para as variáveis contínuas (idade) foi utilizado o teste t para amostras independentes.

Para a determinação dos testes estatísticos a utilizar, recorreu-se ao teste *ShapiroWilk*. Este teste revelou que não há normalidade na distribuição dos scores ($p < 0,05$), logo não assume uma distribuição normal. Assim, como não estão cumpridos todos os pressupostos necessários para a utilização de testes paramétricos, uma vez que a amostra não segue uma distribuição normal em todas as variáveis dependentes, por não ter sido escolhida de forma aleatória e tratar-se de uma dimensão reduzida ($n < 30$), optou-se por utilizar testes não paramétricos (Martins, 2011).

Assim, e considerando o principal objetivo da investigação que consiste em perceber em que medida a realização de atividades lúdicas e criativas pela pessoa sénior em contexto de lar contribui para conservar as suas funções intelectuais e cognitivas e se constitui um fator de promoção da saúde em termos globais, recorreu-se a testes de diferenças de medianas, uma vez que se pretende avaliar se existem diferenças em termos intragrupal e intergrupais a nível cognitivo e emocional.

Para tal, e de modo a avaliar a existência de diferenças em termos intragrupal, isto é, se existem diferenças entre o ano 2012, 2015 e 2017 nos resultados obtidos com o instrumento MMSE e a EDG, o Teste *Wilcoxon (Z)* foi aplicado (Martins, 2010).

Relativamente às diferenças intergrupais, ou seja, entre o grupo de participantes e o grupo de não participantes ao nível cognitivo (MMSE) e emocional (EDG), recorreu-se à aplicação do teste não paramétrico *Mann – Whitney (U)*, uma vez que se trata de amostras independentes.

Recorreu-se também a um outro teste não paramétrico, o Teste Qui-Quadrado (X^2), com o objetivo de verificar se existe associação entre os grupos (participa e não participa) em termos cognitivos (MMSE) e em termos emocionais (EDG) devidamente codificados, respetivamente com ou sem declínio e com ou ausência de depressão.

Em todas as análises estatísticas realizadas assumiu-se um $p < 0.05$ como o valor crítico de significância dos resultados dos testes de hipóteses.

Por fim, e com o objetivo de correlacionar os scores do MMSE e da EDG, nos cinco anos de estudo, procedeu-se à aplicação do teste de Coeficiente de Correlação de *Spearman* que, na ausência de normalidade na distribuição de todas as variáveis e em situações em que o $n < 30$, substitui o Coeficiente de Correlação de *Pearson*.

3. Apresentação dos Resultados

No presente capítulo pretendemos apresentar os resultados das análises realizadas tendo em conta os objetivos do presente estudo. Esta apresentação é unicamente descritiva, sendo a interpretação dos resultados feita no ponto 4. Posto isto, começamos por apresentar os resultados obtidos dos testes em termos intergrupais (amostras independentes) e intragrupal (amostras dependentes), e de seguida são apresentados os resultados de associação das variáveis nominais obtidos através dos dois instrumentos utilizados (MMSE e EDG). Por último, são apresentados os resultados da correlação entre o MMSE e a EDG para os cinco anos em estudo.

3.1. Comparação intergrupar para os dois instrumentos

A comparação do grupo de teste e do grupo de controlo nas variáveis independentes para o instrumento MMSE demonstrou que existem diferenças estatisticamente significativas no ano 2012 entre os dois grupos a nível cognitivo, $U = 47,0$; $p = 0,026$. Em relação ao ano de 2015, também se identificaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de teste e o grupo de controlo em termos cognitivos, $U = 47,0$; $p = 0,010$. Por fim e em relação ao ano 2017 também se observaram diferenças significativamente entre os dois grupos, com $U = 25,5$; $p = 0,001$ (Tabela 6).

Tabela 6 - Comparação intergrupos dos scores MMSE para os três momentos de avaliação (Teste Mann-Whitney).

	Grupo Teste (n=14)	Grupo Controle (n=15)	U	p
	Ordem das Médias			
MMSE_2012	18,64	11,60	54,0	0,026
MMSE_2015	19,14	11,13	47,0	0,010
MMSE_2017	20,68	9,70	25,5	0,001

Pode concluir-se, deste modo, que em 2012 já existiam diferenças quando comparados o grupo de teste e o grupo de controlo, sendo que o grupo de controlo apresenta scores mais baixos.

A comparação dos resultados obtidos do instrumento EDG (Tabela 7) entre o grupo de teste e o grupo de controlo demonstrou que não existiam diferenças estatisticamente significativas no ano 2012 entre os dois grupos em termos de perturbação de humor $U = 2,50$; $p = 0,121$. No que toca ao ano 2015, também não se evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos $U = 7,50$ $p = 0,606$. Por último, e relativamente ao ano 2017, também não se identificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Constata-se que o grupo de controlo apresenta valores de mediana mais elevados entre o ano 2012 e 2015, porém nenhuma destas diferenças é estatisticamente significativa.

Tabela 7 - Comparação intergrupos das medianas (Percentil25-Percentil75) dos scores da EDG para os três momentos de avaliação (Teste Mann - Whitney).

	Grupo Teste (n=10)	Grupo Controle (n=2)	U	p
	Mdn (P25-P75)			
EDG_2012	5,75	10,25	2,50	0,121
EDG_2015	6,25	7,75	7,50	0,606
EDG_2017	6,60	6,00	9,00	0,909

3.2. Comparação intragrupos para os dois instrumentos

No que diz respeito à comparação entre os três momentos de avaliação para o instrumento MMSE, verifica-se que o grupo de teste, entre o ano 2012 e 2015, não apresenta diferenças estatisticamente significativas com um $Z = - 1,580$; $p = 0,114$. O mesmo se verifica entre o ano 2015 e 2017, em que as diferenças não são estatisticamente significativas em termos da participação em atividades e o declínio cognitivo $Z = -0,463$; $p = 0,643$; relativamente à diferença entre o ano 2012 e 2017 também não evidenciam diferenças significativas $Z = 0,0563$; $p = 0,053$ (Tabela 8). Em relação às diferenças entre os três momentos de avaliação no que toca ao grupo de controlo, observa-se que entre o ano 2012 e 2015 não existem diferenças estatisticamente significativas $Z = - 0,912$; $p = 0,362$. O mesmo já não se verifica entre o ano 2015 e 2017 visto que existem diferenças estatisticamente significativas no grau de declínio entre estes anos (MMSE) e a não participação em atividades $Z = - 2,268$; $p = 0,023$. Por fim, entre o ano 2012 e 2017, observa-se que existem também diferenças estatisticamente significativas entre o grau de declínio (MMSE) entre estes anos e a não participação em atividades $Z = - 3,306$; $p = 0,001$ (Tabela 8).

Tabela 8 - Comparação intragrupos dos scores MMSE para os três momentos de avaliação (Teste Wilcoxon).

	Grupo Teste (n=14)			Grupo Controlo (n=15)		
	Ordem da média	Z	p^{a-b}	Ordem da média	Z	p^{a-b}
MMSE_2012 ^a	1n8,64	-1,580	0,114	11,60	-0,912	0,362
	Ordem da média	Z	p^{b-c}	Ordem da média	Z	p^{b-c}
MMSE_2015 ^b	19,15	-0,463	0,643	11,13	-2,268	0,023
	Ordem da média	Z	p^{a-c}	Ordem da média	Z	p^{a-c}
MMSE_2017 ^c	20,68	0,0563	0,053	9,70	-3,306	0,001

Pode concluir-se, assim que o instrumento MMSE não conseguiu reduzir o declínio cognitivo significativamente no grupo de teste ao longo dos cinco anos em estudo.

A comparação entre os três momentos de avaliação para o instrumento EDG (Tabela 9) demonstrou que o grupo de teste, entre o ano 2012 e 2015, não apresenta diferenças estatisticamente significativas $Z = -0,598$; $p = 0,550$. O mesmo se verifica entre o ano 2015 e 2017, visto que também não existem diferenças estatisticamente significativas $Z = -0,716$; $p = 0,474$. Em relação ao ano 2012 e 2017 também não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de teste e os resultados do instrumento EDG $Z = -1,761$ $p = 0,078$. Relativamente ao grupo de controlo, o mesmo se verifica, visto que entre o ano 2012 e 2015 não existem diferenças estatisticamente significativas, $Z = -1,342$; $p = 0,180$. O mesmo se constata entre o ano 2015 e 2017 e entre 2012 e 2017, em que não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os resultados do instrumento EDG no grupo de controlo com um $Z = -0,447$ $p = 0,655$; $Z = -1,342$ $p = 0,180$ respetivamente (Tabela 9).

Pode-se concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ao longo dos cinco anos.

Tabela 9 - Comparação intragrupos das medianas (Percentil25-Percentil75) dos scores da EDG para os três momentos de avaliação (Teste Wilcoxon).

	Grupo Teste (n=10)			Grupo Controle (n=2)		
	Ordem da média	Z	p^{a-b}	Ordem da média	Z	p^{a-b}
EDG_2012^a	5,75	-0,598	0,550	10,25	-1,342	0,180
	Ordem da média	Z	p^{b-c}	Ordem da média	Z	p^{b-c}
EDG_2015^b	6,25	-0,716	0,474	7,75	-0,447	0,655
	Ordem da média	Z	p^{a-c}	Ordem da média	Z	p^{a-c}
EDG_2017^c	6,60	-1,761	0,078	6,00	-1,342	0,180

3.3. Associação entre os dois grupos e o MMSE para os três momentos de avaliação em estudo.

Relativamente aos resultados de associação entre os dois grupos em estudo e os resultados obtidos do instrumento MMSE, quando os valores são codificados em termos de “Sem Declínio Cognitivo” e “Com Declínio Cognitivo”, conclui-se que no ano 2012 não existe uma relação estatisticamente significativa entre os dois grupos e os resultados do MMSE, visto que se obteve um $X^2 = 4,269$ e $p = 0,080$, contudo, no ano 2015, os resultados são estatisticamente significativos, com um $X^2 = 4,887$; $p = 0,027$, e, por fim, no ano 2017 também se verifica que existe uma associação estatisticamente significativa entre os dois grupos e os resultados obtidos do MMSE com um $X^2 = 15,193$; $p = 0,001$ (Tabela 10).

Tabela 10 - Associação da distribuição dos participantes pelos dois grupos com os resultados do MMSE (Teste Qui-Quadrado).

	MMSE	Grupo Teste		Grupo Controle		Total	X^2	p
		n	%	n	%			
2012	Sem Declínio Cognitivo	13	59,1	9	40,9	22	4,269	0,080
	Com Declínio Cognitivo	1	14,3	6	85,7	7		
2015	Sem Declínio Cognitivo	12	63,2	7	36,8	19	4,887	0,027
	Com Declínio Cognitivo	2	20,0	8	80,0	10		
2017	Sem Declínio Cognitivo	12	85,7	2	14,3	14	15,193	0,001
	Com Declínio Cognitivo	2	13,3	13	86,7	15		

Conclui-se assim, que a partir do ano 2015 a participação em atividades está associada a situações de não declínio cognitivo dos participantes.

Por último, e relativamente aos resultados da associação entre os dois grupos em estudo e os resultados obtidos do instrumento EDG, constata-se que no ano 2012 não existe uma associação estatisticamente significativa entre os dois grupos e a presença ou ausência de sintomatologia depressiva $X^2 = 2,400$; $p = 0,121$. O mesmo se verificou no ano 2015 ($X^2 = 0,429$; $p = 0,807$). Por fim, também no ano 2017 não se observa uma associação significativa entre a participação ou não em atividades e os scores obtidos na Escala de Depressão Geriátrica $X^2 = 1,200$; $p = 0,273$ (EDG) (Tabela 11).

Tabela 11 - Associação da distribuição dos participantes pelos dois grupos com os resultados da EDG (Teste Qui-Quadrado).

	EDG	Grupo Teste		Grupo Controle		Total	X^2	<i>p</i>
		n	%	n	%			
2012	Ausência de Depressão	6	100	0	0,0	6	2,400	0,121
	Depressão Ligeira	4	66,7	2	33,3	6		
	Depressão Grave	0	0,0	0	0,0	0		
2015	Ausência de Depressão	6	85,7	1	14,3	7	0,429	0,807
	Depressão Ligeira	3	75,0	1	25,0	4		
	Depressão Grave	1	100	0	0,0	1		
2017	Ausência de Depressão	4	100	0	0,0	4	1,200	0,273
	Depressão Ligeira	6	75,0	2	25,0	8		
	Depressão Grave	0	0,0	0	0,0	0		

Em suma, através da análise descritiva dos resultados de associação, conclui-se que existe uma associação significativa entre a participação ou não em atividades e os resultados obtidos do MMSE, sendo que o mesmo não se verifica relativamente aos resultados da EDG.

3.4. Correlação de Spearman entre os valores do MMSE e os valores da EDG para os três momentos de avaliação em estudo.

Em relação aos resultados obtidos da correlação entre os dois instrumentos para os cinco anos em estudo verifica-se que a única correlação estatisticamente significativa, negativa moderada entre as duas escalas ocorre unicamente no ano 2015 ($r_s = -0,616$; $p < 0,05$). Esta correlação sugere que no ano 2015, os scores mais elevados de MMSE (menor declínio cognitivo) estão associados a scores mais reduzidos de EDG (ausência de sintomas depressivos) (Tabela 12).

Tabela 12 - Correlações de Spearman entre os scores do MMSE e a EDG para três anos em estudo

	EDG_2012	EDG_2015	EDG_2017
MMSE_2012	-0,036		
MMSE_2015		-0,616*	
MMSE_2017			0,268

* Correlação significativa ao nível de 0,05

4. Análise e Discussão dos Resultados

O presente subcapítulo é dedicado à análise e discussão crítica dos resultados obtidos, confrontando os mesmos com o respetivo enquadramento teórico, de forma a permitir uma compreensão integrada dos resultados, seguindo esta discussão pela ordem em que os mesmos foram apresentados.

Como referido anteriormente, a presente investigação teve como objetivos principais i) compreender em que medida a realização de atividades lúdicas e criativas pela pessoa sénior em contexto de lar contribui para conservar as suas funções intelectuais e cognitivas ii) e se estas constituem um fator de promoção da saúde em termos cognitivos, físicos e sociais.

Para a prossecução destes objetivos, apresentaremos as diferenças entre o grupo de teste (participantes nas atividades lúdicas) e o grupo de controlo (não participantes nas atividades lúdicas) a partir dos resultados obtidos nos dois instrumentos utilizados. Posteriormente, elaboramos a análise das variáveis dependentes para os dois instrumentos, nomeadamente, para verificar a existência (ou não) de relação entre a prática de atividades lúdicas e criativas em termos cognitivos (MMSE) e em termos da sintomatologia depressiva (EDG).

Antes de partir para a comparação entre os dois grupos, importa assinalar que verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas em relação às variáveis sociodemográficas na constituição dos grupos, o que permite concluir que ambos são homogéneos em termos de distribuição por sexo, escolaridade, estado civil e idade, conforme a tabela 5 demonstra, possibilitando uma comparação entre grupos mais fidedigna.

Passamos em seguida a apresentar e discutir os resultados.

Relativamente aos resultados obtidos no instrumento *Mini Mental State Examination* (MMSE), de forma a avaliar o funcionamento cognitivo, conclui-se que em termos comparativos o grupo-teste apresenta valores mais elevados em relação ao grupo-controlo, conforme a Tabela 6 atrás apresentada, o que significa que participar de forma ativa e regular em atividades lúdicas e criativas contribui para a melhoria e prevenção das funções cognitivas. O grupo-controlo, por sua vez, apresenta valores mais reduzidos no

desempenho cognitivo obtido nesta escala ao longo dos cinco anos estudados, logo este grupo de utentes apresenta um maior declínio cognitivo.

Em suma, a prática regular de atividades, como ginástica, trabalhos manuais, estimulação cognitiva entre outras, sugere contribuir para a prevenção do declínio e para a manutenção das funções cognitivas. Porém, também se verificou que a não realização de atividades levou a um aumento da deterioração da componente cognitiva. Os presentes resultados vão de encontro a muitos outros estudos desenvolvidos neste âmbito que referem que a realização de atividades de cariz criativo, artístico e social, por parte dos idosos, resultam num aumento significativo em termos cognitivos, melhoram a auto-estima e proporcionam um bem-estar físico e psicológico, enquanto diminui os sentimentos de vulnerabilidade e a sintomatologia depressiva, mais precisamente, estas vão ao encontro dos estudos de Graves e Garbus (2006), Jacob (2007), Tenório (2010), e de muitos outros já referidos no nosso enquadramento teórico.

Em relação à Escala de Depressão Geriátrica (EDG), em termos comparativos e do ponto de vista de significância estatística, entre o grupo de teste e o grupo de controlo, verificou-se que participar ou não em atividades de cariz lúdico e criativo não influencia a presença ou ausência de sintomatologia depressiva. No entanto, conforme se verifica na Tabela 7, o grupo de teste apresenta valores mais baixos de sintomatologia depressiva comparativamente com o grupo de controlo. Estes resultados podem ter explicação na amostra reduzida, ou seja, com uma amostra maior verificar-se-ia, provavelmente, uma melhoria significativa. Além disso, o facto de o grupo-teste apresentar valores mais baixos de sintomatologia depressiva em relação ao grupo-controlo pode ser explicado devido ao número desigual de pessoas em cada um dos grupos, dado que o grupo de teste conta com 10 participantes e o grupo de controlo com apenas 2 participantes. Esta diferença, em termos de participantes entre os dois grupos, não permite retirar conclusões acerca dos mesmos, pelo que neste caso em concreto os resultados devem ser lidos e interpretados para fins meramente exploratórios e indicativos. A revisão de literatura sugere um conjunto de estudos que demonstra que a prática de atividades de cariz lúdico e criativo exerce um papel fundamental na melhoria da sintomatologia depressiva, uma vez que estes tipos de atividades permitem fomentar a comunicação e os relacionamentos interpessoais (Hanna *et al.*, 2006; Trindade *et al.*, 2013; Teixeira *et al.*, 2016). Por seu lado, segundo alguns autores, a depressão aumenta com a institucionalização, fator este que pode estar subjacente aos resultados do nosso grupo-controlo. (Cardão 2009;

Antonelli *et al.*, 2000; Casemiro *et al.*, 2016). A presença de sintomas depressivos, para outros autores, aumenta em idosos institucionalizados, funcionando como um dos fatores para o aparecimento de depressão nesta faixa etária (Laroque *et al.*, 2006; Cardão 2009; Casemiro *et al.*, 2016 e Trindade *et al.*, 2013).

Vamos agora prosseguir á análise dos dados do ponto de vista intragrupal.

No que concerne aos resultados obtidos nos cinco anos em estudo no que diz respeito ao MMSE, verificou-se que entre o ano 2012 e 2015, quer o grupo de teste, quer o grupo de controlo, não apresentam diferenças estatisticamente significativas; ou seja, a prática ou não de atividades não proporcionou um aumento dos valores do MMSE. Contudo, o grupo de teste, apresentou valores mais elevados, o que indica menor declínio cognitivo em relação ao grupo de controlo.

Em relação ao ano 2015 e 2017, o grupo de teste não evidenciou melhorias da função cognitiva ao longo do tempo, por outro lado, o grupo de controlo apresentou uma redução significativa dos valores do MMSE, o que significa que ao longo do tempo os idosos que não participaram nas atividades passaram a apresentar valores mais baixos, logo um maior declínio cognitivo. Estes resultados acrescentam suporte a inúmeros estudos acerca dos benefícios da participação em atividade lúdicas e criativas no período da senescência em termos da diminuição de perdas cognitivas e na melhoria da qualidade de vida. A estimulação psicomotora é essencial, uma vez que contribui para a melhoria das capacidades cognitivas, da autoestima e no desempenho das atividades da vida diária (Fernández Ballesteros, 2009; Imaginário *et al.*, 2017). A não realização destas atividades pode desencadear um aumento da deterioração das capacidades funcionais, bem como o aumento do isolamento (Ferreira, 2009; Nunes, 2008).

Entre o ano 2012 e 2017, o grupo de teste apresentou melhorias significativas em termos cognitivos, ou seja, ausência de declínio cognitivo. Também o grupo de controlo apresentou diferenças, ainda que mais significativas ao longo destes anos, para que o que chamamos a atenção para a Tabela 8, os idosos que não participam em atividades apresentam deterioração da componente cognitiva, sendo os valores cada vez menores. Estes resultados vão ao encontro de estudos que demonstram que a não realização de atividades lúdicas e criativas pode levar a um grau de dependência, a uma diminuição da capacidade cognitiva, raciocínio e memória, bem como a situações de isolamento e desmotivação (Martins, 2010; Antonelli *et al.*, 2000; Mazo *et al.*, 2012).

Desta forma, conclui-se que a prática das atividades lúdicas e criativas não conseguiu aumentar significativamente os scores do grupo-teste no MMSE para os cinco anos em estudo. Contudo, verifica-se que sendo um grupo que apresenta scores mais elevados, presume-se que com uma amostra maior, se iriam obter resultados estatisticamente significativos da função cognitiva a longo prazo.

Relativamente à Escala de Depressão Geriátrica para os cinco anos em estudo, e comparando as diferentes análises entre os anos 2012– 2015, 2015 – 2017 e 2012 – 2017 a prática ou não de atividades lúdicas e criativas não influenciou a presença ou a ausência de sintomatologia ao longo dos anos, quer no grupo de teste, quer no grupo de controlo, conforme Tabela 9. Estes resultados não coincidem com a literatura, uma vez que são vários os estudos que demonstram que a realização de atividades de cariz criativo, físico e lúdico são fundamentais para a promoção da saúde mental, para a criação de laços sociais, para o aumento da autoestima, assim como, para a diminuição de sintomas depressivos (Franchi & Júnior, 2005; Teixeira *et al.*, 2013).

Vamos agora prosseguir para a análise dos resultados em termos de associação/ relação entre a prática ou não de atividades e a componente cognitiva e de humor.

Em termos de associação/relação entre a prática de atividades e a presença ou ausência de declínio cognitivo, observa-se que no ano 2012 do grupo de teste, 13 participam nas atividades e não apresentam declínio e 1 apresenta declínio cognitivo. Em termos do grupo de controlo, 9 idosos não apresentam declínio cognitivo e 6 apresentam declínio. No ano 2012 os resultados dos dois grupos não são estatisticamente significativos, logo não permitem retirar conclusões completamente válidas. Por sua vez, e no que diz respeito ao ano 2015, do grupo de teste, 12 participantes não apresentam deterioração da função cognitiva e 2 apresentam declínio; em relação ao grupo de controlo 7 não apresentam declínio e 8 apresentam deterioração. Desta forma, é possível constatar que nesse período, o grupo de controlo, isto é, os que não participam nas atividades, agrava-se com o aumento de mais 2 participantes com declínio (comparativamente com o ano 2012). Porém, no grupo teste verifica-se que apenas 1 passou a ter declínio cognitivo em relação ao ano 2012.

Assim, conclui-se que a prática de atividades lúdicas e criativas contribui de forma positiva e benéfica para a prevenção e manutenção da componente cognitiva. O mesmo não se verifica, no ano 2017, uma vez que do grupo de controlo, 13 apresentam declínio

cognitivo e apenas 2 não apresentam, conforme a Tabela 10. Ao longo dos vários anos, o grupo de controlo apresenta uma maior deterioração cognitiva em relação ao grupo de teste, em que se observa que a participação regular e ativa em atividades trouxe benefícios em termos de manutenção e prevenção das funções cognitivas. Investigações realizadas acerca desta temática, demonstram que existe uma relação entre a prática de atividades lúdicas e criativas e a melhoria das funções cognitivas, exercendo um impacto positivo em termos da autonomia de cada pessoa idosa (Apóstolo *et al.*, 2011; Hanna *et al.*, 2006).

Relativamente, à associação/relação entre a EGD e os cinco anos em estudo, constata-se uma ausência de relação quer no grupo de teste como no grupo de controlo entre a participação ou não em atividades e a redução da sintomatologia depressiva, ou seja, a participação em atividades de cariz lúdico e criativo não influenciou a melhoria dos sintomas depressivos, o que mais uma vez, não vai de encontro com a literatura. Estes resultados podem dever-se, como já fora referido, ao reduzido número da amostra.

Por último e em relação à existência da correlação entre o MMSE e a EDG, verifica-se que no ano 2015, à medida que os valores do MMSE aumentam, diminuem os valores da EDG e vice-versa. Pode-se concluir, deste modo, que a participação em atividades proporciona a melhoria da função cognitiva e diminuem os sintomas depressivos (Valcarengi *et al.*, 2011; Junior & Gomes 2015; Paixão *et al.*, 2019).

Os resultados da presente investigação dão suporte a vários estudos realizados não só em Portugal, mas também noutros países. No entanto, os mesmos devem ser analisados com rigor e prudência, dado que, a dimensão da amostra não permite a generalização dos resultados obtidos para a população. Por outro lado, os resultados obtidos em relação à Escala de Depressão Geriátrica (EDG) não vão de encontro aos vários estudos desenvolvidos neste âmbito. No entanto, o facto de o estudo se ter realizado com uma amostra reduzida pode explicar o facto dos resultados obtidos através da EDG não irem de acordo com o expectável, acrescendo o facto de existirem um conjunto de variáveis que não foram passíveis de serem controladas, uma vez que não se sabe realmente até que ponto é que os idosos diagnosticados com depressão eram acompanhados devidamente por outros profissionais de saúde. Uma outra variável que não foi possível controlar está relacionada com a medicação que cada pessoa idosa toma, não sendo possível perceber até que ponto é que esses idosos eram acompanhados em termos individuais, no sentido de as incentivarem a participarem nas atividades.

Apesar das limitações da presente investigação, é de salientar a sua pertinência e a importância, uma vez que tem como foco sensibilizar a sociedade em geral, assim como os profissionais de saúde e instituições, para a implementação de estratégias e atividades tendo em conta os gostos e interesses de cada pessoa idosa, de forma a proporcionar sentimentos de bem-estar e satisfação. O envelhecimento deve ser encarado e vivido da melhor forma possível, e para isso os profissionais de saúde desempenham um papel cada vez mais importante neste sentido. No entanto, e apesar de todos os estudos nesta área, sugere-se a realização de mais estudos relacionados com a prática de atividades e a sua relação com a depressão. Considera-se ser também pertinente perceber se as alterações verificadas neste estudo, em termos cognitivos, se mantêm ao longo tempo. Contudo, atenta-se que os mesmos devem ser realizados com uma amostra maior para que a mesma seja representativa.

Para concluir, considera-se que é fundamental a realização de investigações relacionadas com esta temática, para que sejam desenvolvidos pelas instituições programas adequados a cada pessoa idosa por forma, a proporcionar uma melhor qualidade de vida.

5. Conclusão e Reflexões Finais

A presente conclusão pretende ser a síntese dos principais resultados obtidos, bem como uma reflexão crítica dos mesmos, assim como as limitações encontradas, e os contributos e às implicações para investigações futuras.

Conforme se constata através da revisão da literatura realizada, a realização de atividades lúdicas e criativas de forma regular, desempenham um papel significativo em termos da manutenção e prevenção das funções cognitivas, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa.

O presente estudo teve como principal objetivo compreender em que medida a realização de atividades lúdicas e criativas pela pessoa sénior em contexto de lar contribui para preservar as suas funções intelectuais e cognitivas e se constitui um fator de promoção da saúde em termos globais, descritas por vários estudos realizados, como eficazes e benéficas em termos cognitivos, sociais e emocionais, tendo sido todos os objetivos alcançados. Foi possível analisar o impacto da realização destas atividades em contexto de lar, recorrendo-se à análise de grupos homogéneos em relação às características sociodemográficas.

Os resultados desta investigação foram ao encontro de outros estudos desenvolvidos neste âmbito, nomeadamente em termos da prática regular de atividades e sua relação com os benefícios em termos psicológicos, sociais e emocionais. No grupo de teste, os resultados obtidos, em relação à escala do *Mini Mental State Examination* (MMSE), foram positivos e estatisticamente significativos, no sentido em que os idosos que participavam nas atividades apresentavam manutenção e prevenção das funções cognitivas, o que, quando comparados com o grupo de controlo, o mesmo não se verificou, visto que ao longo dos diferentes anos este grupo apresentou uma deterioração cognitiva significativa. A obtenção destes dados, e apesar da reduzida amostra, leva a considerar a eficácia da realização destas atividades para a promoção das capacidades cognitivas.

Em relação à Escala de Depressão Geriátrica as diferenças encontradas entre o grupo de teste e o grupo de controlo não foram estatisticamente significativas, eventualmente devido à existência de fatores e variáveis externas, que não foram passíveis de serem controladas, como é o caso do número de participantes em cada grupo, se existiu

ou não acompanhamento individual quando diagnosticados com depressão, e que tipo de medicação tomavam.

O facto de o estudo ter sido realizado com uma amostra reduzida pode ter influenciado os resultados, uma vez que o grupo de teste apresentou sempre valores mais baixos (ausência de sintomatologia depressiva) em comparação com o grupo de controlo que apresentou valores mais elevados (presença de sintomatologia depressiva). Com uma amostra maior seria expectável que os resultados fossem estatisticamente significativos.

Neste estudo, verificou-se também a existência de uma correlação negativa entre os dois instrumentos, ou seja, quando o valor do *Mini Mental State Examination* aumenta, a Escala de Depressão Geriátrica diminui e vice-versa, confirmando alguns dos dados verificados na literatura.

Os resultados desta investigação dão suporte a vários estudos realizados neste âmbito, embora os mesmos devam ser considerados com prudência, visto que se trata de uma amostra com reduzidas dimensões e por algumas das variáveis, que consideramos ser importantes para uma melhor consistência do trabalho, não foram possíveis de serem recolhidas.

Este estudo contribui assim, para perceber que é importante que o idoso seja ativo no seu dia-a-dia, demonstrando a eficácia da realização de atividades lúdicas e criativas em termos cognitivos.

Apesar destas limitações do estudo, é de salientar a sua importância e pertinência dado que permitiu compreender de que forma é que as atividades desenvolvidas pelos idosos contribuíram de forma positiva e benéfica para a saúde psicológica e emocional dos mesmos. Considerámos também fundamental a realização desta investigação, no sentido de sensibilizar os diferentes profissionais de saúde e instituições para perceberem o que podem e devem fazer diferente com o objetivo de melhorarem as diferentes atividades, porque cada pessoa é uma pessoa, com gostos e interesses diferenciados.

Em relação à realização de estudos futuros, sugerimos que devam continuar a ser desenvolvidas investigações nesta área, também no sentido de perceber se as alterações verificadas em termos cognitivos se mantêm no tempo. Além disso, futuras investigações neste âmbito deverão ser realizadas com uma amostra de maiores dimensões, e com uma

recolha de dados mais ampla, não se restringindo apenas a duas escalas de avaliação, visto que muitas outras condições influenciam o nosso bem-estar cognitivo e emocional.

É cada vez mais importante, a realização de estudos nesta área, visto que, com o aumento da população idosa não só em Portugal, mas em todo o mundo, é crucial a implementação de medidas de intervenção que proporcionem a esta faixa etária uma melhor qualidade de vida e bem-estar em termos globais.

Referências Bibliográficas

- Agostinho, P. (2004). Perspetiva Psicossomática do Envelhecimento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1, 31-36.
- Aguiar, A.P. & Macri, R. (2010). Promovendo a qualidade de vida dos idosos através da arteterapia. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental*, 1, 710-713.
- American Psychiatric Association. (2014). *American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual-5*. Lisboa: Climepsi.
- Antonelli, E., Rubini, V. & Fassone, C. (2000). The self – concept in institutionalized and non – institutionalized elderly people. *Journal of Environmental Psychology*, 20, 151-164.
- Apóstolo, J., Cardoso, D., Marta, L. & Amaral, T. (2011). Efeito da estimulação cognitiva em idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, 5, 193- 201.
- Baltes, P., Staudinger, U. & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*, 50, 471-507.
- Benedetti, T.R.B., Borges, L.J., Petroski, E.L. & Gonçalves, L.H.T. (2008). Atividade Física e estado de saúde mental de idosos. *Revista Saúde Pública*, 42, 302-307.
- Cancela, D.M.G. (2007). O Processo de Envelhecimento. *Portal dos Psicólogos*, 1, 1-15.
- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de ler.
- Carriere, J.S., Cheyne, J.A., Solman, G.J. & Smilek, D. (2010). Age trends for failures of sustained attention. *Psychology and Aging*, 3, 569-574.
- Casemiro, F.G., Rodrigues, I.A., Dias, J.C., Alves, L.C.S., Inoye, K. & Gratão, A.C.M. (2016). Impacto da estimulação cognitiva sobre depressão, ansiedade, cognição e capacidade funcional em adultos e idosos de uma universidade aberta da terceira idade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19, 683-694.
- Chagas, A.M. & Rocha, E.D. (2012). Aspectos fisiológicos do envelhecimento e contribuição da odontologia na saúde do idoso. *Revista Brasileira de Odontologia*, 1, 94-96.
- Dalfovo, M.S., Lana, R.A. & Silveira, A. (2008). Métodos quantitativos e qualitativos. Um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 4, 1-13.

- Dumazedier, J. (1974). *Sociologia Empírica do Lazer*. São Paulo: Editora Perspetiva.
- Erickson, K.I. & Kramer, A.F. (2009). Aerobic exercise effects on cognitive and neural plasticity in older adults. *British Journal of Sports Medicine*, 43, 22-24.
- Fernandes, H. (2007). *Solidão em idoso do meio rural do Concelho de Bragança*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Fernández-Ballesteros (2009). *Envejecimiento Activo: Contribuciones da Psicologia*. Ediciones Pirámide: Madrid.
- Ferreira, C. (2009). *Envelhecimento e lazer*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Figueiredo, L. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores
- Fleuri, A.C.P., Almeida, A.C.S., Diniz, A.J., Magalhães, L.A.D., Ferreira, L.H.C. Horta, N.C., Prata, M.T.M. & Moura, R.M. (2013). Atividades lúdicas com idosos institucionalizados. *Revista de Enfermagem*, 1, 50-57.
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A.M. (2010). Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. *Contexto Clínico*, 3, 124-131.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- França, C.L. & Muta, S.G. (2014). Prevenção e Promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34, 318-329.
- Franchi, K.M.B & Junior, R.M.M. (2005). Atividade Física: Uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 3, 152-156.
- Greaves, C. & Garbus, L. (2006) Effects of creative and social activity on the health and well-being of socially isolated older people: outcomes from a multi-method observational study. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126, 134-42.

- Hanna, K.M., Antunes, Santos, R.F., Cassilhas, R. Santos, R.V.T., Bueno, O.F.A. & Mello, M.T. (2006). Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. *Revista Brasileira de Medicina do desporto*, 2, 108-114.
- Hillman, C.H., Erickson, K.I. & Kramer, A.F. (2008). Be smart, exercise your heart: Exercise effects on brain and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 9, 58-65.
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar - Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau.
- Imaginário, C., Machado, P., Rocha, M., Antunes, C. & Matins, T. (2017). Atividades de vida diária como preditores do estado cognitivo em idoso institucionalizados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 18, 37-43.
- Instituto Nacional de Estatística (2017). *Projeções de População Residente, 2015-2080*. Lisboa: INE.
- Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos*. Porto: Âmbar.
- Júnior, J.A.S.H. & Gomes, G.C. (2015). Sintomatologia depressiva e comprometimento cognitivo de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Psicologia*, 1, 52-81.
- Laroque, M.F., Affeldt, A.B., Gheno, B., Dias, G.D. & Santana, M.G. (2006). A criatividade na terceira idade. *Revista Contexto e Saúde*, 11, 7-14.
- Lopes, A. & Lemos, R. (2012). Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação na Sociologia Portuguesa. *Revista da Faculdade de letras da Universidade do Porto*, 1, 13-31.
- Lopes, R.F., Lopes, M.T.F. & Camara, V.D. (2009). Entendendo a solidão do idoso. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 3, 373-381.
- Lourenço, R.A. & Veras, R.P. (2006). Mini- Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista Saúde Pública*, 4, 1-8.
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: saber decidir, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Martins, R. M. L. (2010). Os idosos e as atividades de lazer. *Millenium*, 38, 243-251.
- Martins, R.M. (2008). A Depressão no Idoso. *Millenium*, 13, 119-123.

- Mazo, G.Z., Krug, R.R., Virtuoso, J.F., Streit, I.A. & Benetti, M.Z. (2012). Autoestima e Depressão em idosos praticantes de exercícios físicos. *Revista Kinesis*, 1, 188-199.
- Nahas, M. (2001). *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. Londrina: Midiograf.
- Neto, F. (2000). *Psicologia Social*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Nóbrega, I.R.A.P., Leal, M.C.C., Marques, A.P.O & Vieira, J.C.M. (2015). Fatores associados à depressão idosos institucionalização: revisão integrativa. *Saúde Debate*, 105, 536-550.
- 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, 5-8.
- Nunes, B. (2008). Envelhecimento ativo e promoção da saúde: Reflexão para as ações educativas com idosos. *Revista Associação Portuguesa de Sociologia*, 1, 15-24.
- Nunes, M.V.R.S. (2009). Envelhecimento Cognitivo: principais mecanismos explicativos e suas limitações. *Cadernos de Saúde*, 2, 19-29.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde*. Basílica: Organização Pan – Americana da Saúde.
- Paixão, Y.A., Curado, P.F., Orlandi, A.A.S., Netto, L.S.S., Rezende, F.A.C., Osório, N.B. & Nunes, D.P. (2019). Declínio Cognitivo e Sintomas Depressivos: Um estudo com idosos da Universidade da Maturidade. *Revista Humanidades e Inovação*, 11, 120-127.
- Pardal, L. & Lopes, E.S. (2011). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal Editores.
- Pinto, I.F., Campos, C.J.G. & Siqueira, C. (2018). Investigação qualitativa: Perspetiva geral e importância para as ciências da nutrição. *Associação Portuguesa de Nutrição*, 14, 30-34.
- Printes, C.B., Costa, A., Sousa, P.M., Pinheiro, V. & Terra, N. (2016). Prática de exercício físico e função cognitiva-motora: Uma orientação global no controle dos efeitos do envelhecimento. *Revista de Desporto e Atividade Física*, 1, 37-54.

- Ramos, M.P. (2002). Apoio Social e Saúde entre Idosos. *Sociologias*, 7, 156-175.
- Resende, M.C., Almeida, C.P., Favoreto, D., Miranda, E.G., Silva, G.P., Vicente, J.F.P., Queiroz, L.A., Duarte, P.F. & Galicioli, S.C.P. (2011). Saúde Mental e Envelhecimento, *Psicologia*, 1, 31-40.
- Ribeiro, J.L.P. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Placebo Editora.
- Romão, R.M.S. (2013). *A importância do Lazer na promoção do envelhecimento bem-sucedido*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educação e Comunicação, Universidade do Algarve, Algarve, Portugal.
- Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M.R. & Freitas, S. (2016). Mini-Mental State Examination: Avaliação dos novos dados normativos no rastreio e diagnóstico do défice cognitivo. *Revista Científica da ordem dos médicos*, 4, 240-248.
- Santos, F. H., Andrade, V.M. & Bueno, C.F.A. (2009). Envelhecimento: Um processo multifatorial. *Psicologia em Estudo*, 1, 3-10.
- Sayer, A. & Barker, D. (2002): The early environment, developmental plasticity. *Reviews in Clinical Gerontology*, 3, 205-212.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel-edições técnicas.
- Silva, H.S., Lima, A.M.M. & Galhardoni, R. (2008). Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde. *Interface – comunicação, Saúde e Educação*, 1, 1-11.
- Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar em idoso: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37, 364-371.
- Souza, A.A.F & Wechsler, S.M. (2013). Inteligência e criatividade na maturidade e velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26, 643-653.
- Squire, A. (2002). *Saúde e Bem-Estar para Pessoas Idosas: Fundamentos Básicos para a Prática*. Loures: Lusociência.

- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D.I. & Costa, J.L.R. (2002). Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. *Motriz*, 3, 91-98.
- Teixeira, C.M., Nunes, F.M.S., Ribeiro, F.M.S., Arbinaga, F. & Vasconcelos, R.J. (2016). Atividade física, autoestima e depressão em idosos, *Cadernos de Psicologia e Desporto*, 3, 53-64.
- Tenório, R. (2010). *Intervenções lúdicas e qualidade de vida: estudo descritivo entre idosos da região nordeste de Belo Horizonte*. (Dissertação de Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil, América do Sul.
- Trindade, A.P.N.T., Barboza, M.A., Oliveira, F.B. & Borges, A.P.O. (2013). Repercussão do Declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Revista Fisioterapia em Movimento*, 2, 281-289.
- Vaz, S.F.A. & Gaspar, N.M.S. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem*, 4, 49-58.
- Yin, R. (2001). *Estudo de caso – Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman
- Zimmerman, G. (2000). *Velhice: Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Armed Editora.

ANEXOS

Anexo A



Declaração de Autorização

Declaro que me foi informado que o objetivo central desta investigação é compreender em que medida a realização de atividades lúdicas e criativas pela pessoa sénior contribui para conservar ou melhorar as funções intelectuais e cognitivas constituindo um fator que promove o bem-estar psicológico e a saúde de uma forma global.

Fui igualmente informado de que os dados recolhidos serão obtidos com base na consulta dos processos dos utentes do lar [redacted] e têm como objetivo constituir material empírico para elaborar uma análise e reflexão sobre o tema da dissertação, em articulação com a pesquisa bibliográfica e os parâmetros da metodologia científica.

A investigadora assumiu que todos os dados consultados são confidenciais e os processos não serão identificados em momento algum, sendo circunscrito a um contexto e uso exclusivamente académico, em que todas as informações recolhidas servirão apenas para fins de investigação académica e científica.

Desta forma, autorizo que a investigadora Joana Marisa dos Santos Pereira, realize a consulta dos processos dos utentes do lar [redacted] – Santa Casa da Misericórdia [redacted] para fins de investigação de 2º Ciclo de estudos em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa.

Data: 11 / Abril / 2019

Assinatura do Responsável da Instituição: _____