



**Universidade
de Aveiro
2011**

Secção Autónoma de Ciências da Saúde

**Mariana Rodrigues
de Brito Garcia**

**Intervenção não farmacológica em idosos
com comprometimento cognitivo**



**Universidade
de Aveiro
2011**

Secção Autónoma de Ciências da Saúde

**Mariana Rodrigues
de Brito Garcia**

**Intervenção não farmacológica em idosos
com comprometimento cognitivo**

Relatório de actividades apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia realizado sob a orientação científica do Dr. José Ignacio Guinaldo Martín, Professor Auxiliar Convidado da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.

agradecimentos

Em primeiro lugar, aos meus pais e à minha irmã – porque, se hoje sou alguém, a eles lhe devo.

À professora doutora Liliana Xavier e à professora doutora Alcione Leite da Silva, bem como à Secção Autónoma das Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro e ao professor doutor Ignacio Martín, pela oportunidade que me proporcionaram com este estágio.

A Pepe, Esther, Diana, Nino y Giuli, que han sido la mejor familia que yo podría haber tenido en el otro lado de la frontera.

A mis abuelos, por lo todo que me han enseñado.

A todos os meus amigos que, através de e-mails, visitas e abraços, me fizeram sorrir durante os quatro meses madrilenos.

Àquelas pessoas que, por não acreditarem em mim, me fizeram ter a força necessária para terminar esta etapa da minha vida.

A todos, o meu maior Obrigada – porque, para ser humano, é preciso sê-lo com alguém, mas para ser um bom humano é preciso sê-lo com todos vocês.

o júri

presidente

Professora Doutora Alcione Leite da Silva

Professora associada convidada da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Alda Sofia Pires de Dias Marques

Professora adjunta da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

Professor Doutor José Ignacio Guinaldo Martín

Professor auxiliar convidado da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

Dr. José Maria Salas Villar

Director da instituição Residencia Eulen Santo Domingo – Algete

palavras-chave Demência, idosos, estimulação cognitiva

resumo

A demência afecta cada vez mais um maior número de pessoas a nível mundial. Com o aumento dos casos, não só as intervenções devem ser mais e melhores, como também os indivíduos envolvidos nesta problemática devem ser mais exigentes. Assim sendo, é necessário que a teoria seja colocada na prática para que doentes e familiares tenham um maior apoio formal. Através de terapias farmacológicas ou não farmacológicas é possível manter funções cognitivas operantes ou retardar a progressão da demência durante um maior período de tempo. Neste caso específico, serão abordadas terapias não farmacológicas, particularmente a estimulação cognitiva, com vista a adquirir competências que tornem a aluna uma profissional com maior capacidade de resposta a esta população concreta. **Objectivos:** Implementar um projecto de estimulação cognitiva com o intuito de adquirir competências de gestão de equipamentos sociais, de estabelecimento e manutenção de relações de trabalho em equipa, de adaptação a novos ambientes de trabalho e experiência profissional. **Metodologia:** Exploração e acompanhamento da evolução do desempenho cognitivo de 5 residentes, durante 12 semanas, em actividades de estimulação cognitiva. Dos 5 participantes, 4 realizaram 12 sessões de estimulação cognitiva e 1 realizou apenas 6. No final, compararam-se os resultados com a intenção de verificar a influência da implementação do projecto na qualidade de vida dos participantes. **Resultados:** No caso da participante E, notou-se claramente que a participação no projecto melhorou o seu estado de humor, uma vez que se sentia activa. Verificou-se que, apesar de os desempenhos não terem melhorado significativamente, os participantes encontravam-se bem-dispostos e sentiam que tinham objectivos a atingir quando realizavam as tarefas propostas. **Conclusões:** O desenvolvimento das actividades a que a estagiária se propôs permitiu a aquisição/ desenvolvimento total das competências de prática em técnicas não farmacológicas na demência (através do desenvolvimento de sessões de estimulação multi-sensorial e de estimulação cognitiva) e das competências de carácter interpessoal (através da participação activa nas reuniões técnicas diárias, no planeamento de actividades e do acompanhamento da entrada e integração de novos residentes). O estágio não só serviu para a consolidação da aluna enquanto profissional, mas também para a sua formação enquanto pessoa.

keywords Dementia, elderly, cognitive stimulation

abstract Dementia affects an increasingly larger number of people worldwide. With the increase in cases, interventions should not only be more and better, but the individuals involved in this problem should be also more demanding. Therefore, it is necessary that the theory is put into practice so that patients and families have a greater formal support. Through pharmacological or nonpharmacological therapies can maintain cognitive functions operating or slow the progression of dementia over a longer period of time. This particular case will be dealt with non-pharmacological therapies, particularly cognitive stimulation, to acquire skills that make the student a professional with more responsive to this specific population. **Objectives:** To implement a project of cognitive stimulation in order to acquire management skills of social facilities, establish and maintain teamworking relationships, adapt to new working environments and professional and research experience. **Methodology:** Exploration and monitoring development of the cognitive performance of 5 residents, for 12 weeks, in cognitive stimulation activities. Of the 5 participants, 4 underwent 12 sessions of cognitive stimulation and 1 made only 6. In the end, the results were compared to check the influence of project implementation in the quality of life of participants. **Results:** In the case of resident E clearly it was noted that participation in the project improved her mood, since she was active. It was found that, although the performances have not improved significantly, the participants were well-disposed and felt they had targets when the proposed tasks were performed. **Conclusions:** The development of activities that the intern has proposed allowed the acquisition/development of all non-pharmacological techniques practice in dementia skills (through the development of stimulation sessions multi-sensory and cognitive stimulation) and the interpersonal skills (through active participation in technical meetings a day, plan activities and monitor the entry and integration of new residents). The internship not only served to consolidate the student as a professional, but also for its formation as a person.

Lista de siglas

ABVD – Actividades Básicas da Vida Diária

ADI – *Alzheimer Disease International*

CAM – *Comunidad Autonoma de Madrid*

CD – *Compact Disc*

CIA – Caderno Individual de Actividades

DA – Doença de Alzheimer

GDS-15 – *Global Deterioration Scale 15*

H - Horas

MEC – *Mini-Examen Cognoscitivo*

SCPD – Sintomas Comportamentais e Psicológicos da Demência

TEC – Terapia de Estimulação Cognitiva

TOR – Terapia da Orientação na Realidade

TR – Terapia da Reminiscência

TV – Terapia da Validação

Índice

Índice.....	i
Índice de tabelas	iv
Enquadramento teórico.....	1
Objectivos do estágio	7
Caracterização da população-alvo.....	10
Delimitação e justificativa do estudo	13
Metodologia	15
Metodologia de investigação.....	15
Amostra	15
Instrumentos.....	18
Procedimentos	20
Resultados	23
Discussão dos resultados	27
Conclusões	29
Referências bibliográficas	31
Anexos	35
Residencia Eulen Santo Domingo	35
Estrutura	35
Serviços e instalações	35
Recursos humanos	36
Funcionamento.....	37
«¡Yo activo mi mente!» - Manual de intervenção.....	39
Oficina 1: Leitura e escrita.....	39
Leitura	39
Actividades	39
Escrita	39
Actividades	40
Oficina 2: Linguagem.....	40
Descrição e narração.....	40
Actividades	41

Repetição.....	41
Actividades	42
Reconhecimento e denominação verbal.....	42
Actividades	42
Oficina 3: Esquema corporal.....	42
Actividades	43
Oficina 4	43
Funções executivas (GDS 3)	43
Actividades	44
Gestualidade (GDS 4)	44
Manipulação de objectos (mímica).....	44
Actividades	44
Destreza manual	44
Actividades	45
Oficina 5: Orientação.....	45
Actividades	45
Oficina 6	45
Problemas aritméticos (GDS 3).....	45
Actividades	46
Actividades sensoriais (GDS 4).....	46
Visão	46
Actividades	47
Audição	47
Actividades	47
Tacto.....	47
Actividades	48
Instrumentos de avaliação dos participantes	49
MEC	49
GDS-15	51
Instrumentos de orientação de procedimentos da intervenção.....	52
Planificação das sessões.....	52
Avaliação individual das sessões	53

Avaliação global das sessões.....54

Índice de tabelas

Tabela 1: Caracterização da amostra.....	16
Tabela 2: Procedimentos de intervenção do projecto.....	20
Tabela 3: Resultados do projecto.	23

Enquadramento teórico

O crescente aumento da esperança média de vida amplia, também, a probabilidade do aparecimento de novas problemáticas relativas ao estado de saúde da população. Uma destas problemáticas é, sem dúvida, a demência, que se assume como a terceira causa de morte nos países desenvolvidos, sendo precedida pelos problemas cardiovasculares e cancro (1).

A demência é uma «(...) diminuição da capacidade intelectual em comparação com o nível prévio de função. Normalmente, esta diminuição vem acompanhada de mudanças psicológicas e comportamentais e dá lugar a uma alteração das capacidades sociais e laborais (...)» do doente (2). Uma pessoa com demência sofre de alterações na memória, na consciência e em pelo menos uma das seguintes áreas: pensamento abstracto, juízo, funções corticais superiores (afasia, apraxia e agnosia) ou personalidade. A demência é, por estes motivos, definida não como uma doença mas sim como uma síndrome que poderá ter na sua origem variados factores: anemias, inflamações malignas, défice de minerais, falha renal, doenças hepáticas, acidentes cardiovasculares, hidrocefalias, entre outras (1).

A Doença de Alzheimer (DA), demência primária de natureza neurológica, encontra-se entre as crises sociais, de saúde e económicas mais significativas do século XXI. Segundo dados recolhidos pela *Alzheimer Disease International* (ADI) para o seu primeiro relatório anual sobre a DA (2009), estimava-se que 35,6 milhões de pessoas em todo o Mundo viriam a padecer de demência em 2010. Previa-se igualmente que este valor quase duplicasse a cada 20 anos, atingindo os 65,7 milhões de pessoas em 2030 e os 115,4 milhões em 2050 (3). Em Espanha, esta doença atinge cerca de 450 000 pessoas (4). Dados do Projecto *European Collaboration on Dementia* (Eurocode), conduzido pela *Alzheimer Europe* e financiado pela Comissão Europeia, indicavam que, em Portugal, dos 153 000 casos de demência, 90 000 sofriam de Doença de Alzheimer (5).

As manifestações clínicas da DA foram descritas, pela primeira vez, em 1907, pelo psiquiatra e patologista alemão Alois Alzheimer, através da análise da evolução de 4 anos de um quadro demencial de uma paciente sua. A partir deste caso clínico, Alois Alzheimer definiu a DA como sendo uma doença neurodegenerativa progressiva e irreversível, que provoca alterações cognitivas (de memória e de capacidades intelectuais gerais) e funcionais (perda da autonomia pessoal) e que se caracteriza pela atrofia cerebral, perda de neurónios e formação de placas senis (depósitos anormais de fragmentos de proteína que se agrupam entre as células nervosas do cérebro) e de

agregados neurofibrilares, formados por filamentos de proteínas nas células nervosas (2, 6).

Os principais factores de risco que aumentam a probabilidade do desenvolvimento de DA são a idade avançada, a hereditariedade genética (7) e o historial familiar (8). No entanto, há outros factores que podem interferir nesta probabilidade, como sendo os baixos níveis de estímulo intelectual, a actividade social e física, a pressão arterial elevada (9), a hipercolesterolemia e a homocisteína elevada, obesidade, diabetes *mellitus* e lesões cerebrais graves ou repetidas (10).

Actualmente não existe uma cura para a DA, mas são disponibilizadas várias terapias que procuram atenuar os sintomas e o progresso da doença (11). Visam melhorar a qualidade de vida de doentes e familiares, preservando ao máximo as suas capacidades funcionais e prevenindo/atenuando os problemas comportamentais (12, 13). Estas podem ser terapias farmacológicas e terapias não farmacológicas, sendo que estudos apontam para uma maior eficácia aquando da junção das duas (13-18).

As terapias farmacológicas envolvem a acção de fármacos que pretendem minimizar e retardar os sintomas das doenças. No entanto, e como qualquer tratamento baseado em químicos, existem efeitos secundários que podem ser difíceis de controlar e prejudiciais ao doente (19-22).

As terapias não farmacológicas surgem da necessidade de controlar os sintomas neuropsiquiátricos da demência, como os distúrbios de percepção, de pensamento, de humor ou de comportamento (21). Os Sintomas Comportamentais e Psicológicos da Demência (SCPD), como a agitação, a agressividade, desordens humorais, psicoses, a desinibição sexual ou vocabulário inapropriado (23), aumentam o sofrimento das pessoas idosas com demência e a sobrecarga dos cuidadores, uma vez que se traduzem em distúrbios observáveis inadequados à interacção social (22) e são os principais responsáveis pelos casos de institucionalização (23). Assim sendo, as boas práticas clínicas passam por, em primeiro lugar, excluir a possibilidade da causa dos SCPD ser consequência de uma doença física (infecções, por exemplo) e, em segundo lugar, apostar em abordagens não farmacológicas antes de iniciar as terapias farmacológicas (23).

Para compreender as diferenças entre as distintas terapias não farmacológicas, é necessário perceber a importância e as linhas gerais em que se baseiam as mesmas. Cohen-Mansfield (2004) distingue três modelos teóricos: 1) modelo das necessidades não satisfeitas; 2) modelo comportamental/de aprendizagem; 3) modelo de vulnerabilidade ambiental/redução do stresse (22).

O *modelo das necessidades não satisfeitas* destina-se a satisfazer as necessidades que estão a provocar os comportamentos inadequados. A privação sensorial ou a solidão podem originar necessidades que, não sendo perceptíveis pelo observador ou pelo cuidador, podem estar na

gênese de comportamentos inapropriados por parte da pessoa idosa com demência. Nestes casos, a estimulação sensorial, as actividades de grupo ou os contactos sociais são intervenções que ajudam a eliminar estas necessidades e, conseqüentemente, os comportamentos.

O *modelo comportamental/de aprendizagem* assume que a relação entre antecedentes, comportamentos e reforço foi aprendida e, como tal, é necessária uma nova aprendizagem para alterar a relação entre antecedentes e comportamentos. Muitos problemas comportamentais são aprendidos através da atenção que é dada por parte dos cuidadores formais aquando da ocorrência dos mesmos. É necessária uma modificação deste reforço para alterar o comportamento.

O *modelo de vulnerabilidade ambiental/redução do stresse* nasce da assumpção de que o processo demencial resulta numa vulnerabilidade em relação ao ambiente e numa diminuição da capacidade de lidar com o stresse, que afecta o comportamento. Assim sendo, um estímulo que pode ser apropriado para uma pessoa com o estado cognitivo intacto pode gerar uma reacção exagerada para uma outra pessoa com demência. As pessoas com demência perdem, progressivamente, a capacidade de lidar com o stresse e, como tal, encaram o meio em que se inserem como sendo mais stressante. O resultado é um aumento dos níveis de ansiedade e dos comportamentos inadequados quando os níveis de stresse ultrapassam a capacidade de lidar com o mesmo. Uma alteração do meio ambiente ajuda a reduzir os estímulos que provocam stresse na pessoa idosa. Da mesma maneira, sessões de relaxamento ajudam a diminuir os níveis de stresse e os comportamentos que advêm deste.

Apesar de serem definidos separadamente, estes três modelos não são totalmente independentes entre si, podendo complementar-se.

As terapias não farmacológicas englobam um vasto leque de intervenções. As terapias *standard* são a Terapia da Reminiscência, a Terapia da Validação e a Terapia de Orientação na Realidade (2, 21, 23).

A Terapia da Reminiscência (TR) é uma técnica de estimulação cognitiva que utiliza a recordação sistemática de memórias antigas com o intuito de activar o passado da pessoa idosa. Mais do que a localização perfeita no tempo, a TR pretende que o idoso se centre na lembrança e nos aspectos pessoais da mesma. Pretende, portanto, estimular a própria identidade e auto-estima do paciente. Para isso, serve-se de materiais antigos ou do quotidiano (jornais, utensílios domésticos, fotografias, etc.) para estimular a memória e permitir à pessoa idosa a partilha e a valorização das suas experiências. Esta técnica é classificada por Livingston et al. (2005) com um

nível de recomendação¹ D.

A Terapia da Orientação na Realidade (TOR) é uma técnica de estimulação cognitiva que se dedica a intervir nas alterações da orientação e da memória através da estimulação das pessoas idosas com demência, para que estas readquirem dados sobre si próprias e sobre o meio em que se inserem. Baseia-se na ideia de que se a informação de orientação (horas, dia da semana, data, tempo, nomes, etc.) for insuficiente, o funcionamento normal da pessoa idosa com demência é afectado negativamente. O mesmo pode ser melhorado quando são usadas anotações escritas. Esta abordagem é mais indicada em fases iniciais do processo demencial. Nível de recomendação: D.

A Terapia da Validação (TV), baseada na premissa da singularidade individual, destina-se a dar a oportunidade de resolver conflitos pendentes através do encorajamento e validação da expressão de sentimentos. Representa uma abordagem oposta à TOR, uma vez que se baseia numa atitude de respeito e empatia para com o idoso, pretendendo que o cuidador (formal/informal) se adapte e aceite a conduta da pessoa idosa. Esta intervenção é mais indicada nas fases mais avançadas da demência. Nível de recomendação: D.

Para além das terapias *standard*, outras abordagens são definidas (21):

- TERAPIA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA – deriva da TOR e utiliza o processamento de informação em vez do conhecimento factual para resolver os problemas no funcionamento em doentes com demência. Nível de recomendação: B;
- INSTRUÇÃO ESPECIAL INDIVIDUALIZADA – consiste em sessões de 30 minutos de atenção individual focalizada e na realização de actividades adaptadas a cada participante. Nível de recomendação: C;
- TERAPIA DA AUTO-MANUTENÇÃO – pretende ajudar a pessoa idosa com demência a manter a noção de identidade pessoal, continuidade e coerência. Este tipo de intervenção incorpora técnicas de validação, reminiscência e psicoterapia. Nível de recomendação: C;
- TÉCNICAS STANDARD DE GESTÃO DE COMPORTAMENTOS – são técnicas menos específicas que consistem na entrega de um manual de tratamento que serve de guia para a relação doente-cuidador ou na solução de problemas com o cuidador. Nível de recomendação: B;

¹ Livingston et al. (21) classificam as diferentes abordagens não farmacológicas de acordo com os critérios do Centro de Medicina Baseada na Evidência de Oxford. Estes níveis de recomendação variam entre o nível A (nível de significância científica máximo) e o D (nível de significância científica mínimo, estudos inconclusivos).

- INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS COM OS CUIDADORES – podem ter quatro vertentes: a) intervenções com cuidadores que pretendem melhorar os sintomas neuropsiquiátricos ou a frequência da institucionalização de pessoas idosas com demência. Nível de recomendação: D; b) intervenções psicoeducativas para ensinar aos cuidadores como modificar as suas interações com os idosos com demência. Nível de recomendação: A; c) formação de conselhos familiares com vista à redução da institucionalização dos idosos. Nível de recomendação: C; d) utilização de recursos humanos especializados no tratamento de pessoas com demência na formação de cuidadores informais inseridos na comunidade. Nível de recomendação: D;
- INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS:
 - Estimulação sensorial
 - Musicoterapia – este tipo de intervenção inclui a reprodução de música de épocas ou géneros específicos como parte das sessões ou então em determinados períodos do dia. Os participantes também podem manipular instrumentos musicais, dançar ou participar na composição ou improviso das sessões. Nível de recomendação: B;
 - Estimulação Multi-Sensorial (*Snoezelen*) – baseia-se no princípio de que os sintomas neuropsiquiátricos experienciados por um doente com demência podem resultar em períodos de privação sensorial. Assim sendo, este tipo de terapia combina o relaxamento com a exploração de estímulos sensoriais (luzes, sons, odores, etc.). Para esta intervenção, é necessária a existência de uma sala devidamente preparada e equipada para o efeito. Nível de recomendação: B;
 - Outras estimulações sensoriais – outras formas de estimulação sensorial são, por exemplo, massagens combinadas com música, programas de integração sensorial que enfatizem as respostas corporais e a estimulação sensorial, intervenções de toque corporal expressivas ou ainda estimulação através de elementos naturais durante o banho (sons da natureza, visualização de imagens, etc.). Nível de recomendação: C;

- Presença simulada – são apresentadas à pessoa idosa com demência memórias autobiográficas positivas, sob a forma de conversa telefónica (é usada, normalmente, uma cassette de áudio, gravada por um familiar ou amigo). Nível de recomendação: D;
- Actividades estruturadas
 - Programas de actividades terapêuticas – programas que podem englobar actividades terapêuticas em casa, organização de pequenos grupos de discussão, passeios de bicicleta, construção de *puzzles*, etc. Nível de recomendação: D;
 - Actividades baseadas no método Montessori – são actividades significativas que proporcionam a socialização e diversão através da interacção. Podem facilmente ser adaptadas aos interesses e competências das pessoas idosas com demência. As actividades são projectadas para aproveitar a memória processual (que se preserva melhor, relativamente à memória verbal, minimizando as exigências da linguagem e fornecendo pistas externas para compensar défices cognitivos). A utilização de objectos familiares fornece dicas para o seu próprio uso (por exemplo, um baralho de cartas sugere a classificação das mesmas numa sequência) e as tarefas são demonstradas por um orientador que, em seguida, entrega o objecto aos participantes, levando-os assim a seguirem o seu exemplo (24). Nível de recomendação: D;
 - Exercício físico – caminhadas acompanhadas por cuidadores. Nível de recomendação: D;
 - Interacção social – Nível de recomendação: D;
 - Diminuição da estimulação sensorial – desligar as televisões, baixar o tom da voz, reduzir o movimento dos profissionais na instituição, etc. Nível de recomendação: D;
- Manipulação do meio ambiente – adaptação do meio em que a pessoa idosa com demência se insere com vista a diminuir o sentimento de stresse e os comportamentos inadequados consequentes do mesmo. A) Ambientes visualmente complexos: Nível de recomendação: C. B) Remoção de

espelhos: Nível de recomendação: D. C) Sinalização de objectos/espacos/caminhos: Nível de recomendação: D. D) Residências assistidas: Nível de recomendação: D. E) Bloqueio de portas: Nível de recomendação: D. F) Formação dos cuidadores formais na gestão de problemas comportamentais: Nível de recomendação: B. G) Intervenções ambientais combinadas com formação dos cuidadores formais: Nível de recomendação: D.

Apesar das dificuldades existentes na investigação da implementação das terapias não farmacológicas, uma grande variedade de abordagens tem sido testada com sucesso. Muitas abordagens não farmacológicas tiveram como resultados melhorias estatística e clinicamente significativas na manifestação de problemas de comportamento (22).

Este tipo de abordagem é muitas vezes utilizado em detrimento das terapias farmacológicas, uma vez que visa abordar as razões psicossociais/ambientais que conduzem à manifestação de determinado comportamento e evita as limitações de intervenções farmacológicas (nomeadamente efeitos colaterais adversos, interacções medicamentosas e eficácia limitada). Tem ainda a vantagem de não mascarar a verdadeira necessidade da pessoa idosa, não eliminando o comportamento (que alerta para a necessidade). Não há assim uma redução da já comprometida comunicação por parte da pessoa idosa e não limita a capacidade do cuidador de prestar o apoio adequado (22).

Objectivos do estágio

O principal objectivo deste estágio foi a aquisição/desenvolvimento de dois tipos de competências: 1. Competências de prática em técnicas não farmacológicas na demência (treino cognitivo, implementação e avaliação de intervenções) e 2. Competências de carácter interpessoal (estabelecimento e manutenção de relações de trabalho em equipa e de adaptação a novos ambientes de trabalho).

Em relação às competências de prática em técnicas não farmacológicas na demência, foram realizadas as seguintes tarefas: *desenvolvimento e implementação do projecto de estimulação cognitiva «¡Yo activo mi mente!»* – tendo como base o projecto «*Activemos la Mente*», de Peña-Casanova (1999), foram desenvolvidas actividades de estimulação cognitiva com cinco residentes da Residencia Eulen Santo Domingo. **Profissionais envolvidos:** Psicóloga e Terapeutas Ocupacionais; *avaliações ao estado mental* – foram realizadas avaliações ao estado mental a 8

utentes, utilizando o Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo², a Escala de Depressão Cornell e a Escala de Depressão Geriátrica – 15 (GDS-15). **Profissionais envolvidos:** Psicóloga; *sessões Snoezelen* – As sessões realizadas durante o período de estágio tiveram uma duração média de 20 minutos e a população-alvo, apesar de ter sofrido alterações, foi de cerca de 12 utentes semanais. Foi sugerida pela estagiária a introdução de sons e odores no decorrer das sessões com vista a enriquecer o trabalho desenvolvido e a estimular mais e melhor a audição e o olfacto. Foi então colocado na sala um leitor de CD's que começou a ser utilizado com música instrumental, com vista a relaxar os idosos que participavam nas sessões. Começou também a ser utilizado o equipamento de áudio que a sala possuía. Com o intuito de haver mais estímulos visuais, a sala foi também decorada com imagens coloridas ou imagens brancas (que seriam posteriormente observáveis com a luz negra). **Profissionais envolvidos:** Terapeuta Ocupacional; *elaboração do calendário para o refeitório principal* – Com o decorrer das sessões do projecto “*¡Yo activo mi mente!*”, foi-se notando que os residentes da instituição poderiam melhorar a sua orientação temporal colocando um calendário no refeitório principal (uma vez que apenas os utentes deste espaço poderiam usufruir desta ferramenta devido ao seu estado mental). Assim sendo, foi elaborada e exposta uma cartolina com quatro micas, onde em cada uma destas se colocava uma folha com o dia da semana, o dia do mês, o mês e a estação do ano. No cimo da cartolina podia ver-se o ano. A mudança (diária, mensal e trimestral) das folhas ficou à responsabilidade de uma das residentes do lar. **Profissionais envolvidos:** Terapeutas Ocupacionais.

Em relação às competências de carácter interpessoal, foram realizadas as seguintes tarefas: *participação activa nas reuniões da equipa de trabalho* – todas as manhãs era realizada uma reunião com todos os técnicos da instituição, administração e coordenação de auxiliares com o intuito de se discutirem os novos casos, problemas existentes, dúvidas, tomadas de decisão, entre outras. Era aqui que a estagiária tinha um maior acompanhamento por parte dos profissionais, uma vez que havia mais disponibilidade para dar a conhecer o desenvolvimento do seu projecto. **Profissionais envolvidos:** Director, Técnica Superior de Serviço Social, Psicóloga, equipa de enfermagem, Médica, Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeutas, Coordenadoras de Auxiliares de Acção Directa, Governanta e Administrativa; *recepção e acompanhamento inicial de novos casos* – aquando da entrada de idosos na instituição, a estagiária teve a oportunidade de seguir de perto o processo de integração, através da observação directa da abordagem inicial feita pelos

² Este instrumento é uma versão adaptada à população espanhola do Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein et al.

departamentos de Serviço Social, Medicina, Enfermagem e Psicologia e pela Governanta.

Profissionais envolvidos: Técnica Superior de Serviço Social, Psicóloga, Governanta, equipa de enfermagem e Médica; *organização e participação em festas temáticas* – durante o período de estágio, foram realizadas várias festas no âmbito da animação sociocultural na instituição, nomeadamente a festa de São Valentim (dia 14 de Fevereiro), Carnaval (9 de Março), El Rocío (12 de Maio) e as festas de aniversário mensais (realizadas na última terça-feira de cada mês).

Profissionais envolvidos: Técnica Superior de Serviço Social, Psicóloga, Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeutas, Coordenadoras das Auxiliares de Acção Directa, Auxiliares de Acção Directa, Auxiliares de cozinha; *formação NetGalenus* – o *NetGalenus* era um software (totalmente adaptável e configurável às diferentes realidades institucionais) de gestão e controlo de lares e centros de dia (25) que tinha sido recentemente aplicado na Residencia Eulen Santo Domingo. Como tal, foi necessária a formação de todos os departamentos com vista à eficácia da sua implementação. As sessões de formação decorreram às quintas-feiras de manhã, das 11h às 14h. No entanto, a duração da sessão podia ser menor, dependendo do conteúdo de cada uma.

Profissionais envolvidos: Director, Técnica Superior de Serviço Social, Psicóloga, equipa de enfermagem, Médica, Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeutas e Técnicos de Informática; *organização da actividade "Bingo de los Sonidos"* – após a reunião trimestral do dia 5 de Abril, foi necessário criar uma nova actividade de animação sociocultural. Foi sugerido o Bingo de los Sonidos: consistia num bingo onde, no lugar dos números, havia imagens. Para se jogar, deveriam ser postos, à vez, sons que dissessem respeito às imagens nos cartões. Quando se ouvisse um som, os participantes deveriam procurar a imagem correspondente no seu cartão e marcá-la. Ganhava quem tivesse o seu cartão preenchido mais rapidamente. A implementação desta actividade foi calendarizada para as segundas-feiras à tarde, após o lanche dos residentes (cerca das 17h) e ficou à responsabilidade de uma das terapeutas ocupacionais. **Profissionais envolvidos:** Técnica Superior de Serviço Social, Psicóloga e Terapeutas Ocupacionais.

Das actividades desenvolvidas, seleccionou-se, para ser abordado pormenorizadamente no presente relatório, o projecto de estimulação cognitiva «*¡Yo activo mi mente!*», uma vez que foi a actividade com maior relevância durante todo o estágio.

Do ponto de vista das competências, o projecto permitiu o estabelecimento e manutenção de relações de trabalho através da interacção com outros profissionais (reuniões técnicas e reuniões de trabalho), o desenvolvimento da capacidade de gestão de um projecto (organização das sessões,

requisição do material necessário, aquisição do espaço físico, constituição do grupo de trabalho), de adaptação a um ambiente profissional e a aquisição de experiência laboral (integração do projecto e da estagiária na rotina da instituição) e de investigação (exploração de um estudo de caso) na prática.

A terapia utilizada no projecto desenvolvido foi a Terapia de Estimulação Cognitiva (TEC). O grande objectivo desta terapia é ajudar a melhorar o desempenho das pessoas idosas com demência nas ABVDs (26), de maneira a diminuir a necessidade de apoio externo por parte de um cuidador. No entanto, é errado esperar que a TEC reabilite capacidades cognitivas perdidas, uma vez que as estruturas e os mecanismos responsáveis por estas capacidades se encontram de alguma forma inoperantes. Assim sendo, nestes casos, este tipo de intervenção pretende maximizar as funções que estejam intactas e aumentar o rendimento das capacidades que estejam diminuídas mas não totalmente perdidas, de modo a que a pessoa idosa tenha um período de independência funcional mais alargado (13).

Para que os objectivos fossem atingidos, estas técnicas foram aplicadas de forma selectiva e tendo o conhecimento do estado cognitivo de cada pessoa idosa, através do acompanhamento por parte da psicóloga da instituição e da avaliação do estado mental dos participantes.

Caracterização da população-alvo³

A Residencia Eulen Santo Domingo recebe pessoas idosas, de ambos os sexos (mulheres: 77%; homens: 23%). Presta serviços a 88 residentes e a um utente de centro de dia. As idades da população-alvo encontram-se entre os 64 anos e os 96 anos.

Ainda que durante a prestação de serviços os residentes não sejam distinguidos, em termos de gestão são divididos em duas modalidades: pública ou privada.

Na modalidade pública, os residentes vêm ao abrigo da *Comunidad Autonoma de Madrid* (CAM) e enquadram-se, por norma, em situações de fragilidade social e económica não conseguindo, por esses motivos, aceder por si próprios ao apoio necessário para a sua condição. Assim sendo, a CAM intervém, sinalizando e encaminhando estes casos para as respostas correctas, facilitando a sua integração na sociedade. A comparticipação mensal pode ser parcial ou totalmente financiada pela CAM. Há 56 residentes nesta situação.

³ Caracterização feita com dados relativos ao dia 15 de Março de 2011.

São considerados residentes privados os utentes que ingressam na Residência por si próprios, pela família ou através da AFALcontigo⁴ (27), sendo que a mensalidade é paga na totalidade pelos recursos do agregado familiar. São 32 os idosos que ocupam vagas privadas.

Em termos socioeconómicos, esta população tem um nível médio/baixo, uma vez que mais de 50% das pessoas estão a ocupar vagas financiadas pela CAM. Do ponto de vista geográfico, é uma população proveniente de vários pontos de Espanha, ainda que a maioria seja de Madrid.

Relativamente ao estado cognitivo e funcional, a maior parte dos idosos necessita de ajuda em pelo menos uma Actividade Básica da Vida Diária (ABVD).

A instituição tem um conjunto de protocolos que são colocados em prática sempre que tal se justifique: protocolo de adaptação à instituição, de integração social, de famílias, de prevenção de maus tratos, de estimulação cognitiva, de alteração de conduta, de agressão, de fuga e de risco de suicídio. Tendo em conta o tema que está a ser abordado, debruçar-nos-emos sobre o programa de estimulação cognitiva.

O programa de estimulação cognitiva praticado na Residência Eulen Santo Domingo abrange todos os residentes e pretende estimular as suas funções mentais superiores⁵. Assim sendo, as terapeutas ocupacionais e a psicóloga promovem actividades grupais semanais com exercícios adequados a cada um dos três grupos: E1 (pessoas com estado cognitivo normal – GDS 1), E2 (pessoas com deterioro cognitivo ou demência leve – GDS 2 ou 3) e E3 (pessoas com diagnóstico de demência moderada – GDS 4 ou 5). A duração e a periodicidade das sessões são adaptadas a cada grupo. Relativamente às actividades, são realizados exercícios de orientação temporal, espacial e da pessoa, reconhecimento visual, estimulação da memória remota, reconhecimento das características físicas dos objectos, reconhecimento espacial básico, percepção visual e reconhecimento de objectos do quotidiano, manipulação de objectos reais, escrita, reconhecimento numérico e cálculo, raciocínio, desenho (livre ou guiado), organização espacial, percepção e

⁴ A AFALcontigo é a Associação Nacional de Alzheimer espanhola que presta apoio directo aos seus associados e intervém na informação, formação, apoio e representação do colectivo espanhol de pessoas afectadas por esta doença. Está declarada como sendo uma entidade de utilidade pública.

⁵ Entendem-se como funções mentais superiores os processos cognitivos (como o raciocínio abstracto, a linguagem ou a capacidade de planeamento) que têm origem na interacção humana e aparecem gradualmente durante o processo de transformação das funções mentais elementares. São funções específicas do ser humano e desenvolvem-se de acordo com objectivos, práticas ou crenças pessoais ou de grupo.

lateralidade, abstracção e funções verbais. Este programa também engloba sessões de musicoterapia e terapia multi-sensorial (*Snoezelen*). A integração do projecto «*¡Yo activo mi mente!*» foi feita neste contexto.

Delimitação e justificativa do estudo

Previamente ao estágio, sentiu-se a necessidade de perceber o impacto da teoria explorada aplicada na prática, uma vez que os quadros demenciais são frequentes na população idosa e que tal situação afecta a qualidade de vida das pessoas envolvidas. Pretendeu-se verificar se as intervenções não farmacológicas influenciavam a qualidade de vida desta população específica, visto que existem pessoas com demência em contexto institucional e dado que existem referências bibliográficas indicadoras de que a estimulação cognitiva melhora a qualidade de vida da pessoa idosa com demência. Além disto, pretendeu-se também perceber se a implementação de projectos desta natureza seria realmente pertinente na rotina da instituição. Assim sendo, o objectivo principal deste estudo foi verificar, do ponto de vista individual e institucional, a viabilidade de um programa de estimulação cognitiva.

Ao atingir o objectivo principal, pretendeu-se que no final do estágio se adquirissem competências de prática em técnicas não farmacológicas na demência e competências de carácter interpessoal.

Metodologia

Metodologia de investigação

O presente estudo pretende debruçar-se sobre a especificidade do impacto de um programa de estimulação cognitiva sobre uma população reduzida de idosos com demência. É o «... estudo de uma entidade bem definida [programa de estimulação cognitiva] (...) que visa conhecer em profundidade o seu “como” e os seus “porquês”» (28). Assim sendo, para a realização do projecto «*¡Yo activo mi mente!*», foi utilizada a metodologia de investigação qualitativa de estudo de caso. Esta metodologia de investigação pretende estudar a complexidade e a particularidade do caso específico desta população, compreendendo assim a sua actividade dentro do âmbito no qual se insere (29).

Amostra

Para a sua inclusão neste projecto, os participantes deveriam ter diagnosticado um deterioro cognitivo que fosse considerado, através da Escala de Deterioro Global de Reisberg, entre 3 (deterioro cognitivo leve) e 4 (deterioro cognitivo moderado) assim como serem residentes da Residencia Eulen Santo Domingo.

A selecção dos participantes também teve em conta a capacidade auditiva e a expressão verbal dos residentes, uma vez que, por questões de idioma, estas poderiam impossibilitar a realização das sessões caso estas capacidades não se encontrassem minimamente preservadas. Para a inclusão no projecto, foi igualmente importante a vontade demonstrada pelos idosos na participação do mesmo.

Após discussão com a psicóloga da instituição, foram pré-seleccionados seis residentes com GDS 3 e sete com GDS 4 que se adequavam ao perfil traçado. No final, foram seleccionadas três residentes com GDS 3 e dois residentes com GDS 4. Optou-se pela realização de sessões com grupos pequenos, devido à dinâmica da instituição e à curta duração do estágio.

Houve a desistência de uma participante no grupo GDS 3, pelo que o número de participantes ficou reduzido a quatro, dois em cada grupo.

Na segunda fase do projecto, apenas uma residente demonstrou interesse em participar nas actividades.

Intervenção não farmacológica em idosos com comprometimento cognitivo

PARTICIPANTE	IDADE	NATALIDADE	ESTADO CIVIL	FILHOS	DIAGNÓSTICO AO ESTADO MENTAL ⁶	TEMPO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO	RESULTADOS		OBSERVAÇÕES
							MEC ⁷	GDS-15	
A	84	Algete (Madrid)	Viúva	Dois	Doença de Alzheimer	18 meses	20/35 (GDS: 3)	4	Diagnóstico de depressão grave; ajudas técnicas: andarilho.
B	94	Madrid	Viúva	Dois	Deterioro cognitivo sem demência	4 anos	20/35 (GDS: 3)	2	Muito participativa; ajudas técnicas: cadeira de rodas e óculos.
C	86	Ilhas Baleares (Menorca)	Casado	Cinco	Doença de Alzheimer	2 anos	21/35 (GDS: 4)	0	Discurso incoerente; humor volátil; ajudas técnicas: cadeira de rodas e óculos.
D	88	Madrid	Viúva	Sete	Deterioro cognitivo	4 meses	18/35 (GDS: 4)	3	Muito participativa e otimista; família muito presente; hemiplegia direita; ajudas técnicas: cadeira de rodas.
E	93	Guadalajara	Viúva	Nenhum	Deterioro cognitivo com perfil degenerativo	5 meses	17/35 (GDS: 4)	1	Muito participativa; sem rede informal de apoio; grandes limitações visuais.

Tabela 1: Caracterização da amostra.

⁶ Diagnóstico realizado pelos neurologistas responsáveis por cada caso.

⁷ Avaliações feitas antes da participação no projecto.

A residente A apresentava uma desorientação espacial e temporal total, mas conservava a memória de fixação e a capacidade de abstracção. Apresentava um pequeno défice na memória a curto prazo, na capacidade de concentração, acalculia e apraxia construtiva. Como tal, considerou-se um deterioro cognitivo leve (GDS 3). Aquando da abordagem sobre o projecto, mostrou-se interessada e foi, conseqüentemente, incluída no mesmo. No entanto, não foi possível concluir o projecto com a residente, uma vez que esta desistiu a cinco sessões do final do mesmo.

A residente B apresentava uma desorientação no tempo e no espaço, mas conservava a memória de fixação e a capacidade de cálculos simples. Apresentava um pequeno défice na concentração, na memória a curto prazo, na capacidade de abstracção e apraxia construtiva. Assim sendo, considerou-se um deterioro cognitivo leve (GDS 3). Desde o primeiro momento em que foi abordada para a participação no projecto que se mostrou muito interessada, interesse que perdurou até ao final do mesmo. Era uma pessoa com alguma necessidade de atenção por parte de terceiros, o que ajudou a aderir ao projecto. Colaborava bem, apesar da sua baixa tolerância à frustração.

O residente C apresentava uma desorientação temporal e espacial total, assim como apraxia construtiva e défice na memória a curto prazo. No entanto, conservava a memória de fixação, a capacidade de abstracção e de resolução de cálculos simples. O seu discurso era, por norma, incoerente. Considerou-se um deterioro cognitivo moderado (GDS 4). Tal como a residente anterior, mostrou sempre interesse na participação no projecto. No entanto, este interesse foi sendo volátil, aumentando e diminuindo ao longo do desenvolvimento das actividades. Ainda assim, era uma pessoa afável e colaboradora.

A residente D apresentava uma desorientação total no tempo e no espaço, um défice na memória a curto prazo, na capacidade de abstracção e acalculia. Considerou-se que a residente tinha um deterioro cognitivo moderado (GDS 4). Era uma pessoa muito afável e colaboradora, que se mostrou interessada pela participação no projecto desde o primeiro dia. Gostava de realizar as actividades e era raro queixar-se de algo, apresentando-se animada e de bom humor e encarando a sua estadia na Residência positivamente.

A residente E, na última avaliação realizada, apresentava uma desorientação espácio-temporal, défice na capacidade de concentração e de abstracção, na memória a curto prazo e apraxia construtiva (devido ao défice visual). No entanto, conservava a memória de fixação e a capacidade de cálculos simples. Considerou-se que a residente tinha um deterioro cognitivo moderado (GDS 4). Era uma pessoa muito afável e colaboradora. Gostava de exercício físico e participava em todas as actividades para as quais era solicitada. Notava-se que tinha uma enorme

carência afectiva e que se sentia só a maior parte das vezes, por não ter qualquer tipo de rede informal de apoio. O seu humor variava ao longo do dia, com períodos mais depressivos na parte da manhã e períodos mais tranquilos e alegres na parte da tarde. Foi a única residente a entrar no projecto na segunda fase do mesmo.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados durante a implementação do projecto serviram para avaliar o estado mental e psicológico dos participantes e para orientar os procedimentos da intervenção.

Do ponto de vista da avaliação dos participantes, foram utilizados o MEC de Lobo e a GDS-15. O MEC é um instrumento de avaliação do estado mental que está dividido em duas secções, a primeira das quais exige respostas vocais sobre orientação, memória e atenção; a pontuação máxima é de 21 pontos. A segunda parte testa a capacidade para nomear objectos, executar ordens verbais e escritas, escrever uma frase espontaneamente e copiar um polígono semelhante a um complexo; a pontuação máxima é de 9 pontos. Devido à leitura e escrita envolvidas na segunda parte, pessoas idosas com graves deficiências visuais podem ter algumas dificuldades acrescidas. A pontuação total máxima é de 30 pontos. O teste não é cronometrado (30). O seu alfa de Cronbach é de 0,87 (31). A GDS-15 é um instrumento de avaliação que consiste na resposta, por parte da pessoa idosa, a quinze questões referentes ao seu estado de espírito no momento da avaliação. As respostas são dicotómicas (sim/não) e conta-se um ponto por cada resposta que corresponda à resposta a negrito na escala. Os resultados são considerados normais se a pontuação obtida se encontrar entre 0 e 4 pontos, indicam depressão moderada, entre 5 e 9 pontos e depressão severa quando se obtém mais de 10 pontos (sendo que o total são 15 pontos) (32, 33). O seu alfa de Cronbach é de 0,73 (34).

Os instrumentos utilizados na orientação de procedimentos da intervenção foram o *manual de intervenção* (elaborado com base no livro «*Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Manual de actividades*» (Peña-Casanova, 1999) que permitiu a organização das sessões, bem como a fundamentação teórica das mesmas; estava dividido em 6 oficinas (Oficina 1: Leitura e escrita; Oficina 2: Linguagem; Oficina 3: Esquema corporal; Oficina 4: GDS 3 – Funções executivas e GDS 4 – Gestualidade; Oficina 5: Orientação; Oficina 6: GDS 3 – Problemas aritméticos e GDS 4 – Actividades sensoriais), onde cada uma tinha os seguintes conteúdos: objectivos, arquitectura funcional, limitações dos tipos de exercícios específicos utilizados no projecto e material necessário para a sua realização); as *avaliações individuais das sessões* (no final de cada sessão, o trabalho

realizado era avaliado qualitativamente pela promotora do projecto numa tabela onde constava a data e hora em que fora realizada a sessão, o nome do participante e o grupo no qual se inseria, os exercícios realizados e a sua tipologia, a avaliação da sessão e algumas notas); as *avaliações globais do desempenho dos participantes* (ao longo da realização das sessões, a promotora das mesmas elaborou uma tabela onde eram registadas, de forma sucinta, as avaliações anteriores; no final, o resultado foi uma tabela de comparação de resultados), o *Caderno Individual de Actividades (CIA)* (cada participante tinha um caderno em branco, onde eram registados os exercícios realizados, bem como a data e a cidade onde se encontravam (Madrid); Cada caderno era pessoal e intransmissível, estando devidamente identificado na capa com o nome dos participantes e com um desenho feito pelos mesmos na primeira sessão).

Procedimentos

	PROJECTO «¡YO ACTIVO MI MENTE!»					
	1ª FASE			2ª FASE		
	Nº DE PARTICIPANTES	Nº DE OFICINAS	Nº DE SESSÕES	Nº DE PARTICIPANTES	Nº DE OFICINAS	Nº DE SESSÕES
GDS 3	2	6	12	2 ⁸	6	7
GDS 4	2	6	12	3	6	18
TOTAL	4	8 ⁹	24	5	8	25
ORGANIZAÇÃO DAS SESSÕES	1 – Orientação na realidade (data e localização geográfica) 2 – Realização das actividades propostas 3 – Discussão sobre as actividades realizadas					
TÉCNICAS UTILIZADAS	Orientação na realidade, validação e reminiscência					
TÉCNICOS ENVOLVIDOS	Psicóloga, Terapeutas Ocupacionais					
DURAÇÃO/SESSÃO	20 min. (aproximadamente)					
PERÍODO DE IMPLEMENTAÇÃO	22 de Fevereiro a 18 de Maio de 2011					

Tabela 2: Procedimentos de intervenção do projecto.

⁸ Desistência da participante A, pelo que o total de sessões não é 12.

⁹ Das oficinas realizadas, 6 são comuns aos dois grupos e 2 são distintas. Como tal, no total foram feitas 8 oficinas diferentes.

As sessões foram realizadas de forma individual, uma vez que permite que haja uma maior proximidade entre o trabalho desenvolvido no projecto e os défices cognitivos e os interesses dos participantes (35), bem como diminui os episódios de conflito entre participantes, os níveis de ansiedade e frustração (36).

Relativamente às questões éticas, o consentimento informado não foi pedido, uma vez que todas as actividades realizadas foram inseridas na rotina da instituição, com o apoio das terapeutas ocupacionais e da psicóloga. No dia seguinte a cada sessão, a mesma era discutida na reunião da equipa técnica. Para além dos técnicos da instituição, apenas os representantes legais dos idosos tinham um conhecimento mais aprofundado dos seus desempenhos no projecto.

Do ponto de vista legal, o projecto esteve dentro do enquadramento legal da CAM (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia de la Comunidad Autónoma de Madrid) (37), tendo a estagiária tomado conhecimento do mesmo previamente à intervenção.

Resultados

PARTICIPANTE	OFICINAS						RESULTADOS	
	LEITURA E ESCRITA	LINGUAGEM	ESQUEMA CORPORAL	FUNÇÕES EXECUTIVAS/ GESTUALIDADE	ORIENTAÇÃO	PROBLEMAS ARITMÉTICOS/ ACTIVIDADES SENSORIAIS	MEC	GDS-15
A	↓	≈	✓	≈	✓	≈	-	-
B	→	↓	→	→	↓	↑	19/35	1
C	→/↓	↑	→	↑	↓	↓	21/35	0
D	→	↑	→	→	↑	↑	17/33	2
E	✓/✗	✓	✓	✓	≈	≈	17/35	0

LEGENDA:

✓ - BOM

≈ - RAZOÁVEL

✗ - MAU

↑ - MELHORIA

→ - MANUTENÇÃO

↓ - PIORIA

Tabela 3: Resultados do projecto.

Depois da realização das seis oficinas, os resultados mostraram que os desempenhos dos participantes foram francamente melhores na sessão onde se abordou o esquema corporal. Em ambos os grupos, os desempenhos dos participantes foram bastante bons, conseguindo responder correctamente a todas as perguntas feitas e não necessitando praticamente de ajuda.

A residente A concluiu a primeira fase do projecto e realizou ainda a primeira sessão da segunda fase, relativa à oficina de Leitura e Escrita. O seu desempenho, ao longo da sua participação, foi razoável. Houve grandes dificuldades no estabelecimento de conversações e na realização de exercícios de raciocínio matemático abstracto. Notou-se igualmente uma grande resistência por parte da residente para a participação no projecto, mesmo depois de ter aceitado de forma livre fazer parte do mesmo. Por isso, não foi realizada a avaliação ao estado mental (MEC) nem foi aplicada a GDS-15 no final do projecto.

A residente B realizou todas as sessões relativas às seis oficinas propostas. De um modo geral, o seu desempenho ao longo do projecto foi bastante positivo, uma vez que só revelou piorias na oficina de Linguagem: constatou-se um deterioro na capacidade de desenvolver uma conversação temática, mas não se verificou o mesmo para um discurso mais informal. Na oficina de Orientação, apesar de se ter substituído o exercício de orientação geográfica pelo exercício de orientação temporal com relógios, a participante manteve os maus resultados. Obteve uma pontuação de 19/35 no MEC e de 1 na GDS-15. Relativamente ao primeiro teste, verificou-se um deterioro acentuado no que dizia respeito à orientação espacial, concentração, memória de evocação, compreensão, escrita e praxia. Com o resultado obtido na GDS-15, considerou-se que a participante não sofria de nenhum tipo de depressão.

O residente C realizou igualmente todas as sessões previstas para as seis oficinas. O seu desempenho foi piorando progressivamente. Constatou-se um avanço no deterioro cognitivo. Ainda assim, na realização de alguns exercícios observaram-se ligeiras melhorias (como, por exemplo, na destreza manual) e a manutenção do desempenho (esquema corporal e nos exercícios relativos à visão na oficina de Actividades Sensoriais). Obteve uma pontuação de 21/35 no MEC e de 0 na GDS-15. Relativamente ao primeiro teste, verificou-se um deterioro acentuado no que dizia respeito à orientação temporal e espacial, memória de evocação e escrita. Com o resultado obtido na GDS-15, considerou-se que o participante não sofria de nenhum tipo de depressão.

A residente D, tal como os dois anteriores, realizou as actividades relativas à totalidade do projecto. De um modo geral, o seu desempenho foi bastante positivo, tendo apenas piorado no reconhecimento e denominação de sons. Nos exercícios de escrita foi necessário ter em conta a

sua hemiplegia direita que dificultou a execução dos mesmos. Ainda assim, tentou sempre realizar as actividades com a mão esquerda. Obteve uma pontuação de 17/33 no MEC (não foi possível realizar a pergunta de escrita e de desenho) e de 2 na GDS-15. Notou-se um deterioro acentuado no que dizia respeito à orientação temporal e espacial, concentração e cálculo e memória de evocação. Com o resultado obtido na GDS-15, considerou-se que a participante não sofria de nenhum tipo de depressão.

A residente E realizou as actividades previstas para a segunda fase do projecto. O seu desempenho foi bom, apesar de ter sido bastante limitado pela sua fraca visão. Obteve uma pontuação de 17/33 no MEC e de 0 na GDS-15. Observou-se um deterioro acentuado no que dizia respeito à orientação temporal e espacial, memória de evocação, na escrita e na praxia. Com o resultado obtido na GDS-15, considerou-se que a participante não sofria de nenhum tipo de depressão. No entanto, o resultado deste teste pode não traduzir a realidade, uma vez que a residente se demonstrava muito feliz quando acompanhada, mas quando estava sozinha chorava e lamentava-se bastante. Por este motivo, a residente poderia possivelmente sofrer de uma ruminação mental¹⁰, uma vez que entrava em estado depressivo assim que se sentia só. No seu caso, era importante quebrar o ciclo de ruminação, o que acontecia durante as sessões de estimulação cognitiva do projecto e das avaliações ao estado mental.

¹⁰ Retorno obsessivo, na psicastenia e em certos estados de depressão ansiosa, de pensamentos que não podem ser expulsos do campo da consciência.

Discussão dos resultados

As terapias não farmacológicas podem melhorar a capacidade cognitiva e funcional de pessoas idosas com DA ou atenuar o declínio das mesmas. Como tal, defende-se que os profissionais de saúde deveriam decidir que tratamento utilizar em idosos com demência baseando-se nos casos específicos, uma vez que as abordagens não farmacológicas são eficazes no controlo de problemas moderados de humor e comportamentais (38). Por outro lado, estas mesmas terapias resultam num aumento da qualidade de vida das pessoas idosas (22). Spector et al. (39) concluem igualmente que a comunidade médica, de um modo geral, aceita que a estimulação cognitiva pode melhorar o estado cognitivo e os sintomas comportamentais de idosos com demência. No entanto, Viola et al. (26) verificaram que é pouco provável que se dêem alterações significativas ao nível cognitivo em idosos com doença de Alzheimer após o treino cognitivo. Na realidade, os ganhos tendem a ser modestos.

No final do projecto «*Yo activo mi mente!*», observou-se que os participantes não sofreram melhorias significativas no seu estado cognitivo. No entanto, encontravam-se mais animados e sentiam que tinham objectivos a cumprir quando realizavam as tarefas propostas.

As sessões serviram também como espaço no qual os participantes podiam conversar e partilhar experiências com a promotora. Esforçavam-se por não errar e por participar activamente nas sessões. Esta atitude fez com que se sentissem úteis e ocupados, aumentando assim a sua auto-estima. Uma vez que as sessões eram individuais, esta interacção foi mais personalizada, o que revelou ser uma mais-valia para o sucesso dos participantes na realização das tarefas.

O projecto não teve uma eficácia significativa, na medida em que as melhorias observadas foram praticamente nulas. No entanto, mostrou ser uma intervenção eficiente, visto que foi bem sucedida na alteração da rotina dos idosos, bem como no incremento das respectivas qualidades de vida. O facto de as sessões serem individualizadas ajudou também a que o acompanhamento por parte da promotora fosse maior e melhor, estando mais atenta ao desempenho e sentimentos dos participantes durante as actividades (36). No entanto, precisamente por serem sessões individuais, não houve a possibilidade de realizá-las em maior quantidade, o que teria sido benéfico para os participantes. Ainda assim, e pelo comportamento dos participantes durante as sessões, as actividades em grupo seriam bem sucedidas com apenas duas das residentes (D e E), pois eram as que tinham maior tolerância ao erro e à frustração. Os outros três residentes mostraram-se impacientes e intolerantes ao facto de não serem capazes de realizar determinados exercícios. Actividades grupais com estes participantes poderiam tornar-se muito stressantes e causar

demasiada ansiedade, o que afectaria os seus desempenhos e a sua vontade de participar nas actividades.

Relativamente aos resultados obtidos no MEC, pôde-se constatar que a função cognitiva não melhorou nem piorou significativamente. Os resultados foram aproximadamente iguais, tendo variado apenas um ponto negativo (participantes B e D). Na GDS-15, os resultados foram sensivelmente iguais aos anteriores, na medida em que melhoraram apenas um ponto em relação à pontuação inicial (participantes B, D e E). Na verdade, é necessário analisar estes resultados com precaução. Os efeitos das intervenções não farmacológicas podem não ser devidamente identificados pelos testes quantitativos frequentemente usados pelos profissionais de saúde. Os dados negativos baseados em testes quantitativos devem ser interpretados com cuidado, o que sugere que os benefícios qualitativos para a funcionalidade global são observados na gestão e acompanhamento contínuo das pessoas idosas com DA. As vantagens associadas às intervenções não farmacológicas podem implicar mudanças menos significativas nos resultados dos testes quantitativos (26).

No final da implementação do projecto, verificou-se que faz todo o sentido a existência de um programa de estimulação cognitiva numa instituição daquela natureza. Tal como Chung et al. (40) preconizam no seu estudo sobre intervenção na gestão e controlo de comportamentos inadaptados na demência, este é o tipo de projecto que deve ser integrado na rotina normal de uma instituição que presta serviços a pessoas idosas com demência.

Do ponto de vista cognitivo, seria necessário que o período de implementação do projecto fosse alargado para que os resultados fossem mais eficazes. Outra limitação presente neste estudo foi o tamanho relativamente pequeno da amostra, bem como a inexistência de um grupo de controlo, o que não permitiu a obtenção de conclusões significativas. Verificou-se que a comparação entre um grupo com 12 sessões e um com 6 sessões não é viável, visto que as diferenças ao nível cognitivo vão ser insignificantes, podendo até ser influenciadas por variáveis parasita (estado de humor, altura do dia em que a sessão é realizada, entre outras). Como tal, uma vez que ambos os grupos terão um declínio no seu estado mental independentemente da realização de actividades, aconselha-se realizar o projecto com um grupo de controlo caso se queira verificar a eficácia da estimulação cognitiva. Pode, no final, comparar-se os resultados da observação directa e dos testes quantitativos de ambos os grupos.

Conclusões

Embora ainda haja muito a ser aprendido sobre a intervenção na demência, colocando a teoria na prática pode melhorar-se a qualidade dos cuidados e, mais importante, a qualidade de vida das pessoas idosas com demência e dos seus cuidadores (38). Assim sendo, é importante encarar as terapias não farmacológicas não como uma opção, mas sim como principal resposta perante um quadro demencial.

Ao longo do período de estágio, a aluna foi totalmente integrada na dinâmica da instituição, adquirindo e desenvolvendo competências de prática em técnicas não farmacológicas na demência através do desenvolvimento de sessões de estimulação multi-sensorial e de estimulação cognitiva (com supervisão do departamento de Terapia Ocupacional e de Psicologia), de avaliações ao estado mental de residentes (com supervisão do departamento de Psicologia) e da promoção da orientação na realidade (calendário colocado no refeitório). As competências de carácter interpessoal foram igualmente adquiridas, através da participação activa nas reuniões técnicas diárias, no planeamento de actividades e do acompanhamento da entrada e integração de novos residentes (com supervisão do departamento de Serviço Social). Uma vez que, durante o estágio, foi instalado um software de gestão e controlo de lares e centros de dia, houve ainda a oportunidade de participação nas acções de formação de informática NetGalenus. A estagiária pôde estar presente na formação de todos os departamentos, o que levou ao reforço das relações interpessoais com os diferentes profissionais da instituição afectos a estas formações. Outra mais-valia do estágio foi o facto de a aluna ter sido envolvida na resolução de problemas intrínsecos ao natural funcionamento da Residência, como por exemplo no caso de incidentes com residentes (quedas, distúrbios comportamentais, entre outras.) ou conflitos com familiares/profissionais.

Para além do que foi referido anteriormente, a estagiária teve também a oportunidade de aceder a modelos de gestão distintos do país de origem e de todas as experiências profissionais que já tinha tido.

De um modo geral, pode concluir-se que este estágio não só serviu para a consolidação da aluna enquanto profissional, mas também para a sua formação enquanto pessoa.

Referências bibliográficas

1. AFALcontigo. Los cuidados formales a un enfermo de Alzheimer: el gerocultor. Madrid: AFALcontigo; 2006.
2. Peña-Casanova J. Enfermedad de Alzheimer - Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos. Barcelona: Fundación "La Caixa"; 1999.
3. Alzheimer's Disease International. Relatório sobre a Doença de Alzheimer no Mundo - Sumário Executivo: Alzheimer's Disease International2009.
4. Antoine M, Selmès J, Gasca AT. Estudio prospectivo de las nuevas características y necesidades de los enfermos de Alzheimer en la década 2010/2020 para planificar su correcta asistencia sanitaria. "Alzheimer 2010/2020". s/d [cited 2011]; Available from: http://www.fundacionalzheimeresp.org/index.php?option=com_content&task=view&id=726&Itemid=259#introduccion.
5. Alzheimer Portugal. Plano Nacional de Intervenção Alzheimer: Alzheimer Portugal; 2009.
6. Alzheimer's Association. A Doença de Alzheimer e o Cérebro. Alzheimer's Association; s/d [cited 2011]; Available from: http://www.alz.org/brain_portuguese/10.asp.
7. Hiltunen M, Bertram L, Saunders A. Genetic Risk Factors: Their Function and Comorbidities in Alzheimer's Disease. International Journal of Alzheimer's Disease. 2011.
8. Alzheimer Europe. Risk Factors. Alzheimer Europe; 2009 [cited 2011]; Available from: <http://www.alzheimer-europe.org/EN/Glossary/risk-factors>.
9. Exel E, Eikelenboom P, Comijs H, Kurniawan C, Frölich M, J Smit, et al. The immune system and Alzheimer s disease. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2011.
10. Alzheimer Portugal. Causas. Alzheimer Portugal; s/d [cited 2011 12 de Outubro de 2011]; Available from: <http://www.alzheimerportugal.org/scid/webAZprt/defaultCategoryViewOne.asp?categoryID=897>.
11. Zeisel J, Lexington M, Raia P. Non-pharmacological Treatment for Alzheimer's Disease: A mind-brain approach. 1999.
12. Gonçalves A. Tratamento das demências. In: ProTeste D, editor. Lidar com a doença de Alzheimer. Lisboa2009. p. 72.
13. Guerreiro M. Terapêutica não farmacológica da demência. In: Lidel - EdiçõesTécnicas L, editor. A Doença de Alzheimer e outras demências em Portugal. Lisboa2005. p. 121-48.
14. Onder G, Zanetti O, Giacobini E, Frisoni G, Bartorelli L, Carbone G, et al. Reality orientation therapy combined with cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: randomised controlled trial.

The British Journal of Psychiatry. 2005;187:450-5.

15. Rozzini L, Costardi D, Chilovi B, Franzoni S, Trabucchi M, Padovani A. Efficacy of cognitive rehabilitation in patients with mild cognitive impairment treated with cholinesterase inhibitors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2006;22:356-60.

16. Smits C, Lange J, Dröes R-M, Meiland F, Vernooij-Dassen M, Pot A. Effects of combined intervention programmes for people with dementia living at home and their caregivers: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2006;22:1181-93.

17. Hattori H, Hattori C, Hokao C, Mizushima K, Mase T. Controlled study on the cognitive and psychological effect of coloring and drawing in mild Alzheimer's disease patients. *Japan Geriatrics Society*. 2011;11:431-7.

18. Meguro M, Kasai M, Akanuma K, Ishii H, Yamaguchi S, Meguro K. Comprehensive approach of donepezil and psychosocial interventions on cognitive function and quality of life for Alzheimer's disease: the Osaki-Tajiri project. *Oxford Journals*. 2008.

19. Sereniki A, Vital M. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. 2008;30.

20. Alzheimer Europe. Drug treatment for cognitive symptoms: Diagnosis and treatment of dementia. *Alzheimer Europe*; 2009 [cited 2011]; Available from: <http://www.alzheimer-europe.org/EN/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Diagnosis-and-treatment-of-dementia2/Drug-treatment-for-cognitive-symptoms>.

21. Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos C. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162:1996-2021.

22. Cohen-Mansfield J. Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary and critique. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. 2004;2:288-308.

23. Douglas S, James I, Ballard C. Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2004;10:171-7.

24. Ploeg E, O'Connor D. Evaluation of personalised, one-to-one interaction using Montessori-type activities as a treatment of challenging behaviours in people with dementia: the study protocol of a crossover trial. *BMC Geriatrics* [serial on the Internet]. 2010; 10: Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/3>.

25. T4L - Technology For Living. NetGalenus. 2006 [cited 2011]; Available from: <http://www.netgalenus.com/Default.aspx?tabid=2269&PortalId=67>.

26. Viola L, Nunes P, Yassuda M, Aprahamian I, Santos F, Santos G, et al. Effects of a multidisciplinary cognitive rehabilitation program for patients with mild Alzheimer's disease. *Clinics*. 2011;66:1395-400.
27. AFALcontigo. Qué es AFALcontigo [cited 2011]; Available from: <http://www.afal.es/es/que-es-afalcontigo>.
28. Araújo. Estudo de Caso. Braga: Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia; 2008; Available from: http://grupo4te.com.sapo.pt/estudo_caso.pdf.
29. Stake R. *A Arte da Investigação com Estudos de Caso*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2007.
30. Levy M. *A Guide to Physical Examination* 2004.
31. Artaso B, Goñi A, Biurrun A. Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2003;38:212-8.
32. Kurlowicz L. The Geriatric Depression Scale (GDS). 1999(4).
33. Thomas H. Geriatric Depression Scale (GDS). 2009 [cited 2011]; Available from: <http://www.patient.co.uk/doctor/Geriatric-Depression-Scale-%28GDS%29.htm>.
34. Cabañero-Martínez M, Cabrero-García J, Richart-Martínez M, Muñoz-Mendoza C, Reig-Ferrer A. Revisión estructurada de las escalas de depresión en personas mayores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2007;7:823-46.
35. García-Sánchez C, Estévez-González A, Kulisevsky J. Estimulación cognitiva en el envejecimiento y la demencia. *Rev Psiquiatria Fac Med Barna*. 2002:374-8.
36. García LB. *Gerontología Educativa - Cómo diseñar proyectos educativos con personas mayores*: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; s/d.
37. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, 299 (2006).
38. Hogan D, Bailey P, Black S, Carswell A, Chertkow H, Clarke B, et al. Diagnosis and treatment of dementia: 5. Nonpharmacologic and pharmacologic therapy for mild to moderate dementia. *CMAJ*. 2008;179:1019-26.
39. Spector A, Orrell M, Davies S, Woods B. Can reality orientation be rehabilitated? Development and piloting of an evidence-based programme of cognition-based therapies for people with dementia. *Neuropsychology Rehabilitation*. 2001;11:377-97.
40. Chung J, Chan T, Lee I. Sensory-based intervention for management of maladaptive behaviors. *Asian Journal of Gerontology & Geriatrics*. 2007;2:107-10.

Anexos

Residencia Eulen Santo Domingo

Estrutura

Cave

Na cave estão situados os serviços de manutenção e lavandaria, dois armazéns e dois vestiários femininos.

Rés-do-chão

É neste piso que são prestados a maioria dos serviços directos. Aqui, localizam-se a recepção, o gabinete da direcção, de serviço social, da governanta, da administração, de psicologia, de podologia, o gabinete médico e a enfermaria. Existem ainda quatro Unidades de Cuidados Especiais – UCEs – (com duas camas cada e um de controlo de enfermaria), uma sala de recepção de visitas, o banho geriátrico, dois armazéns de pequena dimensão, uma farmácia, uma casa mortuária com duas salas de estar, uma cozinha, dois vestiários do pessoal (um masculino e um feminino), oito casas de banho (seis para residentes e visitas e duas para o pessoal), três salas de terapia (uma de Terapia Ocupacional, uma sala Psicossocial e uma multi-sensorial – *Snoezelen*, um ginásio, uma sala de reuniões, uma capela, um salão de festas, um bar, um salão de cabeleireiro, duas salas de estar (uma para residentes e visitas e uma para o pessoal), duas salas de televisão e uma biblioteca com acesso à Internet.

Primeiro e segundo piso

Estes são os pisos onde se situam os quartos dos residentes. Em cada um deles há: 66 quartos (21 duplos e 45 individuais, cada um com casa de banho privada), um controlo de enfermaria, uma sala de apoio e uma sala de descanso para as auxiliares, dois banhos geriátricos, uma sala de apoio à manutenção e uma sala de estar para os residentes, que também funciona como refeitório.

Serviços e instalações

Com vista a cumprir o objectivo proposto de promover a qualidade de vida dos seus residentes, a instituição coloca ao dispor dos seus utentes um vasto leque de instalações e serviços

especializados, lúdicos e recreativos:

- Cabeleireiro;
- Podologia;
- Ginásio;
- Salão de festas;
- Salas de terapia;
- Serviço religioso;
- Biblioteca com internet;
- Bar;
- Refeitório;
- Jardins exteriores.

Recursos humanos

A instituição possui os seguintes recursos humanos:

- Um director;
- Uma assistente social;
- Dois médicos;
- Seis enfermeiras;
- Uma psicóloga;
- Uma administrativa;
- Uma governanta;
- Duas terapeutas ocupacionais;
- Duas fisioterapeutas;
- Dois recepcionistas;
- Um técnico de manutenção;
- Um jardineiro;
- 41 auxiliares de acção directa;
- Nove auxiliares de limpeza;
- Duas empregadas de lavandaria;
- Uma empregada de café;
- Um chefe de cozinha;

- Duas cozinheiras;
- Três auxiliares de cozinha.

A animação sociocultural está ao cargo da psicóloga (coordenadora), da assistente social, das terapeutas ocupacionais e de uma das fisioterapeutas, uma vez que não existe um técnico especializado nesta área.

Funcionamento

A recepção da instituição funciona das 10h às 22h, sem interrupção.

Para os funcionários que trabalham em regime total, sem turnos, o horário é das 10h às 19h, com 1h para almoçar (das 14h30 às 15h30). Para os que trabalham em regime parcial, os horários são das 10h às 14h ou das 15h às 19h (20h, no caso da terapeuta ocupacional em regime parcial).

O serviço de administração funciona das 10h às 17h.

Relativamente aos turnos das auxiliares de acção directa e do serviço de enfermagem, estes são de 8h ou de 10h (manhã: das 8h às 15h; tarde: 15h às 22h; noite: das 22h às 8h), sete dias por semana.

As funcionárias da limpeza têm dois turnos de 7h cada (manhã: das 8h às 15h e das 14h30 às 21h30), também 7 dias por semana.

As coordenadoras das auxiliares de acção directa têm dois horários distintos, os quais denominam como “semana curta” e “semana comprida”. No primeiro caso, o horário é às quartas e quintas-feiras, das 8h às 15h; no segundo, o horário é às segundas, terças, sábados e domingos, das 8h às 21h e sextas, das 15h às 21h. Estes horários vão sendo trocados entre as duas profissionais, de maneira a que a semana esteja totalmente coberta e a que o tempo de trabalho esteja igualmente distribuído.

Quanto aos refeitórios, podem contar-se quatro, em que o critério de divisão dos utentes é a sua autonomia:

- Refeitório principal: É onde os residentes mais autónomos tomam as suas refeições. Está situado no rés-do-chão e tem, em média, 44 residentes;
- Refeitório intermédio: Os 24 residentes que fazem as suas refeições neste espaço são pessoas que necessitam de algum apoio e supervisão, mas que ainda preservam parte da sua autonomia. Como tal, durante as refeições, estão presentes cerca de três auxiliares que prestam o apoio necessário;
- Refeitório do primeiro piso: Aqui, o grupo de residentes é menor que os anteriores (14)

e nota-se uma deterioração cognitiva mais acentuada, pelo que a proporção auxiliares/residentes é maior (aproximadamente um auxiliar por cada três utentes);

- Refeitório do segundo piso: Este é o refeitório onde estão os nove utentes em pior estado cognitivo. Necessitam de supervisão e apoio total durante todas as refeições, pelo que há aproximadamente um auxiliar por cada dois utentes.

Os horários das refeições são:

- Pequeno-almoço: das 9h30 às 10h30;
- Almoço: das 13h30 às 15h;
- Lanche: das 16h30 às 17h30;
- Jantar: às 19h30 às 20h30.

É de notar que, durante as refeições principais (almoço e jantar), há um esforço para que estejam presentes técnicos da instituição que supervisionem o funcionamento dos refeitórios.

As ementas são elaboradas por uma nutricionista do Grupo Eulen, mensalmente e de acordo com a dieta prescrita pela médica do lar. Posteriormente, as ementas são assinadas pela médica, pelo chefe de cozinha e pela governanta e colocadas no expositor junto da entrada do refeitório principal.

Os horários das visitas aos utentes são das 10h30 às 13h20 e das 17h às 19h30. Por decisão da direcção, os visitantes só podem acompanhar um utente durante as refeições principais (almoço e jantar) caso as façam na instituição também (tendo que avisar com 24h de antecedência a governanta e pagando a sua refeição). Estes horários são alargados às 24h do dia quando o utente está internado numa UCE ou podem ser alterados devido à situação familiar do residente.

«¡Yo activo mi mente!» - Manual de intervenção

Oficina 1: Leitura e escrita

Leitura

A oficina de leitura tem como principal objectivo potenciar a capacidade de leitura e de compreensão escrita. Através de actividades deste tipo, também é possível incrementar a auto-estima dos participantes e a socialização entre os mesmos. Como tal, é importante estimular esta capacidade.

Para este tipo de ateliê não é necessário material muito específico, pois pode apenas ser utilizado o Caderno Individual de Actividades (CIA) para a escrita de palavras, frases ou textos a serem utilizados durante a sessão.

A arquitectura funcional das sessões permite que os participantes exercitem a fluidez na leitura e a compreensão verbal e escrita, sendo para tal utilizados não só o sistema visual, como também o motor (na execução de algumas tarefas, como a realização de ordens escritas).

Podem surgir algumas dificuldades na compreensão de textos devido à complexidade dos mesmos em participantes com um GDS mais elevado (no caso do presente projecto, GDS 4). Se tal acontecer, o orientador da actividade deve ajudar o participante a compreender o conteúdo dos textos. Também é preciso ter em conta as dificuldades que os participantes podem ter ao nível visual e/ou motor, para que não haja episódios de agitação, frustração ou ansiedade por não serem capazes de realizar a tarefa.

Actividades

Compreensão/execução de ordens escritas.

Leitura e compreensão de frases.

Escrita

O grande objectivo do ateliê de escrita é estimular a linguagem escrita, através do reforço gráfico-motor. A produção de texto escrito pode ser feita a partir de diversas práticas, como sendo um ditado ou uma cópia. Aqui também se pode estimular a imaginação do participante, através de uma oficina de escrita livre.

Para esta oficina é necessário papel e lápis/esferográfica, o CIA, textos variados (ainda que seja conveniente que tenham algum significado para o participante; devem ser adaptados à idade,

ao nível cognitivo e, se possível, ao gosto do mesmo, para que haja maior interesse da sua parte) e/ou imagens que possam servir para a denominação escrita e para a elaboração de redacções temáticas. Os exercícios devem ser guiados e supervisionados, principalmente em grupos com um GDS mais elevado.

A arquitectura funcional de cada sessão depende do exercício realizado: se por um lado se recorre à semântica do participante para que este elabore uma redacção livre (o que implica a eleição de palavras e a combinação destas em frases/textos), avaliando a fluidez de expressão, a denominação e a evocação de palavras, por outro também se trabalha o sistema motor, durante o acto de escrever. Outros aspectos importantes que podem estar envolvidos são a atenção, a percepção discriminativa e a memória de trabalho (utilizada na compreensão de frases/textos).

Em relação às limitações desta oficina, há que ter em conta o nível de escolaridade dos participantes, bem como possíveis dificuldades motoras nos membros superiores que estes possam apresentar. No entanto, e de um modo geral para participantes em fases iniciais (GDS 3 e 4), não se apresentam grandes dificuldades na realização desta tarefa.

Actividades

GDS 3

Cópia de figuras simples e alternância gráfica.

Evocação categorial semântica.

Redacções escritas.

GDS 4

Completamento de frases.

Associação de palavra e imagem.

Cópia de palavras com apoio das imagens correspondentes.

Oficina 2: Linguagem

Descrição e narração

A oficina de descrição e narração tem como principal objectivo a estimulação da linguagem expressivo-narrativa, através da produção linguística a partir de imagens que delimitem o campo léxico-semântico do participante. Esta oficina é importante, por permite ao paciente a manutenção do seu vocabulário e a capacidade de interagir verbalmente com outros indivíduos.

Os materiais necessários para que as actividades se desenvolvam bem são estímulos visuais que possam estimular o discurso do participante, como lâminas temáticas, imagens de jornais ou

revistas, etc. No entanto, é preciso que estes estímulos estejam limitado léxico e semanticamente, para que o participante tenha um discurso menos disperso.

Relativamente à arquitectura funcional das sessões, é preciso que estejam presentes as capacidades de percepção e de reconhecimento visual (gnosia) no participante, pois só assim este será capaz de construir um discurso relativo a qualquer imagem que lhe seja apresentada. Também é necessário que haja uma capacidade executiva verbal adequada para a produção de respostas e para a narração temática. Neste tipo de tarefas estão implicados todos os componentes da expressão verbal: fonética, fonologia, campo lexical, sintaxes, discurso e pragmática. Também há a implicação do conhecimento dos campos lexicais utilizados nas sessões, pois sem isso o participante não será capaz de realizar nenhum exercício.

Neste tipo de oficina, as principais limitações são as dificuldades visuais (é necessário ver se este precisa de óculos para ver ao perto) e os transtornos cerebrais específicos que interfiram na percepção e reconhecimento visual que possam afectar o participante.

Actividades

Conversação e descrição a partir de cartazes temáticos.

Repetição

A repetição é útil em pacientes com demência, pois, centrando-o em tarefas verbais de complexidades diversas, estimula a retenção, a atenção e a concentração verbal. Promove também um elevado nível de interacção com o orientador da actividade, pois têm que o ouvir e perceber o que lhes é dito.

Como material, são necessárias listas de palavras que deverão ser repetidas. No entanto, estas podem ser utilizadas de diversas formas, tendo que haver o cuidado de as adaptar às capacidades dos participantes.

Para a realização deste tipo de oficina, para além da atenção e da concentração dos participantes, é necessário que estes consigam discriminar verbalmente as palavras, que tenham uma linguagem receptiva e expressiva e que tenham memória de trabalho suficiente para o volume de palavras que terão que repetir.

Relativamente às suas limitações, o ateliê de linguagem tem que estar bem adaptado a cada participante, tendo em conta que a sua capacidade de memorização reduz progressivamente ao longo da doença. Esta adaptação é muito importante para que não ocorram episódios de ansiedade e frustração durante o desenvolvimento das actividades.

Actividades

GDS 3

Repetição de frases de longitude média (7-9 elementos).

Reconhecimento e denominação verbal

O ateliê de reconhecimento e denominação verbal tem como objectivo geral a estimulação do campo lexical do participante através de estímulos visuais. Deve-se proporcionar ao participante a manutenção do seu campo lexical, trabalhando com as palavras.

Para realizar actividades deste tipo, o orientador deve apresentar ao participante imagens ou objectos que este tem que identificar e denominar. Como tal, são necessárias imagens de objectos (ou objectos reais) que podem ser agrupados de diversas formas: por tamanho, organizados alfabeticamente, por cores, etc.

A nível sensorial, esta oficina requer a visão do participante (acuidade visual para perceber e reconhecer visualmente os objectos – gnosia). A nível semântico, é necessário que o participante consiga dar um significado ao objecto para que seja possível chegar ao seu nome (léxico). De seguida, é essencial que haja a capacidade de produção oral (envolvendo a fonologia e a fonética).

Tal como as actividades anteriores, devem ser tidas em conta as limitações de cada participante. Assim, enquanto em participantes com GDS 3 pode haver algum empobrecimento ao nível semântico, em participantes com GDS 4 é preciso que a actividade se centre apenas nos âmbitos próprios das ABVD¹¹ e AIVD¹², assim como em aspectos sociais e recreativos semi-complexos. Para além disto, é necessário ter em conta possíveis transtornos afásicos expressivos ou de evocação de palavras.

Actividades

GDS 3

Denominação de imagens.

GDS 4

Denominação informal de cores de objectos e elementos do meio ambiente.

Oficina 3: Esquema corporal

As actividades que abordam este âmbito cognitivo têm como principal objectivo a manutenção, o mais prolongada possível, da consciência, por parte do participante, do seu próprio

¹¹ Actividades Básicas da Vida Diária

¹² Actividades Instrumentais da Vida Diária

corpo. Esta consciência revela-se importante na medida em que o corpo é uma parte indissociável das ABVD. Para tal, são realizadas interações onde o participante reconhece, denomina ou assinala partes do seu corpo.

Os materiais utilizados são apenas esquemas do corpo humano, podendo ser utilizado o próprio corpo do participante (assinalando e descrevendo o seu corpo, o participante toma um conhecimento mais concreto de si próprio).

As limitações desta oficina são relativamente infrequentes.

Actividades

GDS 3

Conhecimento (verbal) das funções/actividades possíveis de diversas partes do corpo.

Cópia de nomes de partes do corpo e indicação no corpo ou numa figura.

Denominação de partes externas do corpo de forma ordenada (de cima para baixo).

GDS 4

Conhecimento (verbal) das funções/actividades possíveis de diversas partes do corpo.

Compreensão e realização de ordens sobre o corpo.

Oficina 4

Funções executivas (GDS 3)

Na oficina de funções executivas, o grande objectivo é a estimulação da capacidade de raciocínio, de abstracção, de planificação e de execução. Para o atingir, as sessões baseiam-se na execução de tarefas básicas ou de AVDs.

Os materiais são variáveis, conforme a actividade que se pretende realizar. No entanto há um predomínio das tarefas verbais e da manipulação complexa de objectos (jornais, enciclopédias, listas telefónicas, etc.).

Esta oficina depende essencialmente da capacidade que o participante tem em reconhecer os elementos que constituem o meio em que se encontra, para que seja possível a formulação de respostas coerentes às questões colocadas. Estão em jogo também componentes de memória de trabalho, pois sem estes seria impossível manter presentes todos os dados relativos aos problemas apresentados, bem como capacidades semânticas.

Actividades

Identificação de soluções para problemas do quotidiano.

Relações semânticas comparativas.

Gestualidade (GDS 4)

Manipulação de objectos (mímica)

Esta oficina tem como principal objectivo estimular a actividade gestual de manipulação, através do cumprimento de ordens ou da resposta a estímulos. Também ajuda a promover a interacção pessoal e a actividade física, na medida em que é produzida gestualidade.

A estrutura deste ateliê baseia-se na realização de actividades com objectos imaginários da vida quotidiana (chaves, martelo, comida, etc.). Assim sendo, estão envolvidas uma série de capacidades que o participante deverá ter mais ou menos intactas: capacidade de recepção e compreensão de informação dada, capacidade de abstracção semântica e representação mental do gesto a ser realizado com componentes sequenciais executivos e, por último, capacidade motora.

As limitações presentes para participantes com GDS 4 são a necessidade de incentivo para que realize a actividade e a maior probabilidade da existência de transtornos na sequência dos movimentos.

Actividades

Mímica de manipulação de objectos a partir de ordens verbais.

Destreza manual

A oficina de destreza manual tem como objectivo geral activar tarefas psicomotrizas elementares relacionadas com Actividades da Vida Diária (AVDs).

A sua estrutura baseia-se na realização de actividades supervisionadas de manipulação de objectos construídos para o efeito ou objectos da vida diária. Para que tais actividades sejam possíveis, o participante deve conseguir receber e compreender as ordens (verbais/visuais), ter a capacidade de abstracção, representação mental e realização do gesto, percepção e manipulação de coordenadas espaciais. É necessário também que haja a participação dos sistemas motrizes do participante.

A principal limitação desta oficina para grupos com GDS 4 é a maior probabilidade de ocorrerem perturbações na realização de alternâncias gráficas ou gestuais. De um modo geral, as actividades de manipulação são afectadas em fases avançadas da demência, podendo ocorrer

precoce ou predominantemente na motricidade fina.

Actividades

Pintura com cores.

Oficina 5: Orientação

A oficina de Orientação é útil para manter os dados pessoais básicos (data de nascimento, naturalidade, relações familiares, etc.) e estabelecer ou reforçar a situação espaço-temporal dos participantes. No entanto, é um âmbito cognitivo que não deve ser trabalhado caso o participante não esteja interessado em estar orientado ou em fases onde a sua abordagem possa originar ansiedade ou frustração. Nestes casos, deve ser substituído por actividades de validação.

Para o seu desenvolvimento, podem ser usados estímulos do meio (calendários, o tempo atmosféricos, elementos da Natureza...) ou simplesmente a interacção orientador-participantes, através da conversação sobre temas relacionados com o âmbito cognitivo. Para tal, é necessário que esteja presente nos participantes a capacidade de atenção e a memória episódica a curto e a longo prazo, bem como as capacidades executivas (busca de informação do seu passado e narração da mesma).

Actividades

GDS 3

Estimulação do conhecimento semântico e cultural sobre o tempo.

Orientação geográfica geral em mapas (Espanha e Europa).

Conhecimentos culturais geográficos: lugares específicos.

Orientação temporal diária: relógio.

GDS 4

Estimulação do conhecimento semântico e cultural sobre o tempo.

Orientação geográfica geral em mapas (Espanha e Europa).

Conhecimento e recordação de festas anuais (tradicional, pessoais e familiares).

Orientação temporal diária: relógio.

Oficina 6

Problemas aritméticos (GDS 3)

Esta oficina é útil para estimular o conhecimento e a manipulação dos números, assim como

facilita o desempenho dos participantes no cálculo, raciocínio e solução de problemas simples.

As actividades podem ser desenvolvidas em situação informal, em forma de jogos, interações sociais, etc. Os materiais utilizados para a realização do ateliê variam entre fichas com problemas aritméticos e materiais didácticos (ábacos, por exemplo). Também se pode utilizar o jogo do bingo ou dinheiro corrente (notas e moedas).

Para a realização deste tipo de actividades, é necessário que os participantes consigam perceber e reconhecer símbolos matemáticos, números e operações aritméticas e conheçam as regras de cálculo. Uma vez que se tratam de actividades que envolvem as capacidades verbais e de raciocínio, as mesmas também devem estar presentes. É preciso ter em conta o grau de escolaridade dos participantes, uma vez que o mesmo pode interferir directamente com o desempenho observado.

Actividades

Leitura e conhecimento dos números.

Raciocínio e resolução de problemas aritméticos.

Resolução de operações aritméticas complexas.

Actividades sensoriais (GDS 4)

Visão

Os objectivos principais desta oficina são a manutenção, o estabelecimento/reforço da atenção, da concentração e da actividade dos sistemas de percepção visual e as suas implicações espaciais e cognitivas (uma vez que os objectos estão situados no espaço, é difícil diferenciar a função visual da espacial).

São apresentados estímulos visuais e são solicitadas respostas específicas através de diferentes actividades (emparelhamento, distinção ou descrição de figuras, etc.) com vista a atingir estes objectivos.

Para a realização destas actividades, são necessários estímulos como imagens (de figuras, objectos), os próprios objectos ou revistas/jornais. Assim sendo, todo o sistema visual é envolvido em todos os exercícios. A atenção e a concentração tornam-se essenciais, principalmente quando os estímulos não possuem informações evidentes. Com estas capacidades presentes, é possível atingir o significado das imagens, realizar assim associações e aceder à linguagem, o que facilita a memorização a longo prazo.

É sempre necessário ter em conta a utilização de óculos por parte dos participantes.

Actividades

Discriminação de figuras.

Discriminação e emparelhamento de figuras.

Audição

As actividades que trabalham este sentido têm como objectivos a manutenção, o estabelecimento/reforço da atenção, da concentração e da actividade dos sistemas de percepção auditiva e as suas implicações cognitivas.

São apresentados estímulos auditivos e são solicitadas respostas específicas através de diferentes actividades (distinção ou evocação de sons, emparelhamento de sons com palavras, etc.) com vista a atingir estes objectivos.

Para a realização destas actividades, são necessários estímulos como imagens (de figuras, objectos), os próprios objectos ou revistas/jornais. Assim sendo, todo o sistema auditivo é envolvido em todos os exercícios. A atenção e a concentração tornam-se essenciais, principalmente quando as fontes dos estímulos são diversificadas. Com estas capacidades presentes, é possível atingir o significado dos sons, realizar assim associações e aceder à linguagem, o que facilita a memorização a longo prazo.

É sempre necessário ter em conta a utilização de aparelhos auditivos por parte dos participantes.

Actividades

Reconhecimento e denominação de sons.

Tacto

As actividades que trabalham este sentido têm como objectivos a manutenção, o estabelecimento/reforço da atenção, da concentração e da actividade dos sistemas de percepção táctil e as suas implicações cognitivas.

São apresentados estímulos tácteis e são solicitadas respostas específicas através de diferentes actividades (distinção ou evocação de texturas, emparelhamento de texturas com palavras, etc.) com vista a atingir estes objectivos.

Para a realização destas actividades, são necessários estímulos que se diferenciem pelo tamanho, textura, forma, consistência, temperatura, etc. Assim sendo, todo o sistema de percepção táctil é envolvido em todos os exercícios. As capacidades de exploração táctil, a atenção e a concentração tornam-se essenciais, pois só assim é possível atingir o significado dos objectos,

realizar associações e aceder à linguagem, o que facilita a memorização a longo prazo.

Em participantes com GDS 4, podem surgir problemas de concentração, na discriminação e no reconhecimento táctil.

Actividades

Formulação de perguntas sobre o conhecimento de características específicas de objectos.

Instrumentos de avaliação dos participantes

MEC



MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO (Lobo y cols)

NOMBRE DEL USUARIO: _____
EXAMINADOR _____ FECHA: ___/___/___

	Puntos
<u>Orientación</u> (preguntar primero la fecha y después las partes omitidas)	
"Dígame en qué día de la semana estamos .....qué fecha es hoy :	
Día Mes Estación.....Año.....	..... (5)
"Dígame el nombre del hospital Planta Ciudad	
Provincia..... País .....	..... (5)
<u>Fijación</u> (preguntar al usuario si podemos explorar su memoria, y entonces le instamos a que "Repita estas 3 palabras : Peseta-Caballo-Manzana" y las recuerde(la primera repetición es la que determina la puntuación de 0 a 3) (Repetirlas hasta que las aprenda ,con un límite de 6 intentos, y apuntar el número de intentos; si no aprende los 3 no se podrá explorar la memoria de evocación; nº...)	.....(3)
<u>Concentración y Cálculo</u>	
"Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3, ¿cuantas le van quedando?: 30;	
..... (5 restas) (1 punto por cada respuesta correcta)	.....(5)
"Repita 5-9-2 "(Repetir hasta que los aprenda y apuntar al número de intentos, nº.....)	
Ahora repítalos hacia atrás.	..... (3)
<u>Memoria de evocación</u>	
"¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?". Peseta-Caballo-Manzana	..... (3)
<u>Lenguaje y Construcción</u>	
Mostrar un bolígrafo. "¿Qué es esto?.....Mostrar un reloj.	
"¿Y esto? Un punto por cada respuesta correcta	..... (2)
"Repita esta frase :En un trigal había cinco perros". 1 punto si correcto.	..... (1)
"Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?, ¿Qué son un perro y un gato?.....	
.....¿Y el rojo y el verde?.....	..... (2)
"Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo".	
1 punto por cada acción correcta.	..... (3)
"Lea esto y haga lo que dice" (ver dorso de página, nota 1)	..... (1)
"Escriba una frase" (ver dorso de página, nota 2).Debe ser escrito espontáneamente, no vale dictarla .Debe contener sujeto, verbo y predicado, y tener sentido. No es preciso una gramática correcta. No vale la firma.	..... (1)
Cogiendo una hoja en blanco se le dice "Copie este dibujo exactamente"	
(ver dorso de página, nota 3).Dos pentágonos (5 lados) cerrados estar representados, y los dos deben hacer intersección para puntuar 1 punto.	
No importa el temblor o la rotación.	..... (1)
Un punto por cada respuesta correcta.	PUNTUACIÓN TOTAL ___/ (35)
Nivel educativo: Conciencia: Alerta....Obnubilación....Estupor Coma....	
Puntuación máxima = 35. Se considera como normal de 28 o más.	



CENTRO _____

MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO (Lobo y cols)

NOMBRE DEL USUARIO: _____
EXAMINADOR _____ FECHA: ___/___/___

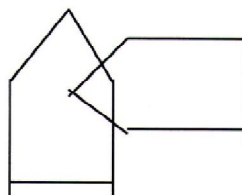
Nota 1: "LEA ESTO Y HAGA LO QUE DICE".

CIERRE LOS OJOS

Nota 2: "ESCRIBA UNA FRASE"

.....
.....

Nota 3: "COPIE ESTE DIBUJO"



GDS-15



NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA:

GDS 15

- 1) ¿en general está satisfecho con su vida?
Si No
- 2) ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?
Si No
- 3) ¿Siente que su vida esta vacía?
Si No
- 4) ¿Se siente con frecuencia aburrido?
Si No
- 5) ¿Se encuentra de buen humos la mayor parte del tiempo?
Si No
- 6) ¿teme que algo malo pueda ocurrirle?
Si No
- 7) ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?
Si No
- 8) ¿Con frecuencia se siente desamparado o desprotegido/a?
Si No
- 9) ¿Prefiere usted quedarse en casa, mas que salir y hacer cosas nuevas?
Si No
- 10) ¿Cree que tiene mas problemas de memoria que la mayoría de la gente?
Si No
- 11) ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?
Si No
- 12) ¿Actualmente se siente un/a inútil?
Si No
- 13) ¿Se siente lleno de energía?
Si No
- 14) Se siente sin esperanza en este momento?
Si No
- 15) Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?
Si No

PUNTUACION TOTAL.....

Las respuestas que indican depresión están en negrita. Cada una de las respuestas cuenta un punto.

Instrumentos de orientação de procedimentos da intervenção

Planificação das sessões

Proyecto:		Duración de la implementación:		Duración de la sesión:		Sesión n.º:	
Ámbito cognitivo:							
Objetivos Pedagógicos							Duración (minutos)
Generales			Específicos				
A.			A.1				
B.			B.1				
Objetivos Pedagógicos		Duración (minutos)	Contenido	Indicaciones metodológicas y sugerencias didácticas		Material	
Generales	Específicos						
A	A.1						
B	B.1						

Avaliação individual das sessões

DATA:	HORA:
GRUPO:	PARTICIPANTE:
ÂMBITO COGNITIVO:	
TIPOS DE EXERCÍCIO:	
EXERCÍCIOS:	
AVALIAÇÃO	
NOTAS	

Avaliação global das sessões

GRELHA DE AVALIAÇÃO GLOBAL				
Nome:			Grupo:	
ÂMBITO COGNITIVO	DATAS DE REALIZAÇÃO	DESEMPENHO DO PARTICIPANTE	OBSERVAÇÕES	RESULTADOS
Leitura e escrita				
Linguagem				
Esquema corporal				
Funções executivas/ Gestualidade				
Orientação				
Problemas aritméticos/ Actividades sensoriais				

«¡Yo activo mi mente!»

Actividades

Índice

Índice.....	2
Oficina 1: Leitura e escrita	3
Completar frases.....	3
Figuras geométricas	4
Oficina 2: Linguagem	5
Repetição de frases (longitude média)	5
Oficina 3: Esquema corporal.....	6
Partes do corpo.....	6
Ordens sobre o corpo	9
Oficina 4: Funções executivas.....	10
Relações semânticas comparativas	10
Oficina 5: Orientação.....	11
Mapa de Espanha.....	11
Oficina 6: Problemas aritméticos.....	12
Números.....	12
Problemas do quotidiano.....	13
Oficina 6: Actividades sensoriais.....	14
Discriminação e emparelhamento de imagens	14
Discriminação de figuras	16

Oficina 1: Lectura e escrita

Completar frases

Las vacas dan _____.

Para escribir utilizamos un _____.

Los barcos navegan por el _____.

El hermano de mi madre es mi _____.

Miramos la hora en el _____.

El lunes es el primer día de la _____.

Los aviones van por el _____.

Las noticias se leen en el _____.

La una de la tarde es la hora de _____.

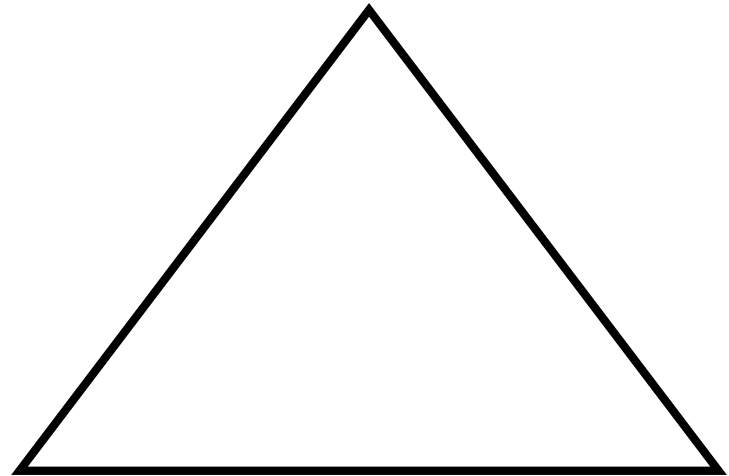
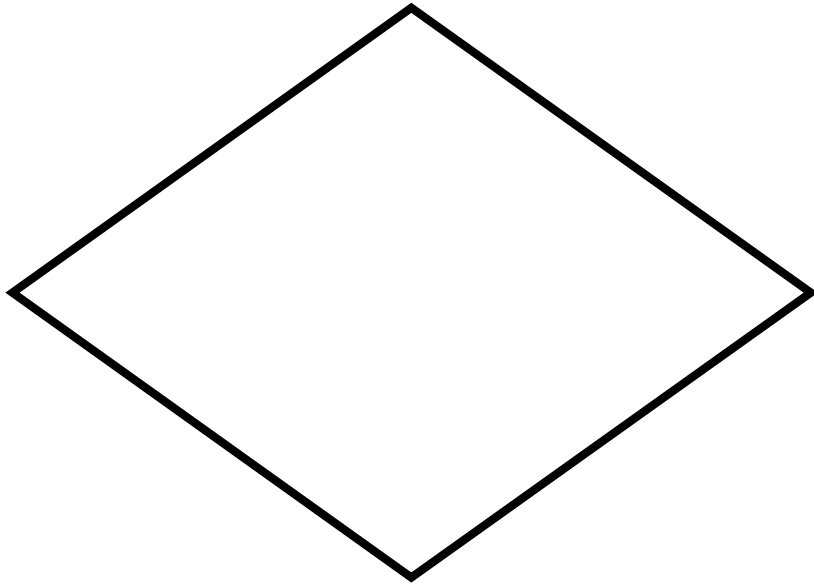
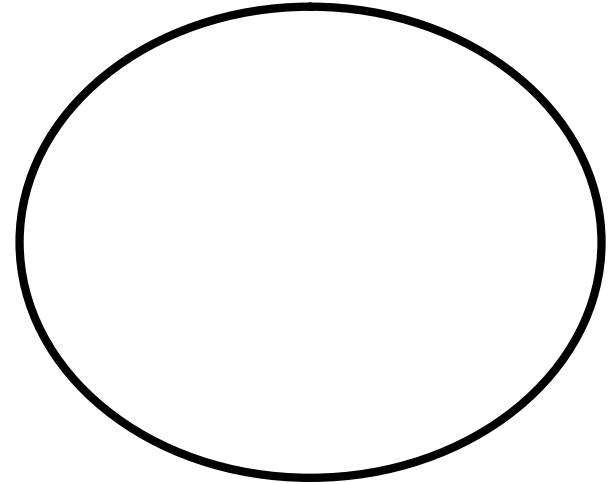
Los coches funcionan con _____.

La capital de España es _____.

En las ciudades, los animales salvajes están en los _____.

El animal que nos proporciona la lana es la _____.

Figuras geométricas



Oficina 2: Linguagem

Repetição de frases (longitude média)

Contaremos todas las monedas de cinco pesetas que tenemos.

Tenemos suficiente dinero para ir a cenar al restaurante.

Mi hija comprará un gran pastel de chocolate.

Mañana por la tarde vendrán tres invitados a casa.

El domingo iremos a casa de nuestra hija.

Llevaremos estos platos a la cocina para lavarlos.

Iremos al mercado y compraremos fruta para mañana.

El guardia urbano multa los coches mal aparcados.

No tenemos margarina en la nevera.

Con este dinero podemos comprar muchas cosas.

Oficina 3: Esquema corporal

Partes do corpo

Pecho

Brazo

Mano

Pierna

Pié

Pelo

Ceja

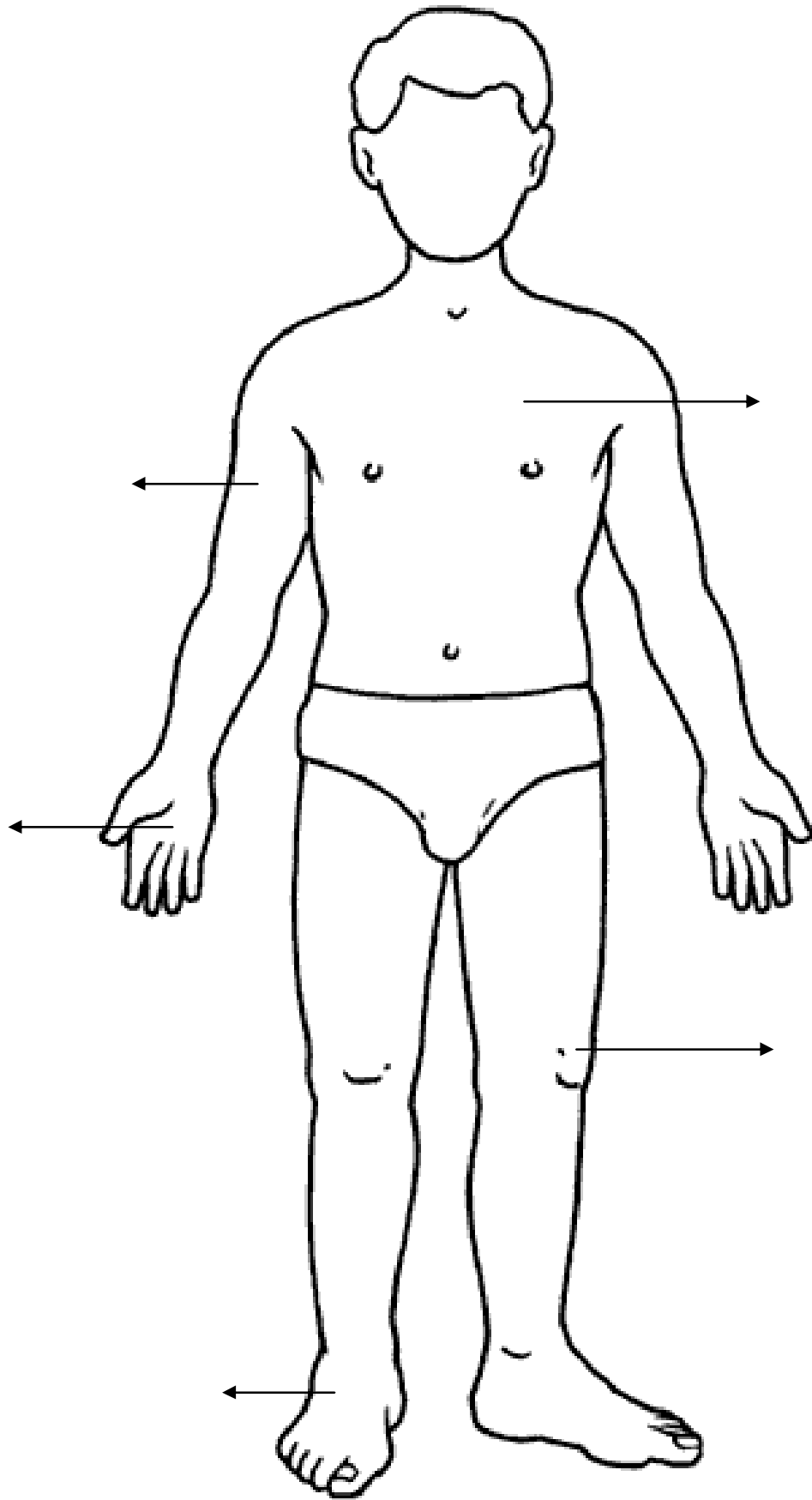
Oreja

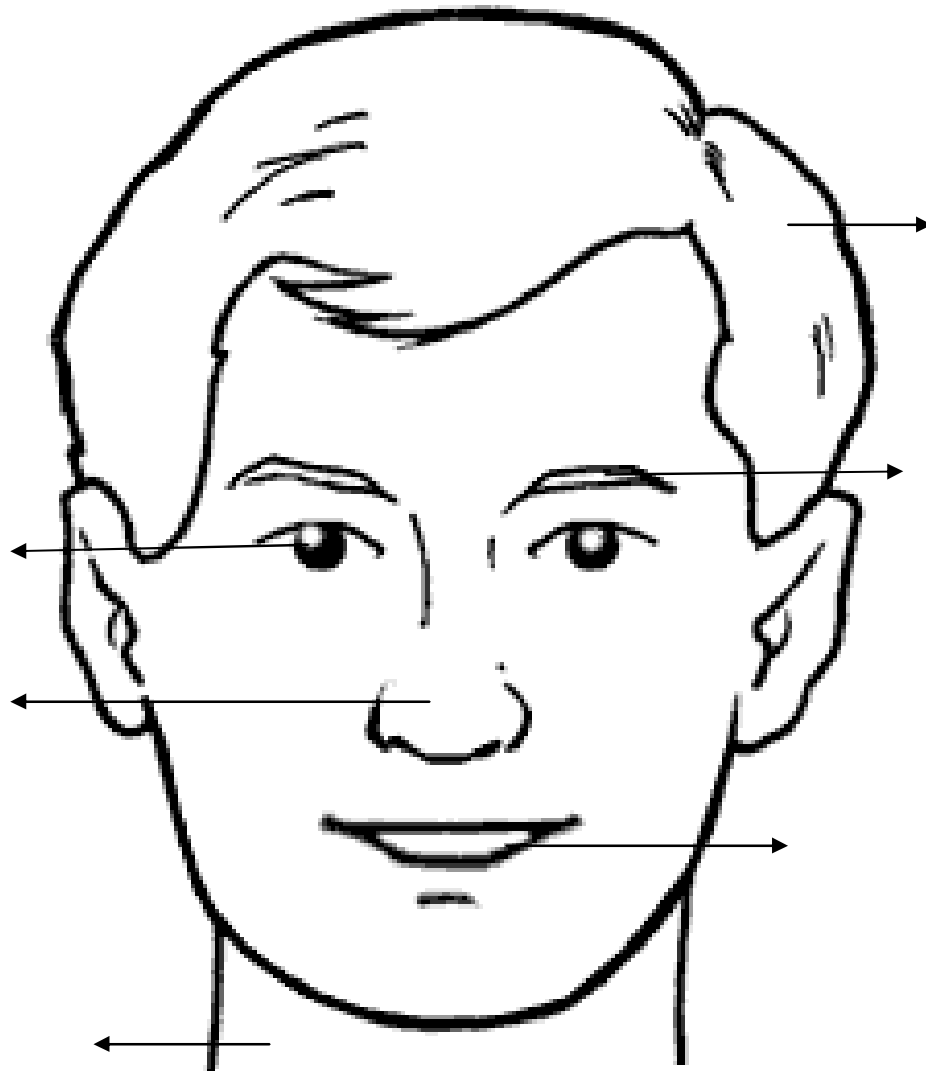
Nariz

Ojo

Boca

Cuello





Ordens sobre o corpo

SEÑALARSE LOS OJOS.

TOCARSE LA NARIZ.

TOCARSE LA CEJA.

TOCARSE LA OREJA.

ENSEÑAR LOS DIENTES.

LEVANTAR LA MANO DERECHA.

ABRIR LA BOCA.

APLAUDIR CON LOS OJOS CERRADOS.

TOCARSE EL CODO IZQUIERDO CON LA

MANO DERECHA.

CERRAR LOS OJOS Y TOCARSE LA FRENTE.

TOCARSE LA OREJA DERECHA CON LA

MANO IZQUIERDA.

SEÑALARSE EL PELO.

Oficina 4: Funções executivas

Relações semânticas comparativas

CIELO ES A AZUL COMO FUEGO ES A _____.

TÍO ES A PRIMO COMO ABUELO ES A _____.

FRÍO ES A NEVERA COMO CALOR ES A _____.

LLUVIOSO ES A MOJADO COMO SOLEADO ES A _____.

ACTOR ES A ACTRIZ COMO REY ES A _____.

HUESO ES A DURO COMO PIEL ES A _____.

DÍAS ES A SEMANA COMO MESES ES A _____.

DIEZ ES A DÉCADA COMO CIEN ES A _____.

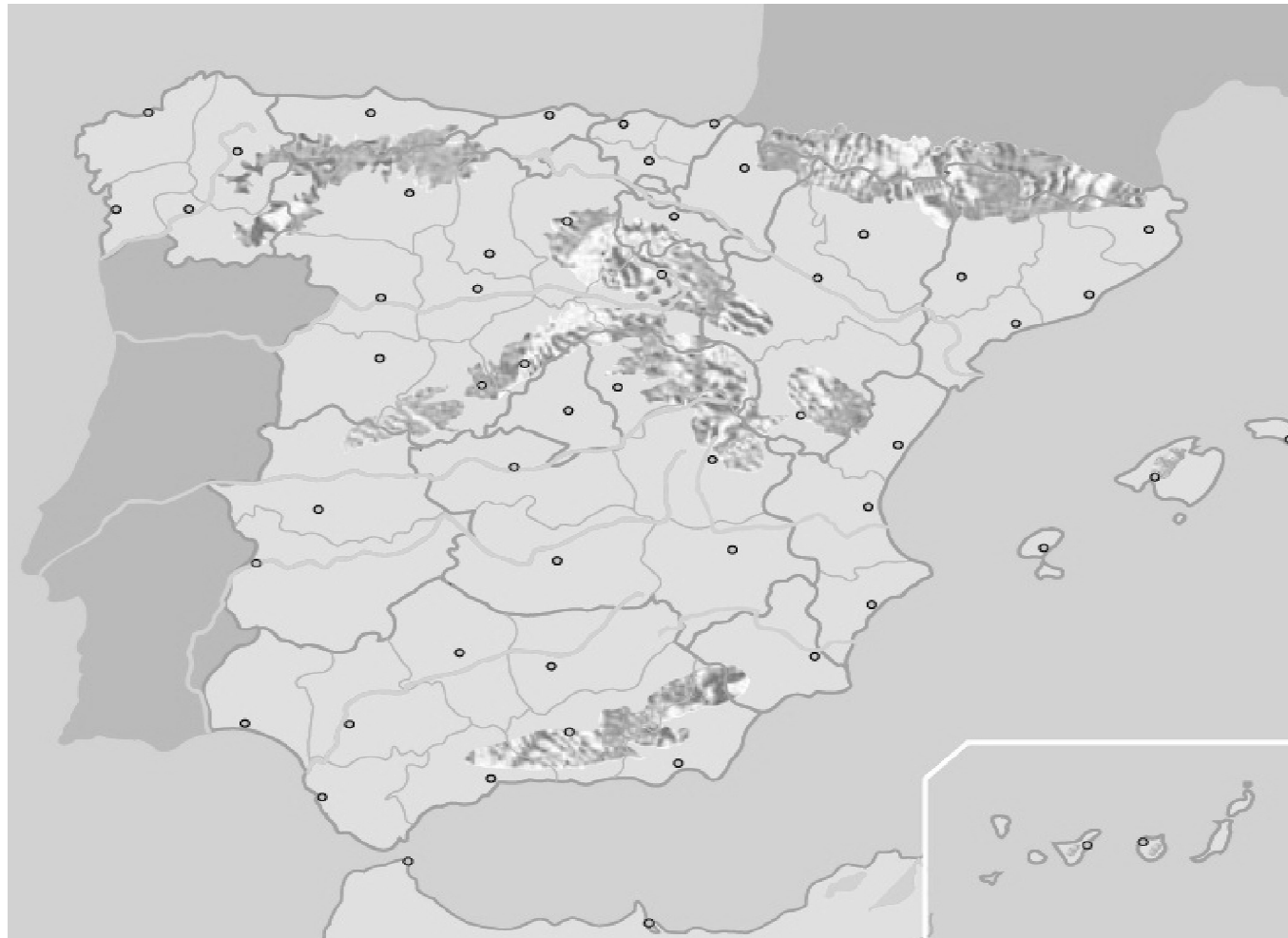
HOTEL ES A VACACIONES COMO OFICINA ES A _____.

OLOR ES A FLOR COMO HEDOR ES A _____.

AIRE ES A PULMONES COMO SANGRE ES A _____.

Oficina 5: Orientação

Mapa de Espanha



Oficina 6: Problemas aritméticos

Números

1	78	56	34	9
51	21	40	97	678
567	908	10	654	901
561	205	89	1000	376
896	34	697	818	456
398	4	994	247	944
20	959	8	239	754
264	920	591	826	5

Problemas do quotidiano

Tu espectáculo favorito se representa en la ciudad cada seis meses. Si la última actuación fue en mayo, ¿cuándo será la próxima?

Si tu madre nació veintidós años antes que tú, ¿en qué año nació?

¿Cuánto dinero tienes si tienes dos monedas de dos y tres de cincuenta?

Para preparar un plato necesitas tres huevos. Si has de triplicar la cantidad, ¿cuántos huevos necesitarás?

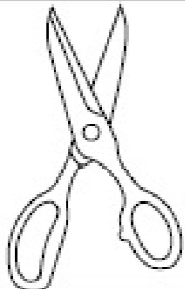
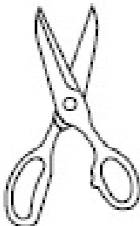
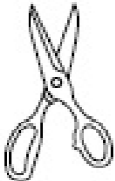
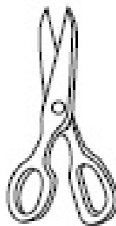
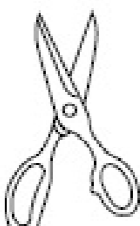










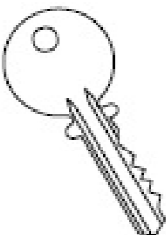
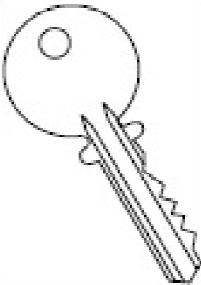

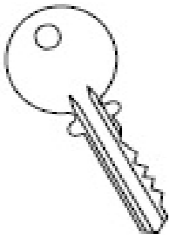
Si tienes una cita a las 9 en un lugar que está a media hora de tu casa, ¿a qué horas debes salir?

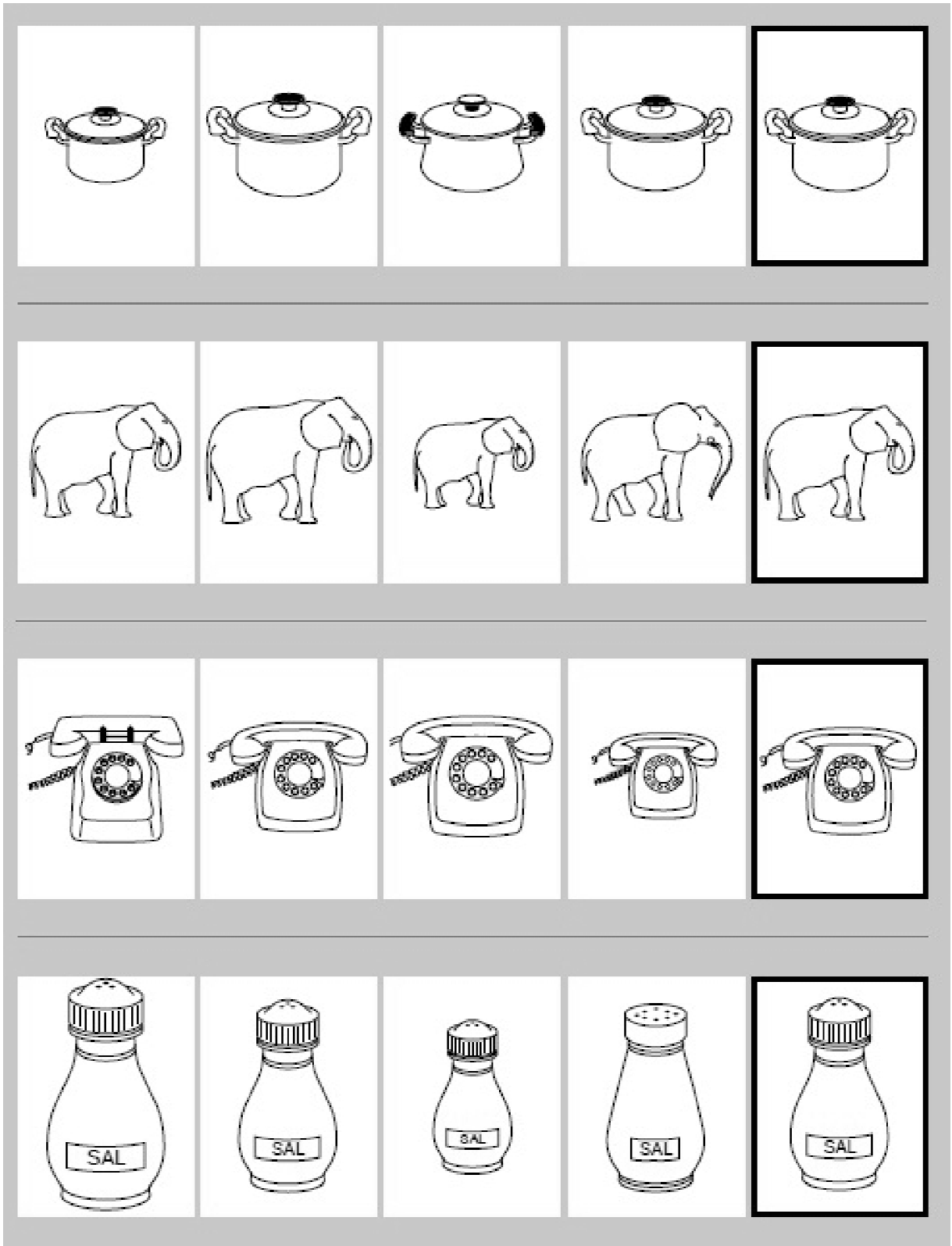
Un amigo va a pasar a recogerte a las 11h30. Te levantas a las 10h45. ¿De cuánto tiempo dispones para prepararte?

Si deseas utilizar el doble de la cantidad de una receta que te pide medio quilo de azúcar, ¿qué cantidad de azúcar deberás utilizar?

Oficina 6: Actividades sensoriais

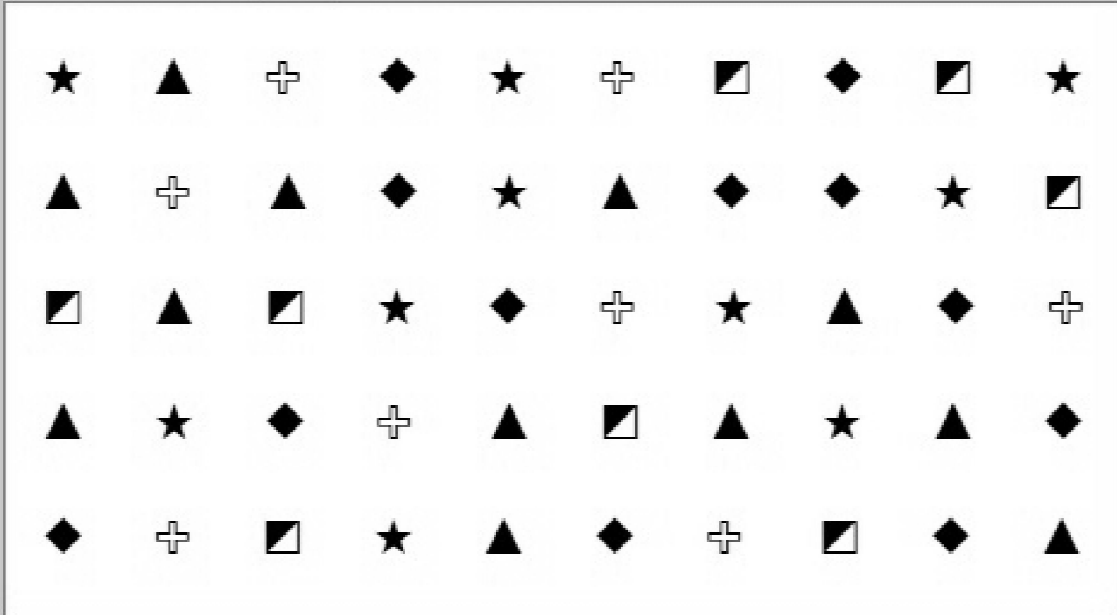
Discriminação e emparelhamento de imagens

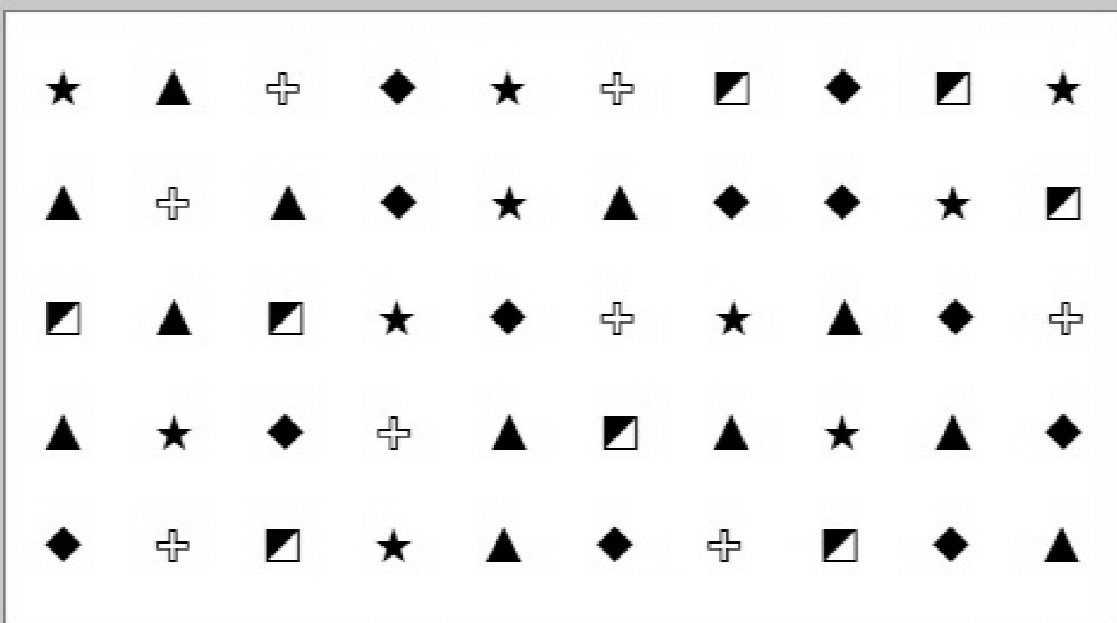



Discriminação de figuras

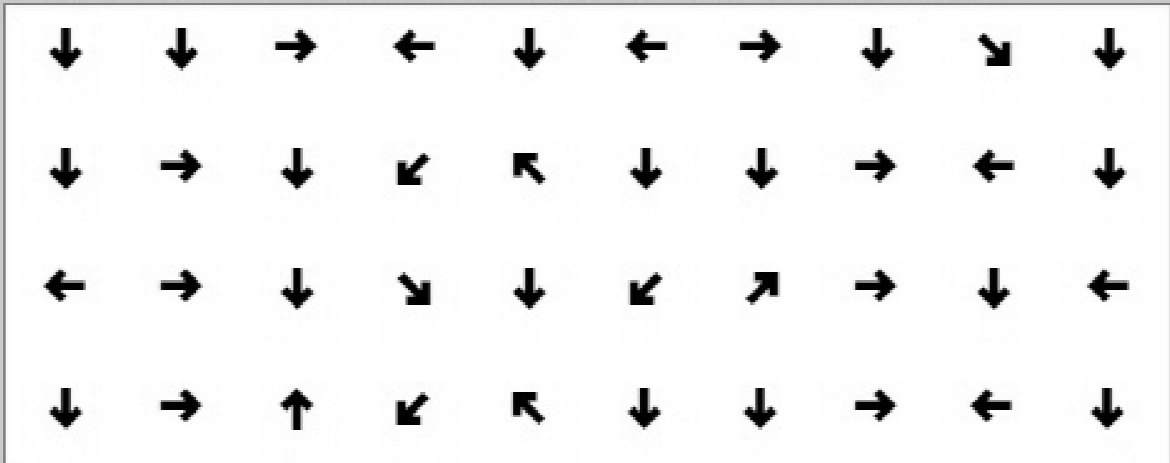
Marcar todas las figuras que sean como esta 




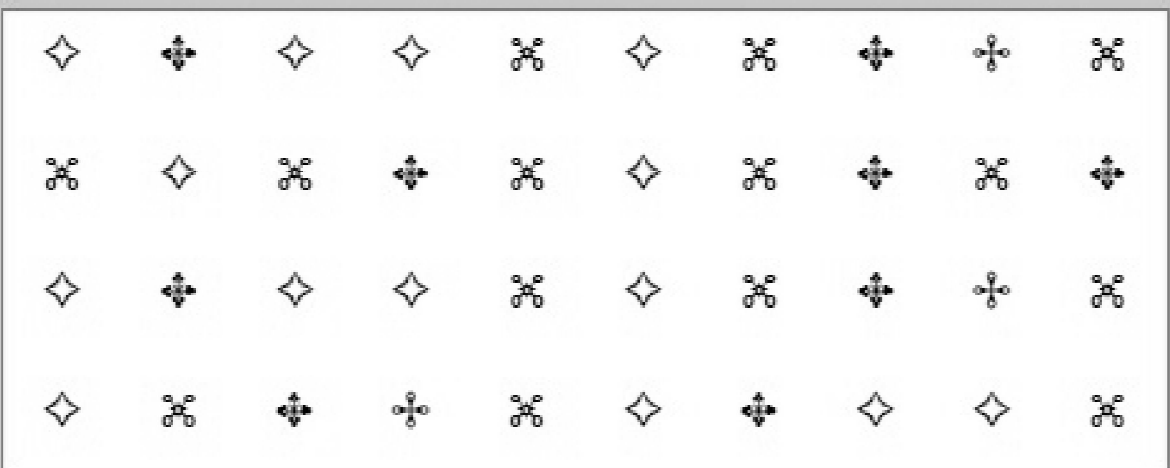
Marcar todas las figuras que sean como esta 



Trazar un círculo alrededor de la figura que sea igual a la que se le presenta 



Trazar un círculo alrededor de la figura que sea igual a la que se le presenta 



Trazar un círculo alrededor de la figura que sea igual a la que se le presenta 

