

**Impacto do Projeto Intergeracional
Aldeias Educadoras na qualidade do sono,
estado cognitivo, ansiedade e sintomatologia
depressiva**

Luísa Maria Rodrigues Silva Correia Barbosa

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientadora: Prof. Doutora Maria da Assunção Morais e Cunha Vaz Patto
Co-orientadora: Prof. Doutora Rosa Marina Afonso

janeiro de 2025

Folha em branco

Declaração de Integridade

Eu, Luísa Maria Rodrigues Silva Correia Barbosa, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 43810 do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 20/01 /2025



(assinatura conforme Cartão de Cidadão ou preferencialmente
assinatura digital no documento original se naquele mesmo formato)

Folha em branco

Dedicatória

Aos meus avós, Casimiro, Zulmira, Mimi e à memória do meu avô Serafim dedico este trabalho de dissertação como forma de reconhecimento por tudo o que representam na minha vida.

Avós, obrigada por todo o amor, carinho e incansável apoio que encontro sempre em vós e me motiva a continuar e a ser cada vez melhor. Tive, e continuo a ter, a oportunidade de partilhar convosco momentos de alegria e por isso considero-me uma neta cheia de sorte. Foram, e sempre serão para mim, o meu porto de abrigo, um exemplo e uma fonte de inspiração, quer seja pelas histórias de vida que comigo partilharam, quer seja pelas atitudes de afeto e amor com que sempre me acolheram.

Quero, por isso, com esta dedicatória expressar o meu mais sincero agradecimento por tudo aquilo que representam na minha vida, pelas aprendizagens que tenho tido convosco e pelo contributo que cada um de vós teve no meu crescimento enquanto pessoa.

Folha em branco

Agradecimentos

A conclusão desta dissertação contou com a ajuda de várias pessoas, a quem desejo expressar o meu agradecimento.

Agradeço, primeiramente, à Professora Dra. Assunção Vaz Patto, a minha orientadora, pela dedicação, apoio e disponibilidade assim como os conhecimentos transmitidos ao longo deste percurso.

À Professora Dra. Rosa Mariana, a minha co-orientadora, agradeço também a dedicação e apoio demonstrado desde o início da dissertação.

Agradeço às pessoas envolvidas no projeto, participantes e equipas do programa “Aldeias Educadoras”, em especial à Dra. Patrícia Silva e Dra. Ana pela ajuda e o suporte durante a fase de recolha de dados. Aos participantes do projeto agradeço a partilha de experiências e a sabedoria transmitida através de histórias passadas.

Agradeço à minha família, em especial aos meus pais, irmã e Fábio, por todo o apoio e palavras de motivação e de força ao longo da elaboração deste projeto e de todo o percurso académico.

Agradeço aos meus amigos, em especial à Alexandra, Alice, Jéssica e Mariana pela partilha de ideias e resposta a dúvidas e pelos momentos de alegria e descontração que me proporcionam tornando este percurso mais leve.

.

Folha em branco

Resumo

Introdução: O envelhecimento é um processo natural e dinâmico marcado por uma sequência de perdas funcionais experienciadas de forma diferente por cada adulto mais velho, tornando-os vulneráveis ao isolamento social e ao declínio do bem-estar emocional. Os programas intergeracionais, como o projeto “Aldeias Educadoras”, surgem como uma estratégia para promover o envelhecimento ativo, com potencial de melhorar o bem-estar biopsicossocial dos adultos idosos. Esta investigação visa avaliar o impacto deste projeto a nível da qualidade do sono, estado cognitivo, depressão e ansiedade dos sujeitos intervencionados, focando-se na participação social de idosos em atividades comunitárias e escolares.

Materiais e Métodos: Trata-se de um estudo quasi-experimental com comparação pré e pós intervenção desenvolvido com 19 participantes, 5 do sexo masculino e 14 do sexo feminino, com idades entre os 67-83 anos, residentes em meio rural. O programa consistiu na implementação de sessões na comunidade e na escola, durante 9 meses, onde os adultos mais velhos partilhavam e exploravam temas sobre a identidade local. Foram analisados parâmetros médicos e psicológicos, com ênfase na qualidade do sono (avaliada por uma adaptação do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh), estado cognitivo (Mini-Mental State Examination), depressão (Escala de Depressão Geriátrica) e ansiedade (Inventário Geriátrico de Ansiedade).

Resultados: Os resultados indicaram uma redução significativa nos níveis de depressão ($p < 0,001$) e ansiedade ($p = 0,003$) após a intervenção, sugerindo um impacto positivo das atividades intergeracionais e suporte emocional proporcionado aos idosos. No entanto, as variáveis relacionadas à qualidade do sono ($p = 0,404$) e ao estado cognitivo ($p = 0,165$) não apresentaram mudanças estatisticamente significativas.

Conclusão: Os resultados sugerem benefícios decorrentes da participação na intervenção intergeracional "Aldeias Educadoras" no envelhecimento ativo dos participantes mais velhos. No entanto, estudos mais aprofundados e metodologicamente mais robustos são recomendados para fornecer uma visão mais abrangente e compreensiva dos efeitos de programas intergeracionais, especialmente a nível do estado cognitivo e da qualidade do sono.

Palavras-chave

Adultos mais velhos; Isolamento social; Programas Intergeracionais; Aldeias Educadoras; Sono; Depressão; Ansiedade.

Folha em branco

Abstract

Introduction: Ageing is a natural and dynamic process characterised by a sequence of functional losses experienced differently by each older adult, making them vulnerable to social isolation and a decline in emotional well-being. Intergenerational programmes, such as the "Aldeias Educadoras" project, emerge as a strategy to promote active ageing, with the potential to enhance the biopsychosocial well-being of older adults. This study aims to assess the impact of this project on sleep quality, cognitive status, depression, and anxiety of the participants, focusing on the social participation of older adults in community and school activities.

Materials and Methods: This is a quasi-experimental study with a pre- and post-intervention comparison, involving 19 participants (5 males and 14 females) aged between 67 and 83 years, residing in rural areas. The programme consisted of implementing sessions within the community and school over nine months, during which older adults shared and explored themes related to local identity. Medical and psychological parameters were analysed, emphasising sleep quality (assessed using an adapted version of the Pittsburgh Sleep Quality Index), cognitive status (Mini-Mental State Examination), depression (Geriatric Depression Scale), and anxiety (Geriatric Anxiety Inventory).

Results: The results showed a significant reduction in levels of depression ($p < 0.001$) and anxiety ($p = 0.003$) after the intervention, suggesting a positive impact of intergenerational activities and the emotional support provided to the elderly. However, variables related to sleep quality ($p = 0.404$) and cognitive status ($p = 0.165$) did not show statistically significant changes.

Conclusion: The findings suggest benefits resulting from participation in the intergenerational intervention "Aldeias Educadoras" for the active ageing of older participants. However, further in-depth and methodologically robust studies are recommended to provide a more comprehensive understanding of the effects of intergenerational programmes, particularly regarding cognitive status and sleep quality.

Keywords

Elderly; Social Isolation; Intergenerational Programmes; Aldeias Educadoras; Sleep; Depression; Anxiety.

Folha em branco

Índice

Capítulo 1	1
Introdução	1
Envelhecimento demográfico e impacto na sociedade	1
Envelhecimento individual e isolamento social	2
Depressão e Ansiedade na população idosa	3
Sono e Problemas do Sono na População Idosa	5
Função cognitiva na População Idosa.....	5
Envelhecimento ativo e Programas Intergeracionais	6
Capítulo 2	8
Materiais e Métodos	8
Descrição do Estudo	8
Participantes	8
Instrumentos.....	9
Avaliação da qualidade do sono	10
Avaliação do estado cognitivo	10
Avaliação do estado de ansiedade	11
Avaliação do estado depressivo	11
Procedimentos.....	11
Análise estatística	13
Capítulo 3	14
Resultados	14
Participantes	14
Variáveis em estudo.....	15
Capítulo 4	20
Discussão de resultados	20
Depressão.....	20
Ansiedade.....	21
Estado Cognitivo.....	21
Qualidade do Sono.....	22
Capítulo 5	26
Conclusão	26
Referências Bibliográficas	27

***Anexos*..... 31**

Folha em branco

Lista de Figuras

Figura 1: Análise das variáveis “Depressão”, “Ansiedade”, “Estado cognitivo”, pré e pós intervenção.....	15
Figura 2: Análise da variável “Qualidade do sono”, pré e pós intervenção.....	17
Figura 3: Análise gráfica da Higiene e qualidade do Sono, pré e pós intervenção	18

Folha em branco

Lista de Tabelas

Tabela 1: Caracterização da amostra (N=19)	14
Tabela 2: Análise descritiva e inferencial das variáveis quantitativas em estudo, pré e pós intervenção.....	16
Tabela 3: Análise descritiva e inferencial da variável Sono em estudo, na pré e pós intervenção.	18

Folha em branco

Lista de Acrónimos

GAI	Geriatric Anxiety Inventory
GDS-15	Geriatric Depression Scale
GRP	Gabinete de Relações Públicas
MNA	Mini Nutricional Assessment
MMSE	Mini Mental State Exam
POISE	Programa Operacional Inclusão Social e Emprego
TUG	Timed up and go
UBI	Universidade da Beira Interior
WHOQOL-OLD	Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos
YLD	Years Lived with Disability

Folha em branco

Capítulo 1

Introdução

Envelhecimento demográfico e impacto na sociedade

A população mundial tem sofrido uma mudança demográfica marcada pelo envelhecimento populacional. (1) O avanço da tecnologia, da ciência, dos cuidados de saúde, da alimentação e das condições de vida, contribuiu para o aumento da longevidade das populações, uma vez que foi possível aprimorar o conhecimento científico e controlar possíveis causas que, no passado, levariam a uma morte mais prematura. (1,2)

O aumento da esperança média de vida acompanhada pela redução da natalidade e alteração dos padrões migratórios, a que se tem assistido nas últimas décadas, contribuiu para a inversão da pirâmide demográfica, marcada pelo crescimento da população idosa em detrimento da população mais jovem. (3,4) Segundo uma publicação das Nações Unidas relativa ao aumento populacional a nível mundial, espera-se que até 2050 o número de pessoas com mais de 65 anos duplique globalmente, aumentando para 15,6% o seu valor de 9,1% em 2019, superando em número a população mais jovem. (5)

Em Portugal, considerando que a população idosa engloba todos os indivíduos que se encontram com 65 anos ou mais, o índice de envelhecimento aumentou de 27,5% em 1961 para 183,5% em 2022, encontrando-se o País neste momento entre os três países mais envelhecidos da Europa. (3) Esta rápida transição demográfica reflete, por um lado, o crescimento e desenvolvimento positivo da sociedade, mas exige por parte desta uma constante adaptação para responder aos desafios impostos por esta transformação de forma a garantir que todos os anos adicionais da população são vividos com qualidade de vida. (6)

Esta nova realidade apresenta implicações a nível dos cuidados de saúde, que necessitam de uma gestão dos serviços para enfrentar as exigências das condições de saúde crónicas que passaram a ser a principal causa de morbilidade e mortalidade com o avançar da idade. (3,6) Paralelamente, também acarreta implicações a nível socioeconómico, uma vez que o adulto mais velho sofre um processo de mudança a nível do seu papel familiar, com menor responsabilidade parental, económico e social, como indivíduo produtivo na sociedade. (7) Esta transição de papéis pode vulnerabilizar e fragilizar a população mais envelhecida, ficando mais predisposta a sentimentos de

inutilidade, incapacidade e solidão que pode levar ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva e ansiedade patológica. (7) Nesse sentido, e tendo por base a literatura, devem ser criadas iniciativas onde o adulto mais velho participa e contribui ativamente para a comunidade, mantendo-os ativos tanto a nível cognitivo como físico. De acordo com diversos estudos, os programas intergeracionais podem ser incluídos nessas iniciativas porque têm vindo a mostrar-se eficazes na inclusão e cooperação do adulto mais velho na sociedade através do contacto entre as diversas gerações com partilha de conhecimento, promovendo a saúde e independência desta faixa etária. (7,8)

Envelhecimento individual e isolamento social

O envelhecimento é um processo natural e dinâmico com mudanças positivas, mas também marcado pelo declínio progressivo da reserva fisiológica dos diferentes sistemas do organismo, afetando o órgão a nível estrutural e funcional. Assim, a consequente redução dos mecanismos homeostáticos perante um agente agressor, que depende também da variabilidade individual, isto é, a capacidade intrínseca, física e mental, de cada adulto mais velho, pode aumentar o risco de desenvolvimento de doença. (9,10)

A sequência de perdas funcionais inevitáveis que acontecem nesta fase do ciclo da vida são experienciadas de forma diferente por cada pessoa, tendo em conta não só a acumulação de danos moleculares e celulares, como também a combinação com fatores extrínsecos, sendo eles sociais, culturais, económicos e ambientais, a que cada um esteve exposto ao longo da vida. (2,4,6)

Todas estas mudanças biopsicossociais que surgem com o avançar da idade, quando não são bem geridas pelo próprio indivíduo, podem aumentar a suscetibilidade à fragilidade, vulnerabilidade e dependência na velhice. Estas condições juntamente com o estigma associado ao envelhecimento e a exclusão social do adulto mais velho contribuem para o aumento dos casos de solidão e isolamento social nesta faixa etária, estando em crescimento desde a pandemia COVID-19. (11) Referido em diversos estudos, a solidão é uma experiência subjetiva, definida como “a perceção de falta de companheirismo e proximidade entre os indivíduos e os membros de sua rede social.” O isolamento social refere-se à “falta mensurável e tangível de comunicação e contato com outras pessoas ou membros da rede social de um indivíduo”, estando, por isso, relacionado com a falta de participação em atividades sociais e interação com a comunidade. (12) Desta forma, a solidão e o isolamento social têm vindo a ser associados como fatores de risco para o desenvolvimento ou agravamento de doenças crónicas na população mais envelhecida,

destacando-se a demência, doenças cardiovasculares e depressão. Em Portugal, as doenças crónicas não transmissíveis são responsáveis por 88% dos anos de vida vividos com incapacidade (YLD), interferindo com a independência e autonomia do adulto mais velho e reduzindo a qualidade dos anos de vida, realçando assim a importância do combate ao isolamento da população desta faixa etária. (13)

Segundo a literatura, um adulto mais velho que se sente sozinho e com uma rede social empobrecida, em comparação com os seus pares com bom suporte social, apresenta processos de hipervigilância e hipersensibilidade a estímulos sociais. (14,15) Estes, por sua vez, intensificam o medo de rejeição e levam à interpretação negativa das interações sociais. Esta ativação constante de um estado de alerta contribui para uma condição de maior vulnerabilidade, pelo desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão, associando-se também a uma redução da qualidade do sono. Este último fator é essencial para uma boa qualidade de vida em todas as faixas etárias e, quando não presente, principalmente no adulto mais velho, pode-se tornar um fator de risco acrescido para o declínio cognitivo e agravamento das doenças crónicas, incluindo a ansiedade e depressão. (16–18)

Depressão e Ansiedade na População Idosa

Num contexto de vulnerabilidade e fragilidade, o adulto mais velho torna-se suscetível ao desenvolvimento de sintomas depressivos, sendo uma das causas mais comuns de incapacidade na velhice. (19) A depressão é um distúrbio complexo que afeta a saúde mental, com curso crónico, cuja prevalência tem vindo a aumentar. A Organização Mundial de Saúde estima que existam cerca de 322 milhões de pessoas com sintomas depressivos, acrescentando que o pico se encontra na população mais envelhecida. (20,21) Comparativamente com as populações mais jovens, vários estudos referem que apesar de responderem igualmente ao tratamento aplicado na depressão, os idosos apresentam um risco mais elevado de recaída e retorno ao estado depressivo de forma recorrente, sendo a sua prevalência estimada entre 25% e 40%. (21)

O envelhecimento pode ser responsável pelo surgimento de potenciais fatores de risco importante no desenvolvimento de sintomas depressivos nesta faixa etária. O luto de entes queridos e consequentemente, o desenvolvimento de medo pela morte, o isolamento social, já referido anteriormente, e a acumulação de condições de saúde crónicas que os torna cada vez mais vulneráveis, poderão estar na génese deste distúrbio.(19)

De um outro prisma, a persistência dos sintomas depressivos a longo prazo, que acontece pela desvalorização e subdiagnóstico destas queixas nos Cuidados de Saúde Primários, é também um fator de risco importante para o início ou agravamento do declínio cognitivo e em situações mais graves para o desenvolvimento de demência.(19,21) Adicionalmente, tanto a depressão como o declínio cognitivo poderão estar relacionados com distúrbios da qualidade de sono, numa resposta de feedback, isto é, apresentando tanto um papel de risco como de consequência nas alterações do sono, sendo referido que 90% das pessoas com depressão relatam uma redução da qualidade do sono. (18)

Da mesma forma, as mudanças biopsicossociais inerentes ao envelhecimento podem associar-se ao desenvolvimento ou à intensificação de sintomatologia ansiosa nos adultos mais velhos. Fatores como a presença de doenças crónicas, o género feminino e a baixa escolaridade, esta última frequentemente observada na população idosa residente em áreas rurais, têm vindo a ser associados ao aumento da prevalência da ansiedade. (22,23) Além disso, um adulto idoso com ansiedade tende a fazer uma interpretação negativa de estímulos neutros entrando, assim, num ciclo de angústia e de emoções negativas. (24) Assim, como Meng et al. (2020) refere, a ansiedade relaciona-se de forma bidirecional com a solidão e depressão.(14) A solidão, através de um estado de hipervigilância e medo de rejeição tem como consequência direta um estado de ansiedade no adulto mais velho. (15) A ansiedade por sua vez, ao reforçar estes sentimentos negativos, prejudicando a capacidade do adulto idoso manter a sua rede social, vai reforçar o nível de isolamento social. (15,25)

Estas condições contribuem para piores resultados em saúde para esta população, com aumento da multimorbilidade, da mortalidade prematura e menor qualidade de vida. (19–21). A melhoria do suporte social, e o investimento em relações sociais e programas intergeracionais, que serão abordados no âmbito desta dissertação, poderão contribuir para uma redução da prevalência destes problemas. (15,20) Tal como referido na literatura, é necessário investir em programas que promovam e melhorem as interações sociais do adulto mais velho, que ajudam a mitigar sentimentos de solidão e consequentemente ajudam a reduzir os níveis de depressão e ansiedade. (8,15)

Sono e Problemas do Sono na População Idosa

O sono é uma necessidade fisiológica essencial para manter uma boa qualidade de vida e saúde, sendo necessário ter em conta tanto a quantidade total de sono como o ritmo circadiano de sonolência e alerta, fortemente influenciado pela exposição à luz. Para além disso, é fundamental para promover uma boa regeneração dos tecidos e eliminação dos metabolitos a nível cerebral.(18,26)

Os adultos necessitam de pelo menos 7 a 8 horas de sono por noite para uma boa regeneração e boa vigilância diurna.(26) Cada período de sono normal é composto por várias fases, progredindo pelo sono NREM, sono mais profundo, após o início do sono, seguindo-se por um episódio de sono REM. O sono NREM e sono REM vão alternando entre si, sendo que no adulto saudável, o sono REM constitui 20-25% do sono total, e as fases de sono NREM constituem 50-60%.(26)

O envelhecimento normal, com as mudanças fisiológicas e psicossociais a ele inerentes, contribui para uma diminuição da quantidade total do sono, sendo este mais fragmentado, e para uma menor eficácia do mesmo, uma vez que a quantidade de horas de sono profundo tende a diminuir com a idade. (18,26) A privação de sono, em acréscimo a todas as alterações fisiológicas deste no envelhecimento, e as comorbilidades associadas, é responsável por um aumento da sonolência diurna e por um aumento do risco de compromisso do estado cognitivo nos idosos, considerado essencial nesta faixa etária para uma boa qualidade de anos de vida acrescidos com a longevidade.(27)

Função cognitiva na População Idosa

A função cognitiva diz respeito às capacidades de processamento como memória, atenção, linguagem e resolução de problemas, que são fundamentais para o desempenho das atividades do dia a dia e que podem ser afetadas por vários fatores ao longo da vida, sendo um deles o envelhecimento. O envelhecimento normal, além de ser acompanhado por mudanças estruturais, como redução do volume cerebral, afeta também a neuroplasticidade, principalmente da região hipocampal, interferindo assim na capacidade de adaptação a novas situações e de formar novas memórias.(28,29) Um adulto idoso saudável, com o avançar da idade, experiencia também uma diminuição na capacidade de memória episódica e velocidade de processamento, embora se mantenha estável o conhecimento adquirido durante a vida. (28)

Na presença de condições crônicas, como depressão, e de piores condições socioeconômicas, como acontece mais frequentemente no meio rural, acresce o risco de comprometimento cognitivo. (18,27) Os adultos idosos com sintomatologia depressiva tendem a isolar-se, evitando atividades sociais e cognitivas o que reduz a exposição a estímulos necessários para manter a neuroplasticidade, contribuindo assim para a progressão do declínio cognitivo. (18,29) Além disso, a depressão associa-se ao agravamento de uma baixa qualidade do sono, a qual também contribui para o comprometimento da função cognitiva. Vários autores referem que tem vindo a ser demonstrado que a privação do sono aumenta os níveis da proteína β -amiloide a nível cerebral, estando a sua acumulação relacionada com um maior risco de declínio cognitivo e progressão para um estado demencial. (18,30)

Neste contexto, tem-se vindo a estudar abordagens eficazes para promover a função cognitiva, tendo sido destacado em vários estudos a importância da implementação de programas intergeracionais nesta área. Ao incentivar a interação entre as diferentes gerações, promovem estímulos sociais e cognitivos importantes para prevenir o declínio cognitivo.(8) Tal como refere Sakurai et al. (2018), a participação em atividades intergeracionais facilita a manutenção do volume hipocampal, preservando a função cognitiva da população idosa. (29)

Envelhecimento ativo e Programas Intergeracionais

No sentido de encontrar soluções para os problemas relacionados com o envelhecimento da população, surge o conceito de envelhecimento ativo. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o envelhecimento ativo “é o processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem”, ou seja, visa promover a participação contínua dos idosos na comunidade e no seu bem-estar físico e cognitivo. (2)

Nesse sentido, surgem várias estratégias alternativas para promoção do envelhecimento ativo, sendo uma delas o desenvolvimento de programas intergeracionais como referido anteriormente. Estes projetos visam melhorar a saúde dos adultos mais velhos, reduzindo o risco de isolamento e estigma social ao promover a inclusão e cooperação na comunidade, através de interações contínuas entre a população mais jovem e a população idosa.(7,31)

Os programas intergeracionais baseiam-se na implementação de atividades sociais, com sessões práticas e teóricas de partilha de experiências, princípios e valores

por parte das gerações envolvidas. Vários autores defendem que este tipo de projetos através do incentivo à participação social ativa e valorização do adulto mais velho na sociedade, pode promover uma sensação de bem-estar, satisfação e felicidade na faixa etária mais velha. (7) Pascoal et. al. (2020) acrescenta também que a interação com as crianças, promove o desenvolvimento de estratégias de coping que ajudam na aceitação das mudanças biopsicossociais impostas pela velhice. (32) O estado emocional positivo proporcionado pelos programas intergeracionais, descrito na literatura, onde o adulto mais velho volta a sentir-se incluído e cooperativo com a sociedade, foi também associado a uma redução dos sentimentos de solidão e sintomatologia depressiva. (7,8)

Assim, e com base nos benefícios possíveis de um projeto intergeracional, surge a iniciativa “Aldeias Educadoras”, que tem como objetivo inicial promover o envelhecimento ativo, focando-se no combate ao isolamento social, ao estigma do envelhecimento e promoção do bem-estar biopsicossocial dos idosos através de atividades que incentivam às relações intergeracionais. Este projeto cria oportunidades para convivência entre diferentes gerações e reconhecimento dos saberes e experiências de vida das pessoas idosas, através da partilha mútua de conhecimentos entre estes e as crianças. (33)

Tendo em conta os múltiplos parâmetros avaliados a nível psicológico e médico antes e depois da implementação do programa, esta dissertação pretende analisar o impacto do programa na qualidade do sono e como se relaciona com as alterações do estado cognitivo, da depressão e ansiedade e da qualidade de vida dos adultos mais velhos que participaram no estudo.

Assim sendo os objetivos deste estudo são:

1. Caracterizar socio demograficamente os participantes no estudo.
2. Avaliar a qualidade do sono, estado cognitivo, sintomatologia depressiva, e ansiedade dos participantes do projeto “Aldeias Educadoras” antes do início do projeto.
3. Analisar o impacto da participação do programa ao nível da qualidade do sono, estado cognitivo, depressão e ansiedade dos participantes, tendo em conta a evolução destes parâmetros segundo os dados obtidos na pré e pós intervenção.
4. Analisar as relações entre a qualidade do sono, estado cognitivo, estado depressivo e ansiedade.

Capítulo 2

Materiais e Métodos

Descrição do Estudo

Foi desenvolvido um estudo quase-experimental com a avaliação pré e pós intervenção com os adultos idosos de 4 das 5 aldeias do concelho do Fundão que participaram no projeto intergeracional “Aldeias Educadoras”. Os dados analisados foram relativos aos participantes de Janeiro de Cima, Souto da Casa, Soalheira, Atalaias do Campo. Não foi possível avaliar os participantes da aldeia com os participantes do grupo controlo, de Silvares, devido a questões logísticas de transporte.

Ao longo de 9 meses, nas 4 aldeias, foram realizadas 81 sessões na comunidade e 66 sessões na escola, tendo sido 20 na comunidade e 13 na escola em Janeiro de Cima, 19 na comunidade e 23 na escola na Soalheira, 24 na comunidade e 18 na escola em Souto da Casa e 18 na comunidade e 12 na escola na Atalaia.

O projeto foi promovido pela Aldeia dos Girassóis em parceria com a Gowe. Foi sob financiada pelo Portugal Inovação Social e cofinanciada pelo Programa Operacional Inclusão Social e Emprego (POISE). (33)

Participantes

A amostra deste estudo é não aleatória, constituída por adultos com mais de 60 anos do sexo masculino e feminino, residentes numa das 4 aldeias referidas do concelho do Fundão e com capacidade de dar o seu consentimento informado ao estudo. A amostra inicial era de 34 elementos. No entanto, apenas 19 adultos idosos completaram o estudo, sendo este o número de elementos da amostra da população alvo desta dissertação.

Critérios de inclusão:

- Pessoas maiores de 60 anos;
- Ter capacidade cognitiva para dar o consentimento informado para participação no estudo.
- Residência numa das 4 aldeias do concelho do Fundão.

Os participantes incluídos no estudo foram distribuídos pelo grupo Escola-Comunidade e pelo Grupo Comunidade. No grupo Escola-Comunidade ficaram os participantes sem declínio cognitivo e com autonomia para deslocar até ao local destas sessões. Para além disso, neste grupo eram incluídos os participantes que demonstrassem interesse em trabalhar com as crianças. Caso não houvesse interesse pelo adulto mais velho nas atividades do Grupo Escola-Comunidade, eram, então, incluídos no Grupo Comunidade juntamente com os participantes com declínio cognitivo ligeiro a moderado que não impedia a compreensão do estudo.

Na amostra, 3 participantes pertenciam ao grupo Comunidade e 16 pertenciam ao Grupo Escola-Comunidade. Uma vez que estes participantes partilhavam as sessões na Comunidade, os 19 elementos da amostra foram considerados como um único grupo.

Critérios de exclusão:

- Pessoas com menos de 60 anos.
- Declínio cognitivo grave ou moderado impeditivo de compreensão do estudo.
- Limitações de mobilidade impeditivas de deslocação aos locais de implementação do projeto.
- Não residir numa das aldeias do concelho do Fundão participantes do estudo

Instrumentos

Para analisar o impacto do projeto, foi recolhida informação médica e parâmetros psicológicos através de questionários, escalas e aparelhos de medição.

Relativamente às variáveis médicas, tanto no pré-teste como no pós-teste, recorreu-se a aparelhos de medição para avaliar a Pressão arterial, Perímetro Abdominal, IMC e o teste pelo teste *timed up and go* (TUG). Também foi avaliado o pulso radial e a realizada a auscultação cardíaca. Para além disso, foram aplicados questionários sobre os hábitos tabágicos e alcoólicos, nutrição (Mini Nutricional Assessment (MNA)), atividade física, sono, medicação e dados sociodemográficos.

Na vertente psicológica, também nos dois momentos de avaliação (antes e após a intervenção), foram usados os seguintes instrumentos de avaliação: Mini-Exame do Estado Mental (MMSE), Inventário Geriátrico da Ansiedade (GAI), Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), e Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos (WHOQOL-OLD). No fim da intervenção, no pós-teste, foi acrescentado o Questionário de Atividades

Intergeracionais, incluindo também perguntas abertas sobre como foi para cada idoso a participação no estudo.

No âmbito desta dissertação de Mestrado, serão avaliados em maior pormenor os resultados obtidos pelos questionários da avaliação da qualidade do sono, o GAI, o MMSE e a GDS-15, para verificar se o estudo promoveu alterações entre a primeira e segunda avaliação do estado destes parâmetros assim como a relação existente entre eles.

Avaliação da qualidade do sono

A qualidade do sono foi avaliada tendo em consideração uma adaptação do índice da Qualidade do Sono Pittsburgh (PSQI) para a população portuguesa, desenvolvido por Del Rio João et al. (2016). (34) Após o estudo realizado na população portuguesa, a versão portuguesa deste índice demonstrou ser um instrumento válido e confiável na avaliação da qualidade do sono. Este instrumento conta com um conjunto de questões subjetivas categorizadas nos seguintes componentes: qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência do sono, distúrbios do sono, medicação para dormir, sonolência e disfunção diurnas. Pretendia-se então com o questionário implementado aos idosos neste estudo, analisar o número de horas que cada idoso dorme, se dorme sem interrupções, se fica na cama apenas quando está a dormir, se se levanta sempre à mesma hora e se tem terapêutica direcionada para dormir, tendo sido pedida também uma avaliação subjetiva da qualidade do sono numa escala de 0-10. (34)

Avaliação do estado cognitivo

O estado cognitivo foi avaliado pela equipa de psicologia, utilizando o Mini-Mental State Examination (MMSE) desenvolvido por Folstein e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro et al. em 1994 e atualizada por Morgado et. al (2009). (35) Corresponde a um questionário que pretende fazer uma avaliação sumária das funções cognitivas através de questões que avaliam a orientação, a memória imediata e recente, capacidade de atenção e cálculo, linguagem e capacidade construtiva. A pontuação máxima deste questionário é de 30 pontos, no entanto é importante dar atenção ao nível educacional do idoso aquando da interpretação dos resultados, ou seja, no caso de ser um idoso analfabeto será considerado como portador de um déficite cognitivo com uma pontuação abaixo dos 15 pontos, um idoso com 1 a 11 anos de escolaridade será considerado como portador de um déficite cognitivo com uma pontuação abaixo dos 22

pontos e o caso de um idoso com mais de 11 anos de escolaridade será considerado como portador de um déficite cognitivo com uma pontuação abaixo de 27 pontos. (35,36)

Avaliação do estado de ansiedade

Para avaliação do estado de ansiedade, foi aplicado o Inventário Geriátrico de Ansiedade (GAI), um instrumento utilizado como rastreio para despiste de sintomas de ansiedade nas pessoas com idade mais avançada. O GAI foi criado por Pachana et. al. em 2007 e adaptada para a população portuguesa por Ribeiro et al.(2011). (37) Este instrumento tem como intuito desenvolver um conjunto de questões de fácil aplicação em idosos, sendo também apropriado para pessoas com baixo nível de escolaridade e declínio cognitivo ligeiro. Este inventário é constituído por 20 questões de resposta rápida e dicotómica (Concordo ou Discordo), tendo em conta as vivências da última semana. Cada resposta “Concordo” é validada com um ponto até um máximo de 20 pontos que o idoso pode obter. (24)

Avaliação do estado depressivo

O estado depressivo de cada idoso foi estudado recorrendo-se à versão curta da escala de depressão geriátrica criada por Yesavage, e validada para a população portuguesa por Pocinho et al. (2009). (38) É utilizada como rastreio da depressão, avaliando aspetos cognitivos e comportamentos normalmente comprometidos no idoso deprimido. Esta versão é constituída por 15 questões de resposta dicotómica (Sim ou Não). Se o idoso responder “Sim” às questões 2,3,4,6,8,9,10,12,14,15 será atribuído um ponto. Se o idoso responder “Não” às questões 1,5,7,11,13 será atribuído um ponto. Analisando os resultados, podemos ter três categorias de pontuação: 0-5 pontos -o idoso não tem depressão, de 6-10 pontos o idoso apresenta depressão ligeira e de 11-15 pontos o idoso apresenta depressão grave.(36)

Procedimentos

Antes do início da implementação do projeto, este foi submetido a aprovação por parte da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (CE-UBI-Pj-2022-064-IDna). As equipas envolvidas comprometeram-se a respeitar as questões éticas propostas pela declaração de Helsínquia e pela Ordem dos Psicólogos de Portugal.

Através das Juntas de Freguesia de cada aldeia foi feito o convite dos adultos mais velhos para uma sessão inicial de apresentação do projeto. As pessoas que aceitaram participar no estudo e que consentiram, de forma consciente, com a partilha de informação foram divididos em dois grupos de intervenção, Grupo Escola-Comunidade e Grupo Comunidade.

Antes de dar início às atividades que complementavam o projeto, cada grupo foi submetido a um momento de avaliação pré-intervenção tanto pela equipa de psicologia como pela equipa médica. No final do projeto, após 9 meses, os idosos foram submetidos a uma segunda avaliação, pós-intervenção, para posteriormente os resultados obtidos serem analisados e comparados tentando-se perceber se a implementação deste estudo, com base numa iniciativa intergeracional, promoveu melhorias a nível do bem-estar biopsicossocial dos participantes. É de referir que antes do início da primeira e segunda fase de recolha de dados dos participantes, estes foram convidados a assinar o consentimento informado onde autorizavam a utilização dos dados que iriam fornecer, assim como, a participação no estudo. Na sessão inicial foi também esclarecido aos participantes as informações sobre a participação voluntária e a possibilidade de desistência em qualquer momento do estudo sem nenhum prejuízo associado.

O grupo Comunidade de cada aldeia apenas realizou atividades ao nível da comunidade, isto é, participou em sessões que se focaram essencialmente no desenvolvimento de competências pessoais e interpessoais e valorização destes idosos na sociedade. Estas sessões foram realizadas quinzenalmente, onde se explorou temas relacionados com a identidade local e património de cada aldeia através de atividades práticas, discussões em grupo e trabalho colaborativo.

Relativamente ao Grupo Escola Comunidade, este participou em atividades tanto a nível da escola como a nível da comunidade. Inicialmente, o contacto com as escolas foi feito diretamente com o diretor do Agrupamento de Escolas, o qual posteriormente entrou em contacto com as respetivas escolas de cada aldeia que ia ser incluída no estudo. Nas sessões da escola, foi promovida a troca intergeracional através da partilha de conhecimentos entre os idosos, as crianças e os próprios professores primários. Estas sessões foram também realizadas quinzenalmente, onde através de atividades e trabalhos colaborativos os idosos deram a conhecer a sua perspetiva sobre as tradições e a cultura da aldeia onde residem.

Análise estatística

Para a análise dos dados recorreu-se ao programa IBM STSS Statistics v29.0.1.

Os dados das variáveis quantitativas foram descritos pelas médias, desvios padrões (DP), medianas, máximos e mínimos, enquanto os dados das variáveis categóricas foram descritos por frequências e percentagens.

Para a análise da eficácia da intervenção nas variáveis quantitativas ou categóricas ordinais recorreu-se ao teste t de Student para amostras emparelhadas ou ao teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas, quando o primeiro não se mostrou adequado ou aplicável. O pressuposto da normalidade do referido teste t de Student foi verificado com o teste de ajustamento de Shapiro-Wilk.

Para a análise da eficácia da intervenção nas variáveis categóricas dicotómicas, com dados emparelhados, recorreu-se ao teste de McNemar.

Devido ao facto de o objetivo principal consistir na avaliação da eficácia da intervenção, somente foram efetuados testes de hipóteses unilaterais, e estes foram considerados significativos sempre que o respetivo valor de prova (p) não excedeu o nível de significância de 5%.

Capítulo 3

Resultados

Participantes

Participaram no estudo 19 adultos mais velhos (n=19), 73,7 % do sexo feminino (n=14) e 26,3% do sexo masculino (n=5). A média de idades e o respetivo desvio padrão é de 74,37±4,56, sendo a idade máxima 83 anos e a idade mínima 67 anos. Nesta amostra, 94,7% dos elementos tem um estatuto socioeconómico médio, 57,9% é viúvo e 63,2% vive sozinho. Dos idosos da amostra, 94,7% têm filhos e todos (100%) mantêm o contacto com os familiares e 68,4% tem contacto com crianças.

Tabela 1: Caracterização da amostra (n=19)

Categoria	Estatística
Sexo (n) (%)	
Feminino	14 (73,7)
Masculino	5 (26,3)
Idade (em anos)	
Média (DP)	74,37 (4,56)
Mediana (Máx.; Mín.)	73 (67; 83)
Escolaridade (anos completos)	
Média (DP)	4,53 (2,07)
Mediana (Máx.; Mín.)	4 (2; 9)
Estatuto socioeconómico (n) (%)	
Baixo	1 (5,3)
Médio	18 (94,7)
Estado marital (n) (%)	
Casado	7 (36,8)
Divorciado	1 (5,3)
Viúvo	11 (57,9)
Com quem vive	
Sozinho	12 (63,2)
Cônjuge	7 (36,8)
Filhos	
Sim	18 (94,7)
Não	1 (5,3)
Contacto familiares	
Sim	19 (100,0)
Não	0 (0,0)
Contacto com crianças	
Sim	13 (68,4)
Não	6 (31,6)

Variáveis em estudo

A tabela 2 representa a análise descritiva das variáveis quantitativas em estudo: estado cognitivo, ansiedade, depressão. A figura 1 apresenta uma análise gráfica dessas mesmas variáveis.

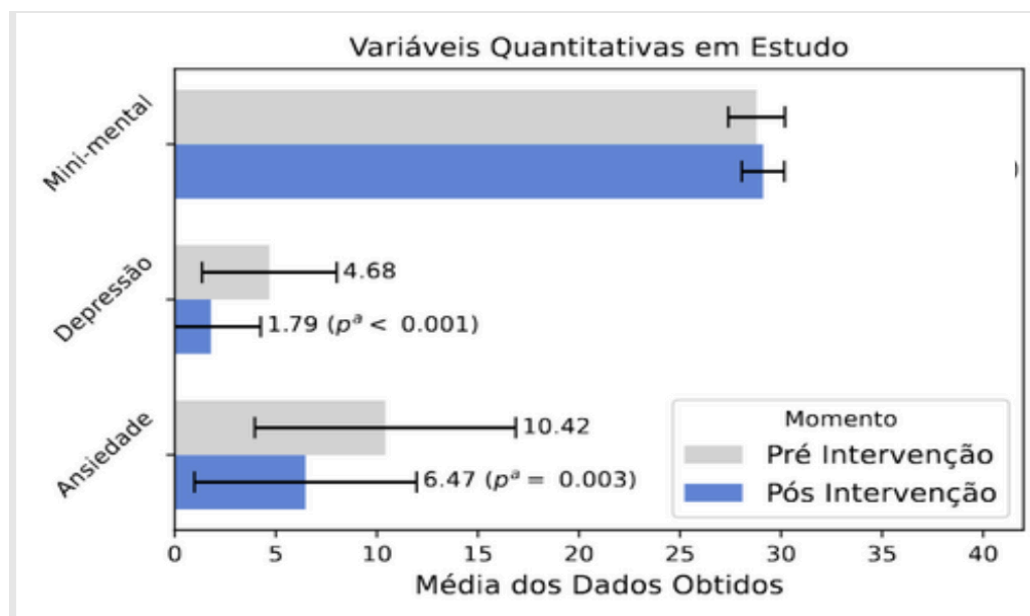


Figura 1: Análise das variáveis “Depressão”, “Ansiedade”, “Estado cognitivo”, pré e pós intervenção.

Na análise do “estado cognitivo” temos em conta o resultado obtido no Mini Exame Mental. A pontuação máxima para esta escala é de 30 pontos. Na primeira avaliação do estudo, a média dos resultados do exame e o respetivo desvio padrão é de $28,79 \pm 1,40$, sendo a pontuação máxima obtida de 30 e a pontuação mínima de 25. Na segunda avaliação, pós-estudo, a média dos resultados do exame e o respetivo desvio padrão é de $29,11 \pm 1,05$, sendo a pontuação máxima obtida de 30 e a pontuação mínima de 27.

A variável “ansiedade” foi avaliada pelo Inventário Geriátrico de Ansiedade (GAI). A pontuação máxima para esta escala é de 20 pontos. A média e desvio-padrão dos resultados obtidos na primeira intervenção é de $10,42 \pm 6,46$, com uma pontuação máxima de 20 e uma pontuação mínima de 0. Na segunda avaliação a média e desvio-padrão dos resultados obtidos de $6,47 \pm 5,50$, com uma pontuação máxima de 19 e uma pontuação mínima de 0.

A variável “depressão” foi avaliada recorrendo se à versão curta da escala de depressão geriátrica. A pontuação máxima desta escala é 15 pontos, correspondendo a

depressão grave. A média e desvio-padrão dos resultados obtidos na primeira intervenção de $4,68 \pm 3,33$, com uma pontuação máxima 12 de uma pontuação mínima de 0. Na segunda avaliação, a média e desvio-padrão dos resultados é de $1,79 \pm 2,46$, sendo a pontuação máxima de 7 e a pontuação mínima de 0.

Estas variáveis em estudo foram analisados com recurso ao Teste T-student. Nas variáveis “ansiedade” e “depressão”, o valor de prova (p) não excedeu o nível de significância de 5%, com $p=0,003$ e $p<0,001$, respetivamente, sendo estatisticamente significativo. O estado cognitivo com valor de $p=0,165$, ao exceder o nível de significância de 5% não é estatisticamente significativo.

A variável “qualidade do sono”, que também se encontra descrita na tabela 2 e na figura 2, foi avaliada subjetivamente tendo em conta uma escala numérica não validada cientificamente (pontuação de 0 a 10). Assim foi analisada estatisticamente recorrendo-se ao teste de Wilcoxon, tendo-se obtido, na primeira avaliação, a média e o respetivo desvio padrão dos resultados de $7,26 \pm 2,05$, e na segunda avaliação, de $7,37 \pm 1,86$. Para esta variável o valor de prova (p) excedeu o nível de significância 5% ($p=,0404$), não sendo estatisticamente significativa.

Tabela 2: Análise descritiva e inferencial das variáveis quantitativas em estudo, pré e pós intervenção.

Variável	Pré	Pós	p ^a
Total mini-mental			0,165
Média (DP)	28,79 (1,40)	29,11 (1,05)	
Mediana (mín.; máx.)	29 (25; 30)	29 (27; 30)	
Total ansiedade			0,003
Média (DP)	10,42 (6,46)	6,47 (5,50)	
Mediana (mín.; máx.)	12 (0; 20)	6 (0; 19)	
Total depressão			<0,001
Média (DP)	4,68 (3,33)	1,79 (2,46)	
Mediana (mín.; máx.)	5 (0; 12)	1 (0; 7)	
Qualidade de sono			0,404 ^b
Média (DP)	7,26 (2,05)	7,37 (1,86)	
Mediana (mín.; máx.)	8 (2; 10)	8 (3; 10)	

^a Teste t de Student; ^b Teste de Wilcoxon

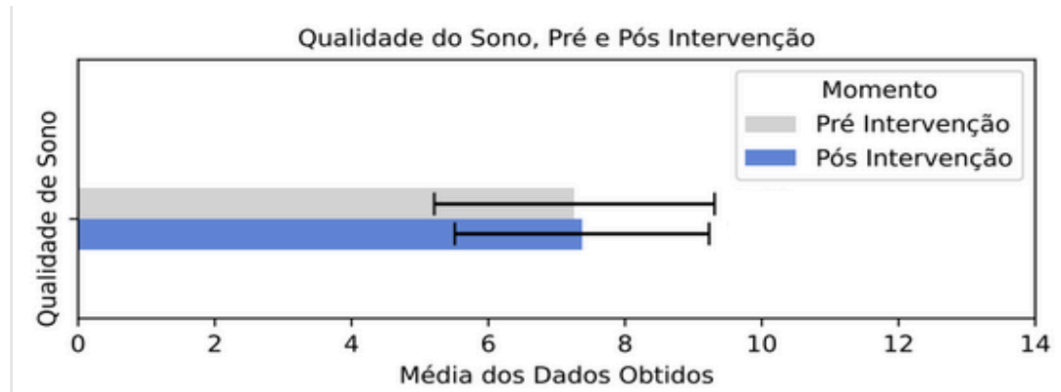


Figura 2: Análise da variável “Qualidade do sono”, pré e pós intervenção

Na tabela 3 e figura 3 encontra-se a análise descritiva e gráfica, respectivamente, da higiene e a qualidade do sono que foram avaliadas através de um questionário adaptado do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI). A análise estatística desta variável foi feita recorrendo-se ao teste de McNemar, tendo em conta os resultados obtidos na pré intervenção e pós intervenção. À questão "Costuma acordar durante a noite?", na pré-intervenção, 16 dos 19 idosos da amostra responderam afirmativamente, enquanto 3 disseram que não. Esses números mantiveram-se inalterados na pós-intervenção. No que diz respeito aos pesadelos, na pré-intervenção, 5 idosos relataram ter pesadelos e 14 afirmaram não ter. Na pós-intervenção, 4 dos 5 idosos que tinham pesadelos deixaram de os ter, mas 4 dos 14 idosos que não tinham pesadelos passaram a ter. Relativamente às idas à casa de banho durante a noite, na primeira avaliação, 15 idosos afirmaram que precisavam de ir à casa de banho, enquanto 4 disseram que não. Na segunda avaliação, 1 dos 15 idosos que anteriormente ia à casa de banho passou a não ir mantendo-se os 4 que já na primeira avaliação não iam. Na pré-intervenção, 3 idosos relataram sentir falta de ar durante o sono, enquanto 16 afirmaram não ter esse problema. Na pós-intervenção, 2 dos 16 idosos que não tinham falta de ar passaram a apresentar esta condição. Sobre o ressonar, tanto na pré como na pós-intervenção, 6 dos 19 idosos afirmaram ressonar, enquanto 13 disseram não ressonar. Quanto à toma de medicamentos para dormir, 7 idosos relataram consumir essa medicação na primeira avaliação e 12 afirmaram não tomar. Esses resultados mantiveram-se inalterados na pós-intervenção.

Calculando-se a diferença entre a pós-intervenção e pré-intervenção (que corresponde ao número de idosos que na pós-intervenção passaram a fazer a atividade que antes não faziam – o número de idosos que na pré-intervenção faziam a atividade e

agora não fazem) e tendo em conta o valor de prova (p), os resultados não foram estatisticamente significativos uma vez que excederam o nível de significância de 5%.

Tabela 3: Análise descritiva e inferencial da variável Sono em estudo, na pré e pós intervenção.

Variável	Pré, n (%)	Pós, n (%)		Diferença Pós-Pré, n (%)	p ^a
		Sim	Não		
Acorda durante a noite	Sim	16 (84,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000
	Não	0 (0,0)	3 (15,8)		
Pesadelos	Sim	1 (5,3)	4 (21,1)	+3 (+15,8)	0,637
	Não	4 (21,1)	10 (52,6)		
Ida à Casa de banho durante a noite	Sim	14 (73,7)	0 (0,0)	-1 (-5,3)	0,500
	Não	1 (5,3)	4 (21,1)		
Falta de ar a dormir	Sim	3 (15,8)	2 (10,5)	+2 (+10,5)	0,250
	Não	0 (0,0)	14 (73,7)		
Ressona	Sim	6 (31,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000
	Não	0 (0,0)	13 (68,4)		
Medicação para dormir	Sim	6 (31,6)	1 (5,3)	0 (0,0)	0,750
	Não	1 (5,3)	11 (57,9)		

^a Teste de McNemar

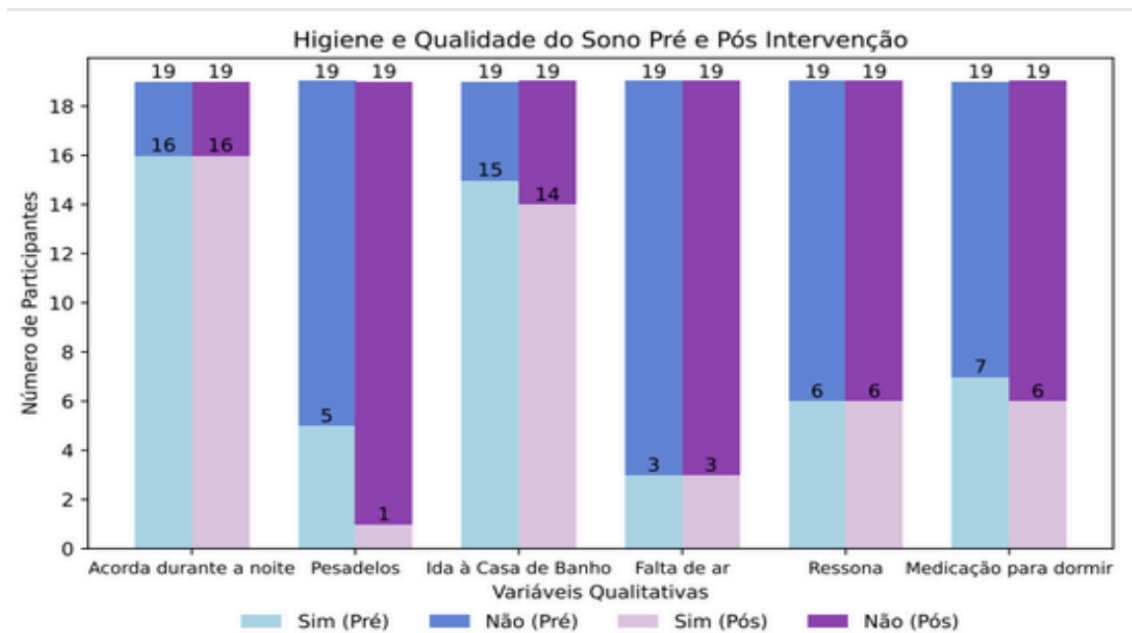


Figura 3: Análise gráfica da Higiene e qualidade do Sono, pré e pós intervenção

Embora os resultados relativos à percepção da qualidade do sono (Tabela 2) tenham sido analisados recorrendo a um teste estatístico, com obtenção de médias e desvios padrões, é importante ressaltar que os dados foram obtidos por meio de uma escala sem validação científica. Assim sendo, neste caso, na interpretação destes resultados deve ser tida em conta o valor meramente indicativo. A aplicação de testes estatísticos pode levar a resultados imprecisos pelo que não devem ser considerados conclusivos, reforçando-se assim a necessidade de instrumentos validados para futuras investigações.

Capítulo 4

Discussão de resultados

O presente estudo teve como objetivo analisar o impacto da intervenção intergeracional no processo de envelhecimento ativo. O estudo foi realizado em 4 aldeias do concelho do Fundão, com uma amostra de 19 idosos, com dois momentos de avaliação (pré e pós intervenção), onde foram analisadas 14 variáveis tanto a nível psicológico como a nível físico. Apenas 4 variáveis das que foram analisadas são alvo de estudo nesta dissertação, com o objetivo de avaliar a se a participação no projeto intergeracional pode ter influenciado a melhoria destes indicadores.

As variáveis em estudo, nesta amostra, com mudanças estatisticamente significativas foram a depressão e a ansiedade, tendo havido uma redução significativa das mesmas. Relativamente aos outros indicadores em estudo, sono e estado cognitivo, não houve diferenças significativas entre os resultados obtidos na pré-intervenção e na pós-intervenção.

Depressão

Através da comparação dos resultados obtidos no primeiro e no segundo momento de avaliação, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de depressão, podendo sugerir que a participação ativa dos idosos nesta intervenção teve um impacto positivo na redução de sintomas depressivos. No entanto, tendo sido um estudo que decorreu ao longo de 9 meses, temos também de considerar a influência de outros possíveis fatores externos ao projeto, como por exemplo eventos de vida importantes que envolve o idoso, contribuindo assim para esta melhoria. Este resultado corrobora, o referido, por exemplo por Barbosa et al. (2020). Apesar de neste estudo ambos os grupos serem institucionalizados, demonstra como a inclusão social dos idosos, a construção de um vínculo afetivo através da partilha de experiências de vida com as crianças permitiu que a intervenção intergeracional junto dos mais velhos, aprimorasse sentimentos como felicidade, autoestima e aumento das interações sociais úteis no combate ao isolamento social a que os idosos estão sujeitos. (39) Com uma amostra pequena de 12 participantes, 6 pertencentes ao grupo intervenção e 6 no grupo controlo, Barbosa et al. (2020) refere que, comparativamente ao grupo controlo, após a participação no programa foram obtidos resultados positivos relativamente ao bem-estar social e psicológico, destacando o impacto visível na diminuição dos níveis de solidão e depressão, corroborando os achados

obtidos no programa em estudo nesta dissertação. (39) O estudo em questão nesta dissertação também decorreu com uma amostra pequena, mas sem grupo de controlo, e apesar destas limitações foi possível obter resultados positivos, com uma redução significativa dos níveis de depressão nos idosos participantes.

Ansiedade

Os níveis de ansiedade, também mostraram uma redução estatisticamente significativa, após a aplicação do programa intergeracional. Esta diferença pré e pós-intervenção sugere a eficácia destes programas no benefício da saúde mental, possivelmente devido ao suporte emocional e interações sociais proporcionadas pelo projeto. Vários autores referem também que, diversos estudos, mostraram uma redução dos sintomas de ansiedade pela melhoria do bem-estar psicossocial dos idosos conseguida através da comunicação com a população jovem, com partilha de conhecimentos e aprendizagem entre gerações.(7,8) Nesta linha, June et al. (2020), com uma amostra de 16 adultos idosos e sem grupo de controlo, obtiveram também resultados positivos em relação ao bem-estar psicológico dos idosos, incluindo da ansiedade, atribuindo-os ao facto do projeto intergeracional ter promovido o sentido de contribuição social do idoso.(8,40) Tal como referido anteriormente e em semelhança ao último exemplo, que também apresenta uma amostra pequena e sem grupo de controlo, o estudo analisado neste trabalho obteve resultados positivos, com uma redução significativa dos níveis de ansiedade nos idosos participantes.

Estado Cognitivo

Os resultados do estado cognitivo, indicaram uma ligeira melhoria na pontuação média entre a primeira ($28,79 \pm 1,40$) e a segunda avaliação ($29,11 \pm 1,05$), no entanto a diferença, entre os momentos de avaliação, não foi estatisticamente significativa. Possivelmente este resultado não significativo pode dever-se ao facto de os 19 participantes apresentarem antes da intervenção um bom desempenho cognitivo (variando entre um mínimo de 25 pontos no Mini Exame Mental e um máximo de 30 pontos), havendo, então um intervalo pequeno para se detetar melhorias perceptíveis. Além disso, o grupo de intervenção era pequeno, assim como o tempo de intervenção, implicando a necessidade de uma alteração marcada nos dados obtidos no MMSE para se conseguirem resultados significativos. Adicionalmente, a ausência de grupo de controlo dificulta também a interpretação dos resultados.

Vários autores defendem que a interação intergeracional estimula a criação de novas vias neurais facilitadoras da melhoria da cognição, por exemplo, Sakurai et al. (2018) apesar de não ter obtido resultados significativos no seu grupo de intervenção, mostrou que o volume hipocampal se mantinha neste grupo sujeito a uma intervenção intergeracional em comparação com o grupo de controlo, que tinha sofrido um declínio. (8,29) Embora o estudo desta dissertação não tenha identificado melhorias significativas, apenas uma melhoria ligeira da média dos dados recolhidos, é importante referir que não encontramos após nove meses o declínio cognitivo normalmente associado ao envelhecimento, o que pode estar relacionado ao efeito protetor, acima mencionado, proporcionado pelo projeto Intergeracional “Aldeias Educadoras”. Assim, podemos considerar a hipótese de que os programas intergeracionais podem influenciar a função cognitiva, sendo necessários mais estudos para a corroborar.(8)

Qualidade do Sono

A qualidade do sono, que foi avaliada subjetivamente, apresentou uma pequena melhoria na média (de $7,26 \pm 2,05$ para $7,37 \pm 1,86$), mas não estatisticamente significativa. É importante ressaltar, novamente, que os dados foram obtidos por meio de uma escala de 0 a 10, subjetiva e sem validação científica, e, por isso, a interpretação destes resultados deve ter em conta o valor meramente indicativo.

Na análise mais detalhada da qualidade e higiene do sono, feita pelo questionário adaptado do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQ), também não foram observadas mudanças significativas nestas questões, apesar da diminuição de pesadelos em 4 idosos, e redução das idas durante a noite à casa de banho. Estes resultados não significativos obtidos, podem sugerir que, apesar de ligeiras melhorias individuais, o projeto “Aldeias Educadoras” não teve um impacto amplo e uniforme na qualidade do sono que pode ser influenciada por vários fatores, como a natureza subjetiva da avaliação e a variabilidade individual na perceção desta variável. Seria de esperar que a melhoria dos níveis de depressão e ansiedade promovessem uma melhoria significativa na qualidade de sono e higiene do sono, salvaguardando que não houve declínio nos dados obtidos no pós-teste em relação ao pré-teste. Vários estudos relatam a relação bilateral destas perturbações psicológicas e a redução da qualidade e higiene do sono, coexistindo com insónias, afetando também de forma indireta e negativa a função cognitiva, especialmente memória e função executiva. (26,41) No entanto, este resultado negativo, pode dever-se à amostra pequena e ao pouco tempo de intervenção em adição a outros

fatores que podem influenciar o sono dos idosos como doenças crónicas, efeitos secundários da medicação, perturbações do sono, e o próprio envelhecimento com as perdas funcionais associadas, mesmo a nível do sono (menor duração e capacidade para adormecer). (26)

Tendo em conta os resultados obtidos, os programas intergeracionais aparentam ser iniciativas eficazes na promoção do envelhecimento ativo, integração social e bem-estar biopsicossocial do adulto mais velho. (7) Este tipo de iniciativas, assumem especial relevância em países com um envelhecimento demográfico marcado, como Portugal, onde desafios como isolamento social e solidão tem vindo a tornar-se importantes, principalmente em zonas rurais e afastadas da comunidade citadina, como as aldeias abrangidas pelo projeto “Aldeias Educadoras”. (33)

Neste projeto, os participantes mais velhos relataram sentimentos de valorização pessoal, utilidade, e maior suporte social pelos laços intergeracionais criados nas atividades implementadas. (33) Tal como descrito na literatura, estes sentimentos positivos promovem a inclusão social e um bem-estar biopsicossocial nos adultos idosos, traduzindo-se, neste caso em estudo, pelos resultados estaticamente significativos obtidos em relação à depressão e ansiedade.(7,8)

De uma outra perspetiva, como refere Carvalho et al. (2022), estes programas através da convivência entre gerações e partilha de conhecimentos de ambas as partes envolvidas, combatem estereótipos negativos relacionados ao envelhecimento, ajudando a criar um ambiente na sociedade mais inclusivo e respeitoso. (7)

As principais limitações deste estudo, que devem ser consideradas na interpretação dos resultados, prendem-se com o facto de ter sido realizado apenas em 9 meses. Este intervalo de tempo poderá não ser suficiente para detetar melhorias perceptíveis. Sendo um estudo longitudinal, está sujeito à influência de fatores externos passíveis de acontecer e não controlados, que podem contribuir para o processo de envelhecimento ativo, sendo outra restrição a considerar neste projeto.

A ausência de um grupo de controlo é também uma importante limitação metodológica. A existência de dados do grupo controlo permitiria uma melhor análise sobre se os resultados observados poderiam estar relacionados com a intervenção. A amostra era também reduzida (apenas 19 elementos) e obtida de forma não aleatória, com idosos pertencentes às aldeias referidas acima, pelo que os resultados não podem ser generalizados.

O método de recolha de dados é também uma limitação, uma vez que estes foram baseados em questionários com algumas perguntas subjetivas, como é o caso da avaliação da qualidade do sono, podendo levar a imprecisões nos resultados obtidos pela perspetiva individual de cada idoso. É de acrescentar que a recolha de dados efetuada em diferentes aldeias com diferentes condições pode ter influenciado também os resultados, uma vez que houve variabilidade na execução do projeto.

No entanto, este trabalho de campo apresenta um caráter inovador, especialmente no Concelho do Fundão. Não foram encontrados muitos estudos semelhantes, o que gerou certa dificuldade em encontrar bibliografia de apoio relevante. Ainda assim, apesar do curto tempo disponível para a intervenção e do número limitado de participantes, foram obtidos resultados muito positivos em algumas variáveis, mais concretamente nos níveis da sintomatologia depressiva e ansiedade. Além disso, este estudo é de grande importância do ponto de vista da prevenção do envelhecimento patológico, uma vez que ao estimular a interação social e combater o estigma do envelhecimento e isolamento social foi possível atuar na melhoria do bem-estar biopsicossocial dos idosos envolvidos no estudo.

Dada a importância de fortalecer as conclusões retiradas ao longo desta dissertação e de aumentar o conhecimento sobre o impacto das intervenções intergeracionais no processo de envelhecimento ativo, algumas sugestões podem ser feitas para pesquisas futuras neste campo de investigação.

Inicialmente, considera-se importante a realização de estudos futuros com amostras maiores e aleatórias mitigando possíveis vieses de seleção, o que permitiria aumentar a representatividade dos resultados, havendo a possibilidade de generalizar os resultados e as conclusões dos mesmos. Para além disso, a inclusão de um grupo de controlo poderia reduzir a influência de variáveis externas ao projeto, aumentando assim a qualidade dos resultados, pelo maior controlo que existiria dos efeitos específicos do projeto.

Recomendar-se-ia também que a duração do projeto fosse por um período mais longo, de forma a permitir a observação de mudanças mais significativas nos indicadores de saúde física e psicológica dos idosos e perceber o impacto a longo prazo destas intervenções.

Outro ponto a considerar seria a adoção de métodos de avaliação mais sensíveis e objetivos como complemento dos questionários subjetivos recolhidos nas variáveis em questão, visando aprimorar a precisão dos resultados futuros, tendo também em

consideração fatores externos e a padronização da recolha de dados efetuada por diferentes avaliadores.

Pela escassez de artigos encontrados na avaliação direta da influência dos projetos intergeracionais na qualidade de sono, seria importante a realização de investigações adicionais com métodos mais objetivos. Assim, poderia ser esclarecido o impacto das intervenções intergeracionais nesta área, permitindo uma melhor compreensão do seu papel no envelhecimento ativo.

Capítulo 5

Conclusão

Esta dissertação teve por base uma iniciativa intergeracional, o projeto “Aldeias Educadoras”, tendo como objetivo avaliar se esta intervenção promoveu benefícios no envelhecimento ativo dos idosos participantes. Os resultados indicaram uma redução significativa nos níveis de depressão e ansiedade após a implementação do programa, havendo, por isso, um impacto positivo no bem-estar emocional dos idosos. Estes achados destacam a importância das interações sociais, como forma de promover a inclusão social e combater a solidão, fortalecendo o vínculo entre gerações e o suporte emocional dos adultos idosos.

No entanto, para outras variáveis como “estado cognitivo” e “qualidade do sono”, as mudanças observadas não foram estatisticamente significativas. Apesar de algumas melhorias individuais, é possível que o curto período de intervenção (9 meses) e a metodologia utilizada, incluindo a ausência de um grupo de controlo e a avaliação subjetiva da qualidade do sono, tenham limitado a deteção de efeitos mais significativos.

Apesar das limitações referidas anteriormente, o estudo e os resultados aqui apresentados demonstram os benefícios das intervenções intergeracionais no envelhecimento ativo, especialmente na promoção da saúde mental, ressaltando-se a necessidade de mais iniciativas que promovam a relação entre gerações, para enfrentar os desafios do envelhecimento populacional, e promover uma melhor qualidade de vida para toda a população.

Referências Bibliográficas

1. Rosa MJ. Envelhecimento demográfico em fase de COVID-19. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. 2020;27-30. doi:10.24950/rspmi/COVID19/M.Joao.V.Rosa/UNL/S/2020
2. Marzo RR, Khanal P, Shrestha S, Mohan D, Myint PK, Su TT. Determinants of active aging and quality of life among older adults: systematic review. Vol. 11, *Frontiers in Public Health*. Frontiers Media SA; 2023.
3. Varela A, Nacional de Municípios Portugueses Eleutério Manuel Alves A, Elias I, Porfírio A, Nacional de Freguesias José Pereira Miguel A, Lopes M, et al. 2 Documento inicial da DGS.
4. Azevedo L, Riscado P, Maia C. A influência do envelhecimento ativo na qualidade de vida da pessoa idosa – revisão integrativa da literatura. *Rev Saúde Dr. Lopes Dias*. 2022;7(1):17-27.
5. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Prospects 2019 Highlights*..
6. Costa A, Henriques J, Alarcão V, Henriques A, Madeira T, Virgolino A, et al. Active aging awareness and well-being among older adults in Portugal. *Front Public Health*. 2023;11.
7. Carvalho MI, Póvoa MJ, Neves M, Bernardo J, Loureiro R, Bernardes RA, et al. Intergenerationality Programs—Between Children and Older Adults—For Portuguese Population: A Scoping Review. Vol. 12, *Nursing Reports*. MDPI; 2022. p. 836–49.
8. Krzeczowska A, Spalding DM, McGeown WJ, Gow AJ, Carlson MC, Nicholls LAB. A systematic review of the impacts of intergenerational engagement on older adults’ cognitive, social, and health outcomes. Vol. 71, *Ageing Research Reviews*. Elsevier Ireland Ltd; 2021.
9. Preston J, Biddell B. The physiology of ageing and how these changes affect older people.
10. World Health Organization. *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2015. WHO/FWC/ALC/15.01. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>. Acessado em [20/12/2022].

11. Pickering J, Wister A V., O’Dea E, Chaudhury H. Social isolation and loneliness among older adults living in rural areas during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *BMC Geriatr.* 2023 Dec 1;23(1).
12. Meehan DE, Grunseit A, Condie J, HaGani N, Merom D. Social-ecological factors influencing loneliness and social isolation in older people: a scoping review. *BMC Geriatr.* 2023 Dec 1;23(1).
13. Lorenzo O, Teixeira A, Santos S, Teixeira D, Penaforte H, Sequeira C, et al. Social Isolation factors of the Elderly in Rural Environment. Vol. 2. 2019.
14. Van Bogart K, Scott SB, Harrington KD, Felt JM, Sliwinski MJ, Graham-Engeland JE. Examining the Bidirectional Nature of Loneliness and Anxiety Among Older Adults in Daily Life. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences.* 2023 Oct 1;78(10):1676–85.
15. Meng J, Wang X, Wei D, Qiu J. State loneliness is associated with emotional hypervigilance in daily life: A network analysis. *Pers Individ Dif.* 2020 Oct 15;165.
16. Azizi-Zeinalhajlou A, Mirghafourvand M, Nadrian H, Samei Sis S, Matlabi H. The contribution of social isolation and loneliness to sleep disturbances among older adults: a systematic review. Vol. 20, *Sleep and Biological Rhythms.* Springer Japan; 2022. p. 153–63.
17. O’regan D, Jackson ML, Young AH, Rosenzweig I. Understanding the impact of the covid-19 pandemic, lockdowns and social isolation on sleep quality. Vol. 13, *Nature and Science of Sleep.* Dove Medical Press Ltd; 2021. p. 2053–64.
18. McKinnon AC, Beath AP, Naismith SL. Relationships between sleep quality, depressive symptoms and MCI diagnosis: A path analysis. *J Affect Disord.* 2019 Sep 1;256:26–32.
19. Maier A, Riedel-Heller SG, Pabst A, Lupp A. Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. *PLoS One.* 2021 May 1;16(5 May).
20. Wu HY, Chiou AF. Social media usage, social support, intergenerational relationships, and depressive symptoms among older adults. *Geriatr Nurs (Minneapolis).* 2020 Sep 1;41(5):615–21.
21. Lambert Van As BA, Imbimbo E, Franceschi A, Menesini E, Nocentini A. The longitudinal association between loneliness and depressive symptoms in the elderly: a systematic review. Vol. 34, *International Psychogeriatrics.* Cambridge University Press; 2022. p. 657–69.

22. Sousa RD, Rodrigues AM, Gregório MJ, Branco JDC, Gouveia MJ, Canhão H, et al. Anxiety and depression in the portuguese older adults: Prevalence and associated factors. *Front Med (Lausanne)*. 2017;4(NOV).
23. Dinis De Sousa R, Doutora P, Gouveia MJ. Symptoms of anxiety and depression in the Portuguese elderly.
24. Gray V, Douglas KM, Porter RJ. Emotion processing in depression and anxiety disorders in older adults: systematic review. *BJPsych Open*. 2021 Jan;7(1).
25. Hoffman YSG, Grossman ES, Bergman YS, Bodner E. The link between social anxiety and intimate loneliness is stronger for older adults than for younger adults. *Aging Ment Health*. 2021;25(7):1246–53.
26. Li J, Vitiello M V., Gooneratne NS. Sleep in Normal Aging. Vol. 13, *Sleep Medicine Clinics*. W.B. Saunders; 2018. p. 1–11.
27. Meng W, Gao T, Zhong Y, Ge L. Association Between Sleep and Cognition of Older Adults in Rural Areas: A Cross-Sectional Study. *Inquiry (United States)*. 2023 Jan 1;60.
28. Fjell AM, McEvoy L, Holland D, Dale AM, Walhovd KB. What is normal in normal aging? Effects of aging, amyloid and Alzheimer’s disease on the cerebral cortex and the hippocampus. Vol. 117, *Progress in Neurobiology*. Elsevier Ltd; 2014. p. 20–40.
29. Sakurai R, Ishii K, Sakuma N, Yasunaga M, Suzuki H, Murayama Y, et al. Preventive effects of an intergenerational program on age-related hippocampal atrophy in older adults: The REPRINTS study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2018 Feb 1;33(2):e264–72.
30. Qin S, Leong RLF, Ong JL, Chee MWL. Associations between objectively measured sleep parameters and cognition in healthy older adults: A meta-analysis. Vol. 67, *Sleep Medicine Reviews*. W.B. Saunders Ltd; 2023.
31. Zhong S, Lee C, Foster MJ, Bian J. Intergenerational communities: A systematic literature review of intergenerational interactions and older adults’ health-related outcomes. Vol. 264, *Social Science and Medicine*. Elsevier Ltd; 2020.
32. Pascoal D, Afonso C, Pereira I. “Lives With History” Intergenerationality for the Promotion of Recreational Activities With Elderly Maria do Carmo Figueiredo [Internet]. Vol. 8, N. ° 1. 2020. Available from: <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>

33. Silva PG, Afonso RM. Aldeias Educadoras: Relatório de avaliação externa. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2023
34. Del Rio João KA, Becker NB, de Neves Jesus S, Isabel Santos Martins R. Validation of the Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-PT). *Psychiatry Res.* 2017 Jan 1;247:225–9.
35. Santana I, Duro D, Lemos R, Costa V, Pereira M, Simões MR, et al. Mini-mental state examination: Avaliação dos novos dados normativos no rastreio e diagnóstico do défice cognitivo. *Acta Med Port.* 2016 Apr 1;29(4):240–8.
36. GERMI - Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Avaliação Geriátrica Global: “A pedra angular dos cuidados ao idoso”. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina Interna; ND. Disponível em: https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf. Acessado em [6/1/2024]
37. Ribeiro O, Paúlac C, Simoes MR, Firmino H. Portuguese version of the geriatric anxiety inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging Ment Health.* 2011 Aug;15(6):742–8.
38. Pocinho MTS, Farate C, Dias CA, Lee TT, Yesavage JA. Clinical and psychometric Validation of the geriatric depression scale (GDS) for portuguese elders. *Clin Gerontol.* 2009 Apr;32(2):223–36.
39. Barbosa MR, Campinho A, Silva G. “Give and Receive”: The Impact of an Intergenerational Program on Institutionalized Children and Older Adults. *J Intergener Relatsh.* 2021;19(3):283–304.
40. June A, Andreoletti C. Participation in intergenerational Service-Learning benefits older adults: A brief report. *Gerontol Geriatr Educ.* 2020 Apr 2;41(2):169–74.
41. Hsieh CJ, Chiou JM, Chen TF, Chen YC, Chen JH. Association of subclinical depressive symptoms and sleep with cognition in the community-dwelling older adults. *Journal of the Formosan Medical Association.* 2023 Aug 1;122(8):790–9.

Anexos

Questionário Sociodemográfico

1. Idade _____
2. Sexo: Feminino () Masculino () Outro () Qual: _____
3. Escolaridade: _____
4. Estatuto Socioeconómico _____
5. Estado Marital _____
6. Com quem vive normalmente?
7. Tem filhos: Não () Sim () Quantos: _____
8. Tem contato com familiares: Não () Sim (). Quantos:

9. Tem contato com crianças: Não () Sim () Frequência:

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, com
adaptação de Guerreiro e colaboradores, 1994)

I. ORIENTAÇÃO

Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o
melhor que for capaz.” (Dar 1 ponto por cada resposta correta)

1. Em que ano estamos? _____
2. Em que mês estamos? _____
3. Em que dia do mês estamos? _____
4. Em que estação do ano estamos? _____
5. Em que dia da semana estamos? _____
6. Em que País estamos? _____
7. Em que Distrito vive? _____
8. Em que Terra vive? _____
9. Em que casa estamos? _____
10. Em que andar estamos? _____

Nota: _____

II. RETENÇÃO

“Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras.” As palavras são:

PERA

GATO

BOLA

“Repita as três palavras”. (Dar 1 ponto por cada palavra correta)

PERA _____

GATO _____

BOLA _____

Nota: _____

II. ATENÇÃO E CÁLCULO

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar.”

(Dar 1 ponto por cada resposta correta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro de subtração, mas continuando a subtrair corretamente partir do erro, conta-se como um único erro)

(30) (27) (24) (21) (18) (15)

Nota: _____

IV. EVOCAÇÃO

(Só se efetua no caso do sujeito ter aprendido as três palavras referidas na prova de retenção) “Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir.” (Dar 1 ponto por cada resposta correta)

PERA _____

GATO _____

BOLA _____

Nota: _____

V. LINGUAGEM

(Dar 1 ponto por cada resposta correta)

a) Mostrar o relógio de pulso.

“Como se chama isto?”

Nota: _____

b) Mostrar um lápis.

“Como se chama isto?”

Nota: _____

c) Repetir a frase:

“O rato rói a rolha”

Nota: _____

d) “Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão”.

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos.)

Pega no papel com a mão direita _____

Dobra o papel ao meio _____

Coloca o papel no chão _____

Nota: _____

e) “Leia e cumpra o que diz neste cartão.”

Mostrar o cartão com a frase: “FECHE OS OLHOS”. (Dar 1 ponto por cada realização correta).

Nota: _____

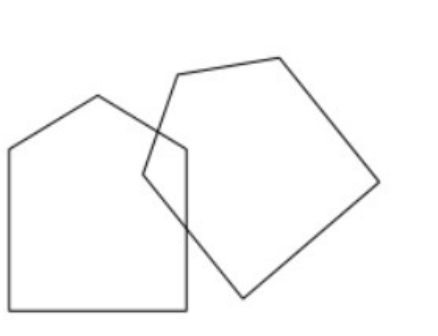
f) “Escreva uma frase.”

(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou com erros de trocas de letras não contam como erros.)

Nota: _____

g) “Copie o desenho que lhe vou mostrar.” Mostrar o desenho num cartão.

(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar intersectados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados)



Nota: _____

NOTA TOTAL: _____

Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI)

Como se tem sentido durante a *última semana*.

		Concordo	Discordo
1	Ando preocupado(a) a maior parte do tempo		
2	Tenho dificuldades em tomar decisões		
3	Sinto-me inquieto(a) muitas vezes		
4	Tenho dificuldades em relaxar		
5	Muitas vezes não consigo apreciar as coisas por causa das minhas preocupações		
6	Coisas sem importância preocupam-me bastante		
7	Sinto muitas vezes um aperto no estômago		
8	Vejo-me como uma pessoa preocupada		
9	Não consigo evitar preocupar-me, mesmo com coisas menores		
10	Sinto-me muitas vezes nervoso(a)		
11	Muitas vezes os meus próprios pensamentos põem-me ansioso(a)		
12	Fico com o estômago às voltas devido à minha preocupação constante		
13	Vejo-me como uma pessoa nervosa		
14	Estou sempre à espera que aconteça o pior		
15	Muitas vezes sinto-me agitado(a) interiormente		
16	Acho que as minhas preocupações interferem com a minha vida		
17	Muitas vezes sou dominado(a) pelas minhas preocupações		
18	Por vezes sinto um nó no estômago		
19	Deixo de me envolver nas coisas por me preocupar demasiado		
20	Muitas vezes sinto-me aflito(a)		
PONTUAÇÃO TOTAL:			

Escala de Depressão Geriátrica (GDS – 15 itens)

Como se tem sentido durante a *última semana*.

		Sim	Não
1	Está satisfeito(a) com a sua vida?		
2	Abandonou muitas das suas atividades e interesses?		
3	Sente a sua vida vazia?		
4	Sente-se frequentemente aborrecido(a)?		
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?		
6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?		
7	Sente-se feliz a maior parte do tempo?		
8	Sente-se muitas vezes abandonado/desamparado(a)?		
9	Prefere ficar em casa/lar, em vez de sair e fazer coisas novas?		
10	Acha que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?		
11	Atualmente, acha que é bom estar vivo?		
12	Sente-se inútil?		
13	Sente-se cheio(a) de energia?		
14	Sente-se sem esperança?		
15	Pensa que a maioria das pessoas passa melhor que o(a) senhor(a)?		
PONTUAÇÃO TOTAL:			

Avaliação do Sono

A que horas vai, habitualmente, dormir? ____ A que horas costuma acordar? ____

É sempre à mesma hora? Sim ___/Não___ Quanto tempo costuma dormir? ____

Quanto tempo fica na cama sem estar a dormir? ____

Costuma acordar durante a noite? Sim ___/Não___ Se responder sim, costuma ter insónias? Sim ___/Não___

Tem tido pesadelos? Sim ___/Não___ Se responder sim, com que frequência? ____

Tem de se levantar durante a noite para ir à casa de banho? Sim ___/Não___ Se responder sim, quantas vezes? ____

Costuma sentir falta de ar enquanto dorme? Sim ___/Não___

Costuma risonar enquanto dorme? Sim ___/Não___ Se responder sim, risona alto, ou acorda com o seu risonar? Sim ___/Não___

Toma algum medicamento para dormir? Sim ___/Não___ Se responder sim, com que frequência? ____

Como avalia a qualidade geral do seu sono de 0-10? ____