

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO
DOUTORADO**

ERIKA CARLA CAVALCANTI GOMES

**TREINO DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA E REPERCUSSÕES NO
DESEMPENHO OCUPACIONAL EM MULHERES IDOSAS**

**Recife
2018**

ERIKA CARLA CAVALCANTI GOMES

**TREINO DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA E REPERCUSSÕES NO
DESEMPENHO OCUPACIONAL EM MULHERES IDOSAS**

Tese apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para a obtenção do título de Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

Orientadora: Prof^a Dr^a Sandra Lopes de Souza

Co – orientadora: Prof^a Dr^a Ana Paula de Oliveira Marques

**Recife
2018**

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

G633t Gomes, Erika Carla Cavalcanti.
Treino de estimulação cognitiva e repercussões no desempenho ocupacional em mulheres idosas / Erika Carla Cavalcanti Gomes. – 2018.
110 f.: il.; tab.,; quad.; 30 cm.

Orientadora: Sandra Lopes de Souza.
Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Recife, 2018.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Terapia ocupacional. 2. Envelhecimento. 3. Memória. 4. Cognição.
I. Souza, Sandra Lopes de (Orientadora). II. Título.

612.3 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2017-156)

ERIKA CARLA CAVALCANTI GOMES

**TREINO DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA E REPERCUSSÕES NO DESEMPENHO
OCUPACIONAL EM MULHERES IDOSAS**

Tese apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para a obtenção do título de Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

Aprovado em: 07/02/2018

Banca Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Ana Paula de Oliveira Marques (Presidente da Banca) - UFPE

Prof^ª. Dr^ª. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcante (Membro externo) - UFPE

Prof^ª Dr^ª Carla Cabral Accioly Lins (Membro externo) – UFPE

Prof^ª Dr^ª Danielle Carneiro de Menezes Sanguinetti (Membro externo –UFPE)

Prof^ª Dr^ª Márcia Carréra Campo Leal (Membro externo – UFPE)

À minha família, meu refúgio,
meu porto-seguro.
Aos meus avós, fonte de amor e
ensinamentos

AGRADECIMENTOS

Ao meu bom Deus, pois nada acontece na vida sem o seu consentimento e benção.

Aos meus avós que são fonte de inspiração e que me fizeram olhar o envelhecimento com mais curiosidade, e por isso me tornei pesquisadora.

Aos meus pais, pelo amor, pela dedicação incansável para que eu tivesse acesso a uma educação de qualidade e principalmente, por acreditar em mim.

Ao meu marido, que caminha ao meu lado há tanto tempo, por acreditar nos meus sonhos, por sempre me fazer sorrir e deixar tudo mais leve. Amo você.

Ao meu irmão, pela paciência, por torcer sempre pelas minhas conquistas.

À Luiggi e Lorenzo que me ensinam todos os dias que amor é construção.

Aos amigos queridos de infância, da universidade, do trabalho e da vida. Certamente sem o apoio e a compreensão de vocês tudo seria mais difícil. Sei que não preciso citar nomes, porque cada um sabe a importância que tem na minha vida.

À professora Dra. Sandra Lopes de Souza pelo carinho e disponibilidade.

À professora Dra. Ana Paula de Oliveira Marques por ser tão presente na minha vida, por me ensinar além da vida acadêmica, muito obrigada por tudo.

Aos integrantes da banca examinadora por aceitar o convite em contribuir com minha pesquisa com tanta atenção e disponibilidade.

À Professora Dr^a Márcia Carréra, que me acompanhou ao longo dessa jornada, pelo seu bom humor e carinho, muito obrigada!

Aos meus professores de Terapia Ocupacional que contribuíram com minha formação e foram fundamentais para que eu me interessasse pela pesquisa.

À minha equipe de pesquisa Michelle, Mariana, Laura e Graci. Sem vocês não teria tese. Obrigada pela paciência e dedicação. Sei que o caminho foi longo e cada uma de nós enfrentou desafios singulares, mas conseguimos fechar mais esse ciclo. Vocês estarão sempre guardadas em um lugar especial no meu coração. Gratidão.

Às idosas participantes do estudo, por acreditarem no projeto, pelo entusiasmo em ajudar. Com elas aprendi que a vida é uma imensidão de possibilidades. Obrigada!

À equipe da UnATI/UFPE que nos acolheram em seu espaço de trabalho com carinho e cuidado.

Ao programa de Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, funcionários e professores pelos ensinamentos compartilhados

Memória

*Amar o perdido
deixa confundido
este coração.*

*Nada pode o olvido
contra o sem sentido
apelo do Não.*

*As coisas tangíveis
tornam-se insensíveis
à palma da mão.*

*Mas as coisas findas,
muito mais que lindas,
essas ficarão.*

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

As alterações cognitivas inatas ao processo de envelhecimento constituem um campo relevante para neuropsiquiatria, pois essas mudanças podem comprometer a manutenção de uma vida social e produtiva para o idoso. Sendo assim a referida tese objetivou analisar o efeito de estimulação cognitiva no desempenho cognitivo, ocupacional e de humor em mulheres idosas. Para responder o referido objeto de pesquisa foram elaborados dois artigos: revisão integrativa e original, respectivamente. A revisão integrativa buscou identificar a relação entre o treino de estimulação de memória na funcionalidade do idoso sem comprometimento cognitivo, por meio um levantamento de estudos realizados nos últimos sete anos, publicados nos idiomas inglês, português. Na amostra final foram selecionados 12 artigos. A partir do levantamento realizado foi identificado que o treino estimulação de memória em idosos em idoso sem comprometimento cognitivo pode melhora sua funcionalidade, principalmente, em relação: ao desempenho nas atividades avançadas, instrumentais e básicas de vida diária, nos componentes psicológicos, sociais e de qualidade de vida dos idosos. O artigo original objetivou analisar o efeito do treino de estimulação cognitiva no desempenho cognitivo, ocupacional e de humor em idosas com envelhecimento normal. Trata-se de um ensaio clínico controlado, onde foram convidadas a participar da pesquisas 200 idosas que faziam parte de um programa de educação permanente. Na primeira etapa, da pesquisa, que correspondeu ao recrutamento das idosas para as avaliações iniciais, no qual foram excluídas 100 possíveis participantes por não atenderem os critérios de inclusão estabelecidos para pesquisa: ter idade mínima de 60 anos, ser do sexo feminino, não apresentar comprometimento cognitivo e/ou comunicação que impossibilitasse a coleta de dados. Amostra final foi composta por 100 idosas, alocadas dois grupos. No Grupo controle as idosas foram acompanhadas em ambulatório e receberam orientações de estimulação cognitiva a ser realizado em ambiente domiciliar. O de intervenção correspondeu as “oficinas de memória”, que aconteciam semanalmente, com duração de 60 minutos, em 12 sessões. As idosas responderam um formulário semiestruturado sobre condições sociodemográficas e de saúde e instrumentos utilizados foram: Mini Exame de Estado Mental, Escala de Depressão Geriátrica e pela Medida Canadense de Desempenho Ocupacional, no início da pesquisa e após 30, 60 e 90 dias. A pesquisa estava vinculada a um projeto maior intitulado: Treino de estimulação de memória e repercussões no desempenho ocupacional e na qualidade de vida em mulheres idosas, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco e registrada na Plataforma de Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos. De acordo com os resultados, no grupo intervenção as médias aumentaram em todos os momentos das reavaliações, nos testes de comparações múltiplas também indicaram que o grupo intervenção apresentou diferenças significativas entre as avaliações do Mini Exame de Estado Mental, Escala de depressão geriatria e a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional. Concluí-se que as atividades de estimulação cognitiva desenvolvida por meio das “oficinas de memória” indicaram efeitos positivos no desempenho cognitivo, ocupacional e de humor em idosas.

Descritores: Terapia Ocupacional. Envelhecimento. Memória. Cognição.

ABSTRACT

The innate cognitive change in aging process is one relevant field for neuropsychiatry, since these changes can affect the maintenance of a social and productive life for the elderly. To respond to the research object, two articles were elaborated: integrative review and original, respectively. The integrative review aimed to identify the relationship between training of memory stimulation in elderly's without cognitive impairment, through a survey of studies carried out in the last seven years, published in English, Portuguese and Spanish. The selection was made through descriptors crossings: elderly health, memory and cognition, in the bases of Lilacs, Medline and IBECs. In the final sample, 12 articles were selected. From this, it was identified that the training of memory stimulation in elderly without cognitive impairment can improve their functionality, mainly in relation to: performance in advanced, instrumental and/or basic activities of daily living, in psychological components, social and quality of life of the elderly. The aim of the original article was to analyze the effect of cognitive stimulation training on cognitive, occupational and mood performance in elderly women with normal aging. It is a controlled clinical trial, where 200 elderly women who were part of a permanent education program at Federal University of Pernambuco / Brazil were invited to participate in the research. At the first stage, which corresponded to recruitment of the elderly women to the initial evaluations, in which 100 possible participants were excluded because they did not attempted the inclusion criteria established for research: 60 years old minimum, being female, not presenting cognitive impairment and/or communication that made it impossible to collect data. The final sample was compounded of 100 elderly women, allocated in two groups. In the control group the elderly women were followed up in the outpatient clinic and received cognitive stimulation guidelines to be performed at home. The intervention corresponded to the elderly people who participated in the "memory workshops", which happened weekly, lasting 60 minutes, in 12 sessions. The elderly women in both groups answered a semi structured and were evaluated using the following instruments: Mini-Mental State Examination , Geriatric Depression Scale and the Canadian Occupational Performance Measure at the beginning of the study and after 30, 60 and 90 days.. The research was linked to a larger project entitled: Training of memory stimulation and repercussions on occupational performance and quality of life in elderly women, approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Pernambuco and registered in Brazilian Platform of Clinical Trials. According to the results, the intervention group averages increased at all times of the reevaluations, in the multiple comparison tests also indicated that the intervention group presented significant differences between Mini Mental State Examination, Geriatric Depression Scale, and Canadian Occupational Performance Measure. It was concluded that the activities of cognitive stimulation developed through "memory workshops" indicated positive effects on cognitive, occupational and mood performance in the elderly.

Descriptors: Occupational Therapy. Aging. Memory. Cognition

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

MATERIAIS E MÉTODOS

Figura 1 – Fluxograma das etapas da revisão integrativa.....	32
Figura 2 – Representação das etapas do estudo.....	40
Quadro 1- Atividades desenvolvidas nas oficinas de memória.....	43

RESULTADOS - Revisão Integrativa da Literatura

Figura 1 - Diagrama dos estudos incluídos e excluídos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para o estudo	67
Quadro 1 - Apresentação da síntese dos trabalhos incluídos na revisão integrativa	69
Resultados - Artigo Original	
Figura 1 – Fluxograma das etapas do estudo.....	80

LISTA DE TABELAS

MATERIAIS E MÉTODOS

Tabela 1 –	Atividades-problemas no desempenho ocupacional apontadas pelas idosas por meio da avaliação inicial da COPM, considerando as dificuldades cognitivas do grupo intervenção. Recife/PE 2016.....	41
------------	--	----

APÊNDICES

Tabela 1 -	Características sociodemográficas e de condições de saúde estratificadas no GI e GC	84
Tabela 2 –	Atividades-problemas identificadas por meio da avaliação inicial da COPM, considerando as dificuldades cognitivas do GI e GC	86
Tabela 3 -	Comparação do desempenho cognitivo, ocupacional e de sintomatologia depressiva no GI e GC	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
ABVD	Atividade básica de vida diária
AIVD	Atividade instrumental de vida diária
AAVD	Atividade avançada de vida diária
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PCC	Prática Centrada no Cliente
PBE	Prática Baseada em Evidência
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature em Retrieval System on Line
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
AHRQ	Agency for Healthcare and Quality
UnATI	Universidade Aberta para terceira idade
PROIDOSO	Programa do idoso
PROExC	Pró-reitoria de Extensão e Cultura
GC	Grupo Controle
GI	Grupo Intervenção
MEEM	Mini Exame de Estado Mental
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ReBEC	Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	HIPÓTESE	18
3	OBJETIVOS.....	19
3.1	Objetivo geral	19
3.2	Objetivos específicos	19
4	REVISÃO DA LITERATURA	20
4.1	Envelhecimento Populacional.....	20
4.2	Feminização da velhice.....	21
4.3	Envelhecimento, cognição e memória.....	23
4.4	Funcionalidade e declínio cognitivo.....	25
4.5	Medida Canadense de Desempenho Ocupacional.....	26
4.6	Oficinas de estimulação de memória: um estratégia de intervenção	28
5	MATERIAIS E MÉTODOS.....	31
5.1	Método da Revisão Integrativa da Literatura	31
5.2	Método do Artigo Original	34
6	RESULTADOS	47
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
	REFERÊNCIAS	49
	APÊNDICES	56
	APÊNDICE A - Instrumento para coleta de dados da revisão integrativa	57
	APÊNDICE B - Formulário semi estruturado	58
	APÊNDICE C - Termo de consentimento Livre e Esclarecido.....	60
	APÊNDICE D – Artigo de Revisão Integrativa	62
	APÊNDICE E – Artigo Original	78
	ANEXOS	96
	ANEXO A - Instrumento de avaliação do rigor metodológico dos artigos selecionados para Revisão Integrativa	97
	ANEXO B - Instrumento para classificação hierárquica das evidências para avaliação dos artigos selecionados na Revisão Integrativa	98
	ANEXO C – Relatório CONSORT 2010	99
	ANEXO D – Mini exame de estado mental.....	101
	ANEXO E – Escala de depressão geriátrica	103

ANEXO F – Medida canadense de desempenho ocupacional	104
ANEXO G– Carta de anuência.....	106
ANEXO H– Aprovação CEP	107
ANEXO I – Registro REBEC	110

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento provoca diversas modificações de origens orgânicas, fisiológicas e psicológicas no idoso (SANTOS; FLORES-MENDOZA, 2017). Uma dessas alterações está relacionada à velocidade e aos mecanismos ligados à cognição, a exemplo das “falhas de memória” consideradas queixas recorrentes nessa população, principalmente quando tais esquecimentos afetam a vida social e a funcionalidade do idoso nas atividades cotidianas (IRIGARAY; SCHNEIDER, 2010).

As alterações orgânicas nos componentes cognitivos que acontecem durante o envelhecer são inatas ao referido ciclo de vida (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2005). As mudanças neuropsicológicas relacionadas ao aprendizado e a memória é um dos fatores que se destacam em pesquisas científicas e na prática clínica, pois estão intimamente integrados com o ambiente no qual o idoso está inserido, e geralmente, comprometem a manutenção da autonomia, independência e na participação ativa de tais indivíduos na sociedade (SALAMI et al., 2012).

Apesar de o declínio cognitivo ser um considerado um processo decorrente do envelhecimento, sabe-se que em alguns casos essa condição pode evoluir para o aparecimento de doenças neuropsiquiátricas, no qual as mais comuns são as demências (ACEVEDO; LOEWENSTEIN, 2008). Mesmo tratando-se de uma questão patológica ou não, os prejuízos mnemônicos são sinalizados por meio das queixas de memória, pois refletem percepções e autoavaliações sobre o desempenho do idoso em atividades que são realizadas no dia a dia e por isso é utilizada entre os especialistas como um dos critérios de identificação déficit das habilidades cognitivas (LIMA-SILVA et al., 2011)

Pesquisas desenvolvidas na área do envelhecimento (YASSUDA et al., 2006) (SANTHOUSE, 2006) (ZIMMERMANN et al., 2014) (BARROSO et al., 2014) descrevem que o declínio das habilidades cognitivas pode estar relacionado à Teoria do Desuso, que considera o estilo de vida do indivíduo um fator determinante para um bom funcionamento da memória, ou seja, um idoso com hábitos sedentários, inserido em um ambiente com poucos estímulos cognitivos pode se acometido por perda da capacidade neuronal e sináptica, e, conseqüentemente, diminuição do desempenho ocupacional.

Desempenho ocupacional diz respeito às habilidades necessárias para seguir e manter uma rotina diária, desempenhar papéis sociais e tarefas executadas por meio de atividades do autocuidado, produtividade e lazer, de acordo com o estágio de desenvolvimento do indivíduo (EARLY, 2005). No idoso, o que se observa é uma diminuição dessas habilidades devido às

modificações advindas do processo de envelhecimento, acarretando em dificuldades relacionadas às funções executivas e cognitivas, e conseqüentemente, em uma maior dependência na realização das atividades de vida diária (LAW, 2009).

Destaca-se a importância da manutenção do equilíbrio entre o desempenho cognitivo e ocupacional. Tal assertiva pode garantir ao idoso uma melhor participação nas atividades cotidianas, preservação da capacidade funcional, melhora da qualidade de vida e uma participação mais ativa na sociedade. Nesse contexto, o terapeuta ocupacional desempenha um papel importante quando inserido em uma equipe multidisciplinar, pois é papel desse profissional desenvolver atividades que minimizem/restabeleçam as dificuldades cognitivas visando um melhor desempenho em tarefas que são significativas para o idoso (GONÇALVES, 2000).

De acordo com a literatura especializada (ALMEIDA et al., 2003), (YASSUDA et al., 2006) (BEAR et al., 2009) estudos sugerem que a utilização de intervenções complexas envolvendo técnicas de memorização, atenção e concentração, podem gerar efeitos positivos e duradouros em idosos, especialmente quando empregadas em grupo e que podem ser aplicadas na rotina diária. A memória está vinculada com a capacidade de armazenar e utilizar informações importantes e subjetivas de cada indivíduo, numa sequência cronológica dos fatos, tornando-a, dessa forma, uma das funções cognitivas essenciais para vida (BELLEVILLE, 2008)

Sendo assim, a prática terapêutica de estimulação da cognitiva visa aperfeiçoar as capacidades mnemônicas e melhorar o desempenho cognitivo (ARAMAKI; YASSUDA, 2011) caracterizando-se como um cuidado de saúde importante à população idosa. Dentre esta prática, as oficinas de memória são consideradas valiosas ferramentas de intervenção, que podem contribuir para prevenção do declínio cognitivo, manutenção do desempenho ocupacional e, conseqüentemente, na promoção do envelhecimento ativo e saudável.

Salami et al (2012) sugerem uma relação positiva entre o desempenho cognitivo do idoso e a estimulação continuada, no qual a capacidade cognitiva pode ser melhorada por meio de treinamento, favorecendo ganhos na agilidade e eficiência em conceitos abstratos, cujos benefícios podem ser repercutidos no desempenho de tarefas cotidianas. Estas evidências reafirmam que o estímulo e um bom funcionamento mental podem ser determinantes na manutenção da saúde e da qualidade de vida da população idosa.

Nesse contexto, observa-se a necessidade investigar o declínio cognitivo em idosos com envelhecimento normal, sobretudo na população feminina, pois, geralmente, estas

apresentam maior longevidade quando comparada aos homens, e estão mais expostas a doenças crônicas e déficits cognitivos.

Desse modo, a presente tese buscou confirmar a seguinte hipótese: o treino de estimulação cognitiva em mulheres idosas, sem diagnóstico de demência e sintomatologia depressiva, tem efeito positivo na cognição, humor e no desempenho ocupacional.

Considerando-se a escassez de estudos experimentais que abordem os processos neuropsiquiátricos e que envolvam a cognição em relação às mudanças decorrentes do avançar da idade, tal tese torna-se relevante por poder contribuir para uma melhor compreensão dos mecanismos que envolvem as habilidades cognitivas e o envelhecimento normal, assim como a adoção de novas formas de intervenção que visem à prevenção e a promoção da saúde do idoso.

Nesse sentido, este estudo foi estruturado de acordo com as normas do Programa de Pós-Graduação em neuropsiquiatria e ciências do comportamento da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, e organizada em quatro capítulos: O primeiro é referente a uma revisão da literatura, que foi dividida em seis tópicos: envelhecimento populacional; feminização da velhice; envelhecimento, cognição e memória; funcionalidade e declínio cognitivo; medida canadense de desempenho ocupacional e oficinas de estimulação de memória: uma estratégia de intervenção.

O segundo capítulo traz uma descrição detalhada da metodologia utilizada na revisão integrativa da literatura e no artigo original. O terceiro capítulo segue a discussão dos resultados do estudo, referente ao artigo de revisão integrativa, intitulado: Treino de estimulação de memória e a funcionalidade do idoso sem comprometimento cognitivo, e no terceiro capítulo é apresentado o artigo original: Efeito do exercício de estimulação de cognitiva no desempenho ocupacional em idosas: ensaio clínico.

Por fim, no quarto capítulo são apresentadas as considerações finais da dissertação, no qual foram analisadas de acordo com todo o percurso do estudo. As recomendações sugeridas foram referentes ao problema de pesquisa, e ressaltada a relevância da pesquisa para a prática clínica da neuropsiquiatria, geriatria e terapia ocupacional.

2 HIPÓTESE

A hipótese do estudo afirma que o treino de estimulação cognitiva em mulheres idosas sem diagnóstico de demência e sintomatologia depressiva tem efeito positivo na cognição, humor e no desempenho ocupacional.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral: Analisar o efeito de estimulação cognitiva no desempenho cognitivo, ocupacional e de humor em mulheres idosas.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e de condição de saúde das participantes do estudo;
- Identificar as atividades-problema envolvidas no desempenho ocupacional das participantes do estudo;
- Comparar o desempenho ocupacional, cognitivo e de sintomatologia depressiva em diferentes momentos (inter e intragrupos) no grupo intervenção e controle.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Envelhecimento populacional

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o aumento do número de idosos é proveniente de diversos acontecimentos históricos ocorridos na sociedade a partir do século XIX, principalmente no período pós-revolução industrial, no qual as ideias capitalistas estimularam a elaboração de políticas sanitárias e de promoção à saúde, cujo objetivo era a manutenção da força de trabalho e potencializar questões socioeconômicas entre os indivíduos (WHO, 2004; VERAS, 2009)

Estudos voltados à área da Geriatria e Gerontologia (MARENGONI et al., 2011; MENDES et al., 2012) apontam que as mudanças epidemiológicas e demográficas que intensificaram o envelhecimento populacional ao longo do tempo não aconteceram na sociedade de forma equitativa. Nos países desenvolvidos, o fenômeno do envelhecimento é observado de modo diferenciado, já que o aumento da expectativa de vida aconteceu gradativamente e foi acompanhado por melhorias nas condições de vida da população e pelos avanços relacionados à urbanização, habitação, saneamento básico, saúde e educação. No Brasil esse cenário acontece de forma desorganizada e acelerada, estimando-se que em 2020 o país seja o sexto colocado na classificação mundial, com um contingente superior a 30 milhões de idosos (IBGE, 2015).

As alterações da dinâmica populacional brasileira vêm ocorrendo desde a década de 1940 e passou de três milhões em 1960, para sete em 1975, e 20 milhões em 2008, ou seja, um aumento da população de velhos de quase 700% em um intervalo de aproximadamente 50 anos. Tais modificações demográficas também geraram preocupações epidemiológicas, visto que, as doenças oriundas do processo de envelhecimento ganharam destaque, e são discutidas em diversos setores da sociedade (IBGE, 2013).

Na prática, as mudanças ocasionadas pelo envelhecimento populacional geraram demandas assistenciais desarticuladas, principalmente nos setores ligados à saúde. Os resultados dessa realidade são o aumento na procura por serviços de saúde especializados, período prolongado de internações hospitalares e o aumento no diagnóstico de doenças crônicas, que acarretam na diminuição da qualidade de vida dos idosos (VERAS, 2007).

Epidemiologicamente sabe-se que doenças crônicas e degenerativas têm como fator de risco a idade e tendem a elevar sua prevalência entre os idosos em todo mundo. A doença de Alzheimer é considerada um exemplo clássico dessa realidade. Estudos indicam que a

predominância de casos de demências pode variar de 0,3 a 1% em pessoas idosas com idade entre 60 a 64 anos, podendo aumentar para 50% em indivíduos com até 95 anos, isso significa que a probabilidade em se desenvolver doenças demenciais é cinco vezes maior após os 65 anos (CHAVES, 2009).

O atual cenário demográfico e epidemiológico também corrobora com a necessidade de mudanças nos paradigmas de atenção à saúde dos idosos brasileiros. Além disso, sinalizam urgências na criação de ações no campo social e da saúde, capazes de proporcionar melhorias na qualidade de vida e que estimulem a autonomia, independência e uma maior participação social do idoso, considerados conceitos chaves para qualquer avanço em políticas públicas (LIMA-COSTA et al., 2012).

Recentemente o Ministério da Saúde inseriu o idoso como prioridade nas ações de saúde do País, com objetivo de assegurar uma atenção integral, voltada à promoção de um envelhecimento com uma abordagem multiprofissional, comprometida na seguridade de direitos e na manutenção da funcionalidade, assim como na autonomia dos idosos em todos os âmbitos da sociedade (BRASIL, 2013).

No entanto, cotidianamente os idosos convivem com a desinformação, preconceito e a precariedade de investimentos públicos incapazes de atender às necessidades vivenciadas por essa parcela da população. O planejamento de modelos coerentes e condizentes com as reais necessidades dos idosos implica em novos métodos na prestação de cuidados, ações criativas e propostas inovadoras, que permitam aos idosos usufruírem todos os avanços permitidos pela ciência (NERI, 2005; VERAS, 2009).

Dessa maneira novas formas de cuidar podem contribuir com o rompimento do modelo biomédico, hegemônico, focado na doença e assim dar espaço a novas ações de saúde que coloquem em prática uma nova política nacional de saúde da pessoa idosa, que garanta a integralidade dos sujeitos, por meio de ações preventivas e promotoras da saúde e consequentemente, no envelhecimento ativo e saudável (BRASIL, 2006; SOUZA et al., 2008).

4.2 Feminização da Velhice

De um modo geral, o envelhecimento populacional remete algumas reflexões que devem ser consideradas, sobretudo quanto a questões culturais, avanços na área da saúde, a exemplo da redução da taxa de fecundidade, a diminuição da mortalidade infantil e mudanças nos hábitos alimentares e traz à tona a possibilidade do idoso ter doenças neurodegenerativas,

que podem levar a perda da autonomia e independência, sobretudo, em idosos do sexo feminino (FONSECA, 2005; DOIRMO et al., 2008).

O aumento da população de mulheres idosas, principalmente entre os idosos acima de 80 anos, pode caracterizar tal seguimento populacional como dependentes de cuidados, apresentando repercussões importantes para a sociedade e demandas preocupantes para as políticas públicas. No cenário atual, essas mulheres, em maioria, apresentam pouca experiência no mercado de trabalho, baixo nível de escolaridade e de condição de saúde (BALDIN; FORTES, 2008).

As complicações advindas do processo de envelhecimento citadas acima podem indicar as situações de vulnerabilidade vivenciadas pelos idosos e contribuem para o processo de “feminização da velhice”, ou seja, o aumento da longevidade da mulher. Desse modo, o gênero além de contribuir para um processo social que inclui diferenças nas hierarquias observadas na sociedade, também exerce influência nos hábitos e cuidados com a saúde (DEBERT; BRIGEIRO, 2012).

A “feminização da velhice” tem sido amplamente estudada pela comunidade científica. Segundo Nicodemo e Godoi (2010), as mulheres representam a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo e as estimativas são de que estas vivam em média, de cinco a sete anos a mais que os homens. Atualmente, as mulheres representam 55,5% da população idosa brasileira e 61% geralmente morrem decorrentes de mortes violentas, em destaque, acidentes e assassinatos.

Culturalmente as mulheres idosas enfrentam muitos desafios gerados por leis e políticas sociais de uma sociedade sexista e gerofóbica, que é refletido no comportamento de uma população focada em uma vida produtiva (financeira e sexual). O contexto atual colabora para o descrédito na mulher idosa, cujas necessidades emocionais, econômicas e físicas são ignoradas (ALMEIDA et al., 2015).

Do ponto de vista social, segundo Mafra (2011) as mulheres idosas enfrentam um cenário singular, o que as coloca, na maioria dos casos, em uma situação de fragilidade e de vulnerabilidade. Geralmente possuem menor tempo de escolaridade e de qualificação profissional do que os grupos mais jovens e de homens idosos. Diferem em relação ao estado civil, sendo na sua maioria, viúvas e, portanto, muitas vezes, chefes de família.

Quanto à saúde, as mulheres idosas têm uma relação de intimidade com os serviços, se destacam como os principais alvos de campanhas de prevenção e promoção da saúde, conseqüentemente, são mais diagnosticados com doenças degenerativas e crônicas quando comparado aos homens idosos. Além disso, culturalmente, a mulher tem a função de ser a

cuidadora da família, e esse fator contribui para uma relação mais próxima aos serviços e profissionais da saúde (RUBIO et al., 2011).

Em contrapartida, a preponderância de idosas, destacando àquelas acima de 80 anos, implica em acreditar que é uma parcela populacional que necessita de cuidados e geram repercussões relevantes nas ações de políticas públicas (PINHEIRO et al., 2010). Tal questão também corrobora pelo fato da presença do homem idoso nos serviços de saúde, em especial na atenção primária é significativamente menor do que a presença feminina, considerando a mesma faixa etária, aliado a dificuldade em manter hábitos saudáveis e adesão a tratamentos eletivos e preventivos, que buscam os serviços de saúde, na maioria das vezes, apenas em situações emergenciais (FONSECA, 2005).

As relações sociais não influenciam não apenas as diferenças entre homens e mulheres, mas explicam a complexidade nas relações de cuidado com a saúde. Desse modo, a maneira como as questões de saúde são vivenciados ao longo da vida irão interferir no tempo e na funcionalidade do idoso, o entanto, são poucos estudos científicos comprometidos em investigar temas relacionados com as questões supracitadas, principalmente quando se trata especificamente do universo feminino.

(ARAÚJO et al., 2011)

4.3 Envelhecimento, cognição e memória

O envelhecimento é marcado por diversas alterações fisiológicas, após sexta década, por exemplo, é acelerado o processo de atrofia cerebral, dilatação de sulcos e ventrículos e a perda de neurônios, componentes relevantes para a manutenção da capacidade cognitiva, em destaque, a memória, elemento que está intimamente envolvida na funcionalidade e na participação do idoso na sociedade (RABELO, 2009)

O processo de envelhecimento e o declínio cognitivo são considerados marcos importante na atenção à saúde do idoso, pois as dificuldades que na maioria das vezes são evidenciadas por meio das falhas de memória, provocam impactos importantes na vida do indivíduo, que abrange tanto atividades produtivas, quanto suas relações sociais.

Além de alterações do cotidiano, esquecer de compromissos, não lembrar o nome de pessoas, podem também acarretar conseqüências psicológicas, como um decréscimo da autoestima e do contato social, aumento da insegurança, angústia e do sentimento de solidão (MORAES et al., 2010).

Desse modo, a capacidade cognitiva está envolvida com a qualidade de vida da pessoa idosa. As perdas dos componentes cognitivos implicam em agravos na saúde física, psíquica e emocional desses indivíduos (OCHIK et al., 2012). O bom funcionamento cognitivo é refletido na adequação de comportamento e pela resolução de problemas cotidianos, porém, ao se identificar dificuldades, mesmo por uma percepção subjetiva, o idoso passa a apresentar prejuízos funcionais significativos.

As “falhas de memória” é um dos componentes cognitivos mais evidentes e relevantes na rotina do idoso, sendo considerada uma conseqüência inata ao processo de envelhecimento, no qual ocorre uma diminuição na velocidade e no curso das informações, que atinge diretamente o desempenho mnemônico (PAULO; YASSUDA 2010). De acordo com Yassuda e Abreu (2006), as dificuldades cognitivas são provenientes de uma diminuição significativa de funções relacionadas à atenção, memória e funções executivas, presente em idosos acometidos ou não por doenças neurodegenerativas (CANCADO et al., 2006).

As alterações mnemônicas no envelhecimento normal podem se apresentar de maneiras diferentes, de modo que alguns sistemas cognitivos podem apresentar preservados, enquanto outros, sofrer declínios, a exemplo da capacidade de reter novas informações por curtos períodos, dificuldade de realizar múltiplas tarefas, principalmente, àquelas ligadas as atividades cotidianas (LEVINE et al., 2007).

As queixas de memória são associadas ao conceito de metamemória, ou seja, refletem percepções subjetivas e autoavaliações sobre o desempenho nas atividades do dia a dia, e por isso estão sendo investigadas em pesquisas e na prática clínica como um dos critérios na identificação não apenas de prejuízos cognitivos, a exemplo das demências, mas também nos diagnósticos dos transtornos de ansiedade e depressão (BAHAR-FUCHS et al., 2013). Essa relação fica mais evidente quando essas queixas são acompanhadas por pelo menos dois anos, mesmo quando não identificado em avaliações breves (XAVIER et al., 2001). Tal assertiva indica que idosos com alto nível de escolaridade também podem apresentar declínio cognitivo, assim como, àqueles que não tiveram acesso à educação.

No entanto, estudos apontam que no decorrer do processo de envelhecimento saudável existe a possibilidade de neutralizar, mesmo que parcialmente, déficits cognitivos (PAPP et al., 2009). Atualmente, pesquisas indicam que intervenções voltadas ao treino de memória são capazes de favorecer positivamente o desempenho cognitivo entre os idosos (CHARIGLIONE, 2014; LAW et al., 2014). Desse modo, a plasticidade cognitiva vem

ganhando cada vez mais espaço no âmbito científico, podendo implicar em novas práticas clínicas na área do envelhecimento.

4.4 Funcionalidade e declínio cognitivo

A capacidade cognitiva está diretamente relacionada com o desempenho e manutenção das atividades cotidianas, desde aquelas que exigem raciocínios complexos, avaliações e decisões entre diferentes alternativas, até aquelas que realizamos de forma rotineira e automática (IRIGARAY et al., 2012). A cognição também medeia às relações entre os indivíduos através da linguagem, por meio das relações pessoais, e, portanto, qualquer atividade social (REIJNDERS et al., 2013).

Considera-se a manutenção da capacidade cognitiva como um fator importante para a manutenção e promoção da saúde do idoso, ou seja, um bom funcionamento da memória torna-se primordial para que os indivíduos na fase do envelhecimento continuem realizando suas atividades com autonomia e independência (ALVARENGA et al., 2011)

Em estudo realizado por Ramos (2003), indicou alguns determinantes que influenciam o risco de morte, identificados entre os idosos participantes da pesquisa, são eles: sexo feminino, idade, histórico de hospitalização, declínio cognitivo e diminuição da capacidade funcional. Dentre estes fatores, os que poderiam modificar ou diminuir a mortalidade seriam o estado cognitivo e o grau de dependência funcional.

A capacidade funcional é um importante indicador para o envelhecimento bem sucedido, porém vale considerar que os conceitos de “desempenho” e “capacidade funcional” são distintos, mas que se complementam; o primeiro avalia as atividades cotidianas o idoso realiza no seu dia a dia, e o segundo, analisa o potencial que o indivíduo possui para executar tais tarefas (MACEDO et al., 2012).

A capacidade funcional é avaliada por meios de avaliações padronizadas que avaliam o desempenho dos idosos nas atividades básicas de vida diária (ABVD), que são: tomar banho, se vestir, ir ao banheiro, e atividades instrumentais de vida diária (AIVD), como telefonar, gerir finanças, realizar compras (POVEDA et al., 2005).

Recentemente estudos trazem o conceito de Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) que também deve ser investigadas nas avaliações relacionadas a funcionalidade do idoso, visto que, o seu conceito envolve o engajamento em atividades voluntárias que são influenciadas por fatores socioculturais e motivacionais. Autores sugerem que existe uma correlação entre tais atividades com a qualidade de vida e de saúde mental dos idosos, e

indicam que as AAVD podem ser preditoras de declínio funcional e cognitivo (DIAS et al., 2011) (BRITO; PAVARINI, 2012).

De uma forma geral, as AAVD E AIVD são importantes na manutenção de vínculos sociais, porém o avançar da idade e as mudanças decorrentes do declínio cognitivo podem sinalizar uma maior dependência em relação a funcionalidade do idoso (BRITO; PAVARINI, 2012). Em estudo realizado por Paulo e Yassuda (2010) sinaliza que as dificuldades para realizar as AIVD podem anteceder os possíveis déficits nas AVD, por isso há a necessidade em detectar precocemente possíveis comprometimentos nas habilidades cognitivas para uma melhor manutenção da funcionalidade do idoso.

Pesquisas indicam que as relações entre o declínio cognitivo e a dependência nas atividades cotidianas podem ter ligação com a alta taxa de mortalidade entre os idosos, principalmente, nos que residem em centros urbanos (FERREIRA et al., 2011) (MACÊDO et al., 2012). Desse modo, os estudos relacionados com os componentes cognitivos merecem destaque, uma vez que a funcionalidade do idoso está diretamente ligada aos processos mnemônicos envolvidos no envelhecimento, e conseqüentemente, a sua condição clínica.

No entanto, ainda são escassos os estudos que investigam a relação existente entre funcionalidade e declínio cognitivo no envelhecimento normal, comprometidos em pesquisar quais os fatores que contribuem para as “falhas de memória” e da importância da totalidade do funcionamento cognitivo para a determinação da longevidade e de uma boa qualidade de vida entre os idosos (GOMES et al., 2008).

4.5 Medida Canadense de Desempenho Ocupacional

O conceito de Desempenho Ocupacional de acordo com a Occupational Therapy Guidelines for Client-centred da Associação Canadense de Terapia Ocupacional é definida como capacidade de realizar tarefas e rotinas cotidianas, assim como, desempenhar papéis sociais, cujo objetivo é a manutenção do autocuidado, lazer e da produtividade, considerando sempre as demandas advindas do ambiente interno e externo no qual o indivíduo está inserido (CUSICK et al., 1990; LAW et al., 2007)

Nesse contexto, surge a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) criada na década de 1990 por pesquisadores canadenses com o objetivo de aprofundar os estudos sobre o Desempenho Ocupacional e de ser utilizada como um guia para Terapeutas Ocupacionais, facilitando o processo avaliativo e o planejamento de intervenções, baseando-se na prática centrada no cliente (PCC) (SUMSION; SMYTH, apud HOBSON, 2003)

A COPM é ancorada no Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional e reuni os princípios da prática centrada no cliente, que é definida como uma abordagem clínica baseada no respeito e na parceria com o indivíduo, que reconhece sua autonomia e importância de fazer escolhas, na responsabilização do cuidado e no potencial em contribuir no processo terapêutico (VAZ et al., 2017).

A PCC considera essencial o empoderamento do indivíduo, reconhecendo que as tomadas de decisões e as mudanças de comportamento são fundamentais para o engajamento e a qualidade do processo terapêutico (ROSEWILLIAM et al., 2011). Nesse sentido, a prática centrada no cliente inicia-se desde a avaliação, onde a escolha de objetivos e os métodos de intervenção são realizados em conjunto com o paciente. Segundo Dawmen et al (2012) as intervenções voltadas à PCC favorece o aumento e a participação do indivíduo no processo de recuperação/reabilitação.

Nesse sentido, a COPM é uma medida de resultados, no qual o objetivo é mensurar o impacto de uma intervenção, considerando o as mudanças de percepção do cliente sobre o seu desempenho ocupacional ao longo do tempo. A avaliação consiste em uma entrevista semi-estruturada e permite que a pessoa identifique atividades que considere apresentar dificuldades, seja por questões de adoecimento ou por estar vivenciando um determinado ciclo de vida (PHELAN et al., 2009)

As atividades identificadas pelo indivíduo, a qual julga não estar realizando, ou que não está satisfeito com o seu desempenho, são enquadradas nas três áreas que envolvem o desempenho ocupacional: autocuidado, trabalho e o lazer. Desse modo, o cliente atribui a cada atividade um determinado valor em relação a importância, que varia de 1 (não é importante) a 10 (extremamente importante). A partir disso, o cliente seleciona, no máximo, 5 atividades para as quais atribui maior importância, e é atribuída para cada uma pontuação, considerando também uma escala de 1 a 10, em relação ao desempenho nessas atividades (1- não é capaz de desempenhar e 10- capaz de desempenhar muito bem) e à satisfação com o desempenho (1- não satisfeito de forma nenhuma e 10- extremamente satisfeito) (PAKER; SYKES, 2006).

Dessa forma, todos os escores de desempenho e de satisfação, são obtidos por pontuações totais que poderão ser comparadas com os resultados de reavaliações para mensuração do progresso. Uma mudança na pontuação de dois pontos ou mais é considerada, pelos autores da avaliação, como clinicamente significativa, o tempo total para administração é de, em média, 30-45 minutos (NICKEL et al., 2010).

A COPM é uma medida válida e confiável e tem sido utilizada de forma bem sucedida com diversos grupos de clientes, em diferentes locais (SAMPAIO et al., 2006) Os estudos atestam a versatilidade internacional e a aplicabilidade cultural deste instrumento, mesmo desenvolvida em contexto cultural canadense (SCHINDLER, 2010).

A COPM foi publicada primeiramente em 1991, já tendo sido traduzida, até o ano de 2005, para 24 idiomas diferentes, e utilizada por terapeutas ocupacionais em mais de 35 países ao redor do mundo (VAZ et al., 2017). Nos últimos anos, o número de publicações que a utilizaram tem aumentado, com esse teste tendo sido traduzido para português e publicado no Brasil em 1998. (Law et al. 2007).

4.6 Oficinas de estimulação de memória: uma estratégia de intervenção

O declínio das habilidades mnemônicas pode está relacionada à Teoria do “desuso”, no qual descreve que os hábitos assumidos ao longo da vida podem influenciar de forma negativa o desempenho da memória. Observa-se que durante o processo de envelhecimento, os idosos adotam estilos de vida que favorecem a diminuição da capacidade cognitiva e a perda da motivação de aprendizagem e memória, tais como sedentarismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, más hábitos alimentares, diminuição de atividades laborais (YASSUDA et al., 2006; SANTHOUSE, 2006; ZIMMERMANN et al., 2014; BARROSO et al., 2014).

Acredita-se que para o cérebro se manter com um bom funcionamento é necessário que suas habilidades sejam solicitadas e, para garantir tal desempenho, recomenda-se a prática de exercícios físicos regulares, uma alimentação saudável e a realização de tarefas que exijam atenção, concentração e raciocínio lógico, para que assim seja gerado o aumento das sinapses neuronais, responsável pela manutenção da plasticidade do cérebro (LIMA-SILVA et al., 2011).

Existem diversas denominações que muitas vezes confundem o conceito de treino cognitivo e que precisam ser diferenciadas da estimulação mental e da reabilitação cognitiva (BUSCHERT et al., 2010). O treino cognitivo é considerado uma modalidade de intervenção focada em atividades que podem ser padronizadas e que geralmente trabalham componentes relacionados com a memória, atenção, concentração, resolução de problemas, entre outros, podendo assumir um caráter unimodal (treino de uma habilidade específica) ou multimodal (várias habilidades cognitivas), incluindo como foco um melhor desempenho nas atividades de vida diária, por meio de uma intervenção individual ou grupal (LAW et al., 2014).

A estimulação mental é específica para tarefas cognitivas que priorizem estratégias específicas para um melhor funcionamento da mente (SOARES et al., 2015). A reabilitação cognitiva envolve diversas atividades como as de estimulação cognitiva e de grupos clínicos com objetivo de melhorar o desempenho dos indivíduos no funcionamento cotidiano, cognitivo e social. No Brasil, os treinos cognitivos relacionados aos objetivos da reabilitação cognitiva são popularmente conhecidos como “oficinas da memória” embora, tal denominação não significa que o único componente estimulado na intervenção seja a memória (LAW et al., 2014).

As “Oficinas de memória” podem ser caracterizadas com uma estratégia de intervenção coletiva, por meio de treinos cognitivos, que tem como base a conceituação da memória e as singularidades, que envolvem o bom funcionamento mnemônico e que estão atrelados no processo de envelhecimento (GUERREIRO et al., 2006)

Observa-se que quando os idosos realizam atividades que estimulam habilidades cognitivas, experimentam um melhor desempenho da memória, na agilidade do pensamento e nos processos de aprendizagem. Intervenções voltadas a manutenção e aprimoramento da cognição, relacionadas com técnicas de memorização, relaxamento e atividades atencionais, podem promover resultados positivos aos idosos, especialmente quando tais atividades são desenvolvidas em grupo, a exemplo das “oficinas de memória” (LASCA, 2003) (YASSUDA et al., 2006).

Estudos indicam que idosos quando devidamente estimulados podem apresentar melhora no desempenho nas habilidades cognitivas. As capacidades mentais podem ser estimuladas, mantidas e recuperadas, principalmente quando tais perdas são ocasionadas por fatores relacionados à teoria do desuso e ao estilo de vida sedentário (YASSUDA et al., 2006) (CARVALHO et al., 2010) (TEXEIRA et al., 2012).

As primeiras pesquisas relacionadas ao treino cognitivo foram iniciadas da década de 1970, por meio de um programa liderado pelos pesquisadores Paul Batles e Sherry Willis, cujo principal objetivo era analisar as habilidades envolvidas com o conceito de inteligência fluida e discutir as dificuldades de ganhos cognitivos nas fases tardia do envelhecimento. Os resultados dessas pesquisas indicaram que a plasticidade cognitiva permanece no idoso (YASSUDA et al., 2007).

No entanto, os estudos iniciais não tinham a preocupação em avaliar o impacto dos treinos de estimulação cognitiva nas atividades cotidianas dos idosos, mas apenas em identificar as alterações cognitivas (CARVALHO, 2006; YASSUDA et al., 2007). Apenas nas décadas de 1980 e 1990 que as pesquisas avançaram na perspectiva de funcionalidade,

sugerindo os treinos cognitivos podem favorecer o desempenho funcional e na qualidade de vida dos idosos (GATES et al., 2011).

5 MATERIAIS E MÉTODOS

Neste capítulo será descrito as metodologias utilizadas nos artigos – **Treino de estimulação de memória e a funcionalidade do idoso sem comprometimento cognitivo: uma revisão integrativa** e no artigo original - **Efeito do treino de estimulação cognitiva no desempenho ocupacional em idosos: ensaio clínico**

5.1 Método do artigo de Revisão integrativa da Literatura

PRIMEIRO ARTIGO: Treino de estimulação de memória e a funcionalidade do idoso sem comprometimento cognitivo: uma revisão integrativa

Tipo de estudo

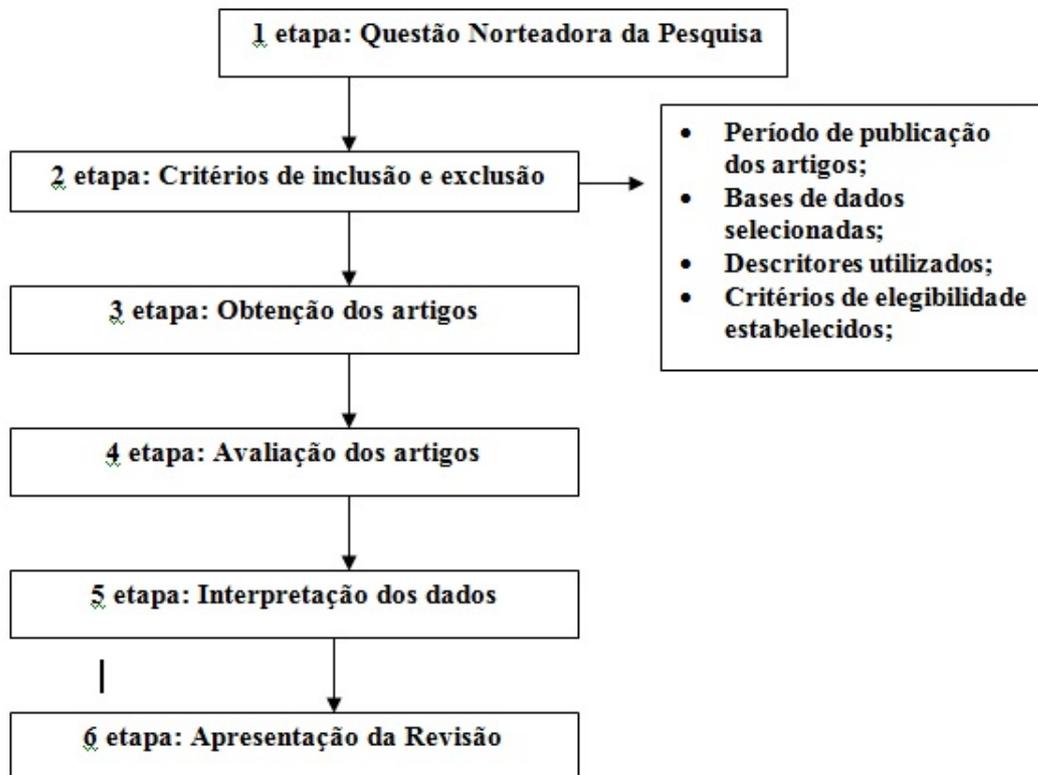
Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que objetivou condensar os resultados de pesquisas relacionados ao tema ou questão, de uma forma sistemática e ordenada, cujo intuito foi contribuir no aprofundamento do conhecimento acerca da temática estudada (MENDES et al., 2008).

Este método científico serve como base para Prática Baseada em Evidência (PBE) que permite a utilização de resultados para a prática clínica, cuja finalidade metodológica é incentivar a utilização desses resultados em estudos direcionados à assistência prestada, destacando a relevância da pesquisa para o campo profissional (CULLUM et al., 2010)

Etapas de construção da revisão integrativa

Para a elaboração desta revisão foram percorridas as seguintes etapas: 1) formulação da questão norteadora; 2) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão que contemplam a amostra e seleção dos artigos; 3) obtenção dos artigos que constituem a amostra; 4) avaliação dos artigos; 5) interpretação dos dados; 6) apresentação da revisão integrativa (Figura 1). Na primeira etapa foi estabelecida a seguinte questão norteadora da pesquisa: Quais as evidências científicas publicadas nos últimos sete anos que identificaram as relações sobre o efeito do treino de estimulação de memória na funcionalidade do idoso sem comprometimento cognitivo?

Figura 1: Fluxograma das etapas da revisão integrativa.



A etapa seguinte foi selecionar os artigos, através da busca por publicações da literatura científica, no período de Janeiro 2009 a maio de 2017, nos idiomas inglês, português e espanhol, na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na qual é possível realizar buscas simultâneas nas principais bases de dados científicos nacionais e internacionais: Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), IBECS (Índice bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde).

Os critérios de inclusão estabelecidos para seleção dos artigos foram: ser artigo original; responder a questão norteadora; ter disponibilidade eletrônica na forma de texto completo, publicado no período pré-determinado nos idiomas supracitados, ter como população de estudos idosos sem diagnóstico de comprometimento cognitivo. Foram excluídos: pesquisas que consideraram idosos indivíduos com idade inferior a 60 anos, estudos repetidos em um ou mais bases de dados.

Para selecionar os artigos foram utilizadas três palavras chaves indexadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): saúde do idoso, memória e cognição. A partir da

escolha dos termos mencionados, foram realizadas todas as possibilidades de cruzamentos entre os descritores selecionados, por meio de duas estratégias de busca (A e B). No método A as palavras foram cruzadas utilizando-se o ícone AND; e na estratégia B através do ícone OR.

A análise crítica dos artigos pré-selecionados foi realizada a partir da aplicação de dois instrumentos: Critical Appraisal Skill Programme (CASP) e Agency for Healthcare and Research and Quality (AHRQ). A utilização das avaliações supracitadas teve o objetivo de analisar a qualidade metodológica dos estudos incluídos nesta revisão integrativa (STELER et al., 2006)

A CASP é um instrumento que classifica os artigos de acordo com pontuações que variam de seis a dez (boa qualidade metodológica e viés reduzido e cinco pontos ou menos (qualidade metodológica satisfatória, mas com risco considerável. Nesta revisão foram considerados os artigos classificados entre 6 a 10 pontos (ANEXO A).

O AHRQ é uma avaliação que destaca dos estudos em seis níveis de evidência: (1) revisão sistemática ou metanálise; (2) ensaios clínicos randomizados; (3) ensaios clínicos sem randomização; (4) estudos de coorte e de caso-controle; (5) revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos e (6) único estudo descritivo ou qualitativo (ANEXO B).

As avaliações supracitadas contemplam em sua análise: a identificação do artigo original, as características metodológicas do estudo e a avaliação dos resultados selecionados nesta revisão, que foram organizados por meio de instrumento de coletas de dados elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE A).

Após a conclusão dessas etapas metodológicas, a amostra final foi composta por 12 artigos.

5.2 Método do artigo original

SEGUNDO ARTIGO: Efeito do treino de estimulação cognitiva no desempenho ocupacional em idosas: ensaio clínico

A metodologia utilizada para elaboração deste estudo foi baseado no Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) 2010 (ANEXO C).

Desenho do estudo

Trata-se de um ensaio clínico randomizado, controlado, comparativo, de desenho fechado, do tipo duplo cego. O estudo consiste em um método experimental, desenvolvido em seres humanos com objetivo de conhecer o efeito de intervenções na área da saúde, considerado como uma das principais ferramentas para obtenção de evidências para prática clínica (ROUQUAYROL; FILHO, 2013)

Os Ensaio Clínicos Randomizados são capazes de minimizar a influência de fatores de confusão sobre relações de causa-efeito, as intervenções são planejadas e a exposição é controlada pelos pesquisadores e comparadas através de dois grupos: intervenção e controle (PEREIRA, 2008).

Participantes do estudo

Participaram do estudo mulheres com idade equivalente ou superior a 60 anos, condição que define a pessoa idosa, de acordo com a Lei nº 8842/94, que trata sobre a Política Nacional do Idoso, matriculadas em cursos de extensão ofertados pelo Programa de Educação Permanente para Pessoas Idosas, Universidade Aberta para Terceira Idade da Universidade Federal de Pernambuco (UnATI/ UFPE).

A UnATI , encontra-se vinculada ao Programa do Idoso (PROIDOSO), da Pró-Reitoria de Extensão e Cultura (PROExC), e tem por objetivo promover e incentivar ações para melhoria da qualidade de vida de pessoas idosas, mediante a realização de cursos de extensão que estimulem a aquisição de novos conhecimentos, com inclusão e participação social.

Critérios de elegibilidade

Inclusão:

- Ser do sexo feminino;
- Ter idade mínima equivalente a 60 anos;
- Está matriculada na UnATI/UFPE no primeiro e segundo semestre de 2016;
- Não apresentar comprometimento cognitivo e/ou de comunicação que impossibilitasse a coleta de dados;

Exclusão:

- Idosas que já participaram de cursos de oficinas da memória oferecidos ou não pela UnATI/UFPE no primeiro e segundo semestre de 2016;
- Possível diagnóstico de depressão;
- Fazer uso de benzodiazepínicos e/ou medicamentos estimulantes para memória;
- Idosas com dificuldades auditivas, visuais e motoras severos não compensados por uso de óculos, aparelhos auditivos e equipamentos de tecnologia assistiva.

Tamanho amostral

Para determinação do tamanho amostral foram considerados:

- O objetivo principal da comparação entre os dois grupos (Intervenção e Controle) e dentro do grupo de Intervenção num ensaio clínico randomizado em relação à variação entre avaliações para a variável MEEM e considerado uma amostra piloto com 20 participantes em cada grupo.
- Os resultados da amostra piloto foram:
 - a) No grupo intervenção: média = 1,00; desvio padrão = 1,49;
 - b) Diferença entre os dois grupos: média = 0,82;
 - c) Desvio padrão combinado dos dois grupos = 1,28.
- Erro de 5,0%;
- Poder de 80,0%;
- Razão igual a 1,00 entre os grupos
- Tamanho amostral para a comparação entre os grupos (em cada grupo) foi determinado através da fórmula:

$$n \geq \frac{2s_c^2 (t_{\alpha,v} + t_{\beta,v})}{(m_1 - m_2)^2}$$

onde s_c é o desvio padrão combinado das duas amostras

$t_{\alpha,v}$ e $t_{\beta,v}$ são os valores da distribuição t-Student correspondente a confiabilidade e o poder (AZEVEDO, 2008).

- O tamanho amostral para a diferença entre as duas avaliações no grupo intervenção através da fórmula:

$$n \geq \frac{s^2(t_{\alpha,v} + t_{\beta,v})}{\delta^2}$$

onde s é o desvio padrão da variável diferença

$t_{\alpha,v}$ e $t_{\beta,v}$ são os valores da distribuição t-Student correspondente a confiabilidade e o poder (AZEVEDO, 2008).

Os cálculos foram efetuados por meio do programa Minitab®, foi verificada uma amostra 40 indivíduos para a comparação entre os grupos. Considerando-se as dificuldades na realização de um estudo longitudinal e na tentativa de minimizar possíveis perdas no decorrer da coleta de dados foram acrescentados 20% na amostra final, chegando a um quantitativo de 50 participantes em cada grupo.

Alocação nos grupos

As idosas que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa, conforme cálculo amostral supracitado foram alocadas em dois grupos: Grupo Controle (GC) e Grupo de Intervenção (GI), ambos com 50 participantes. A distribuição dos grupos foi realizada de forma aleatória.

O GC correspondeu aos indivíduos que receberam acompanhamento individual em ambulatório de Terapia Ocupacional e orientações para realizar os exercícios de estimulação de memória no ambiente domiciliar. O GI foi composto por participantes que receberam o mesmo acompanhamento que o GC e também participou de intervenções grupais, por meio das oficinas de estimulação da memória que foram elaboradas e executadas pela terapeuta ocupacional, pesquisadora principal deste estudo.

Instrumentos utilizados na pesquisa

- *Formulário semiestruturado*

Trata-se de um formulário no qual foram investigadas informações referentes às condições sociodemográficas e de saúde (APÊNDICE B). Ressalta-se que foi realizado um piloto, descrito anteriormente, para identificar possíveis ajustes nos instrumentos utilizados para coleta de dados e determinação do cálculo amostral.

- *Avaliação do Estado Mental: Miniexame do Estado Mental (MEEM)*

O MEEM é um instrumento de rastreio de comprometimento cognitivo composto por questões agrupadas em sete categorias, cujo objetivo é avaliar questões cognitivas específicas, como: a orientação temporal e espacial, registro de três palavras, atenção e cálculo, evocação das três palavras registradas, linguagem e praxia visuo-construtiva (ANEXO D) (BERTOLUCCI, 1994).

A pontuação do MEEM varia de 0 a 30 pontos, sendo que escores mais baixos apontam para possível déficit cognitivo. Serão adotados os seguintes escores, de acordo com nível de escolaridade: analfabetos, 17 pontos; escolaridade de 1 a 4 anos, 22 pontos; de 5 a 8 anos, 24 pontos; acima de 8 anos, 26 pontos. Esses pontos de corte foram adaptados subtraindo um desvio padrão da média para a faixa de escolaridade, arredondando para baixo (BERTOLUCCI, 1994).

- *Intensidade de Sintomas Depressivos: Escala de Depressão Geriátrica GDS-15*

A Escala de Depressão Geriátrica é uma medida utilizada para identificação e para quantificação de sintomas depressivos em pessoas idosas. A versão curta é composta por 15 questões, com respostas classificadas em sim ou não. O escore total da GDS, versão curta, é feito a partir do somatório das respostas assinaladas pelo entrevistador nos itens. O menor escore possível é zero, e o maior é 15 (ANEXO E). Neste estudo o instrumento foi utilizado para excluir as idosas com sintomas depressivos, o que corresponde a escores > 5 pontos (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

- *Medida Canadense de Desempenho Ocupacional – COPM*

Trata-se de uma avaliação individualizada, onde as informações são coletadas por meio de entrevista semiestruturada, que mensura a autopercepção do indivíduo sobre dificuldades em realizar tarefas cotidianas e envolvidas nas atividades de vida diária, produtivas e de lazer. O

instrumento foi traduzido para população brasileira, com foco nas áreas supracitadas e na prática baseada no cliente (LAW et al., 2009) (ANEXO F).

A entrevista consiste em três etapas:

1. Etapa 1: Identificação dos problemas de desempenho ocupacional; as idosas apontaram as dificuldades observadas no seu cotidiano relacionadas às falhas de memória e listaram as atividades-problemas que julgaram ser mais significativas no seu dia a dia.
2. Etapa 2: Classificação da importância, as participantes do estudo pontuaram em uma escala de 1 a 10, o grau de importância das atividades identificadas na etapa anterior, considerando 1 como item sem nenhuma importância e 10 com importância extrema.
3. Etapa 3: Cada sujeito elegeu em até cinco atividades-problemas e avaliou o seu desempenho e satisfação tais atividades, a partir de duas escalas, que variam 1 a 10 de forma crescente.

As pontuações obtidas na terceira etapa da avaliação são somadas separadamente, ou seja, de desempenho e satisfação. As somas das notas indicadas pelas participantes são divididas pela quantidade de atividades-problemas identificadas na terceira etapa, gerando o escore de desempenho e satisfação. É importante ressaltar que para este estudo será analisado apenas o escore de desempenho.

As médias obtidas durante as reavaliações indicaram as mudanças na percepção do desempenho. Caso a diferença entre as médias se apresentem igual ou superior a dois pontos, significa que aconteceu uma mudança positiva no desempenho ocupacional das participantes.

Procedimento para coleta de dados

Inicialmente as idosas foram pré-selecionadas por meio de sorteio do número de matrícula fornecido pela UnATI/UFPE, assim como a obtenção o banco de cadastro da referida instituição, contendo informações com o nome, idade e contato telefônico das idosas que estavam devidamente cadastradas no primeiro e segundo semestre de 2016.

Após a obtenção da lista, as idosas pré-selecionadas foram enumeradas de forma ordinal para posterior sorteio aleatório para composição dos grupos controle e intervenção. O convite para participação na pesquisa foi realizado por contato telefônico, sendo explicado brevemente o objetivo da pesquisa, e, caso houvesse o interesse, o agendamento para a etapa inicial do estudo.

O procedimento para coleta de dados envolveu quatro momentos (t_0 , t_1 , t_2 e t_3) (figura 1) e foram executados pela pesquisadora, com ajuda de uma mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e três discentes de graduação do curso de Terapia Ocupacional da UFPE, na qualidade de bolsistas de Iniciação Científica, que foram devidamente treinadas quanto a as etapas que envolveram este estudo.

No primeiro momento, denominado t_0 (basal), as idosas convidadas para pesquisa responderam a um questionário sociodemográfico e de condição de saúde, e realizadas avaliações de rastreio cognitivo (MEEM) e de sintomatologia depressiva (GDS-15), para que fossem rastreados possível comprometimento cognitivo e sugestivos sintomas depressivos, e assim obedecer aos critérios inclusão e exclusão estabelecida para este estudo.

As idosas que não receberam os pontos de cortes correspondentes às avaliações mencionadas anteriormente, responderam a avaliação da COPM e alocadas de forma aleatória em grupo controle e grupo intervenção. Nessa etapa, foram avaliadas 200 idosas, excluídas 100 por não atenderem os critérios de inclusão do estudo. Considerando a natureza de um estudo longitudinal, optou-se em avaliar um quantitativo superior ao estabelecido no cálculo amostral, e assim minimizar o risco de desistência durante o período da pesquisa.

Os momentos subsequentes a etapa inicial, nomeados de t_1 , t_2 , t_3 , correspondeu ao período de acompanhamento dos grupos controle e intervenção, que aconteceram em 30, 60 e 90 dias respectivamente, considerando a data da primeira avaliação (t_0). Nessa etapa da pesquisa foram recrutadas 100 idosas, que foram alocadas em dois grupos (controle e intervenção), ambos contendo 50 participantes, cuja distribuição foi realizada de forma aleatória e descrita no momento t_0 .

Ressalta-se que nos momentos t_1 , t_2 , t_3 , as idosas foram reavaliadas e reaplicado as avaliações de rastreio cognitivo (MEEM), depressão (GDS-15) e de desempenho ocupacional (COPM) em ambos os grupos (controle e intervenção).

As idosas do grupo de intervenção (GI) foram subdivididas em quatro grupos, compostos em média por 12 participantes, com objetivo de facilitar a execução das atividades. Para este grupo foram planejadas 12 sessões de treinos de estimulação de cognitiva, que aconteceram uma vez por semana com duração de 60 minutos cada encontro.

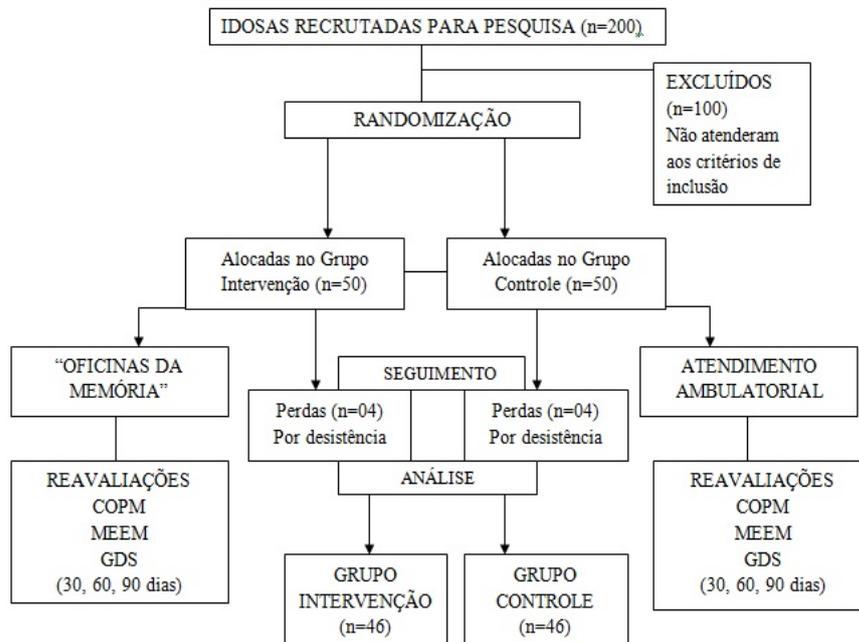
As atividades desenvolvidas nas oficinas foram coordenadas por uma terapeuta ocupacional, pesquisadora principal deste estudo, e executadas com apoio da equipe de pesquisa, mencionada anteriormente. As atividades planejadas foram elaboradas de acordo com os dados obtidos durante a primeira aplicação da avaliação COPM, no qual foi unânime a

relação das queixas de memória e o desempenho nas atividades cotidianas, que serão descritas no tópico “Análise das Atividades”.

No que diz respeito ao grupo controle (GC), que correspondeu a 50 idosas que foram assistidas em consulta individual, no ambulatório de Terapia Ocupacional do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI/UFPE), tais idosas foram acompanhadas e reavaliadas no período de 30, 60 e 90 dias e por ocasião foram orientadas para realização dos exercícios de estimulação cognitiva no ambiente domiciliar. Como uma devolutiva ao GC que não participou das oficinas de memória, ao término do estudo, as idosas correspondentes a este grupo foram convidadas a participar de um ciclo de palestras voltadas a temas envolvidos com Educação e Saúde e o processo de envelhecimento.

Durante este período de coleta de dados oito participantes (quatro de cada grupo) não compareceram nos períodos de reavaliação estabelecidos para a pesquisa, consideradas perdas de acordo com o cálculo amostral.

Figura 1: Representação do fluxograma do estudo, segundo CONSORT (2010)



Análise das atividades

As atividades planejadas e desenvolvidas para o grupo de intervenção, por meio das oficinas de memória, foram elaboradas considerando as informações coletadas com avaliação

da COPM, no momento t_0 , do referido estudo. Na avaliação inicial foi possível identificar quais as atividades-problemas as participantes apontaram sentir dificuldades em realizar devido às queixas de “falhas” na memória (Tabela 1).

Dessa forma, os exercícios executados nas oficinas eram voltados às atividades ligadas ao cotidiano das participantes, relacionadas às áreas do desempenho: autocuidado, produtiva, e de lazer (Quadro 1).

Tabela 1: Atividades-problema no Desempenho Ocupacional apontadas pelas idosas por meio da avaliação inicial da COPM, considerando as dificuldades cognitivas no grupo intervenção. Recife/PE 2016.

ATIVIDADES	N	%
Autocuidado		
<i>Cuidados pessoais</i>		
Vestir-se	02	4,3
Fazer as unhas	01	2,1
Maquiar-se	01	2,1
<i>Independência fora de casa</i>		
Sair sozinha	02	4,3
Manejo caixa eletrônico/cartão de crédito/compras/	07	15
Usar transporte público	03	6,5
Dirigir	03	6,5
Produtividade		
<i>Trabalho (remunerado/não remunerado)</i>		
Voltar a trabalhar	05	10,8
<i>Tarefas domésticas</i>		
Arrumar a casa	11	23,9
Cozinhar	06	13,0
<i>Escola</i>		
Voltar a estudar	05	10,8
Lazer		
<i>Recreação tranqüila</i>		
Ler	04	8,6
Fazer atividades artesanais	02	4,3
Usar o computador	03	6,5
<i>Recreação ativa</i>		
Passeios/viagens	04	8,6
<i>Socialização</i>		
Lembrar nomes de pessoas, número telefônico, datas comemorativas.	15	32,6
Manter e fazer amizades	03	6,5

Quadro 1: Atividades desenvolvidas nas Oficinas de memória. Recife/2016.

SESSÕES	ATIVIDADE	ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA TREINO COGNITIVO	PRINCIPAIS COMPONENTES COGNITIVOS TRABALHADOS
Sessão 1	Apresentação da oficina Atividade de apresentação/reconhecimento do grupo	As participantes foram divididas em dois grupos, formularam um roteiro de entrevista, mas sem anotar as informações. Depois foram convidadas apresentara aos grupos as informações coletadas que recordaram.	Atenção; Concentração; Memória recente;
Sessão 2	“Relembrando o Recife”	Fotografias antigas e atuais de locais importantes da Região Metropolitana do Recife foram distribuídas, e solicitadas que as participantes respondessem um roteiro de perguntas sobre o reconhecimento do local, pontos de referência, etc.	Orientação temporal e espacial; Memória episódica
Sessão 3	Palavra cruzada “aberta” Questionário Pessoal	Primeira parte da atividade foi realizada uma atividade de atenção, por meio de uma palavra central “ Família ” as participantes tentaram preencher os espaços vazios com palavras relacionadas à palavra central. No segundo momento as participantes foram solicitadas a responder questões pessoais, relacionadas descrição de receita culinária preferida, número telefônico de familiares, datas comemorativas importantes, etc.	Atenção; Concentração; Memória semântica; Memória episódica;
Sessão 4	Texto sobre Genealogia	Distribuído texto: “Genealogia, a importância de conhecer os antepassados”, solicitado que as participantes respondessem perguntas sobre o texto e construíssem suas árvores genealógicas.	Atenção; Concentração; Memória retrógrada
Sessão 5	“Sopa de Sílabas” e ditados populares	Atividade consistiu em um quadro com diversas sílabas, foi solicitado que os participantes formassem palavras e as separassem em categorias: frutas, nome de pessoas, lugares, objetos cotidianos, etc. A segunda etapa da atividade foi completar e interpretar ditados	Atenção; Concentração; Memória recente.

		populares.	
Sessão 6	“Quanto custa?”	Foi distribuído entre as idosas “revista de preços” de uma determinada rede de farmácias, junto com uma lista de perguntas, que questionava valores, listas de compras e problemas matemáticos.	Atenção; Concentração; Raciocínio lógico;
Sessão 7	“Quadro de palavras”	Foram apresentados os participantes cinco quadros com diversas palavras, o primeiro quadro apresentava seis palavras, o segundo nove e assim por diante, e oferecido um tempo para que as idosas memorizassem, após essa etapa era oferecido um segundo quadro de palavras para que elas pudessem memorizar as palavras observadas anteriormente. Ao término da atividade foi realizada uma discussão sobre as estratégias de memorização utilizadas.	Sequenciamento; Atenção; Concentração; Memória recente;
Sessão 8	“Saco de objetos”	Em um saco escuro foram colocado objetos de uso cotidiano, e solicitado que as idosas a nomeação dos objetos, função e solicitado que as participantes nomeassem os produtos depois de um determinado tempo. A quantidade de objetos colocados no saco era aumentada gradualmente, em múltiplos de quatro e misturados a objetos que não haviam sido apresentados no início da sessão	Atenção; Concentração; Memória recente;
Sessão 9	“Jogo dos mil erros”	12 fichas contendo imagens com situações cotidianas diferentes foram distribuídas entre as idosas, no qual o objetivo era identificar os erros nas imagens e analisar o contexto observado nas figuras.	Atenção; Concentração; Memória recente.
Sessão 10	“O poder da música”	Nesta sessão foram oferecidas as idosas um texto sobre o “O poder da Música”, cujo objetivo foi interpretar diversas perguntas referente ao que foi lido. Na segunda etapa da atividade, as idosas foram questionadas sobre músicas que marcaram suas vidas e responderam um questionário sobre o assunto.	Memória recente; Memória episódica; Atenção; Concentração;

Sessão 11	“Complete a música”	A atividade consistiu em completar letras de músicas populares e vivenciadas em épocas distintas.	Atenção; Concentração; Sequenciamento; Memória.
Sessão 12	“Letra surpresa”	Em um saco foram colocadas todas as letras do alfabeto, à medida que as letras eram sorteadas, as participantes eram solicitadas a preencher um quadro com palavras que iniciassem com a determinada letra, em categorias previamente determinadas.	Atenção; Concentração; Memória recente.

Análise dos dados

Na primeira fase de detalhamento dos dados foi elaborada a análise descritiva da distribuição da população por meio de frequências absoluta e relativa (variáveis categóricas); média e desvio padrão (variáveis contínuas). Para a comparação entre os grupos em relação às variáveis numéricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson; Para as variáveis numéricas foram utilizados o teste de Mann-Whitney na comparação entre os grupos; e o teste de Friedman na comparação das avaliações entre as avaliações.

Ressalta-se o uso do teste Exato de Fisher nas situações em que a condição para utilização do teste Qui-quadrado foi verificada. A escolha dos testes não paramétricos Mann-Whitney e Friedman foi devido à rejeição da normalidade dos dados em pelo menos um dos grupos. A margem de erro utilizada nos testes estatísticos foi de 5,0%. Os dados foram digitados numa planilha EXCEL e o programa utilizado para obtenção dos cálculos e análises estatísticas foi o IMB- SPSS versão 23.

Considerações éticas

A pesquisa a ser desenvolvida está vinculada a um projeto maior intitulado: **Treino de estimulação de memória e repercussões no desempenho ocupacional e na qualidade de vida em mulheres idosas**, o qual foi encaminhado a Coordenação da Universidade Aberta a Terceira Idade da Universidade Federal de Pernambuco UnATI/UFPE concedido Carta de Anuência (ANEXO G), registrado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE nº 49197815.4.0000.5208) (ANEXO H) e na Plataforma de Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) (Número do UTN: U1111-1190-6597) (ANEXO I).

O referido estudo está fundamentado na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que versa sobre os aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos,

executado após a concessão da Carta de Anuência e aprovação e pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Aos participantes da pesquisa será entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) onde foram informados os objetivos da pesquisa, possíveis riscos e benefícios sendo resguardado o anonimato e a possibilidade de desistência da pesquisa.

6 RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão apresentados nos apêndices D e E.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo identificou que o treino de estimulação cognitiva por meio das “oficinas de memória” repercutiu positivamente no desempenho cognitivo, ocupacional e no humor em idosas com envelhecimento normal, ou seja, sem diagnóstico de declínio cognitivo e de sintomatologia depressiva.

É relevante destacar que nas comparações entre as médias observadas no decorrer das avaliações permitiram verificar que o GI intervenção apresentou resultados mais expressivos e com significância estatística em relação ao GC, sugerindo que as “oficinas de memória” podem contribuir na prevenção do declínio cognitivo, desempenho ocupacional e de sintomatologia depressiva em idosas e assim, corroborou com a hipótese do estudo.

Além disso, a identificação das atividades-problema identificadas pela COPM permitiu o planejamento de uma intervenção centrada no cliente e contribuiu para uma discussão mais ampla sobre as implicações que o declínio cognitivo pode acarretar no desempenho ocupacional e conseqüentemente, na funcionalidade e na participação social das idosas.

A revisão integrativa da literatura identificou lacunas no conhecimento da temática estudada, a exemplo da necessidade de mais investimentos em estudos longitudinais e comprometidos em incentivar a realização de programas de estimulação cognitiva em idosas com envelhecimento normal, sobretudo os do sexo feminino. Espera-se que o incentivo de mais pesquisas relacionadas com a temática em questão seja capaz de contribuir para um melhor monitoramento da funcionalidade e qualidade de vida dos idosos.

Desse modo, as intervenções na saúde cognitiva podem favorecer a autonomia e independência dos idosos e pesquisas relacionadas ao treino de memória são amplamente justificados. Em síntese, deve-se ressaltar a importância do tema referente às informações para o campo da Neurociência, Geriatria e Gerontologia, visto que o bom funcionamento cognitivo está diretamente interligado com a capacidade funcional do idoso.

REFERÊNCIAS

- ACEVEDO, A.; LOEWENTEN, D. Nonpharmacological cognitive interventions in aging and dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, v.20, n.4, p.239-249, 2008.
- ALMEIDA, M. ET AL. Memory training for the elderly: a health promotion strategy. *Comunic, Saúde, Educ.*, v.11, n.22, p.271-80, 2007.
- ALMEIDA, A.; MAFRA, S. SILVA, E.; KANSO, S. Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, v. 14, n. 1, p. 115 - 131,2015.
- ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr.* v.57, n.2 p.421-426,1999.
- ARAMAKI, F.; YASSUDA, M; Cognitive Training based on metamemory and mental images: Follow-up evaluation and booster training effects. *Dementia and Neuropsychology*, v.5, n.1, p.48-53, 2011.
- ARAÚJO, L.; SÁ, E.; AMARAL, E. Corpo e velhice: Um estudo das representações sociais entre homens idosos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 31, n. 3, p. 468-81, 2011.
- AZEVEDO, R. *Qual o tamanho da amostra ideal para se realizar um ensaio clínico?* Rev Assoc Med Bras. p.254-289, 2008.
- BALDIN, C.; FORTES, V. Viuvez feminina: a fala de um grupo de idosas. *Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano*, v.5, n.1, 2008.
- BERTOLUCCI, P.H.F. et al.. O minixame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuro-Psiquiatr.* v.52, p.1-7, 1994.
- BAHAR-FUCHS, A.; CLARE, L.; WOODS, B. Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. *The Cochrane Library*, v.6, 2013.
- BARROSO, R. et al. Relação entre a competência funcional da memória episódica e os fatores associados à independência funcional de idosos saudáveis *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, v.17, n.4, p.751-762, 2014
- BEAR, M. et al. *Neurociência: desvendando o sistema nervoso*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed. p. 739-74; 2008.
- BELLEVILLE, S. Cognitive training for persons with mild cognitive impairment. *International Psychogeriatrics*, v.20, n. 1, p.57-66, 2008.
- BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. *Aprov a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências*. Diário Oficial da União 2006.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.298, de 21 de novembro de 2013. *Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer*. Diário Oficial da União 2013.
- BRITO, T. PAVARINI, S. Relação entre apoio social e capacidade funcional de idosos com alterações cognitivas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet].*, v.20; n.4,p.677-684, 2012.
- BUSCHERT, V.; BOKDE, A.; HAMPEL, H. Cognitive intervention in Alzheimer disease, *Nature Reviews Neurology*, v.6, n.9, p.508-517, 2010.
- CARVALHO, F.; NERI, A.; YASSUDA, M. Treino de memória episódica com ênfase em categorização para idosos sem demência e depressão. *Psicologia: Reflexão e Crítica* v.23, n.2, p.317-323, 2010.
- CARVALHO, F. *Treino de memória episódica com idosos normais*. 2006. Dissertação (Mestrado em psicologia) -Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2006.
- CHAVES, et al. Incidence of Mild Cognitive Impairment and Alzheimer Disease in Southern Brazil. *Geriatr Psychiatry Neurol.* v.22, n.3, p.181-187,2009.
- CHARIGLIONE, I. *Intervenções cognitivas para o aprimoramento da memória em idosos com envelhecimento cognitivo normal* (Tese de doutorado). 2014. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF. 2014.
- CULLUM, N. et al. *Enfermagem baseada em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2010
- CUSICK, A.; LANNIN, N. A.; LOWE, K. Adapting the Canadian Occupational Performance Measure for use in a paediatric clinical trial. *Disabil. Rehabil.*, v. 29, n. 10, p. 761-766, 2007
- DEBERT, G.; BRIGUEIRO, M. Fronteiras de gênero e sexualidade na velhice. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v.27, n.80, 2012.
- DWAMENA, F.; HOLMES-ROVNER, M.; GAULDEN, CM; Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database System Rev.* v.12, 2012.
- ERLY, M.B. Desempenho ocupacional. In: PEDRETTI, L.W; EARLY, M.B., orgs. *Terapia ocupacional: capacidades práticas para as disfunções físicas*. São Paulo: Roca; cap.12; 2005.
- FERREIRA, P.; TAVARES, D.; RODRIGUES, R. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. *Acta Paul Enferm.* v.24, n.1, p.29-35, 2011.
- FONSECA, R. Equidade de gênero e saúde das mulheres. *Rev Esc Enferm USP.* v.39, n.4, p.450-459, 2009.
- GATES, N.; SACHDEV, P.; SINGH, M. Cognitive and memory training in adults at risk of dementia: A systematic review. *BMC Geriatrics*, v.11, n.55, p.1-14, 2011

GONÇALVES, S. *Desempenho Ocupacional e percepção da saúde e bem-estar*. 2000. (Dissertação)- Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, 2000.

GUERREIRO, T. et al. Queixa de memória e disfunção objetiva de memória em idosos que ingressam na Oficina de Memória na UnATI/UERJ. *Rev. bras. geriatr gerontol.*, v. 9 n.1, p.7-21, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Atlas do censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.

IRIGARAY, T.; FILHO, I.; SCHNEIDER, R. Efeitos de um treino de atenção, memória e funções executivas na cognição de idosos saudáveis. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.25,n.1, p.188-202. 2012.

DOIMO, L.; DERNTL, A.;LAGO, O. O uso do tempo no cotidiano de mulheres idosas: um método indicador do estilo de vida de grupos populacionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.13, n.4, p.1133-1142, 2008.

DIAS, E. G. et al. Caracterização das atividades avançadas. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.22, n.1, p. 45-51, 2011.

GÓMEZ PORTILLA, A.; MARTÍNEZ DE LECEA, C.; CENDOYA, I. Prevalencia y tratamiento de la patología oncológica en el anciano. El reto que se avecina. *Revista Espanola de Enfermagem Dig.*, v.100, n.11, p.706-715, 2008.

HOBSON, S. Emprego da abordagem baseada no cliente em pessoas com alterações cognitivas. In: SUMSION, T. *Prática baseada no cliente na terapia ocupacional: guia para implementação*. São Paulo: Roca, p. 89-107, 2003.

IRIGARAY, T.; FILHO, G.; SCHNEIDER, R. Efeitos de um treino de atenção, memória e funções executivas na cognição de idosos saudáveis. *Psicologia: reflexão e crítica*. v. 25, n. 1, 2010.

LASCA, V. *Treinamento de memória no envelhecimento normal: Um estudo experimental utilizando a técnica de organização*. 2003. (Tese de doutorado). Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2003,

LAW, M. et al. *Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)*. CARDOSO, A.A.; MAGALHÃES, L.V.; MAGALHÃES, L.C. (Org. Tradução). Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

LAW, M.; BARNETT, F.; YAU, M. Effects of combined cognitive and exercise interventions on cognition in older adults with and without cognitive impairment: A systematic review. *Ageing Research Review*, v.15, p.61-75, 2014.

LAW, M.; BAPTISTE, S.; McCOLL, M. A.; OPZOOMER, A. The Canadian Occupational Performance Measure: An Outcome Measure for Occupational Therapy. *Can. J. Occup. Ther.*, v. 57, n. 2, p. 82-87, 1990.

LAW, M.; BARNETT, F.; YAU, M. Effects of combined cognitive and exercise interventions on cognition in older adults with and without cognitive impairment: A systematic review. *Ageing Research Review*, v.15, p.61-67, 2014

LIMA-SILVA, T. et al. Treino cognitivo para idosos baseado em estratégias de categorização e cálculos semelhantes a tarefas do cotidiano. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v.14, n.1, p.65-74, 2011.

LIMA-COSTA, M. et al. Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008). *Rev Saude Publica*. v.46, n.1, p.100-107, 2012.

LEE, D.; VIANNA, P.; YASSUDA, M. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade Paulo *Rev Psiq Clin.*, v.37, n1, p.23-26, 2010.

LEVINE, B.; STUSS, D.; WINOCUR, G. Cognitive rehabilitation in the elderly: Effects on strategic behavior in relation to goal management. *Journal of the International Neuropsychological Society*, v.13, n(1), p.143-152, 2007.

MACÊDO, A.; CERCHIARI, E.; ALVARENGA, M. Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. *Acta Paul Enferm*. v.25, n.3, p.358-363, 2012

MAENGONI, A. et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Ver*, v.10, n.4, p.430-439, Setembro 2011.

MAFRA, S. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, v.14, n.2, p.353-63, 2011

MENDES, A. et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad Saude Publica*, v.28, n.5, p.955-964, 2012.

MENDES, K.; SILVEIRA, R.; GALVÃO C. Revisão Integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. *Texto & Contexto enferm*. v.17, n.4, p.758-794, 2008

MERIGHI, M. et al. Mulheres idosas: desvelando suas vivências e necessidades de cuidado. *Rev. Esc. Enferm*, v.47, n 2, p. 408-414, 2013

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015.

MORAES, N.; MORAES, F.; LIMA, S. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Rev Med Minas Gerais*. v.20, n.1, p.67-73, 2010.

NERI, A.L. As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressas no Estatuto do Idoso. *A Terceira Idade (SESC)*, v. 16, n. 34, p. 7-24, 2005.

NICODEMO, D.; GODOI, M. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. *Rev. Ciênc. Ext*, v.6, n.1, p.41-48, 2010.

NICKEL, R.; PINTO, L. M.; LIMA, A. P. Estudo descritivo do desempenho ocupacional do sujeito com doença de Parkinson: o uso da CIF como ferramenta para classificação da atividade e participação. *Acta Fisiatr.*, v.17, n.1, p.13-17, 2010.

OLCHIK, M.; MATTOS, D.; FARINA, J. Review: effects of memory training in normal elderly and elderly with mild cognitive impairment. *Temas em Psicologia*, v.20, n.1, p.235-246, 2013.

OLIVEIRA, M.; FACCENDA, O.; SOUZA, R. Perfil social e funcional de idosos assistidos pela estratégia da saúde da família. *Cogitare Enferm.*, v.6, n.3, p.478-85, 2011.

PARKER, D.; SYKES, C. H. A systematic review of the Canadian Occupational Performance Measure: a clinical practice perspective. *British J. OccupTher.*, v.69, n.4, p. 150-160, 2006.

PAPP, K.; STEPHEN, J.; PETER, J. Immediate and delayed of cognitive interventions in healthy elderly: A review of current literature and future directions. *Alzheimer's and Dementia*, v.5, p. 5060, 2009.

PEREIRA, M. Epidemiologia Teoria e Prática. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p.597,2008.

PAULO, D.; YASSUDA, M. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Rev Psiq Clín.* v.37, n.1, 23-30, 2010.

PHELAN, S.; STEINKE, L.; MANDICH, A. Exploring a cognitive intervention for children with pervasive developmental disorder. *Can. J. Occup. Ther.*, v.76, n.1, p.23-28, 2009.

PINHEIRO, M.; CICONELLI, R.; MARTINI, L.; FERRAZ, M. Risk factors for recurrent falls among Brazilian women and men: the Brazilian Osteoporozys study (BRAZOS). *Cad Saude Publica.* v.26, n.1, p.89-96, 2010.

POVEDA, R.; BELDA, J.; BARBERÀ, R.; CORT, J. M. Facilitación de la vida cotidiana mediante el diseño y la selección adecuada de tecnologías de apoyo para personas mayores con dependencia funcional. *Rev Mult Gerontol*, v. 15, n. 3, p. 155-164, 2005.

RABELO, D. Declínio cognitivo leve em idosos: fatores associados, avaliação e intervenção. *Revista Mineira de Ciências da Saúde*, v.1, n.1; p. 56-68, 2009

RAMOS, L. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saude Pública.* v.19, n.3, p.793-797, 2003.

REIJNDERS, J.; VAN HEUGTEN, C.; VAN BOXTEL, M. Cognitive interventions in healthy older adults and people with mild cognitive impairment: A systematic review. *Aging Research Review*, v.12, p. 263-267, 2013.

ROUQUAYROL, M.; FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 7 ed. Medbook São Paulo, 2013.

- ROSEWILLIAM, S.; ROSKELL, C.; PANDYAN, A. A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation. *Clin Rehabil.*, v.25, n.6, p.501-514, 2011.
- RUBIO, M.; WANDERLEY, K.; VENTURA, M. A viuvez: a representação da morte na visão masculina e feminina. *Revista Kairós Gerontologia*, v. 14, n. 1, 2011.
- SALAMI, A. et al. Opposing effects of aging on large-scale brain system for memory encoding and cognitive control. *J Neurosci*, v.32, n.31, p.10749-57, 2012.
- SALTHOUSE, T. Mental exercise and mental aging: Evaluating the validity of the “use it or lose it” hypothesis. *Perspectives on Psychological Science*, v.1, p.68-87, 2006
- SAMPAIO, R.; MANCINI, M.; SILVA, F. Work-related hand injuries: case analyses in a Brazilian rehabilitation service. *Disabil. Rehabil.*, v 28, n.12, p.803-808, 2006.
- SANTOS, M.; FLORES-MENDOZA, C. Treino cognitivo para idosos: uma revisão sistemática dos estudos nacionais. *Psico-USF*, Campinas, v.22, n.4, p.337-349, Maio 2017.
- SCHINDLER, V. A client-centred, occupation-based occupational therapy programme for adults with psychiatric diagnoses. *Occup. Ther. Int.*, v.17, n.3, p.105-112, 2010
- SOARES, Z.; SANTANA, E.; RABELO, D. Iniciação à informática associada ao treino cognitivo em idosos. *Revista Ciência em Extensão*, v.11, n.3, p.155-167, 2015.
- SOUZA, E. et al. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. *Ciênc Saúde Coletiva*, v.13, p.1153-1163, 2008.
- STELER, C. et al. Utilization focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res.* v.11, n.4, p.195-2006, 1998.
- SUMSION, T; SMYTH, G. Barriers to client-centredness and their resolution. *Can J Occup Ther.* v.67, n.1, p.15-21, 2001
- TEIXEIRA-FABRÍCIO, A. et al. Treino cognitivo em adultos maduros e idosos: Impacto de estratégias segundo faixas de escolaridade. *Psico USF.*, v.17, n.1, 2012.
- VAZ, D.; JUBILINI, L.; QUEIROZ, L. Prática centrada no cliente na reabilitação: definição, instrumentos e desafios. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*, v.28, n.1, p.122-127. 2017.
- VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica*, v.43, n.3, p. 548-54. Maio 2009.
- VERAS R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. *Cad Saude Publica*, v.23, n.10, p. 2463-2466, 2007.
- XAVIER, F.; FERRAZ, M.; MORIGUCHI, E. A relevância clínica da percepção subjetiva de perda de memória por pessoas de idade. *Rev Bras Neurol.*, v.37, n.1, 2001

WORLD HEALTH ORGANIZATION . *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Strategy on diet, physical activity and health*. Fifty seventh world health assembly. Geneva: World Health Organization, 2004.

YASSUDA, M.; BASTITONI, S. Treino de memória no idoso saudável: benefícios e mecanismos. *Psicologia: Reflexão e crítica*, v. 19, n. 3, p.470-481, 2006.

YASSUDA, M.; ABREU, V. Avaliação cognitiva. In FREITAS, L.; PY, F; CANÇADO, J.; DOLL, M.; GORZONI, L.(Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro, RJ: Koogan, 2006.

YASSUDA, M.; BRUM, P.; KANASHIRO, M. *Primeira experiência do treino de memória na UnATI USP*. In: 5º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia, 2007.

YASSUDA, M. et al. Treino de memória no idoso saudável: benefícios e mecanismos. *Psicologia: reflexão e crítica*, v.19, n.3, p.470-481, 2006

ZIMMERMANN, N. et al. (2014). Working memory training and poetry-based stimulation programs: Are the differences in cognitive outcomes in healthy older adults? *Neuro Rehabilitation*, v.35, n.1, p.159-170, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Instrumento para coleta de dados da revisão integrativa

A- Dados de identificação do estudo:

Título:

Autor (es):

Periódico:

Ano:

Idioma:

B – Caracterização do estudo

Objetivo:

Metodologia:

Resultados:

Recomendações:

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Hora início ___:___ Hora término ___:___

01. Nº Questionário: _____

02. Entrevistador: _____

03. Data da entrevista: ___/___/___

04. Nº do idoso: _____

Nome: _____

2. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

5. Data de Nascimento ___/___/___

6. Idade em anos completos _____

7. Faixa etária: (1) 60 a 69 anos
(2) 70 a 79 anos
(3) 80 a 89 anos
(4) Mais de 90 anos

8. Estado Civil: (1) casado ou tem companheiro (a)
(2) Solteiro (a)
(3) Viúvo (a)
(4) Separado (a) ou divorciado (a)
(9) Não responde

9. O Sr(a) frequentou a escola? (1) Sim (2) Não

Se não tiver estudado, pule para a questão 15. Em caso de resposta afirmativa, passe para a 14.1.

9.1. Até que série a senhora estudou?

(1) Primário incompleto	(5) 2ª grau incompleto	(9) Não sabe
(2) Primário completo	(6) 2ª grau completo	(0) Não se aplica
(3) 1ª grau incompleto	(7) Superior incompleto	
(4) 1ª grau completo	(8) Superior completo	

10. Situação Financeira: (1) Aposentada
(2) Pensionista
(3) Aposentada e pensionista
(4) Outro _____

11. Rendimento pessoal:

(1) Até um salário mínimo (Até R\$ 788,00)
(2) Entre um e dois salários mínimos (De R\$ 788,00 a R\$ 1.576,00)
(3) Mais dois a salários (R\$ 1.576,00)
(4) Não possui rendimentos
(5) Não sabe quanto ganha

3. CONDIÇÕES DE SAÚDE

12. Situação de saúde (auto-percebida):

- (1) Excelente
- (2) Boa
- (3) Regular
- (4) Ruim
- (5) Não Sabe

13. Às vezes você sente sua memória falhar?

- (1) Sim (2) Não

Se a resposta do item 18 for positiva, verifique as questão 13.1

13.1 Você sente que as falhas de memória interferem nas suas atividades do dia-a-dia?

- (1) Sim (2) Não

Se a resposta do item 13.1 for positiva, verifique a questão 13.2

13.2 Qual atividade? (solicitar que o entrevistado cite a que julgar mais importante):

13.3 Sua família percebe as falhas de memória?

- (1) Sim
- (2) Não

13.4 Você se preocupa com as falhas de memória?

- (1) Sim
- (2) Não

14. Você considera sua memória:

- (1) Excelente
- (2) Boa
- (3) Regular
- (4) Ruim
- (5) Não Sabe

15. Você considera que a memória é importante para realizar as atividades do dia-a-dia?

- (1) Sim
- (2) Não

16. Você já participou de alguma atividade semelhante a oficina da memória?

- () Sim
- () Não

17. Qual curso você está matriculada atualmente na Unati?

18. Você considera sua visão: (1) Boa
(2) Regular
(3) Ruim

19. Você considera sua audição: (1) Boa
(2) Regular
(3) Ruim

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **Oficinas de memória com mulheres idosas: repercussões no desempenho ocupacional e qualidade de vida**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Dra. Ana Paula de Oliveira Marques, Av. Prof. Moraes Rego, s/n. Cidade Universitária. Recife – PE. CEP: 50670-901. E-mail: marquesap@hotmail.com CCS/UFPE: Av. da Engenharia, s/n. Cidade Universitária. Recife – PE, Telefone: (81): 21268588; (81)988926313. Também participam desta pesquisa as pesquisadoras: Erika Carla Cavalcanti Gomes (81)987681106 e Michelle Caroline da Silva Santos Morais (81)98245425 que estão sob a orientação da Prof^ª Dr^ª Ana Paula de Oliveira Marques. Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade. Esta pesquisa tem o objetivo de avaliar o desempenho ocupacional e a qualidade de vida em mulheres idosas após treino de estimulação de memória. Os dados serão coletados através de entrevistas e avaliações específicas. Os participantes do grupo controle serão acompanhados individualmente por meio do atendimento ambulatorial e o grupo de intervenção de forma individual e grupal a partir das oficinas de memória que terão duração de 60 minutos, uma vez por semana. A Sua participação na pesquisa será por três meses e os dados serão coletados no período de 30, 60 e 90 dias. Esse estudo respeita à possível constrangimento durante a intervenção grupal e ambulatorial, no entanto, as avaliações utilizadas na etapa de triagem contribuirão para a captação de uma amostra populacional homogênea. Ressalta-se que as etapas de triagem e avaliações e os atendimentos individuais e grupais serão realizados em sala reservada. Como benefício direto poderá proporcionar melhorias em relação qualidade de vida das idosas e melhor percepção sobre o desempenho cognitivo e de funcionalidade decorrente do processo de envelhecimento, além de ampliar o olhar sobre a importância da Terapia Ocupacional na Saúde do idoso. Os resultados obtidos nesta pesquisa serão apresentados à Coordenação da UnATI/UFPE e no domínio acadêmico, esta pesquisa servirá como base para a realização de outras pesquisas de iniciação científica, sendo ainda previstos a elaboração de artigos de divulgação científica, abordando a relevância do tema. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa por meio das entrevistas, ficarão armazenados na Coordenação da Pós-Graduação em Gerontologia/UFPE, em armário particular, sob a responsabilidade da pesquisadora principal Dr^ª Ana Paula de Oliveira Marques, no endereço: Centro de Ciências da Saúde Av. Prof. Moraes Rego, s/n. Cidade Universitária. Recife – PE. CEP: 50670-901, pelo período de mínimo 5 anos. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade,

as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A) Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo pesquisa **Oficinas de memória com mulheres idosas: repercussões no desempenho ocupacional e qualidade de vida**, como voluntária. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Impressão digital (Opcional)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a _____ ceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE D- ARTIGO DE REVISÃO

TREINO DE ESTIMULAÇÃO DE MEMÓRIA E A FUNCIONALIDADE DO IDOSO SEM COMPROMETIMENTO COGNITIVO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO: O objetivo do estudo foi identificar as repercussões do efeito de estimulação de memória em idosos saudáveis. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de artigos publicados nos últimos sete anos, publicados nos idiomas inglês, português e espanhol. A seleção foi realizada por meio de cruzamentos dos descritores: saúde do idoso, memória e cognição, nas bases de Lilacs, Medline, IBECs. Os critérios de inclusão foram: ser artigo original; responder a questão norteadora; ter disponibilidade eletrônica na forma de texto completo, publicado no período pré-determinado nos idiomas supracitados, ter como população de estudos idosos a partir de 60 anos sem diagnóstico de comprometimento cognitivo. Na amostra final foram selecionados 12 artigos, no âmbito nacional e internacional. A partir do levantamento realizado foi identificada que o efeito de estimulação de memória em idosos sem comprometimento cognitivo pode melhorar no desempenho nas atividades avançadas, instrumentais e básicas de vida diária, nos componentes psicológicos, sociais e de qualidade de vida dos idosos. De acordo com a análise dos artigos é importante ressaltar a necessidade de mais estudos longitudinais e de intervenção com foco na estimulação cognitiva em idosos sem comprometimento cognitivo e que essas futuras pesquisas podem superar tais limitações através de pesquisas na área que visem um bom monitoramento e avaliações mais rigorosas e empenhadas em facilitar e aprimorar o desempenho cognitivo dos idosos e nas atividades cotidianas.

Descritores: Saúde do Idoso; Memória; Cognição

ABSTRACT: This study aimed to identify the repercussions of the effect of memory stimulation in healthy elderly. This is an integrative review of literature, articles published in the last seven years in English, Portuguese and Spanish. The selection was performed through descriptors crossings: elderly health, memory and cognition in the bases of Lilacs, Medline, IBECs. The inclusion criteria were: original article; guide question answering; electronic availability in the form of a full text, published in the predetermined period in mentioned languages; population of 60 years old without diagnosis of cognitive impairment. In the final sample, 12 articles were selected, both nationally and internationally. From the survey, it was identified that the effect of memory stimulation in the elderly without cognitive impairment can improve performance in advanced, instrumental and basic activities of daily living, in psychological components, social and quality of life in the elderly. According to the analysis of the articles it is important to emphasize the need for further longitudinal and interventional studies focused on cognitive stimulation in the elderly without cognitive impairment and that these future researches can overcome such limitations through research in the area that aim to efficient monitoring and evaluations, more rigorous and committed to facilitate and improve the cognitive performance of the elderly and in daily activities.

Key words: Health of the Elderly; Memory; Cognition

INTRODUÇÃO

O crescimento populacional é uma realidade, especialmente tratando-se da população idosa, cada vez mais evidente nos países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, cuja expectativa para os próximos 20 anos poderá chegar aproximadamente a 30 milhões de idosos, ou seja, 13% da população serão de velhos¹. Essa realidade também é um reflexo dos avanços da medicina moderna, da redução da mortalidade e do aumento da expectativa de vida. No entanto, tais aspectos podem alertar quanto à incidência de afecções e distúrbios advindos da idade, principalmente doenças crônicas degenerativas que irão repercutir diretamente na funcionalidade do idoso².

Dentre as diversas alterações fisiológicas oriundas do processo natural de envelhecimento, a exemplo do processo de atrofia cerebral, dilatação de sulcos e ventrículos e a perda de neurônios, componentes relevantes para a manutenção da capacidade cognitiva, em destaque, a memória, elemento que está intimamente envolvida na funcionalidade e na participação do idoso na sociedade³.

Estudos indicam que diversos fatores podem ser determinantes ao envelhecimento cognitivo: eventos biológicos, hábitos de vida e o ambiente no qual o idoso está inserido. Geralmente, tais aspectos favorecem a degeneração psicobiológica característica do processo de envelhecimento e que promove a inatividade e déficit nas habilidades cognitivas, e assim as queixas de memória relacionadas com as atividades de vida diária ficam mais evidentes no cotidiano dos idosos^{4,5}.

As queixas de memória mais comuns entre a população idosa estão ligadas a dificuldade de armazenar informações recentes, conseguir resgatá-las e manter-se atento nas atividades do cotidiano⁵. Normalmente, são indivíduos que não se lembram de nomes de pessoas conhecidas, compromissos importantes, objetos pessoais, esquecem onde guardou documentos e dinheiro, fogo acesso, administração de medicamentos entre outros acontecimentos que estão diretamente relacionados com o seu desempenho no dia a dia e que podem acarretar em dificuldades na manutenção de sua autonomia⁶.

Os prejuízos funcionais decorrentes das queixas de memórias podem acarretar nos idosos a perda da autoestima, sentimento de inutilidade, isolamento social, familiar e desencadear o aparecimento de outras doenças, a exemplo dos transtornos de ansiedade e depressão⁷. Pesquisas científicas sugerem que as falhas advindas da memória e o envelhecimento é um fenômeno inato do processo natural da senescência, apesar de ainda não haver estudos conclusivos sobre o comprometimento cognitivo se tratar de um fato inexorável

do envelhecimento ou se é oriundo de um fenômeno multifatorial que resulta de um decréscimo de estímulos sociais, psicológicos e biológicos^{8,9}.

Nesse contexto, a evolução do declínio cognitivo seja advinda de um processo fisiológico ou não, as queixas subjetivas sobre o desempenho mnemônico são reais no cotidiano dos idosos e devem ser investigadas e promover procedimentos e estratégias de intervenção capazes de minimizar os déficits do declínio cognitivo e promover ações de prevenção à saúde do idoso¹⁰.

Sendo assim, o objetivo desta revisão integrativa foi identificar quais as relações entre o treino de estimulação de memória em idosos sem comprometimento cognitivo e sua funcionalidade.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cujo método permite uma investigação criteriosa e sistematizada sobre determinada problemática no campo científico, com o objetivo de identificar eventuais lacunas do conhecimento científico¹¹.

Para a construção desta revisão de literatura foram estipuladas as seguintes etapas: estabelecimento da questão norteadora, seleção e obtenção dos artigos (critérios de inclusão e exclusão); avaliação dos estudos pré-selecionados; discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa¹². Na primeira etapa na pesquisa foi estruturada a seguinte questão norteadora: Quais as evidências científicas publicadas nos últimos sete anos que identificaram as relações sobre o efeito do treino de estimulação de memória na funcionalidade do idoso sem comprometimento cognitivo?

A etapa seguinte foi selecionar os artigos, através da busca por publicações da literatura científica, no período de Janeiro 2009 a maio de 2017, nos idiomas inglês, português e espanhol, na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na qual é possível realizar buscas simultâneas nas principais bases de dados científicos nacionais e internacionais: Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), IBECS (Índice bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde).

Os critérios de inclusão estabelecidos para seleção dos artigos foram: ser artigo original; responder a questão norteadora; ter disponibilidade eletrônica na forma de texto completo, publicado no período pré-determinado nos idiomas supracitados, ter como população de estudos idosos sem diagnóstico de comprometimento cognitivo. Foram

excluídos: pesquisas que consideraram idosos indivíduos com idade inferior a 60 anos, estudos repetidos em um ou mais bases de dados.

Para selecionar os artigos foram utilizadas três palavras chaves indexadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): saúde do idoso, memória e cognição. A partir da escolha dos termos mencionados, foram realizadas todas as possibilidades de cruzamentos entre os descritores selecionados, por meio de duas estratégias de busca (A e B). No método A as palavras foram cruzadas utilizando-se o ícone AND; e na estratégia B através do ícone OR.

A análise crítica dos artigos pré-selecionados foi realizada a partir da aplicação de dois instrumentos: Critical Appraisal Skill Programme (CASP) e Agency for Healthcare and Research and Quality (AHRQ). A utilização das avaliações supracitadas teve o objetivo de analisar a qualidade metodológica dos estudos incluídos nesta revisão integrativa^{11,12}.

A CASP é um instrumento que classifica os artigos de acordo com pontuações que variam de seis a dez (boa qualidade metodológica e viés reduzido e cinco pontos ou menos (qualidade metodológica satisfatória, mas com risco considerável. Nesta revisão foram considerados os artigos classificados entre 6 a 10 pontos¹².

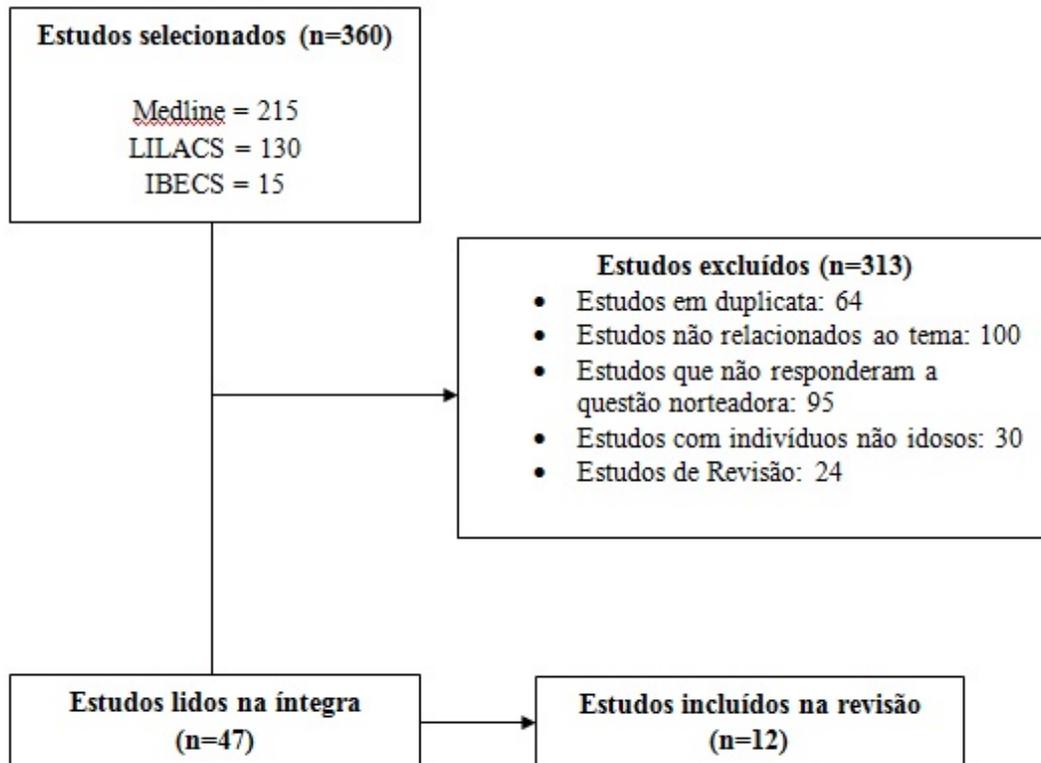
O AHRQ é uma avaliação que destaca dos estudos em seis níveis de evidência: (1) revisão sistemática ou metanálise; (2) ensaios clínicos randomizados; (3) ensaios clínicos sem randomização; (4) estudos de coorte e de caso-controle; (5) revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos e (6) único estudo descritivo ou qualitativo¹².

As avaliações supracitadas contemplam em sua análise: a identificação do artigo original, as características metodológicas do estudo e a avaliação dos resultados selecionados nesta revisão.

RESULTADOS

Realizados os possíveis cruzamentos entre os descritores pré-estabelecidos, foram encontrados 360 artigos, que passaram por uma prévia seleção por meio da leitura dos títulos e resumos, quando necessário. Ao término dessa fase foram selecionados 47 artigos e lidos na íntegra com objetivo de identificar os mesmos aos critérios de inclusão atribuídos a esta revisão (Figura 1).

Figura 1: Diagrama dos estudos incluídos e excluídos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para o estudo.



Após a etapa supracitada, foram excluídos 35 artigos, gerando-se uma amostra final de 12, apresentados no quadro 1. Na base de dados Medline foram encontrados seis artigos que se enquadram nos critérios de inclusão mencionados anteriormente, destes cinco foram publicados na língua inglesa no ano de 2015, Na Lilacs foram incluídos seis estudos, cinco na língua portuguesa entre os anos 2012 e 2010, e no IBECs não foram encontrados artigos referente ao tema da pesquisa.

No que diz respeito às origens das publicações, foram selecionados sete artigos internacionais, países América do sul, Europa e Ásia. No cenário nacional, foram selecionados cinco artigos publicados nas áreas: geriatria, saúde pública e psicologia. Quanto ao desenho metodológico dos artigos selecionados, verificou-se que 10 utilizaram como método estudos de intervenção e dois utilizaram o delineamento transversal.

De acordo com os artigos selecionados, 42% estudaram os efeitos da estimulação de memória em relação ao desempenho dos idosos nas atividades avançadas de vida diária e 70% dos estudos utilizaram o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) nas intervenções. Em relação a população estudada em 80% das pesquisas o percentual de participantes do sexo

feminino foi superior a masculina e 20% dos estudos estudaram especificamente a população de mulheres idosas.

Apenas 25% dos artigos selecionados não possuíam características de intervenção, mas sim de avaliação e acompanhamento, estes artigos foram incluídos neste estudo pelo fato de considerarem a realização das atividades produtivas e de vida diária como exercícios que estimulam a memória quando comparados a idosos que não realizam ou deixaram de realizar tais tarefas.

Identificou-se também que 50% dos estudos apontaram que a estimulação de cognitiva em idosos sem comprometimento nas habilidades mnemônicas tem efeito positivo em componentes psicológicos, relações sociais e na qualidade de vida e destacam a necessidade de intervenções com atividades voltadas a tarefas que são significativas para a manutenção da autonomia dos idosos.

Todos os artigos selecionados afirmaram que a memória sofre alterações significativas no decorrer do processo de envelhecimento, independente do diagnóstico de comprometimento cognitivo. A memória episódica, operacional, atenção e concentração são componentes que geralmente estão associados aos déficits na codificação e na recuperação de informação nos idosos e enfatizam que o treino cognitivo pode melhorar o desempenho da memória e ajudar na manutenção da funcionalidade do idoso na execução de atividades cotidianas.

Quanto às recomendações mais de 60% dos estudos revelaram que o treino de estimulação de memória pode ser um fator de proteção na manutenção do declínio cognitivo e da capacidade funcional dos idosos, principalmente no que se refere às atividades avançadas de vida diária, e sugerem que os exercícios para a estimulação de memória têm melhor efeito quando associados com tarefas realizadas no dia a dia.

Os artigos internacionais enfatizaram a necessidade de mais estudos na temática em questão, visto que tais pesquisas podem contribuir para o planejamento e execução de intervenções direcionadas para prevenção de doenças relacionadas com o comprometimento cognitivo e principalmente comprometidas com a promoção da saúde e qualidade de vida dos idosos.

Quadro 1: Apresentação da síntese dos trabalhos incluídos na revisão integrativa.

N	Artigo	Periódico	Ano de publicação	Idioma	Principal objetivo
01	<u>Lifetime Occupation and Late-Life Cognitive Performance Among Women.</u>	<u>Health Care Women Int;</u>	2015	Inglês	Comparar o desempenho cognitivo de idosas que trabalhavam como donas de casa e àquelas que trabalhavam regularmente remuneradas.
02	<u>Efficacy of memory training in healthy community-dwelling older people: study protocol for a randomized controlled trial.</u>	<u>BMC Geriatr;</u>	2015	Inglês	Avaliar a eficácia de oficinas de memória nas habilidades de autopercepção, função executiva e qualidade de vida em idosos saudáveis.
03	Cognitive performance and engagement in physical, social and intellectual activities in older adults: The FIBRA study	<u>Dement. neuropsychol</u>	2015	Inglês	Investigar a relação entre o engajamento de idosos sem diagnóstico de comprometimentos cognitivos nas atividades avançadas de vida diária e domínios da cognição em idosos residentes em sete localidades brasileiras.
04	<u>Advanced activities of daily living and incidence of cognitive decline in the elderly: the SABE Study.</u>	<u>Cad Saude Publica</u>	2015	Português	Avaliar o impacto das atividades avançadas de vida diária na incidência de declínio cognitivo em idosos sem déficit cognitivo.
05	<u>Interventions for older persons</u>	<u>Int J Geriatr Psychiatry</u> ;	2015	Inglês	Comparar três intervenções diferentes para pessoas que relatam dificuldades de

	<u>reporting memory difficulties: a randomized controlled pilot study.</u>				memória: promoção da saúde, formação cognitiva e um curso centrado na participação
06	<u>Memory banking: a life story intervention for aging preparation and mental health promotion.</u>	<u>J Aging Health;</u>	2015	Inglês	O objetivo deste estudo é analisar a viabilidade de Bancos de memória e determinar o impacto da intervenção na saúde mental, apoio social e qualidade de vida em mulheres idosas
07	<u>Treino cognitivo em adultos maduros e idosos: impacto de estratégias segundo faixas de escolaridade</u>	<u>Psico USF (Impr.);</u>	2012	Português	Testar a eficácia de treino cognitivo de seis sessões, baseado na apresentação e prática de estratégias de memória (categorização) e na realização de atividades que recrutam as funções executivas, oferecido a idosos saudáveis.
08	<u>Desempenho cognitivo em diferentes níveis de escolaridade de adultos e idosos ativos</u>	<u>Rev. bras. geriatr. gerontol. (Impr.);</u>	2012	Português	Comparar o desempenho cognitivo em diferentes níveis de escolaridade de indivíduos adultos e idosos praticantes de atividade física.
09	<u>Efeitos de um treino de atenção, memória e funções executivas na cognição de idosos saudáveis</u>	<u>Psicol. (Univ. Fed. Rio Gd. Sul, Impr.);</u>	2012	Português	Verificar os efeitos de um treino de atenção, memória e funções executivas na cognição de idosos saudáveis.

10	<u>Treino cognitivo para idosos baseado em estratégias de categorização e cálculos semelhantes a tarefas do cotidiano</u>	<u>Rev. bras. geriatr. gerontol. (Impr.):</u>	2011	Português	Testar a eficácia de um programa de treino cognitivo baseado em tarefas ecológicas, que mimetizam tarefas de compra, envolvendo a memorização de itens de supermercado e cálculos matemáticos simples.
11	<u>Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos</u>	<u>Psicol. (Univ. Fed. Rio Gd. Sul, Impr.): Cad Saude Publica;</u>	2011	Português	Verificar os efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos.
12	<u>Treino de memória episódica com ênfase em categorização para idosos sem demência e depressão</u>	<u>Psicol. (Univ. Fed. Rio Gd. Sul, Impr.): Cad Saude Publica;</u>	2010	Português	Verificar os efeitos do treino de memória episódica com idosos saudáveis brasileiros

DISCUSSÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento e constitui um desafio para diversos setores da sociedade, destacando-se o da saúde¹³. Tais mudanças do perfil populacional mundial também sugerem alterações no cenário epidemiológico desses indivíduos, principalmente no que se refere a doenças crônico-degenerativas, a exemplo das doenças desencadeadas por declínio cognitivo e alterações de humor¹⁴.

A equivalência de artigos internacionais e nacionais incluídos nessa pesquisa sinaliza o quanto essa realidade é relevante e que necessita ser estudada com cautela, visto que, a percepção do funcionamento cognitivo é considerado um indicador importante na condição de

saúde dos idosos, pois podem potencializar morbidades neuropsicológicas, como depressão e ansiedade, e assim interferir na qualidade de vida desses indivíduos.

Estudos sugerem que o treino mnemônico pode estimular alterações no funcionamento cognitivo e promover melhoras da funcionalidade e independência do idoso^{14,15,16}. Tal assertiva pode ser observada de acordo com o quantitativo encontrado de artigos selecionados para este estudo que utilizaram a intervenção do tipo caso-controle na metodologia, e que possibilita testar hipóteses de causalidade entre efeito da estimulação cognitiva e a funcionalidade do idoso. Fato que justifica a maioria dos artigos apresentarem nível de evidência superior a seis, de acordo com a análise metodológica.

No entanto, estudos de treino cognitivo no Brasil ainda são escassos, não havendo dados suficientes para confirmar se os achados nas publicações internacionais podem ser comparados à nossa população, considerando que as características sociodemográficas e epidemiológicas são diferentes⁵. Neste estudo foi possível identificar que o número de publicações internacionais recentes é superior às pesquisas realizadas no âmbito nacional.

Outra questão importante que foi ressaltada nos artigos 01,02, 04, 06, 07, 09 e 10 é a relação entre o declínio cognitivo e as perdas funcionais, principalmente na execução das atividades avançadas de vida diária (AAVD) que são tarefas baseadas em condutas intencionais, envolvidas com o funcionamento físico, mental e social e que permitem ao indivíduo desenvolver múltiplos papéis sociais e a manutenção de boa saúde mental e qualidade de vida, seguidas pelas perdas nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e atividades básicas de vida diária (ABVD)¹⁷.

Os estudos supracitados sugerem que alterações no desempenho das AAVD podem representar primeiros sinais de comprometimentos cognitivos leves e que podem gerar dificuldades no desempenho de habilidades para manter o trabalho, viajar e planejar viagens, participação em grupos ou movimentos comunitários, dirigir, planejar eventos ou jogar.

As AAVD estão ligadas com atividades volitivas e são influenciadas por contextos sociais, culturais e fatores motivacionais e essas questões irão refletir em uma vida comunitária independente^{17,18}. O artigo 01 selecionado para esta revisão faz uma reflexão sobre essa assertiva, que a manutenção de atividades profissionais e não profissionais no envelhecimento podem está associada ao melhor funcionamento cognitivo.

Os artigos selecionados indicaram a predominância do sexo feminino em suas amostras. Não existe na literatura científica um consenso sobre tal questão, mas sabe-se que as mulheres idosas, geralmente, têm uma expectativa maior que a dos homens e culturalmente

estão mais envolvidas nas atividades de controle e manutenção domiciliar e por isso tem uma melhor percepção da relação entre as falhas de memória e a capacidade funcional¹⁸.

No entanto, os artigos internacionais reforçam a importância do ambiente como fonte de experiência cerebral que podem estimular na formação e manutenção de reservas cognitivas¹⁹. Desse modo, fatores ligados à escolaridade, atividades laborais, lazer vivenciadas ao longo da vida, poderiam favorecer o crescimento neuronal e neuroplasticidade e assim postergar o aparecimento de déficits cognitivos.

Pesquisas sinalizam que os padrões de atividade e as redes neurais são construídos no início da vida e podem ter um papel determinante para manter a saúde cognitiva durante o processo de envelhecimento^{19,20,21}. Os estudos de treino de memória selecionados nesta revisão acreditam que os idosos têm capacidade de aprender e empregar estratégias mnemônicas e que os efeitos advindos dessas estimulações podem ser usados nas atividades cotidianas e que as repercussões positivas podem ser mantidas em até seis meses.

Desse modo, a literatura científica a respeito do treino de memória confirma a noção da plasticidade da memória no envelhecimento, mas sugere limitação na generalização e manutenção dos efeitos desses programas, e enfatizam a importância no planejamento de atividades que sejam significativas nas tarefas cotidianas dos idosos^{22,23}.

Neste estudo de revisão observou-se que os programas de treino de estimulação cognitiva diferem em diversos aspectos, a exemplo da duração, estratégias e metodologias, e por isso são encontradas diversas repercussões relacionadas aos seus efeitos e quanto à manutenção em longo prazo. No entanto, existe um consenso entre os estudos selecionados que os treinos têm o objetivo de maximizar as funções cognitivas e prevenir futuros declínios cognitivos.

Nos estudos internacionais é possível perceber um quantitativo significativo de pesquisas sobre treino cognitivo em idosos sem diagnóstico de demência e/ou depressão^{24,25,26}. Todos os artigos internacionais selecionados apontaram a importância de se investir em mais estudos de intervenção com objetivo de realizar mais programas voltados à prevenção ao aparecimento de declínio cognitivo e principalmente, de promoção da saúde do idoso.

No Brasil, os artigos científicos sobre memória com foco em idosos sem comprometimento cognitivo ainda são considerados temas pouco estudados, principalmente tratando-se em estudos longitudinais e de intervenção^{27,28}. O presente estudo observou que os trabalhos nacionais devem ter um maior investimento em testar a eficácia de programas de

reabilitação cognitiva para a população em questão e comprometidos com os desafios cognitivos diários dos idosos.

No envelhecimento saudável existe a possibilidade de compensação dos déficits cognitivos^{29,30}. As pesquisas selecionadas para esta revisão indicam que o idoso saudável é capaz de aproximar seu desempenho atual com sua capacidade máxima, por meio da plasticidade cognitiva.

CONCLUSÃO

O bom funcionamento cognitivo é primordial para manutenção da independência e autonomia durante o processo de envelhecimento. Mas para que essa questão seja garantida é necessário aliar a prática clínica às pesquisas científicas e assim, promover a população idosa uma assistência adequada e de qualidade.

A partir desta revisão integrativa foi possível identificar lacunas no conhecimento da temática estudada, a exemplo da necessidade de mais investimentos em estudos longitudinais e comprometidos em incentivar a realização de programas de estimulação cognitiva em idosos saudáveis, capazes de contribuir para um melhor monitoramento da funcionalidade e qualidade de vida dos idosos.

Desse modo, as intervenções na saúde cognitiva podem favorecer a autonomia e independência dos idosos e pesquisas relacionadas ao treino cognitivo são amplamente justificadas. Neste estudo foi possível identificar as relações sobre o efeito do treino de estimulação cognitiva em idosos não comprometidos e sua funcionalidade, destacando-se a melhora no desempenho nas AAVD, AIVD e ABVD.

Em síntese, deve-se ressaltar a importância do tema referente às informações para o campo da Neurociência, Geriatria e Gerontologia, visto que o bom funcionamento cognitivo está diretamente interligado com a capacidade funcional do idoso. Futuras pesquisas podem superar as limitações e lacunas apresentadas neste estudo com inclusão de estudos com monitoramento e avaliações mais rigorosas e empenhadas em facilitar e aprimorar o desempenho nas atividades cotidianas.

REFERÊNCIAS

1. López Perez-Dias AGL, Calero MD, Navarro-González E. Prediction of cognitive impairment in the elderly by analyzing their performance in verbal fluency and in sustained attention. *Rev Neurol* 2013;56:1-7
2. Willis SL, et al. For the ACTIVE Study Group, Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. *JAMA* 2006;296(23):2805-2814.
3. Jonaitis E, La Rue A, Mueller KD, Kosciak RL, Hermann B, Sager MA. Cognitive activities and cognitive performance in middle-aged adults at risk for Alzheimer's disease. *Psychol Aging* 2013; 28: 1004-1014
4. Carvalho, F. C. R., Neri, A. L., & Yassuda, M. S. Treino de memória episódica com ênfase em categorização para idosos sem demência e depressão. *Psicologia Reflexão e Crítica* 2010;23(2): 317-323.
5. Yassuda, M. S., Tavares, S. S., Fortes, A. G., & Neri, A. L. Treino de memória em idosos saudáveis: Mecanismos e benefícios. *Psicologia. Reflexão e Crítica* 2006;19, 470-481.
6. Aarsten, M. J., Smits, C. H., Van Tiburg, T., Knipscheer, K. C. P., & Deeg, J. H. Activity in older adults: cause or consequence of cognitive functioning? A longitudinal study on everyday activities and cognitive performance in older adults. *The Journals of Gerontology* 2003;57 B(2), 153-162
7. Lasca VB. Treinamento de memória no envelhecimento normal: um programa aplicado a idosos.[Tese] Universidade Estadual de Campinas; São Paulo, 2003
8. Salmazo-Silva H, Yassuda M. S. Memory training for older adults with low education: mental images versus categorization. *Educational Gerontology* 2009; 35: 890-905.
9. Castro-Costa E, Dewey ME, Uchôa E, Firmo JO, Lima-Costa MF, Stewart R. Trajectories of cognitive decline over 10 years in Brazilian elderly population: the Bambuí Cohort Study of Aging. *Cad Saúde Pública* 2011; 27 Suppl 3:S345-350
10. Argimon IIL, Stein LM. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:64-72.
11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*2008; 17(Supl. 4):758-764.
12. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*2010;8(Supl.1):102-106.
13. Vancarenghi RV, Santos SSC, Barlen ELD, Pelzer MT, Gomes GC, Lange C. Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. *Acta paul enferm*2011; 24(Supl. 6):828-833

14. D'Orsi E, Xavier AJ, Ramos LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidoso. *Rev Saúde Pública* 2011; 45: 685-692
15. Diniz BS, Nunes PV, Yassuda MS, Pereira FS, Flaks MK, Viola LF, et al. Mild cognitive impairment: cognitive screening or neuropsychological assessment? *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30:316-321.
16. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19: 793-797.
17. Gleib DA, Landau DA, Goldman N, Chuang Y, Rodríguez G, Weinstein M. Participating in social activities helps preserve cognitive function: an analysis of a longitudinal, population-based study of the elderly. *Int J Epidemiol* 2005; 34:864-71.
18. Barnes DE, Cauley JE, Lui L-Y, Fink HA, McCulloch C, Stone KL, et al. Women who maintain optimal cognitive function into old age. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55:259-64
19. Adam S, Bonsang E, Grotz C, Perelman S. Occupational activity and cognitive reserve: implications in terms of prevention of cognitive aging and Alzheimer's disease. *Clin Interv Aging* 2013; 8:377-90.
20. Akbaraly TN, Portet F, Fustini S, Dartigues JF, Artero S, Rouaud O, et al. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly: results from the Three-City Study. *Neurology* 2009; 73:854-61.
21. Archat, H., Caramelli, P., Sameshima, K., & Nitrini, R. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2005; 27(12), 79-82
22. Barulli D, Stern Y. Efficiency, capacity, compensation, maintenance, plasticity: emerging concepts in cognitive reserve. *Trends Cogn Sci* 2013; 17: 502-509
23. De Vriendt P, Gorus E, Cornelis E, Velghe A, Petrovic M, Mets T. The process of decline in advanced activities of daily living: a qualitative explorative study in mild cognitive impairment. *Int Psychogeriatr* 2012; 24:974-986
24. De Vriendt P, Gorus E, Cornelis E, Velghe A, Petrovic M, Mets T. The advanced activities of daily living: a tool allowing the evaluation of subtle functional decline in mild cognitive impairment. *J Nutr Health Aging* 2013; 17:64-71.
25. Guerreiro, T.C., Veras, R. & Motta, L.B. Queixa de memória e disfunção objetiva de memória em idosos que ingressam na Oficina da Memória na UnATI/UERJ. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2006; 9(1), 7-20
26. Argimon, I. I. L., Stein, L. M., Xavier, F. M. F., & Trentini, C. M. (2004). O impacto de atividades de lazer no desenvolvimento cognitivo de idosos. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 1(1), 38-47
27. Souza, J. N., & Chaves, E. C. O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2006; 39(10), 13-19.

28. Garcia, E. L., Banegas, J. R., & Pérez-Regadera, A. G. (2005). Social network and health-related quality of life in older adults: A population-based study in Spain. *Quality of Life Research*, 14(2), 511-520
29. Carvalho, F.C.R., Neri, A.L. & Yassuda, M.S. Treino de memória episódica com ênfase em categorização para idosos sem demência e depressão. *Psicol. Reflex. Crít* 2010; 23(2), 317-332
30. Almeida, M.H.M.de, Berger, M.L.M. & Watanabe, H.A.W. Oficina de memória para idosos: estratégia para promoção da saúde. *Interface (Botucatu)* 2007; 11(22), 271-280

APÊNDICE E - ARTIGO ORIGINAL

EFEITO DO TREINO DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA NO DESEMPENHO OCUPACIONAL EM IDOSAS: ENSAIO CLÍNICO

RESUMO:

Objetivo: Analisar o efeito do treino de estimulação cognitiva no desempenho cognitivo, ocupacional e de humor em idosas sem diagnóstico de declínio cognitivo e sintomatologia depressiva.

Método: Ensaio clínico controlado; 92 idosas foram separadas em dois grupos. Grupo Intervenção participou de 12 sessões de estimulação cognitiva (“Oficinas de Memória”). O controle foi acompanhado individualmente em consulta ambulatorial. Os grupos foram avaliados por meio do Mini Exame de Estado Mental (MEEM), Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) e Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) em 30, 60 e 90 dias.

Resultados: No Grupo intervenção as médias aumentaram em todos os momentos das reavaliações, nos testes de comparações múltiplas indicaram que o Grupo Intervenção apresentou diferenças significativas entre o MEEM, GDS e a COPM ($p < 0,05$).

Conclusão: As atividades de estimulação cognitiva desenvolvida por meio das “oficinas de memória” indicaram efeitos positivos no desempenho cognitivo, ocupacional e de humor em idosas.

INTRODUÇÃO

As doenças neurodegenerativas ligadas ao sistema nervoso central, a exemplo das demências são consideradas uma das principais vilãs no processo de envelhecimento, pois no imaginário da população idosa, um possível diagnóstico de declínio cognitivo pode está diretamente relacionado com a condição de dependência e de perdas funcionais (Brenske, Rudrud, Schulz & Rapp, et al., 2008).

É comum durante o processo de envelhecimento considerado “normal”, ausente de quadros clínicos demenciais e psiquiátricos, o relato de “falhas de memória” e queixas relacionadas ao desempenho mnemônico entre os idosos, sobretudo na população feminina, visto que apresentam uma expectativa de vida superior a dos homens e consequentemente,

estão mais expostas a desenvolver doenças neurológicas e transtornos psiquiátricos, a exemplo do Alzheimer e depressão, respectivamente (Nasreddine, Phillips, B'edirian, Charbonneau, Whitehead, Collin, Chertkow, et al., 2005).

O planejamento e adoção de medidas preventivas que visem desacelerar o declínio cognitivo entre os idosos é algo cada vez mais investigado em pesquisas científicas que buscam estudar o grau de plasticidade neuronal e sua relação com o desempenho ocupacional, além de ser tema de interesse da saúde pública. De um modo geral, os treinos cognitivos têm como principal objetivo maximizar funções e prevenir futuros déficits cognitivos. A literatura científica diverge quanto a: duração, metodologias e estratégias empregadas, mas converge em relação aos benefícios que podem proporcionar aos idosos, principalmente, quando relacionadas ao desempenho nas atividades cotidianas (Gitlin, Winter, Dennis, Hodgson & Hauck et al., 2010).

Os estudos sobre a eficácia de programas de intervenção cognitiva ganharam destaque no cenário internacional na década de 80, cujo foco consistia em investigar a possibilidade de reverter o declínio cognitivo decorrente do processo de envelhecimento⁸. Atualmente, as pesquisas estão direcionadas a compreensão da plasticidade neuronal durante a senescência e como o treino de estimulação cognitiva pode ter implicações positivas na funcionalidade do idoso (Dechamps, Fasotti, Jungheim, Leone, Dood, Allieux, Kessels, 2011).

Desse modo, a hipótese do estudo afirma que o treino de estimulação cognitiva em mulheres idosas sem diagnóstico de demência e sintomas depressivos tem efeito positivo na cognição, humor e no desempenho ocupacional, cujo objetivo geral foi analisar o efeito do treino de estimulação cognitiva no desempenho cognitivo, ocupacional e de humo em idosas com envelhecimento normal.

MÉTODO

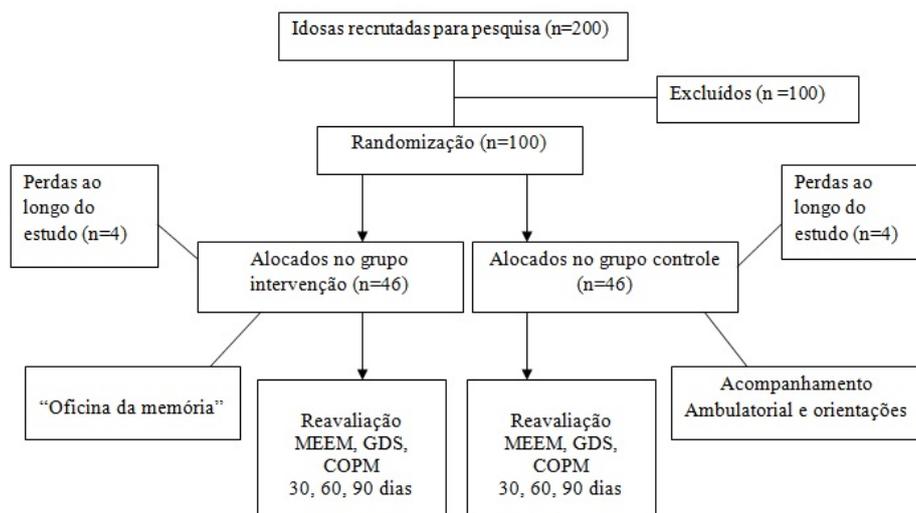
Desenho do estudo

É uma pesquisa quantitativa, do tipo ensaio clínico controlado, duplo cego, no qual foram comparados dois grupos (intervenção e controle) em diferentes momentos. As participantes do estudo faziam parte de um programa de educação permanente oferecido pela Universidade Federal de Pernambuco/Brasil e foram selecionadas aleatoriamente.

Participantes

Foram convidadas a participar do estudo 200 idosas do sexo feminino de um grupo de 500 que estavam matriculadas em programa de educação permanente para maiores de 60 anos. As idosas foram escolhidas de forma aleatória por meio de uma lista contendo informações gerais (nome, idade e telefone) fornecida pelo referido programa. Na primeira etapa da pesquisa foram excluídas 100 idosas por não atenderem os critérios de inclusão da pesquisa, que correspondiam a: ter idade mínima de 60 anos, ser do sexo feminino, não apresentar comprometimento cognitivo e/ou comunicação que impossibilitasse a coleta de dados. Desse modo, a amostra foi composta por 100 idosas, com idade entre 60 a 79 anos, alocadas de forma equivalente em dois grupos: controle e intervenção. No decorrer da pesquisa foram identificadas oito perdas, desse modo, amostra final correspondeu a 92 idosas, sendo 46 participantes por grupo. (Figura 1)

Figura 1: Fluxograma das etapas do estudo.



Instrumentos

Formulário semiestruturado

Formulário criado pela pesquisadora do estudo no qual foram investigadas informações referentes às condições sociodemográficas e de saúde.

Avaliação do Estado Mental: Miniexame do Estado Mental (MEEM)

O MEEM é um instrumento de rastreio de comprometimento cognitivo composto por questões agrupadas em sete categorias, cujo objetivo é avaliar questões cognitivas específicas, como: a orientação temporal e espacial, registro de três palavras, atenção e cálculo, evocação das três palavras registradas, linguagem e praxia visuo-construtiva¹¹.

A pontuação do MEEM varia de 0 a 30 pontos, sendo escores mais baixos sugerem possível déficit cognitivo. Foram adotados os seguintes escores de acordo com nível de escolaridade: analfabetos, 17 pontos; escolaridade de 1 a 4 anos, 22 pontos; de 5 a 8 anos, 24 pontos; acima de 8 anos, 26 pontos (Bertolucci, Paulo, Brucki, Sonia, Campacci, Sandra, & Juliano, 1994).

Sintomatologia depressiva: Escala de Depressão Geriátrica GDS-15

A Escala de Depressão Geriátrica é uma medida utilizada para identificação e para quantificação de sintomas depressivos em pessoas idosas. A versão curta é composta por 15, com respostas classificadas em sim ou não. O escore total da GDS, versão curta, é feito a partir do somatório das respostas assinaladas pelo entrevistador nos 15 itens. O menor escore possível é zero, e o maior é 15. Neste estudo, o instrumento foi utilizado para excluir as idosas com sintomas depressivos (escore obtido superior a 5 pontos) (Almeida & Almeida, 1999).

Medida Canadense de Desempenho Ocupacional – COPM

Trata-se de uma avaliação individualizada, onde as informações são coletadas por meio de entrevista semiestruturada, que mensura a autopercepção do indivíduo sobre dificuldades em realizar tarefas cotidianas, relacionadas ao desempenho de tarefas envolvidas nas atividades de vida diária, produtivas e de lazer. A entrevista consiste em três etapas:

4. Etapa 1: Identificação dos problemas de desempenho ocupacional, as idosas apontaram as dificuldades observadas no seu cotidiano relacionadas às falhas de memória e listaram as atividades-problemas que julgaram ser mais significativas no seu dia a dia.
5. Etapa 2: Classificação da importância, as participantes do estudo pontuaram em uma escala de 1 a 10, o grau de importância das atividades identificadas na etapa anterior, considerando 1 como item sem nenhuma importância e 10 com importância extrema.
6. Etapa 3: Cada sujeito elegeu em até cinco atividades-problemas e avaliou o seu desempenho e satisfação em tais atividades, a partir de duas escalas, que variavam 1 a 10 de forma crescente.

As pontuações obtidas na terceira etapa da avaliação foram somadas separadamente, ou seja, de desempenho e satisfação. As somas das notas indicadas pelas participantes são

divididas pela quantidade de atividades-problemas identificadas na terceira etapa, gerando o escore de desempenho e satisfação (Law, Carswell, McColl, Polatajko, & Pollock, 1998). É importante ressaltar que para este estudo foi analisado o escore de desempenho.

Procedimentos

Procedimento para coleta de dados

Inicialmente as idosas foram pré-selecionadas por meio do número de matrícula e foram enumeradas de forma ordinal para posterior sorteio aleatório e composição dos grupos controle e intervenção. O convite para participação na pesquisa foi realizado por contato telefônico, explicado o objetivo da pesquisa e caso a idosa manifestasse interesse, realizado agendamento para a etapa inicial.

O procedimento para coleta de dados envolveu quatro momentos (t_0 , t_1 , t_2 e t_3). No primeiro momento (t_0 - basal), as idosas responderam a um formulário semiestruturado e foram realizadas avaliações de rastreio para comprometimento cognitivo (MEEM) e sintomatologia depressiva (GDS-15) e assim, obedecer aos critérios de inclusão estabelecidos para este estudo. As idosas que não receberam os pontos de cortes correspondentes às avaliações mencionadas acima, responderam a avaliação da COPM e alocadas de forma aleatória em grupo controle e grupo intervenção, ambos com 50 participantes.

Os momentos subsequentes nomeadas de t_1 , t_2 , t_3 , corresponderam ao período de acompanhamento dos grupos controle e intervenção, que aconteceram em 30, 60 e 90 dias respectivamente, a partir do início da primeira avaliação (t_0 - basal). Ressalta-se que nos momentos t_1 , t_2 , t_3 , as idosas foram reavaliadas e reaplicado as avaliações de rastreio cognitivo (MEEM), depressão (GDS-15) e de desempenho ocupacional (COPM) em ambos os grupos (controle e intervenção).

As idosas que pertenciam ao grupo de intervenção participaram das “oficinas de memória” e eram reavaliadas nos momentos mencionados anteriormente. Para um melhor manejo das oficinas, as participantes do GI foram divididas em quatro turmas, compostos em média por 12 participantes, com objetivo de facilitar a execução das atividades. Para este grupo foram planejadas 12 sessões de treinos de estimulação cognitiva, que aconteceram uma vez por semana com duração de 60 minutos cada encontro.

As atividades desenvolvidas nas oficinas foram planejadas e coordenadas pela pesquisadora e os exercícios foram elaborados de acordo com os dados obtidos durante a primeira aplicação da COPM, no qual foram identificadas quais as atividades, de acordo com

a percepção das idosas, sentiam mais dificuldades em realizar considerando as “falhas de memória”.

As idosas do grupo controle (GC) foram assistidas em consulta individual, acompanhadas e reavaliadas no período de 30, 60 e 90 dias e por ocasião foram orientadas para realização dos exercícios de estimulação cognitiva no ambiente domiciliar. Como devolutiva ao GC que não foram incluídas nas “oficinas de memória”, foi realizado um ciclo de palestras voltadas a temas envolvidos com Educação e Saúde e o processo de envelhecimento.

Análise dos dados

Para a comparação entre os grupos em relação às variáveis numéricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson, as variáveis categóricas foram utilizadas o teste de Mann-Whitney na comparação entre os grupos e o teste de Friedman na comparação entre as avaliações. Já em relação ao teste Exato de Fisher nas situações em que a condição para utilização do teste Qui-quadrado foi verificada. A escolha dos testes não paramétricos Mann-Whitney e Friedman se deu devido à rejeição da normalidade dos dados em pelo menos um dos grupos (Vieira & Garret, 2005). A margem de erro utilizada nos testes estatísticos foi de 5,0%. Os dados foram digitados numa planilha EXCEL e o programa utilizado para análise dos cálculos estatísticos foi o IMB- SPSS versão 23(Moi & Sarstedt, 2011).

O referido estudo estava fundamentado na resolução brasileira 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que versa sobre os aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos, executado após a concessão da Carta de Anuência e aprovação e pelo Comitê de Ética em Pesquisa e todas as participantes da pesquisa assinam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

RESULTADOS

Características dos participantes

As participantes do GI e GC eram semelhantes quanto às variáveis sociodemográficas, exceto quanto à renda pessoal e a prática de atividade física. Cerca de 60% das idosas estavam na faixa etária entre 60 a 69 anos, mais de 70% de ambos os grupos afirmaram ter pelo menos nove anos de escolaridade, aproximadamente 65% das entrevistadas relataram não ter companheiros (Tabela 1).

Em relação às condições de saúde foi identificada divergências quanto à percepção se as “falhas de memória” interferiam nas atividades cotidianas, no qual foi verificado que 60%

das idosas do GI afirmaram positivamente e 63% do GC relataram que forma negativa ao referido questionamento. O perfil das participantes do estudo foi semelhante em relação à saúde autopercebida, atribuída como “boa” por mais de 50% das entrevistadas, quanto à percepção do desempenho da “memória” houve uma equivalência entre “boa” e “regular” em ambos os grupos. (Tabela 1)

Tabela 1: Características sociodemográficas e condição de saúde estratificada nos GI e GC.

VARIÁVEL	Amostra N	Grupo		Controle		Valor de p
		Intervenção N	%	N	%	
TOTAL	92	46	100,0	46	100,0	
Faixa etária (anos)						$p^{(1)} = 0,388$
60 a 69	58	31	67,4	27	58,7	
70 ou mais	34	15	32,6	19	41,3	
Escolaridade (anos de estudo)						$p^{(1)} = 0,810$
Até 8	23	12	26,1	11	23,9	
9 ou mais	69	34	73,9	35	76,1	
Tem companheiro						$p^{(1)} = 0,662$
Sim	32	15	32,6	17	37,0	
Não	60	31	67,4	29	63,0	
Religião						$p^{(1)} = 0,835$
Católica	61	30	65,2	31	67,4	
Evangélica	17	8	17,4	9	19,6	
Espírita	14	8	17,4	6	13,0	
Mora sozinha						$p^{(1)} = 0,070$
Sim	28	10	21,7	18	39,1	
Não	64	36	78,3	28	60,9	
Situação previdenciária						$p^{(1)} = 0,778$
Aposentada/ Pensionista	77	39	84,8	38	82,6	
Em atividade [#]	15	7	15,2	8	17,4	
Renda pessoal^{##}						$p^{(1)} = 0,009^*$
Até R\$ 880,00	32	10	21,7	22	47,8	
Entre R\$ 880,00 a R\$ 3520,00	60	36	78,3	24	52,2	
Realiza atividade física						$p^{(1)} = 0,034^*$
Sim	54	22	47,8	32	69,6	
Não	38	24	52,2	14	30,4	
Situação da saúde						$p^{(2)} = 0,610$
Excelente	3	2	4,3	1	2,2	
Boa	53	24	52,2	29	63,0	
Regular	33	19	41,3	14	30,4	
Ruim	3	1	2,2	2	4,3	
Sente a memória falhar?						$p^{(3)} = 0,180$
Sim	82	43	93,5	39	84,8	
Não	10	3	6,5	7	15,2	
A falha de memória interfere no dia-a-dia?						$p^{(3)} = 0,022^*$
Sim	47	18	39,1	29	63,0	
Não	45	28	60,9	17	37,0	

Os familiares percebem a falta de memória?						$p^{(3)} = 0,140$
Sim	39	23	50,0	16	34,8	
Não	53	23	50,0	30	65,2	
Os familiares se preocupam com a falta de memória?						$p^{(3)} = 0,650$
Sim	64	33	71,7	31	67,4	
Não	28	13	28,3	15	32,6	
Considera a memória:						$p^{(1)} = 0,480$
Excelente	3	2	4,3	1	2,2	
Boa	41	18	39,1	23	50,0	
Regular	43	22	47,8	21	45,7	
Ruim	5	4	8,7	1	2,2	

(#) Correspondem a idosos que estão vinculados à trabalhos formais;

(##) Salário mínimo vigente em 2016 – R\$ 880,00

(*) Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(1) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2) Através do teste Exato de Fisher.

(3) Através do teste Qui-quadrado de Pearson

Identificação das atividades

Quanto às atividades que as idosas referiram sentir dificuldades em decorrência das “falhas de memória” foi identificado de acordo com a avaliação inicial da COPM que as principais queixas estavam relacionadas às seguintes atividades: manejo financeiro (caixa eletrônico, uso de cartão de crédito, compras), sair sozinha, fazer compras e uso de transporte público, com 32,6%, 21,7%, 16,3% respectivamente.

Nas tarefas relacionadas às atividades produtivas, as dificuldades estavam ligadas às tarefas domésticas, tais como: arrumar a casa (21,7%) e cozinhar (27,1%). No que corresponde a atividades ligadas ao lazer foram mencionadas: desempenho na leitura (30,4%), uso do computador (27,1), realizar passeios e viagens (21,7%) e lembrar nomes, números telefônicos e datas comemorativas (32,6%). (Tabela 2)

Tabela 2. Atividades-problema identificadas pelas participantes por meio da avaliação inicial da COPM, considerando as dificuldades cognitivas no GI e GC.

ATIVIDADES-PROBLEMA	N	%
Autocuidado		
<i>Cuidados pessoais</i>		
Vestir-se	04	4,3
Fazer as unhas	02	2,1
Maquiar-se	02	2,1
<i>Independência fora de casa</i>		
Sair sozinha	20	21,7
Manejo caixa eletrônico/cartão de crédito/compras	30	32,6
Usar transporte público	15	16,3
Dirigir	05	5,4
Produtividade		
<i>Trabalho (remunerado/não remunerado)</i>		
Voltar a trabalhar	10	10,8
<i>Tarefas domésticas</i>		
Arrumar a casa	20	21,7
Cozinhar	25	27,1
<i>Escola</i>		
Voltar a estudar	15	16,3
Lazer		
<i>Recreação tranquila</i>		
Ler	28	30,4
Fazer atividades artesanais	16	17,3
Usar o computador	25	27,1
<i>Recreação ativa</i>		
Passeios/viagens	20	21,7
<i>Socialização</i>		
Lembrar nomes de pessoas, número telefônico, datas comemorativas.	30	32,6
Manter e fazer amizades	15	16,3

Análise das Avaliações

Na Tabela 3 verifica-se a comparação do desempenho cognitivo, ocupacional e no rastreamento para sintomatologia depressiva investigada por meio das avaliações do MEEM, COPM, e GDS nos diferentes momentos da pesquisa (30,60 e 90 dias). De acordo com as análises foi possível perceber que em relação ao MEEM as médias variaram de 26,96 (30 dias no grupo Controle) a 28,59 (Intervenção com 90 dias). E foram correspondentemente mais elevadas no GI do que no controle, entretanto foram verificadas diferenças significativas entre os grupos nas avaliações com 60 e 90 dias.

Observa-se por meio da diferença significativa entre os grupos, no GI as médias aumentaram em todos os períodos determinados para as reavaliações. Além disso, os testes de

comparações múltiplas indicaram que o GI apresentou diferenças significativas entre MEEM, GDS e a COPM. No entanto, no grupo Controle as médias oscilaram nos momentos das reavaliações, em proporções inferiores ao GI e sem diferença significativa ($p > 0,05$).

No que se refere às comparações relacionadas ao GDS, observa-se que com exceção da avaliação aos 90 dias que apresentou média 0,02 mais elevada no grupo controle em relação ao GI (1,65 x 1,63), nos momentos correspondentes as reavaliações aos 30 e 60 dias, as médias se mostraram superiores no GI, apesar de não ter sido identificada diferença significativa entre os grupos ($p > 0,05$).

Ainda em relação aos resultados do GDS, no GI as médias reduziram com a variação de 2,24 para 1,63, sendo comprovadas diferenças significativas entre a avaliação basal (t_0) (2,24) e as demais avaliações (médias variaram de 1,63 a 1,70). Já no GC as médias reduziram da avaliação basal (t_0) até 60 dias (de 1,87 para 1,52) e apresentou um aumento de 60 para 90 dias (1,65), entretanto sem diferenças significativas entre as avaliações no referido grupo.

As médias da COPM se apresentaram mais elevadas no GI do que no GC em todos os momentos (t_1, t_2, t_3) diferenças estas que se mostraram significativas ($p < 0,001$). No grupo de Intervenção as médias aumentaram com a variação de 5,33 para 7,27, sendo observada diferença significativa entre as avaliações exceto em 60 e 90 dias. No GC as médias oscilaram com valores de 4,76 a 4,83, porém sem diferença significativa entre as avaliações neste grupo.

A variabilidade expressa pelo desvio padrão se mostrou reduzida nas escalas MEEM e COPM, visto que as referidas medidas foram inferiores a metade das médias correspondentes. Na escala a variabilidade foi razoavelmente elevada considerando que os valores dos desvios foram superiores a metade das médias correspondentes.

Tabela 3: Comparação do desempenho ocupacional, cognitivo e de sintomatologia depressiva no GI e GC.

Variável	Avaliação	Grupo		Valor de p
		Intervenção Média ± DP Mediana (P25; P75)	Controle Média ± DP Mediana (P25; P75)	
MEEM	t_0 – Basal	27,48 ± 2,07 ^(A) 28,00 (26,75; 29,00)	27,17 ± 2,19 28,00 (26,00; 29,00)	$p^{(1)} = 0,566$
	t_1 - 30 dias	27,78 ± 1,72 ^(B) 28,00 (27,00; 29,00)	26,96 ± 2,13 28,00 (26,00; 28,25)	$p^{(1)} = 0,078$
	t_2 - 60 dias	28,09 ± 1,52 ^(C) 28,00 (27,00; 29,00)	27,09 ± 2,18 28,00 (26,00; 29,00)	$p^{(1)} = 0,028^*$
	t_3 - 90 dias	28,59 ± 1,71 ^(D) 29,00 (28,00; 30,00)	27,22 ± 2,39 28,00 (26,00; 29,00)	$p^{(1)} = 0,003^*$

	Valor de p	$p^{(2)} < 0,001^*$	$p^{(2)} = 0,089$	
GDS	t_0 – Basal	2,24 ± 1,61 ^(A) 2,00 (1,00; 3,25)	1,87 ± 1,47 1,50 (1,00; 3,00)	$p^{(1)} = 0,277$
	t_1 - 30 dias	1,70 ± 1,26 ^(B) 1,00 (1,00; 3,00)	1,59 ± 1,18 1,00 (1,00; 2,00)	$p^{(1)} = 0,749$
	t_2 - 60 dias	1,65 ± 1,16 ^(B) 1,50 (1,00; 2,25)	1,52 ± 1,17 1,00 (1,00; 2,00)	$p^{(1)} = 0,516$
	t_3 - 90 dias	1,63 ± 1,32 ^(B) 1,00 (1,00; 2,25)	1,65 ± 1,27 2,00 (1,00; 2,00)	$p^{(1)} = 0,732$
	Valor de p	$p^{(2)} = 0,001^*$	$p^{(2)} = 0,091$	
COPM	t_0 – Basal	5,33 ± 0,87 ^(A) 5,50 (5,00; 6,00)	4,82 ± 1,12 5,00 (4,00; 6,00)	$p^{(1)} = 0,013^*$
	t_1 - 30 dias	6,49 ± 1,48 ^(B) 6,25 (5,50; 7,25)	4,83 ± 1,12 5,00 (4,00; 6,00)	$p^{(1)} < 0,001^*$
	t_2 - 60 dias	7,03 ± 1,69 ^(C) 7,00 (6,00; 8,25)	4,76 ± 1,14 5,00 (4,00; 6,00)	$p^{(1)} < 0,001^*$
	t_3 - 90 dias	7,27 ± 1,74 ^(D) 7,00 (6,00; 9,00)	4,80 ± 1,15 5,00 (4,00; 6,00)	$p^{(1)} < 0,001^*$
	Valor de p	$p^{(2)} < 0,001^*$	$p^{(2)} = 0,699$	

(*) Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(1) Através do teste Mann-Whitney.

(2) Através do teste Friedman com comparações do referido teste

Obs. Se todas as letras entre parênteses são distintas, comprova-se diferença significativa entre os tempos de avaliação correspondentes.

DISCUSSÃO

O objetivo desse estudo foi analisar o desempenho cognitivo, ocupacional e de sintomatologia depressiva por meio de “oficinas de memória”. Nesse sentido, ressalta-se que existem diversas denominações que podem confundir o conceito de treino cognitivo, que é considerado uma modalidade de intervenção focada em atividades que podem ou não ser padronizadas, e geralmente, trabalham componentes relacionados com a memória, atenção, concentração, resolução de problemas, entre outros, podendo assumir um caráter unimodal (treino de uma habilidade específica) ou multimodal (várias habilidades cognitivas), que inclui como objetivo, um melhor desempenho nas atividades de vida diária, através de uma intervenção individual ou grupal (Brenske et al., 2008; Gitlin et al., 2010).

No Brasil, os treinos cognitivos relacionados aos objetivos da reabilitação cognitiva são popularmente conhecidos como “oficinas da memória” embora, tal denominação não significa que o único componente estimulado na intervenção seja a memória. Neste estudo a

oficinas desenvolvidas apresentaram características multimodais e focadas na melhora das atividades cotidianas (Irigaray, Quarti, Filho, Irenio, & Schneider, Herberto, 2012).

Diversos fatores influenciam o planejamento de pesquisas envolvidas em investigar os processos cognitivos ligados ao envelhecimento, a exemplo das características sociodemográficas e de condições de saúde. De acordo com os dados identificados nesta pesquisa, foi identificado que as idosas elevado grau de escolaridade eram ativas, a maioria considerava a saúde como “boa”, mas afirmaram sentir a memória falhar (Brenske et al., 2008; Gitlin et al., 2010).

O perfil apresentado diverge de estudos realizados em países em desenvolvimento com mesmo seguimento populacional, considerando que o tempo de escolaridade foi elevado (Irigaray, Quarti, Filho, Irenio, & Schneider, Herberto, 2012), no entanto, tal característica não se apresenta como um fator protetor para um bom desempenho cognitivo, sugerindo que o declínio mnemônico é um processo inerente ao envelhecimento.

As dificuldades nas atividades cotidianas decorrentes das “falhas de memória” identificadas por meio da COPM trazem à tona a percepção do idoso quanto ao seu desempenho nas tarefas do dia a dia, influenciando diretamente na capacidade funcional e na relação do idoso na comunidade que está inserido. Além disso, o desempenho ocupacional tem o objetivo de discutir sobre a importância da manutenção e do engajamento do indivíduo em atividades que são significativas no seu cotidiano (Smallfiel & Syrovotla-Keckenlaibe, 2017).

Considerando as principais dificuldades destacadas pelas idosas, observa-se que as atividades mais relatadas estavam envolvidas no engajamento do idoso nas atividades relacionadas com a comunidade (funcionamento na comunidade e de socialização) seguidas de tarefas relacionadas com o sentimento de produtividade (manejo nas atividades domésticas). Tais atividades sinalizadas pelas participantes do estudo são influenciadas por fatores sociais, culturais e motivacionais, denominadas por alguns autores de Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD), justamente, por se tratar de tarefas que estão correlacionadas com a saúde mental e qualidade de vida dos idosos.

Em relação as análises das reavaliações foi possível observar que no GI as variações das médias do MEEM, GDS e COPM foram significativas quando comparadas ao GC, fato que corrobora com a hipótese desse estudo, que o treino de estimulação cognitiva em mulheres idosas sem diagnóstico de demência, sintomas depressivo tem efeito positivo na cognição, no humor e no desempenho ocupacional.

Os resultados relacionados ao MEEM foram identificados que aos 60 dias após o início da intervenção a variação das médias foi significativa em relação ao grupo controle. Tal questão corrobora com os achados dos estudos de Silva et al (2011) e de Ball et al (2002) destacam que o número de sessões oferecidas podem estar associadas com eficácia do treino, os autores sugerem que a partir de oito sessões os idosos começam a apresentar uma melhora na velocidade no processamento das informações, raciocínio e memória.

Contudo, vale ressaltar que os estudos que envolvem intervenção cognitiva em idosos considerados com envelhecimento normal são escassos e com uma proposta tímida em avaliar o impacto dos programas de treino cognitivo nas atividades cotidianas (Smallfiel & Syrovotla-Keckenlaibe, 2017). Além disso, não foram encontradas na literatura, pesquisas focadas em reavaliar os participantes em diferentes momentos, apenas com uma proposta metodológica de avaliar o antes e depois das intervenções, impossibilitando um melhor acompanhamento da evolução dos participantes durante o determinado período do estudo.

As médias que sofreram menor variação tanto em relação ao GI quanto no GC foram às correspondentes ao GDS, fato que pode ser justificado pelos critérios de inclusão adotados pela pesquisa, no entanto, a variável foi investigada por considerarmos que as sintomatologias depressivas são oscilantes e estão intimamente envolvidas com os hábitos e episódios vivenciados pelos idosos no seu dia a dia, podendo influenciar o desempenho cognitivo e ocupacional durante o período da intervenção. Desse modo, foi possível identificar que a diferença das médias foi significativa no GI, sugerindo que as sessões grupais de estimulação cognitiva têm potencial para melhorar as relações sociais por meio das trocas de experiências promovidas durante as sessões.

Segundo Cleire e Woods (2005) o envolvimento em atividades semelhantes a “oficina de memória” associada a um estilo de vida ativo pode prevenir o declínio cognitivo e depressão. Acreditamos que os resultados observados nas reavaliações do GDS também refletem a melhora cognitiva discutida anteriormente. Marioni et al (2015) trazem a hipótese que o engajamento e a participação em atividades sociais, intelectuais e físicas podem proporcionar um melhor desempenho nos componentes cognitivos.

Quanto às análises quem envolvem a COPM identificou-se que na comparação entre as médias foi a variável com maior variação em todos os momentos de reavaliação propostos pelo estudo. A significância estatística foi encontrada tanto na relação intra quanto nos intergrupos. Os resultados podem indicar que as intervenções desenvolvidas nas “oficinas de memória” promoveram um efeito positivo em relação à percepção das idosas quanto ao

desempenho ocupacional nas atividades cotidianas, corroborando com a hipótese desta pesquisa.

Além disso, o resultado supracitado aponta sobre a importância do planejamento dos programas de estimulação cognitiva sejam focados nas demandas ocupacionais referidos pelos idosos, afim de um maior engajamento nas atividades e melhor participação e desempenho em tarefas significativas e que repercutirão positivamente na manutenção da autonomia, independência e na qualidade de vida do idoso.

Estudo realizado por Bondiam (1999) onde o uso da COPM foi examinado em pacientes que apresentam déficits cognitivos leves (atenção, memória, planejamento e resolução de problemas), registra que os escores de desempenho antes e após as intervenções apresentaram uma variação de 3,11 na média. Já na pesquisa realizada por Claire e colaboradores (2011), a COPM foi utilizada para estabelecer metas e sua eficácia em 22 clientes, sendo constatado um aumento significativo nos escores de desempenho (3,742 $p < 0,001$) em pacientes idosos em estágio inicial da doença de Alzheimer.

No entanto, na literatura científica não foi encontrado estudos que relacionassem o uso da COPM e as mudanças de desempenho ocupacional decorrentes do envelhecimento normal. Os resultados deste estudo podem sugerir que a COPM foi um instrumento que possibilitou identificar as dificuldades das participantes partindo de uma percepção individual em tarefas que são realizadas cotidianamente, o que permitiu o planejamento de uma intervenção focada no cliente, fato que contribui para um melhor engajamento em práticas clínicas comprometidas com a prevenção e promoção da saúde.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O referido estudo mostra o efeito positivo das “oficinas de memória” no desempenho cognitivo, ocupacional e de humor em mulheres idosas. No entanto, algumas limitações devem ser consideradas, uma delas é que por questões práticas não conseguimos avaliar separadamente cada domínio no qual é estruturado o MEEM, apenas os escores totais, assim como a COPM, focamos apenas nos resultados relacionados ao desempenho ocupacional. Considera-se que estudos futuros são necessários para verificar componentes cognitivos específicos que estão envolvidas em intervenções semelhantes às oficinas de memória.

Ressaltamos também que a COPM é uma avaliação subjetiva quanto à percepção do indivíduo sobre o seu desempenho ocupacional nas atividades cotidianas, mas sua utilização em pesquisas ainda é um desafio, devido ao conteúdo abstrato investigado e a classificação coerente, mesmo tratando-se de um estudo com pessoas idosas sem declínio cognitivo, foram

identificadas dificuldades por parte das participantes da pesquisa em compreender os objetivos subjetivos da referida avaliação.

IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

Os resultados deste estudo têm as seguintes implicações clínicas para a prática da terapia ocupacional:

- A importância da identificação das atividades cotidianas que estavam comprometidas devidas “falhas de memória”, permitiu um melhor planejamento de intervenções por meio das oficinas de memória realmente focadas nas dificuldades relatadas pelos idosos, que favoreceu o engajamento das participantes nas atividades;
- A utilização das avaliações do MEEM e do GDS contribuiu para corroborar com os resultados encontrados na COPM, visto que esta última é exclusiva da Terapia Ocupacional, e assim incentivar o seu uso em outros estudos de interesse para a prática da Terapia Ocupacional;
- Ressalta-se que o desenvolvimento desta pesquisa foi voltado a investigar uma intervenção que estava comprometida em estudar o declínio cognitivo em idosos com envelhecimento normal, sobretudo em discutir sobre a importância de práticas clínicas preventivas na atenção à saúde do idoso, e que o Terapeuta Ocupacional tem um papel relevante na equipe multidisciplinar.

CONCLUSÃO

Este estudo revelou efeitos positivos das intervenções por meio das “oficinas da memória” no desempenho cognitivo, ocupacional e de humor em idosas com envelhecimento normal. A identificação das atividades-problema identificadas pela COPM permitiu o planejamento de uma intervenção centrada no cliente e contribuiu para uma discussão mais ampla sobre as implicações que o declínio cognitivo pode acarretar no desempenho ocupacional, mesmo se tratando de idosas saudáveis. Por fim, o acompanhamento e a comparação das médias das avaliações realizadas no decorrer do estudo permitiram identificar que o GI intervenção apresentou resultados mais expressivos e com significância estatística em relação ao GC, sugerindo que as “oficinas de memória” podem contribuir na prevenção do declínio cognitivo, desempenho ocupacional e de sintomatologia depressiva em idosas.

REFERÊNCIAS

- Almeida, Osvaldo P., & Almeida, Shirley A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 57(2B), 421-426. <https://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>
- Bertolucci, Paulo H.F., Brucki, Sonia M.D., Campacci, Sandra R., & Juliano, Yara. (1994). O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 52(1), 01-07. <https://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
- Bodiam, C. (1999). "The use of the Canadian Occupational Performance Measure for the assessment of outcome on a neurorehabilitation unit." *The British Journal of Occupational Therapy* 62(3): 123-126.
- Brenske, S., Rudrud, E. H., Schulze, K. A., & Rapp, J. T. (2008). Increasing activity attendance and engagement in individuals with dementia using descriptive prompts. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 41, 273–277. <https://doi.org/10.1901/jaba.2008.41-273>
- Carvalho, Fabiana Castillo Roda, Neri, Anita Liberalesso, & Yassuda, Mônica Sanches. (2010). Treino de memória episódica com ênfase em categorização para idosos sem demência e depressão. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(2), 317-323. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722010000200014>
- Claire, L., & Woods, R. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation*. 14 (4).Wales,385-401.
<http://scottsdale.brainadvantage.com/PDF/clareandwoods2004neurorehab.pdf>
- Claire, L., Evans S., Parkinson C., Woods R., DPhill, D. (2011). Goal-Setting in Cognitive Rehabilitation for People with Early-Stage Alzheimer's Disease. *Journal Clinical Gerontologist*. 34(3), 220-236. <https://doi.org/10.1080/07317115.2011.555937>
- Dechamps, A., Fasotti, L., Jungheim, J., Leone, E., Dood, E., Allieux, A., Kessels, R. P. C. (2011). Effects of different learning methods for instrumental activities of daily living in

patients with Alzheimer's dementia: A pilot study. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 26, 273–281. <https://doi.org/10.1177/1533317511404394>

Gitlin, L. N., Winter, L., Dennis, M. P., Hodgson, N., & Hauck, W. W. (2010b). Targeting and managing behavioral symptoms in individuals with dementia: A randomized trial of a nonpharmacological intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58, 1465–1474. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02971.x>

Irigaray, Tatiana Quarti, Gomes Filho, Irenio, & Schneider, Rodolfo Herberto. (2012). Efeitos de um treino de atenção, memória e funções executivas na cognição de idosos saudáveis. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(1), 182-187. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722012000100023>

Law, M., Carswell, A., McColl, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (1998). *Canadian Occupational Performance Measure* (2nd ed., rev.). Ottawa: CAOT Publications ACE.

Lima-Silva, Thais Bento Lima da, Oliveira, Ana Carolina Valente de, Paulo, Débora Lee Vianna, Malagutti, Mayne Patrício, Danzini, Vanessa Meirelles Pereira, & Yassuda, Mônica Sanches. (2011). Treino cognitivo para idosos baseado em estratégias de categorização e cálculos semelhantes a tarefas do cotidiano. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(1), 65-74. <https://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000100008>

Mooi, E. A., & Sarstedt, M. (2011). *A concise guide to market research: the process, data, and methods using IBM SPSS Statistics*. Heilderberg (DE): Springer.

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., B'edirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 695–699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>

Smallfield, S., & Syrovatla-Keckenlaible, C. (2017). Effectiveness of occupational therapy interventions to enhance occupational performance for adults with Alzheimer's disease and related disorders: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 71, 7105180010. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.024752>

Viera, A. J., & Garrett, J. M. (2005). Understanding interobserver agreement: The kappa statistic. *FamilyMedicine*, 37, 360–363.

ANEXOS

ANEXO A

Instrumento de avaliação do rigor metodológico dos artigos selecionados para Revisão Integrativa –CASP

Código da publicação _____

Tipo de estudo: quantitativo () qualitativo () quanti –qualitativo ()

Ano de publicação: _____ Base de dados: _____ Nível de evidência: _____

Questões	Considerações	Julgamento
1. Objetivo claro e justificado?	<input type="checkbox"/> explícita objetivo <input type="checkbox"/> explícita relevância do estudo	() Sim () Não
2. Há adequação da metodologia?	<input type="checkbox"/> A pesquisa visa interpretar e/ou iluminar as ações ?	() Sim () Não
3. Os procedimentos teóricos – metodológicos são apresentados e discutidos?	<input type="checkbox"/> Explícita os procedimentos metodológicos	() Sim () Não
4. A amostra do estudo foi selecionada adequadamente ?	<input type="checkbox"/> explícita os critérios de seleção (inclusão e exclusão) da amostra do estudo.	() Sim () Não
5. A coleta de dados está detalhada?	<input type="checkbox"/> explícita a forma de coleta de dados (entrevista, grupo focal, ...) <input type="checkbox"/> explícita o uso do instrumento para a coleta (questionário, roteiro, ...)	() Sim () Não
6. A relação entre pesquisador e pesquisados foi considerada?	<input type="checkbox"/> o pesquisador examina criticamente a sua atuação como pesquisador, reconhecendo potencial de viés (na seleção da amostra, na formulação de perguntas) <input type="checkbox"/> descreve ajustes e suas implicações no desenho da pesquisa.	() Sim () Não
7. Os aspectos éticos da pesquisa foram considerados?	<input type="checkbox"/> Menção de aprovação pelo comitê de ética. <input type="checkbox"/> Menção do termo de consentimento autorizado	() Sim () Não
8. A análise de dados é rigorosa e fundamentada? Especifica os testes estatísticos?	<input type="checkbox"/> explícita o processo de análise. <input type="checkbox"/> explícita como as categorias de análise foram identificadas. <input type="checkbox"/> os resultados refletem os achados.	() Sim () Não
9. Os resultados foram apresentados claramente?	<input type="checkbox"/> explícita os resultados <input type="checkbox"/> dialoga seus resultados com o de outros pesquisadores <input type="checkbox"/> os resultados são analisados à luz da questão do estudo	() Sim () Não
10. Qual a importância da pesquisa?	<input type="checkbox"/> explícita a contribuição e limitações da pesquisa (para a prática, construção do conhecimento...) <input type="checkbox"/> indica novas questões da pesquisa	() Sim () Não

Resultado:

Escore 06 a 10 pontos () Escore no mínimo 05 pontos ()

*Adaptado de Critical Appraisal Skills Programme (CAPS)
Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Milton Keynes Primary Care Trust, 2002. All rights reserved.

ANEXO B

Instrumento para classificação hierárquica das evidências para avaliação dos artigos selecionados na Revisão Integrativa – ARHQ

Nível de evidência	Tipo de evidência
I	Revisão sistemática ou metáanálise (síntese das evidências de todos relevantes ensaios clínicos e randomizados)
II	Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delimitado
III	Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delimitados sem randomização
IV	Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delimitados
V	Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos
VI	Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo
VII	Evidências oriundas de opinião de autoridades e / ou relatório de comitês de especialidades

Stillwell S, Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Williamson K. Evidence-Based Practice: Step by step. *American Journal of Nursing*. 2010; 110(5): 41-7.

ANEXO C

Lista de informações CONSORT 2010 para incluir no relatório de um estudo randomizado

Seção/Tópico	Item No	Itens da Lista	Relatado na pg No
		Título e Resumo	
	1a	Identificar no título como um estudo clínico randomizado	_____
	1b	Resumo estruturado de um desenho de estudo, métodos, resultados e conclusões para orientação específica, consulte CONSORT para resumos	_____
		Introdução	
Fundamentação e objetivos	2a	Fundamentação científica e explicação do raciocínio	_____
	2b	Objetivos específicos ou hipóteses	_____
		Métodos	
Desenho do estudo	3a	Descrição do estudo clínico (como paralelo, factorial) incluindo a taxa de alocação	_____
	3b	Alterações importantes nos métodos após ter iniciado o estudo clínico (como critérios de elegibilidade), com as razões	_____
Participantes	4a	Crítérios de elegibilidade para participantes	_____
	4b	Informações e locais de onde foram coletados os dados	_____
Intervenções	5	As intervenções de cada grupo com detalhes suficientes que permitam a replicação, incluindo como e quando eles foram realmente administrados	_____
Desfechos	6a	Medidas completamente pré-especificadas definidas de desfechos primários e secundários, incluindo como e quando elas foram avaliadas	_____
	6b	Quaisquer alterações nos desfechos após o estudo clínico ter sido iniciado, com as razões	_____
Tamanho da amostra	7a	Como foi determinado o tamanho da amostra	_____
	7b	Quando aplicável, deve haver uma explicação de qualquer análise de interim e diretrizes de encerramento	_____
Randomização:			
Seqüência geração	8a	Método utilizado para geração de seqüência randomizada de alocação	_____
	8b	Tipos de randomização, detalhes de qualquer restrição (tais como randomização por blocos e tamanho do bloco)	_____
Alocação mecanismo de ocultação	9	Mecanismo utilizado para implementar a seqüência de alocação randomizada (como recipients numerados seqüencialmente), descrevendo os passos seguidos para a ocultação da seqüência até as intervenções serem atribuídas	_____
Implementação	10	Quem gerou a seqüência de alocação randomizada, quem inscreveu os participantes e quem atribuiu as intervenções aos participantes	_____
Cegamento	11a	Se realizado, quem foi cegado após as intervenções serem atribuídas (ex. Participantes, cuidadores, assessores de resultado) e como	_____
	11b	Se relevante, descrever a semelhança das intervenções	_____
Métodos estatísticos	12a	Métodos estatísticos utilizados para comparar os grupos para desfechos primários e secundários	_____
	12b	Métodos para análises adicionais, como análises de subgrupo e análises ajustadas	_____

		Resultados	
Fluxo de participantes (é fortemente recomendado a utilização de um diagrama)	13 a	Para cada grupo, o número de participantes que foram randomicamente atribuídos, que receberam o tratamento pretendido e que foram analisados para o desfecho primário	* Recomendamos fortemente a leitura desta norma em conjunto com o CONSORT 2010. Explicação e Elaboração de esclarecimentos importantes de todos os itens. Se relevante, também em
	13 b	Para cada grupo, perdas e exclusões após a randomização, junto com as razões	
Recrutamento	14 a	Definição das datas de recrutamento e períodos de acompanhamento	Recomendamos fortemente a leitura desta norma em conjunto com o CONSORT 2010. Explicação e Elaboração de esclarecimentos importantes de todos os itens. Se relevante, também em
	14 b	Dizer os motivos de o estudo ter sido finalizado ou interrompido	
Dados de Base	15	Tabela apresentando os dados de base demográficos e características clínicas de cada grupo	Recomendamos fortemente a leitura desta norma em conjunto com o CONSORT 2010. Explicação e Elaboração de esclarecimentos importantes de todos os itens. Se relevante, também em
Números analisados	16	Para cada grupo, número de participantes (denominador) incluídos em cada análise e se a análise foi realizada pela atribuição original dos grupos	
Desfechos e estimativa	17 a	Para cada desfecho primário e secundário, resultados de cada grupo e o tamanho efetivo estimado e sua precisão (como intervalo de confiança de 95%)	Recomendamos fortemente a leitura desta norma em conjunto com o CONSORT 2010. Explicação e Elaboração de esclarecimentos importantes de todos os itens. Se relevante, também em
	17 b	Para desfechos binários, é recomendada a apresentação de ambos os tamanhos de efeito, absolutos e relativos	
Análises auxiliares	18	Resultados de quaisquer análises realizadas, incluindo análises de subgrupos e análises ajustadas, distinguindo-se as pré-especificadas das exploratórias	Recomendamos fortemente a leitura desta norma em conjunto com o CONSORT 2010. Explicação e Elaboração de esclarecimentos importantes de todos os itens. Se relevante, também em
Danos	19	Todos os importantes danos ou efeitos indesejados em cada grupo (observar a orientação específica CONSORT para danos)	
Limitações	Discussão		Recomendamos fortemente a leitura desta norma em conjunto com o CONSORT 2010. Explicação e Elaboração de esclarecimentos importantes de todos os itens. Se relevante, também em
	20	Limitações do estudo clínico, abordando as fontes dos potenciais vieses, imprecisão, e, se relevante, relevância das análises	
Generalização	21	Generalização (validade externa, aplicabilidade) dos achados do estudo clínico	Recomendamos fortemente a leitura desta norma em conjunto com o CONSORT 2010. Explicação e Elaboração de esclarecimentos importantes de todos os itens. Se relevante, também em
Interpretação	22	Interpretação consistente dos resultados, balanço dos benefícios e danos, considerando outras evidências relevantes	
	Outras informações		Recomendamos fortemente a leitura desta norma em conjunto com o CONSORT 2010. Explicação e Elaboração de esclarecimentos importantes de todos os itens. Se relevante, também em
Registro	23	Número de inscrição e nome do estudo clínico registrado	
Protocolo	24	Onde o protocolo completo do estudo clínico pode ser acessado, se disponível	Recomendamos fortemente a leitura desta norma em conjunto com o CONSORT 2010. Explicação e Elaboração de esclarecimentos importantes de todos os itens. Se relevante, também em
Fomento	25	Fontes de financiamento e outros apoios (como abastecimento de drogas), papel dos financiadores	

amos a leitura das extensões do CONSORT para estudos cluster randomizados, estudos de não-inferioridade e de equivalência, tratamentos não-farmacológicos, intervenções de ervas e estudos pragmáticos. Extensões adicionais estão por vir: para aquelas e até dados de referências relevantes a esta lista de informações, ver www.consort-statement.org.

ANEXO D

Mini exame do estado mental

INSTRUÇÕES:				
DOMÍNIOS			ERRADO	CERTO
1. Orientação temporal (0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano	0	1
		Semestre ou hora aproximada	0	1
		Mês	0	1
		Dia do mês	0	1
		Dia da semana	0	1
2. Orientação espacial (0 - 5 pontos)	Onde estamos?	<u>Estado</u>	0	1
		<u>Cidade</u>	0	1
		<u>Bairro ou rua próxima</u>	0	1
		<u>Local geral</u> – que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo – NAI)	0	1
		<u>Local específico</u> – em que local nós estamos? (consultório)	0	1
3. Memória imediata (repita as palavras) (0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita os objetos na ordem até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca	0	1
		Tijolo	0	1
		Tapete	0	1
4. Cálculo	O (a) Sr (a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)		
4a. Cálculo (0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total de 5 subtrações ao todo)	100 - 7 = 93	0	1
		93-7 = 86	0	1
		86-7 = 79	0	1
		79-7 = 72	0	1
		72-7 = 65	0	1
4b. (0 - 5 pontos)	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	O	0	1
		D	0	1
		N	0	1
		U	0	1
		M	0	1
5. Memória de evocação (0 - 3 pontos)	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca	0	1
		Tijolo	0	1
		Tapete	0	1
6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio	0	1
		Caneta	0	1
7. Linguagem (0-1 ponto)	Repita a frase!	“NEM AQUI, NEM ALÍ, NEM LÁ”.	0	1
8. Linguagem	Siga uma ordem	a) Pegue o papel com a mão	0	1

(0-2 pontos)	de três estágios:	direita; b)Dobre-o ao meio; c)Ponha-o no chão;	0 0	1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	0	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa. O comando é: <u>ESCREVA UMA FRASE QUE TENHA COMEÇO, MEIO E FIM E FAÇA SENTIDO.</u>	Uma frase com início meio e fim (não precisa ser longa). Implica na presença mínima do sujeito e do verbo, devendo ter sentido. <u>Gramática e pontuação não são pontuadas.</u>	0	1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		0	1
TOTAL DE PONTOS DOS 11 QUESITOS			MEEM	

ANEXO E

Escala de Depressão Geriátrica – GDS-15

INSTRUÇÕES: Para cada questão, escolha a opção que mais se assemelha ao que você está sentindo nas últimas semanas.		
1. Você está basicamente satisfeito com sua vida?	Sim ()	Não ()
2. Você se aborrece com frequência?	Sim ()	Não ()
3. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	Sim ()	Não ()
4. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim ()	Não ()
5. Você sente que sua situação não tem saída?	Sim ()	Não ()
6. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	Sim ()	Não ()
7. Você acha que sua situação é sem esperanças?	Sim ()	Não ()
8. Você acha maravilhoso estar vivo?	Sim ()	Não ()
9. Você sente que sua vida está vazia?	Sim ()	Não ()
10. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	Sim ()	Não ()
11. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	Sim ()	Não ()
12. Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	Sim ()	Não ()
13. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
14. Você se sente cheio de energia?	Sim ()	Não ()
15. Você se sente feliz a maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
TOTAL DAS RESPOSTAS EM NEGRITO	GDS _____	

* Adaptado de Yesavage JA et. al. *J Psychiat Res*, 1983; 17 (1):37 – 49.

ANEXO F

Medida Canadense de Desempenho Ocupacional

MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO OCUPACIONAL (COPM)¹

Segunda Edição

Autores: Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell, Mary Ann McColl, Helene Palotaiko, Nancy Pollack²

Nome do cliente: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Entrevistado: _____ Registro nº: _____
 (se não for o cliente)
 Terapeuta: _____ Data da avaliação: _____
 Clínica/Hospital: _____ Programa: _____ Data prevista para reavaliação: _____
 Data da reavaliação: _____

PASSO 1: IDENTIFICAÇÃO DE QUESTÕES NO DESEMPENHO OCUPACIONAL

Para identificar problemas, preocupações e questões relativas ao desempenho ocupacional, entreviste o cliente questionando sobre as atividades do dia-a-dia no que se refere às atividades produtivas, de autocuidado e de lazer. Solicite ao cliente que identifique as atividades do dia-a-dia que quer realizar, que necessita realizar ou que é esperado que ele realize, encorajando-o a pensar num dia típico. Em seguida, peça que identifique quais dessas atividades atualmente são difíceis de realizar, de forma satisfatória. Registre estas atividades problemáticas nos Passos 1A, 1B ou 1C.

PASSO 2: CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE IMPORTÂNCIA

Usando os cartões de pontuação, peça ao cliente que classifique, numa escala de 1 a 10, a importância de cada atividade. Coloque as pontuações nos respectivos quadrados nos Passos 1A, 1B e 1C.

A. Autocuidado		Importância
Cuidados pessoais (ex.: vestuário, banho, alimentação, higiene)	_____	<input type="text"/>
Mobilidade funcional: (ex.: transferências, mobilidade dentro e fora de casa)	_____	<input type="text"/>
Independência fora de casa: (ex.: transportes, compras, finanças)	_____	<input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/>
B. Produtividade		Importância
Trabalho (remunerado/não-remunerado) (ex.: procurar/manter um emprego, atividades voluntárias)	_____	<input type="text"/>
Tarefas domésticas (ex.: limpeza, lavagem de roupas, preparação de refeições)	_____	<input type="text"/>
Brincar/Escola (ex.: habilidade para brincar, fazer o dever de casa)	_____	<input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/>
C. Lazer		Importância
Recreação tranquila (ex.: hobbies, leitura, artesanato)	_____	<input type="text"/>
Recreação ativa (ex.: esportes, passeios, viagens)	_____	<input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/>
Socialização (ex.: visitas, telefonemas, festas, escrever cartas)	_____	<input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/>

¹Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Versão brasileira traduzida por Lívia C. Megalhões, Lúcia V. Megalhões e Ana Amélia Cardoso.
²Publicado pelo C/OPT Publications ACE © H. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M. A. McColl, H. Palotaiko, N. Pollack, 2000

ANEXO G
Carta de Anuência

PROIDOSO
programa do idoso

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO
PROGRAMA DO IDOSO

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que concordamos em receber as discentes de Pós-Graduação, Erika Carla Cavalcanti Gomes (doutoranda Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento) e Michelle Caroline da Silva Santos Moraes (mestranda em Saúde Coletiva), facultando-lhes o acesso a listagem dos alunos matriculados na UnATI em 2015.2, e o uso das instalações do Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI/UFPE, serviço de natureza ambulatorial vinculado ao Programa do Idoso – PROIDOSO, as quais sob a orientação da Profª Drª Ana Paula de Oliveira Marques, desenvolverão projeto de pesquisa intitulado: “OFICINAS DE MEMÓRIA COM MULHERES IDOSAS: REPERCUSSÕES NO DESEMPENHO OCUPACIONAL E QUALIDADE DE VIDA”.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados, deverá ser apresentado o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP e agendar previamente junto à secretaria do NAI/UFPE, o período de recrutamento dos idosos, respeitando-se a conveniência e disponibilidade do Serviço.

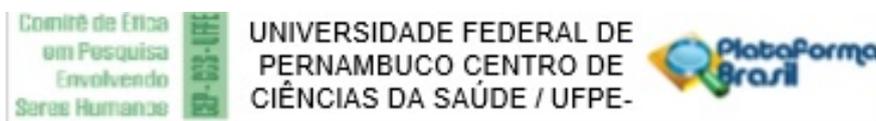
Recife, em 27/07/2015

Marcia Carrera Campos Leal

 Profa. Marcia Carrera Campos Leal
Vice-Coordenação do Programa do Idoso
PROIDOSO / PROEXT / UFPE
SIAPE 0435238

ANEXO H

Aprovação CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Oficinas de memória com mulheres idosas: repercussões no desempenho ocupacional e qualidade de vida

Pesquisador: ANA PAULA DE OLIVEIRA MARQUES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49197815.4.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

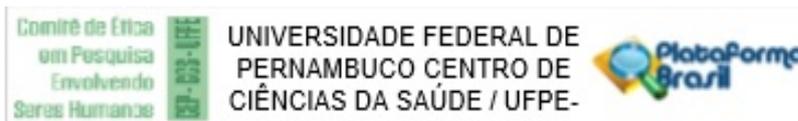
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.266.335

Apresentação do Projeto:

Pesquisa da Professora Dr^a Ana Paula de Oliveira Marques do Departamento de Medicina Social. Busca avaliar o desempenho ocupacional e a qualidade de vida em mulheres idosas após treino de estimulação de memória. Trata-se de um ensaio clínico randomizado no qual será realizado com 98 idosas (sendo 49 grupo controle e 49 de intervenção) matriculadas nos cursos oferecidos pela Universidade Aberta à Terceira Idade, da Universidade Federal de Pernambuco, conforme os seguintes critérios de inclusão: ser do sexo feminino, ter idade a partir de 60 anos, está matriculada na UnATI no período do estudo, não apresentar comprometimentos cognitivos e/ou de comunicação que impossibilite a coleta de dados. Serão excluídas as idosas que participem de cursos de oficina de memória, apresentar possível diagnóstico de depressão, fazer uso de benzodiazepínicos e/ou medicamentos estimulantes para memória e apresentar comprometimentos visuais, auditivos e/ou motores, não corrigidos com auxílio de óculos, aparelhos auditivos e equipamentos de tecnologia assistiva. Os instrumentos de avaliação utilizados serão: Mini Exame Mental (MEEM), Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM), Questionário de Qualidade de Vida - SF36, além de um protocolo de entrevista semi estruturado que investigará os dados sociodemográficos e condições de saúde. As participantes de ambos os grupos (controle e intervenção) serão

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS	
Bairro: Cidade Universitária	Cep: 50.740-600
UF: PE	Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588	E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Projeto: 1.266.305

acompanhadas por meio de atendimentos ambulatoriais de Terapia Ocupacional e receberão orientações de estimulação de memória no ambiente domiciliar. Apenas as idosas alocadas no grupo de intervenção participarão das oficinas de memória, as quais terão duração de 60 minutos, uma vez por semana. O estudo contará com quatro momentos para coletas de dados (t0, t1, t2 e t3), referentes à triagem e reavaliações em 30, 60 e 90 dias, respectivamente. A análise dos resultados será realizada por meio de análises bivariada e multivariada e de testes comparativos para a elaboração de um modelo estatístico. Ao término do estudo, todas as idosas serão convidadas a participar de um círculo de palestras sobre educação em saúde. Espera-se que as oficinas de estimulação de memória possam ter uma repercussão positiva no desempenho ocupacional e na qualidade de vida das participantes. Equipe de pesquisa: Erika Carla Cavalcanti Gomes, doutoranda em neuropsiquiatria, e Michelle Caroline da Silva Santos, mestranda em saúde coletiva, orientandas da responsável pela pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o desempenho ocupacional e a qualidade de vida em mulheres idosas após treino de estimulação de memória.

Objetivo Secundário:

- 1- Classificar o desempenho ocupacional e a qualidade de vida entre as participantes do estudo;
- 2- Verificar a existência de associação entre desempenho ocupacional, qualidade de vida e as variáveis: sociodemográficas e condições de saúde;
- 3- Comparar o desempenho ocupacional e a qualidade de vida das idosas, após treino de estimulação de memória.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

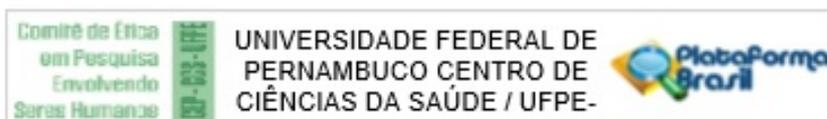
Riscos:

Este estudo envolve risco mínimo no que diz respeito à possível constrangimento durante a intervenção grupal e ambulatorial, no entanto, as avaliações utilizadas na etapa de triagem contribuirão para a captação de uma amostra populacional homogênea. Ressalta-se que as etapas de triagem e avaliações e os atendimentos individuais serão realizados em sala reservada.

Benefícios:

Como benefício direto poderá proporcionar melhorias em relação a qualidade de vida das idosas e melhor percepção sobre o desempenho cognitivo e de funcionalidade decorrente do processo de

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81) 2126-8588 **E-mail:** capccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.266.335

envelhecimento, além de ampliar o olhar sobre a importância da Terapia Ocupacional na Saúde do idoso. Os resultados obtidos nesta pesquisa serão apresentados à Coordenação da UnATI/UFPE e no domínio acadêmico, esta pesquisa servirá como base para a realização de outras pesquisas de iniciação científica, sendo ainda previstos a elaboração de artigos de divulgação científica, abordando a relevância do tema.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem objetivos claros, está bem redigida e descreve com propriedade a metodologia utilizada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão em conformidade com as exigências do CEP.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto não apresentar nenhum impedimento ético, aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (Item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (Item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-900
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8585 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

ANEXO I

Registro REBEC

RBR-6qd4j3

Oficinas de memória com mulheres idosas: repercussões no desempenho ocupacional e qualidade de vida

Data de registro: 26 de Dez. de 2016 às 10:59

Last Update: 10 de Abril de 2017 às 15:20

Tipo do estudo:

Intervenções

Título científico:

PT-BR

Oficinas de memória com mulheres idosas:
repercussões no desempenho ocupacional
e qualidade de vida

EN

Memory workshops with elderly women:
repercussions on occupational performance
and quality of life

Identificação do ensaio

Número do UTN: U1111-1190-6597