



EFETIVIDADE DE INTERVENÇÕES PARA OFICINAS DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA EM IDOSOS: ESTUDO ANTES E DEPOIS

EFFECTIVENESS OF INTERVENTIONS FOR COGNITIVE STIMULATION WORKSHOPS IN ELDERLY PEOPLE: BEFORE AND AFTER STUDY

EFFECTIVIDAD DE INTERVENCIONES PARA TALLERES DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN ANCIANOS: ESTUDIO ANTES Y DESPUÉS

Rosimere Ferreira Santana¹, Nicole Alencar Cholodoski Monteiro², George Luiz Alves dos Santos³, Hanna Araújo Lobato⁴, Shardelle Araújo de Alexandrino⁵, Thalita Batista Rosa⁶

RESUMO

Objetivo: analisar as estratégias de intervenção utilizadas nas oficinas de estimulação cognitiva para idosos e associá-las ao desempenho da capacidade funcional. **Método:** estudo de intervenção antes e depois, com 17 idosos selecionados com queixas subjetivas de memória. Os instrumentos de coleta de dados foram testes aplicados de rastreio cognitivo. A análise foi a descritiva e inferencial a partir de tabelas. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE nº 11019912.4.0000.5243. **Resultados:** a maioria foi a do sexo feminino (82,4%); que residem com duas ou mais pessoas (58,8%); idosos jovens, com média de idade de 69,9±6,0; com alta escolaridade 10,9±3,5 anos. Destacou-se a ausência de correlação significativamente estatística de piora ou melhora: Mini Exame de Estado Mental (p= 0,82); Escala de Depressão Geriátrica (p= 0,82); Escala Lawton (p= 0,31); Evocação de palavras (p= 0,40); e Relógio (p= 0,59). **Conclusão:** pondera-se a manutenção do quadro cognitivo nos idosos, algo relevante clinicamente na prática gerontológica. **Descritores:** Memória; Saúde do Idoso; Enfermagem; Terapia Cognitiva; Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

Objective: to analyze the strategies of intervention used in the workshops of cognitive stimulation for the elderly and associate them to the performance of functional capacity. **Method:** study of before and after intervention, with 17 selected elderly with complaints about memory. The data collection instruments were tests applied to cognitive screening. The analysis was descriptive and inferential statistics from tables. The research project has been approved by the Ethics Committee in Research, CAAE in 11019912.4.0000.5243. **Results:** most of them were female (82.4%) residing with two or more people (58.8%); elderly young, with an average age of 69.9±6.0; with higher education 10.9±3.5 years. There was absence of significant correlation statistics of worsening or improvement: Mini Mental State Examination (p=0.82); Geriatric depression scale (p=0.82); Lawton scale (p=0.31); Evocation of words (p=0.40); and Clock (p=0.59). **Conclusion:** considering the maintenance of cognitive framework in the elderly, something clinically relevant in gerontological practice. **Descriptors:** Memory; Health of the Elderly; Nursing; Cognitive Therapy; Geriatric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar las estrategias de intervención utilizadas en los talleres de estimulación cognitiva para ancianos y asociarlos al desempeño de la capacidad funcional. **Método:** estudio de intervención antes y depois, con 17 ancianos seleccionados con quejas subjetivas de memoria. Los instrumentos de recolección de datos fueron tests aplicados de rastreo cognitivo. El análisis fue descriptiva y inferencial a partir de tablas. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, CAAE no 11019912.4.0000.5243. **Resultados:** la mayoría fue de sexo femenino (82,4%); que residen con dos o más personas (58,8%); ancianos jóvenes, con media de edad de 69,9±6,0; con alta escolaridad 10,9±3,5 años. Se destacó la ausencia de correlación significativamente estadística de peora o mejora: Mini Examen de Estado Mental (p= 0,82); Escala de Depresión Geriátrica (p= 0,82); Escala Lawton (p= 0,31); Evocación de palabras (p= 0,40); y Reloj (p= 0,59). **Conclusión:** pondera-se a manutenção do quadro cognitivo nos idosos, algo relevante clinicamente na prática gerontológica. **Descritores:** Memória; Saúde do Idoso; Enfermagem; Terapia Cognitiva; Enfermagem Geriátrica.

¹Enfermeira, Especialista em Psicogeriatria, Professora Pós-doutora em Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense/MEM/EEAAC/UFF. Niterói (RJ), Brasil. E-mail: rosifesa@enf.uff.br; ²Enfermeira egressa, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense/EEAAC/UFF. Niterói (RJ), Brasil. E-mail: nicole.acm@hotmail.com; ³Enfermeiro, Especialista em Enfermagem Gerontológica, Mestrando em Ciências do Cuidado em Saúde, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense/MEM/EEAAC/UFF. Niterói (RJ), Brasil. E-mail: georgealvesrad@hotmail.com; ⁴Enfermeira, Especialista em Enfermagem Gerontológica. Niterói (RJ), Brasil. e-mail: hanna.lobato@yahoo.com.br; ⁵Acadêmica de Enfermagem, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense/EEAAC/UFF. Bolsista de Extensão e de Desenvolvimento Acadêmico/PROEX/PROAES. Niterói (RJ), Brasil. E-mail: shardelle@gmail.com; ⁶Acadêmica de Enfermagem, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense/EEAAC/UFF. Bolsista de Desenvolvimento Acadêmico/PROAES/UFF. Niterói (RJ), Brasil. E-mail: thalita_801@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Um dos problemas mais comuns associados ao envelhecimento é o comprometimento da memória. Estudos comprovam que, embora a perda de memória esteja associada ao envelhecimento, nem todos os domínios da memória serão igualmente afetados nos idosos.^{1,2,3}

No envelhecimento, ocorre a redução na velocidade de processamento da informação, que afeta o desempenho cognitivo, principalmente, em tarefas de memória e atenção. Além disso, pode ocorrer diminuição da massa muscular, óssea e integração neural, tornando o idoso mais frágil, suscitando instabilidade e comprometimento da capacidade funcional,^{2,3} no entanto, essas alterações variam em sua forma e intensidade de indivíduo para indivíduo, as diferenças no estilo de vida, condições de saúde, escolaridade, alimentação e prática de atividades físicas são alguns dos fatores influenciadores.³

A avaliação da capacidade funcional pode definir as estratégias necessárias para a promoção da saúde nos idosos, como também para o estímulo cognitivo, cujos objetivos seriam retardar ou prevenir os comprometimentos funcionais.² Logo, se define a avaliação funcional como uma tentativa sistematizada de medir, de forma objetiva, os níveis em que uma pessoa é capaz de desempenhar as atividades ou funções em diferentes áreas, utilizando-se de habilidades físicas e cognitivas para o desempenho das tarefas instrumentais e de vida diária (AIVDs e AVDs).⁴

A promoção à saúde do idoso e a preservação de sua saúde mental é uma das principais intervenções realizadas no oficinas/treino de memória. Estas tem por objetivo trabalhar a orientação, a percepção (visual, auditiva, tátil, olfato e paladar), a memória, o raciocínio, as funções executivas (planejamento e desenvolvimento da ação), a performance motora, a expressão não verbal e a criatividade.⁵ Desta forma, os benefícios esperados se expandem para afora, melhora da cognição, benefícios emocionais e integração social dos idosos.⁶

Ressalta-se que a importância do treino de memória é proporcioná-lo em grupo, o benefício de participar deste, o exercício do diálogo, da interação, modificando, portanto, as atividades de um simples ou repetitivo treino, para uma atividade prazerosa e desafiante. Assim, a inserção de idosos em grupos causa um impacto positivo em relação à saúde física e mental, o que fortalece o seu

papel social, com a possibilidade de oferecer suporte emocional, com contribuições para a promoção do envelhecimento saudável e bem sucedido.⁷

OBJETIVO

- Analisar as estratégias de intervenção utilizadas nas oficinas de estimulação cognitiva para idosos e associá-las ao desempenho da capacidade funcional.

MÉTODO

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, de intervenção antes e depois, com avaliação da capacidade funcional, por meio de testes de rastreio, numa perspectiva longitudinal, com recorte do segundo semestre de 2013, com idosos selecionados com queixas subjetivas de memória.

O cenário da pesquisa deu-se nas dependências de uma universidade pública utilizadas pelo projeto de extensão: Memória Cognitiva, adesão ao tratamento e Inovação Tecnológica: ações para promoção da saúde na terceira idade, em Niterói (RJ), Brasil. A equipe do cenário de pesquisa é composta por enfermeiros, estudantes de enfermagem, assistente social, estudantes de serviço social, fonoaudióloga, psicóloga, fisioterapeuta e educadores físicos. Cabe ressaltar que, tais oficinas, avaliação e dinâmica de execução já ocorrem no cenário de pesquisa e são naturais aos idosos.

Foram utilizados como critérios de inclusão: participantes com 60 anos ou mais de idade, com escolaridade superior a oito anos; que obtivessem o MEEM superior ao escore indicado de acordo com sua escolaridade; com queixas subjetivas de memória; e que concordassem em participar do estudo. Foram excluídos: participantes com diagnóstico médico de demência; pontuação na Escala de Depressão Geriátrica (EDG) compatível com depressão ou que não frequentassem a oficina de memória regularmente.

Ao todo, foram investigados 118 idosos por especialistas na área, com 10 anos de formação e experiência. Ao final, foram alocados para amostra, segundo critérios estabelecidos, 21 sujeitos, porém houve perda de seguimento, por motivos de saúde e ausência do segundo teste de avaliação da capacidade funcional. Ao final, compuseram a amostra 17 idosos que participaram de todas as 12 intervenções e duas avaliações. Cabe ressaltar que, o enfermeiro facilitador responsável pela intervenção não participou das avaliações pré e pós, minimizando, portanto, possíveis vieses de pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa foram separados em duas turmas. As intervenções foram realizadas uma vez por semana, com duração de uma hora cada, no período de 29 de julho de 2013 a 13 de dezembro de 2013, equivalendo a 14 semanas, porém, somente 12 oficinas foram realizadas, devido a feriado e evento interno.

Como instrumento de coleta de dados, foram adotados testes de rastreio cognitivo: Mini Exame do Estado Mental - MEEM; Escala de Atividade de Vida Diária - Lawton; Escala de Depressão Geriátrica - EDG; Desenho do Relógio; e Teste da Fluência verbal.⁸⁻¹² Somado a estes, foi utilizado um instrumento de avaliação subjetiva das oficinas.

O MEEM é um teste neuropsicológico para avaliação da função cognitiva; Lawton avalia o desempenho funcional da pessoa idosa em termos de atividades instrumentais que possibilitam que o idoso mantenha uma vida independente; EDG verifica a presença de quadro depressivo; Desenho do Relógio é um teste válido e confiável para rastrear pessoas com lesões cerebrais, verificando a habilidade visuoespacial ou praxiaconstrutiva, que é a capacidade de desenhar ou construir a partir de um estímulo (no caso, um comando verbal); e Teste da Fluência Verbal, este verifica declínio cognitivo.⁸⁻¹²

O ponto de corte considerado para o MEEM foram os valores validados em estudos brasileiros: abaixo de 13 para demência, igual ou superior a 13 para os analfabetos, igual ou superior a 18 para os com cinco anos ou mais de escolaridade e 26 para pessoas com ensino superior.⁸⁻¹⁰

No Desenho do Relógio, considera-se uma pontuação que varia de quatro a zero, sendo quatro a pontuação de melhor desempenho, ou seja, o indivíduo que consegue representar o círculo, os números, a posição correta e a hora certa, com um ponto para cada acerto.^{8,9}

No teste de Evocação de Palavras, espera-se pontuação entre 13 a 18 animais em 1 minuto, desconsiderando repetições de animais da mesma classe.⁸ O ponto de corte da Escala de Depressão Geriátrica foi entre cinco e sete, esta investiga o humor deprimido e, acima de 7, suscita-se depressão.¹² Na escala de Lawton, tem-se pontuações de sete para dependente, 14 para semidependente e 21 para os independentes.¹¹

As oficinas de estimulação cognitivas foram planejadas previamente mediante as características investigadas na avaliação funcional do grupo de idosos selecionados.^{13,14} O intuito de cada oficina foi estimular as áreas cognitivas menos preservadas. Cada uma abordava uma área cognitiva e, ainda, estas

desenvolvidas em grupos e individualmente, representadas na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das 12 oficinas e área cognitiva treinada. Niterói, 2014.

Semana	Atividade	Área cognitiva treinada
1	Adivinhe Correlacione as frases com os autores	Memória de longo prazo, associação, raciocínio lógico, atenção e observação. Memória de curto prazo, memória de trabalho, associação, atenção e observação.
2	Pense Responda e calcule	Memória de curto prazo, memória de longo prazo, lembranças passadas, linguagem escrita. Memória de curto prazo, memória de trabalho, memória de longo prazo, raciocínio lógico, cálculo, atenção e observação.
3	Caos vogal Problemas com cálculos	Memória sensorial, memória de curto prazo, atenção e observação. Memória de trabalho, memória de longo prazo, atenção, observação, raciocínio lógico, calculo e concentração.
4	Música Formando palavras com o seu nome	Memória de curto prazo, memória de trabalho, associação, atenção e observação. Memória de curto prazo, memória de longo prazo, memória de trabalho, associação, raciocínio lógico, atenção e observação.
5	O que não combina? Sudoku	Memória de curto prazo, memória sensorial, memória de trabalho, atenção e observação. Memória de curto prazo, memória de trabalho, associação, raciocínio lógico, atenção e observação.
6	Palavras cruzadas Jogo de oito erros	Memória de longo prazo, atenção e observação. Memória de curto prazo, memória de trabalho, visualização, atenção e observação.
7	O cardápio	Memória de curto prazo, memória de longo prazo, memória de trabalho, associação, raciocínio lógico.
8	Enigma e cruzada	Memória de curto prazo, memória de trabalho, associação, atenção e observação.
9	Caça palavras Lembranças	Memória de curto prazo, atenção, observação. Memória de longo prazo, lembranças, relacionamentos.
10	Dominox	Memória de curto prazo, memória de trabalho, combinação, atenção e observação.
11	Formando frases criativas	Memória de curto prazo, memória de longo prazo, associação, linguagem, atenção e observação.
12	Colocando na ordem correta	Memória de curto prazo, memória de trabalho, associação, atenção e observação.

Para organização e tratamento dos dados, estes foram transpostos para um banco de dados organizados no programa Excel for Windows. A análise descritiva apresentou-se na forma de tabelas, expressos pela média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo para dados numéricos (quantitativos) e frequência (n) e percentual (%) para dados categóricos (qualitativos).

A análise inferencial foi composta pelo teste dos postos sinalizados de Wilcoxon para verificar se existe variação significativa nos escores do pré para pós-intervenção. Foi utilizado método não paramétrico, pois os escores não apresentaram distribuição normal (distribuição Gaussiana) devido à rejeição da hipótese de normalidade segundo o teste de Kolmogorov-Smirnov. O critério de determinação de significância adotado foi o nível de 5%. A análise estatística foi processada pelo software estatístico SAS® System versão 6.11 (SAS Institute, Inc., Cary, North Carolina).

Quanto aos aspectos éticos, cabe ressaltar que, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a resolução 422/2012, CAAE nº 11019912.4.0000.5243, sob

número de aprovação 250.132, no dia 19 de abril de 2013.

Foi esclarecido aos idosos a não obrigatoriedade de participação, os objetivos do estudo, o sigilo de nomes, bem como a apresentação do termo de consentimento, no qual esses puderam optar ou não pela sua inclusão no estudo, estando cientes de que a recusa não traria qualquer ônus a eles, nem a exclusão da oficina de memória. Quanto à aplicação dos instrumentos, estes foram utilizados de forma conveniente aos sujeitos e respeitando seus limites.

RESULTADOS

Na Tabela 2, encontra-se a caracterização dos sujeitos distribuída de forma absoluta e relativa, obteve-se maioria do sexo feminino (82,4%); que residem com duas ou mais pessoas (58,8%); longevos; com média de idade de 69,9±6,0, mediana 70, e variação mínima 60 e máxima 77, já a escolaridade média foi de 10,9±3,5, mediana de 11 e mínima de oito e máxima de 16.

Tabela 2. Distribuição das variáveis de caracterização dos sujeitos do estudo. Niterói, 2014.

Variável	Categoria	N	%
Sexo	Feminino	14	82,4
	Masculino	3	17,6
Idade	60 - 69 anos	6	35,3
	70 - 76 anos	11	64,7
Escolaridade	Fundamental Completo	3	17,7
	Médio Incompleto	1	5,9
	Médio Completo	7	41,2
	Superior Completo	6	35,3
Arranjo familiar	Sozinhos	7	41,2
	Duas ou mais pessoas	10	58,8

♦ Avaliação da capacidade funcional antes e após as oficinas

A Tabela 3 fornece a média, desvio padrão e mediana dos escores dos testes de avaliação funcional, MEEM, EDG, LAWTON, EVP e Relógio, no pré e pós-intervenção e suas respectivas variações (absoluta e relativa) e o correspondente nível descritivo (*p valor*) do

teste dos postos sinalizados de Wilcoxon. A variação absoluta corresponde à diferença entre o escore no pós menos o pré-intervenção. Sendo assim, uma variação absoluta negativa expressa queda após intervenção, ou seja, quanto maior o valor da variação negativa maior é a queda do escore.

Tabela 3. Escores nos testes de avaliação funcional no pré e pós-intervenção. Niterói, 2014.

Variável		Média	DP/EP	Mediana	p valor ^a
MEEM	Pré-intervenção (pontos)	27,6	± 2,4	28	
	Pós-intervenção (pontos)	27,6	± 2,2	28	
	Variação absoluta (pontos)	0,00	± 0,60	0	0,82
	Variação relativa (%)	0,51	± 2,42	0	0,92
EDG	Pré-intervenção (pontos)	1,24	± 1,09	1	
	Pós-intervenção (pontos)	1,29	± 1,76	1	
	Variação absoluta (pontos)	0,06	± 0,38	0	0,82
	Variação relativa (%)	11,3	± 33,3	0	0,67
LAWTON	Pré-intervenção (pontos)	20,5	± 0,8	21	
	Pós-intervenção (pontos)	20,8	± 0,4	21	
	Variação absoluta (pontos)	0,29	± 0,21	0	0,31
	Variação relativa (%)	1,58	± 1,11	0	0,13
EVP	Pré-intervenção (pontos)	17,3	± 4,3	18	
	Pós-intervenção (pontos)	18,2	± 4,3	18	
	Variação absoluta (pontos)	0,94	± 1,03	1	0,40
	Variação relativa (%)	8,73	± 7,0	4,8	0,34
Relógio	Pré-intervenção (pontos)	2,76	± 1,25	3	
	Pós-intervenção (pontos)	2,53	± 1,12	3	
	Variação absoluta (pontos)	-0,24	± 0,25	0	0,59
	Variação relativa (%)	0,98	± 9,7	0	0,82

DP/EP: desvio padrão ou erro padrão. O EP foi usado para as variações absoluta e relativa.

^a teste dos postos sinalizados de Wilcoxon (não paramétrico).

Nota-se que não houve variação significativa de queda ou melhora do grupo, o que indicou uma estabilização do quadro de queixa subjetiva de memória, tal dado apoia o benefício da intervenção aos sujeitos.

♦ Avaliação das oficinas e autoavaliação dos participantes

Ao final das 12 oficinas, os idosos responderam a um questionário autoaplicável para avaliar as oficinas e, ainda, fazer uma autoavaliação sobre seu desempenho nestas, esta foi descrita na Tabela 4.

Tabela 4. Avaliação das oficinas e autoavaliação dos participantes. Niterói, 2014.

Avaliação Geral	n	%
Satisfação de tempo de duração		
Sim	16	94,1
Não	1	5,9
Satisfação com as oficinas		
Bom	5	29,4
Ótimo	12	70,6
De fácil e claro entendimento		
Não	1	5,9
Parcial	3	17,6
Total	13	76,8
Cumpriu com os objetivos		
Sim	17	100
Autoavaliação		
Compreensão do conteúdo		
Sim	16	94,1
Não	1	5,9
Interação com os colegas		
Sim	17	100
Participação nas atividades		
Sim	17	100
Melhora na memória (Escala de 1 a 5)		
3	5	29,4
4	5	29,4
5	6	35,3
Não soube informar	1	5,9

Observa-se que os idosos avaliaram como unânime a promoção da interação, participação grupal, atingiu seus objetivos e com relato subjetivo de melhora numa escala gradativa. Ressalta-se que um idoso apresentou dificuldade no preenchimento da avaliação proposta e, apesar de maioria considerar a metodologia proposta adequada, houve aqueles que demonstraram algum tipo de dificuldade na realização das oficinas.

DISCUSSÃO

Destacou-se a ausência de correlação significativamente estatística de piora ou melhora na avaliação dos testes de rastreio. Desta forma, pondera-se a manutenção do quadro cognitivo nos idosos, algo relevante clinicamente na prática gerontológica. E, independente da dificuldade em se recuperar plenamente a memória de pacientes idosos, as oficinas de memória buscam, sobretudo, maneiras de atender as condições de promoção de bem-estar e qualidade de vida.¹⁵ Observou-se, também, que a maioria era do sexo feminino, o que corrobora com outros estudos, em parte explicada pela baixa presença dos homens nos grupos associativos, como também pela superioridade da longevidade das mulheres, com maior expectativa de vida.¹⁵⁻⁶ Quanto à maioria de idosos jovens, que se define como aqueles com idade inferior a 80 anos¹⁷, como na população estudada, logo, trata-se uma população homogênea, fazendo com se diminuam possíveis vieses do fator idade, considerando que se tenha perda da memória acentuada após os 85 anos.¹⁸ Sobressaiu-se a

escolaridade privilegiada dos idosos, o que difere da média nacional da população brasileira, portanto, todos sabiam ler e escrever adequadamente.¹⁹ Sobre viver sozinhos ou com parentes, ambas as situações podem se definir por maioria feminina, que tende a viuvez e não constituir novos casamentos, também é uma característica de idosos mais jovens.²⁰ Apesar da população característica, exceto pela escolaridade, os profissionais de saúde precisam se preparar para as alterações na mudança do estilo de vida feminino e familiar. Desta forma, torna-se importante constituir atividades que considerem tanto a participação feminina quanto a masculina; idosos de alta escolaridade; e com diferentes composições familiares.²⁰ Como indica a literatura, há diminuição de algumas modalidades da memória durante o processo normal de envelhecimento, incluindo memória episódica e memória de trabalho.²¹ Logo, espera-se que a área cognitiva mais treinada fosse de fato a memória de curto prazo, a atenção e a linguagem, campos estes com maiores queixas subjetivas entre os participantes do grupo, por isto, é preciso que se tenha um preparo especial de associação destas com atividades em grupo, considerando-se o cotidiano, as atualidades, fazendo com que se e que despertem o interesse emocional e social. Diante do crescente na expectativa de vida da população e a prevalência de doenças associadas ao processo de senescência, torna-se importante o seguimento dos idosos sob o ponto de vista cognitivo e funcional pela

enfermeira e equipe multiprofissional, abrangendo a meta de prevenir e/ou minimizar os efeitos degenerativos característicos do envelhecimento, com promoção do bem estar, independência e autonomia.⁶

As pesquisas sobre intervenções cognitivas no Brasil ainda se encontram em estágios iniciais, com poucos estudos investigando o impacto da inclusão de atividades que mimetizam o cotidiano.²² Isto em parte, devido à heterogeneidade da população idosa, comparar grupos com amplas variações, de idade, sexo, estado de saúde, com queixa de memória e/ou humor, num mesmo grupo. Isto limita os estudos capazes de controlar tais variáveis comparando dois ou mais grupos homogêneos, além da ampla variedade de atividades sugeridas e a influência da qualificação profissional.

Outro aspecto influenciador na avaliação da perda de memória em idosos seria a escolaridade. A educação reduz a associação entre a carga patológica e o declínio cognitivo, ou seja, aqueles que possuem mais anos de educação durante a vida tinham risco reduzido de apresentar demência na velhice.²³ Somado a isto, a estimulação de forma mais ampla (física e mental), durante a vida, é proposta para aumentar a reserva cognitiva, permitindo que a função cognitiva se mantenha na velhice, tanto para proteger quanto para retardar o aparecimento das demências.²⁴

A homogeneização dos grupos como indivíduos com escolaridade elevada reforça a hipótese que a alta escolaridade confere importante papel nas habilidades cognitivas dos idosos e pode facilitar o bom desempenho funcional.²⁵ Como observado nos resultados de avaliação da capacidade funcional dos sujeitos do estudo, no Mini Exame do Estado Mental (MEEM), os idosos mantiveram uma estabilização dos resultados. O mesmo se observou no estudo realizado com idosos frequentadores de um ambulatório de Hospital Universitário, os quais mantiveram as medianas, dessa forma, enfatizaram o resultado satisfatório mediante as oficinas realizadas.²⁶

Outro dado interessante neste estudo foi o discreto declínio no desempenho do teste do relógio, este resultado, mesmo que não significativo, pode indicar uma área cognitiva que deva estar fortemente reforçada no planejamento das atividades de modo que este teste avalie as funções executivas, que são responsáveis pelo planejamento e execução de tarefas, algo essencial para que os idosos continuem independentes e autônomos para as atividades de vida diária.²⁷

As atividades voltadas para a compreensão verbal do comando, planejamento, memória visual, habilidade viso-espacial, programação e execução motoras, conhecimento numérico e pensamento abstrato podem ajudar na melhora do teste do relógio.²⁸ Entretanto, em relação as atividades de vida diária, o estudo demonstrou que houve uma estabilização dos resultados, indicando que os idosos continuam independentes e autônomos para as suas atividades, um característica importante de se acompanhar longitudinalmente e de relevância para este estudo, pois indica o benefício maior da intervenção na promoção do bem-estar e da independência e autonomia (capacidade funcional).²⁹

Os idosos selecionados para participação nas oficinas não apresentavam queixa ou teste sugestivo para depressão e assim se manteve após as atividades, outro efeito positivo no estudo. Os estudos sobre o impacto do treino de memória subjetiva nos sintomas depressivos são conflitantes. Alguns estudos relatam que a memória subjetiva pode ser facilmente alterada após o treino e outros demonstram que a melhora objetiva no desempenho de memória não levou a um menor número de queixas.^{30,26}

Cabe ao profissional de saúde acompanhar a percepção do idoso quanto a sua autoavaliação na melhora e participação na oficina de memória (intervenção). Os melhores benefícios declarados foram quanto à interação e a participação, como também indicaram uma melhora na percepção da memória, reforçando a importância das atividades em grupo.

As intervenções com idosos devem de antemão adotar práticas que promovam a saúde e o bem-estar da população idosa, proporcionar longevidade com qualidade de vida. E, mesmo nos idosos que apresentarem processos patológicos ao longo deste caminho, sua inclusão num grupo de seguimento terapêutico e profissional pode proporcionar uma detecção precoce de agravos, juntamente com a intersecção de modelos assistenciais em saúde, algo que se almeja na clínica de enfermagem gerontológica.

CONCLUSÃO

Os participantes das oficinas de estimulação cognitiva apresentaram uma manutenção da capacidade funcional. Assim, a intervenção proposta deve ser disseminada a fim de promover um envelhecimento ativo e saudável.

As linhas de pesquisas voltadas para intervenções de memória para idosos saudáveis no Brasil ainda são temas pouco

abordados. Sugere-se estudos para investigar as queixas de memória associada a outras variáveis, como estado civil, medicamentos, renda familiar e estilo de vida em relação ao seu desempenho cognitivo, como também comparando grupos e tipos de atividades homogêneos.

Destaca-se também a relevância social deste projeto que ao longo de um ano e meio atendeu gratuitamente aos indivíduos, ofereceu atendimento de enfermagem especializado e avaliação multidimensional, como também proporcionou o exercício da formação profissional, em uma abordagem multiprofissional, no contato com a equipe de profissionais, ressaltando à multidimensionalidade do processo de envelhecimento humano.

FINANCIAMENTO

Pesquisa realizada com o apoio financeiro do programa Institucional de Bolsas de Extensão Universitária (IS/PROEX 01/2011 - Edital de Bolsa 2012 e IS/PROEX 01/2013 - Edital de Bolsa 2014) e do Programa de Desenvolvimento Acadêmico Edital do Programa Produtos Estudantis - 2014.

REFERÊNCIAS

1. Teixeira-Fabício A, Lima-Silva TB, Kissaki PT, Vieira MG, Ordonez TN, Oliveira TB et al . Treino cognitivo em adultos maduros e idosos: impacto de estratégias segundo faixas de escolaridade. Psico-USF [Internet]. 2012 Jan/Apr [cited 2014 July 05];17(1):85-95. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v17n1/a10v17n1.pdf>
2. Oliveira CS, Costa SRR, Santos ICL, Lemos CES. Oficina de educação, memória, esquecimento e jogos lúdicos para a terceira idade. Rev Ciênc Ext [Internet]. 2012 [cited 2014 July 05];8(1):8-17. Available from: http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/554/686
3. Carvalho FCR, Neri AL, Yassuda MS. Treino de memória episódica com ênfase em categorização para idosos sem demência e depressão. Psicol Reflex Crit [Internet]. 2010 [cited 2014 July 05];23(2): 317-23 Available from: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v23n2/v23n2a14.pdf>
4. Schneider RH, Marcolin D, Dalacorte RR. Avaliação funcional de idosos. Scientia Medica [Internet]. 2008 Jan/Mar [cited 2014 July 05];18(1): 4-9. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/scientiamedica/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/2090/2806>
5. Pont P, Carroggio M. Programa Anual de Motricidad y Memoria para Personas Mayores. Espanha: Editora Paidotribo; 2013.
6. Santos IB, Gomes L, Matos NM, Vale MS, Santos FB, Cardenas CJ. Oficinas de estimulação cognitiva adaptadas para idosos analfabetos com transtorno cognitivo leve. Rev Bras Enferm [Internet]. 2012 Nov/Dec [cited 2014 July 05];65(6):962-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a12v65n6.pdf>
7. Koch RF, Leite MT, Hildebrandt LM. Concepção de Depressão na Voz de Idosas Participantes de Grupos de Convivência. Revista Contexto e Saúde. [Internet]. 2011 Jan/June [cited 2014 July 05];10(20): 817-20. Available from: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1666/1385>
8. Okamoto IH, Bustamante SEZ. Testes de rastreio para o diagnóstico de demência. In: Bottino CM, Laks J, Blay SL. Demência e transtornos cognitivos em idosos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
9. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research. 1975; 12(3): 189-98.
10. Abreu ID, Forlenza OV, Barros HL. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. Rev Psiquiatr Clín [Internet]. 2005 June [cited 2014 July 05];32(3):131-36. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n3/a05v32n3.pdf>
11. Spector WD, Katz S, Murphy JB, Fulton JP. The hierarchical relationship between activities of daily living and instrumental activities of daily living. Journal of Chronic Diseases, 1987; 40(6): 481-9.
12. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. Arq Neuro-Psiquiatr [Internet]. 1999 [cited 2014 July 05];57(2B):421-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v57n2B/1446.pdf>
13. Geis PP, Rubí MC. Ejercicios de motricidad y memoria para personas mayores. 1 ed. Barcelona: Editora Paidotribo; 2009.
14. Carvalho AFT, Peixoto ERS. Memória na prática da terapia ocupacional e da fonoaudiologia. Rio de Janeiro: Editora Rúbio; 2012.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Caderno de Atenção Básica n. 19. Brasília (DF); 2007
16. Silva TBL, Oliveira ACV, Paulo DLV, Malagutti MP, Danzini VMP, Yassuda MS. Treino cognitivo para idosos baseado em estratégias de categorização e cálculos semelhantes a tarefas do cotidiano. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2011 Mar [cited 2014 July 05];14(1):65-74. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v14n1/a08v14n1.pdf>

17. Polaro SHI, Fideralino JCT, Nunes PAO, Feitosa ES, Gonçalves LHT. Idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos da região metropolitana de Belém-PA. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2012 [cited em 2014 July 05];15(4):777-84. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v15n4/16.pdf>

18. Paula AF, Ribeiro LH, D'Elboux MJ, Guariento ME. Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de geriatria. Rev Bras Clín Médica [Internet]. 2013 July/Sept [cited 2014 Jan 14];11:212-8. Available from:

<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n3/a3767.pdf>

19. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira; 2010 [cited 2013 July 2]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf

20. Camargo MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. Rev Bras Est Pop [Internet]. 2011 [cited 2014 Apr 20];28(1):217-30. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v28n1/a12v28n1>

21. Rabelo LPO, Vieira MA, Caldeira AP, Costa SM. Perfil de idosos internados em um Hospital Universitário. Rev Min Enferm [Internet]. 2010 [cited 2014 July 05];14(3):293. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v13n4/v13n4a05.pdf>

22. Lima AMM, Silva HS, Galhardoni R. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. Interface Comunic Saúde Educ [Internet]. 2010 [cited 2014 July 05];14(35). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/ao3510.pdf>

23. Silva TBL, Oliveira ACV, Paulo DLV, Malagutti MP, Danzini VMP, Yassuda MS. Treino cognitivo para idosos baseado em estratégias de categorização e cálculos semelhantes a tarefas do cotidiano. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2011[cited 2014 July 05];14(1):65-74. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/prc/v19n3/a16v19n3.pdf>

24. Brayne C, Ince PC, Keage HAD, McKeith IG, Matthews FE, Polvikoski T et al. Education, the brain and dementia: neuro protection or compensation? Brain [Internet]. 2010 [cited 2014 July 05]; 133(8) 2210-16. Available from: <http://brain.oxfordjournals.org/content/133/8/2210.full.pdf+html>

25. Meng X, D'arcy C. Education and dementia in the context of the cognitive reserve hypothesis: a systematic review with meta-analyses and qualitative analyses. Plos One [Internet]. 2012 June [cited 2014 July 05]; 7(6): 101-16. Available from:

<http://www.plosone.org/article/abstract?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0038268&representation=PDF>

26. Paula AFM. Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de geriatria. Rev Bras Clin Med [internet]. 2013 [cited 2014 July 05]; 11(3): 212-8. Available from:

<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n3/a3767.pdf>

27. Lira JO, Rugene OT, Mello PCH. Desempenho de idosos em testes específicos: efeito de grupo de estimulação. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2011 [cited 2014 July 05];14(2):209-20. Available from:

<http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbagg/v14n2/v14n2a03.pdf>

28. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Avaliação Cognitiva para Diagnóstico de Demência: Testes de Rastreio [Internet]. 2013 [cited 2014 July 05]. Available from: <http://www.sbggpr.org.br/aulas/testes-de-reastreio.pdf>

29. Cabral RWL, Santos SR, Menezes KDNB, Albuquerque AB, Medeiros AL. Fatores sociais e melhoria da qualidade de vida dos idosos: revisão sistemática. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 May [cited 2014 July 5];7(5):1434-42. Available from:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3952>

30. Brum PS, Forlenzan OV, Yassuda MS. Cognitive training in older adults with mild cognitive impairment. Dement Neuropsychol [Internet]. 2009 June [cited 2014 July 5];3(2):124-31. Available from:

http://demneurology.com.br/detalhe_artigo.asp?id=162

Submissão: 06/07/2014

Aceito: 17/09/2014

Publicado: 01/12/2014

Correspondência

Rosimere Ferreira Santana
Universidade Federal Fluminense
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico
Rua Dr. Celestino 74 / Centro
CEP 24020-091 – Niterói (RJ), Brasil