

Estimulação cognitiva:
Oficinas de Memória
Edvaldo Soares
Aline Murari Ferraz Carlomanho
Luiz Augusto Knafelç Ferreira
Luã Carlos Valle Dantas
Sebastião Marcos Ribeiro de Carvalho

Como citar: SOARES, E. *et al.* Estimulação cognitiva: Oficinas de Memória. *In* : DÁTILLO, G. M. P. D. A.; CORDEIRO, A. P. (org.). **Envelhecimento humano : diferentes olhares.** Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015. p.111-130. DOI: <https://doi.org/10.36311/2015.978-85-7983-693-0.p111-130>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-No comercial-Sin derivados 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

ESTIMULAÇÃO COGNITIVA: OFICINAS DE MEMÓRIA

Edvaldo Soares

Aline Murari Ferraz Carlomanho

Luiz Augusto Knafelç Ferreira

Luã Carlos Valle Dantas

Sebastião Marcos Ribeiro de Carvalho

INTRODUÇÃO

O envelhecimento deve ser entendido como um processo natural de desgaste fisiológico dos sistemas do organismo. Tal desgaste pode ocasionar diminuição das capacidades físicas e um aumento relativo da incapacidade para realização de atividades cotidianas. Com o processo de envelhecimento ocorrem mudanças fisiológicas, sociais/econômicas, psicológicas/emocionais entre outras. Tais mudanças não raras vezes se apresentam acompanhadas de perda de papéis sociais, solidão, perdas afetivas e aumento da vulnerabilidade. Também é característica dessa fase a diminuição da capacidade de recuperação dos efeitos de eventos que desequilibram o organismo (resiliência) e menor plasticidade neural/comportamental (COHEN, 1984; STUART-HAMILTON, 2002; GALHARDO; MARIOSA; TAKATA, 2010).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2000), atualmente nosso país é composto por 194,2 milhões de habitantes, sendo que destes 12,1% são idosos. A expectativa de vida do brasileiro hoje em dia é em média 73,4 anos, o que se comparado com as ultimas quatro décadas indica um aumento de aproximadamente 25 anos em termos de expectativa de vida. Todavia tal aumento da população idosa não implica

em melhorias na qualidade de vida; ou seja, que tal população longeva seja necessariamente uma população saudável. Em função disso surge a necessidade de se criar, o mais rápido possível, políticas sociais eficazes que preparem a sociedade para essa realidade.

Paschoal (2006) afirma que essa longevidade da população é um ganho, uma prova do desenvolvimento e vitória do ser humano em relação adaptabilidade, de certa melhoria das condições de vida da população em geral, porém em relação a isso existem algumas contradições, pois ao mesmo tempo em que a população almeja viver cada vez mais, tem em contrapartida que, anos a mais de vida podem significar também a chegada de dependência, incapacidade e sofrimento. Nessa direção, Spirduso (2005) aponta para o fato de que doenças e estresse ambiental podem acelerar os processos básicos do envelhecimento, o que pode aumentar a vulnerabilidade da pessoa idosa. Com o aumento da vulnerabilidade desses indivíduos e, em função das mudanças em termos de parâmetros familiares, não raramente o idoso é submetido à institucionalização em Instituições de Longa Permanência (ILPI's), mais conhecidas no Brasil como “asilos para idosos” (PERLINI; LEITE; FURINI, 2007).

Segundo Fichman (2005), o fato de que a população mundial vem se tornando cada vez mais longeva traz inúmeras consequências, entre elas as relacionadas ao sistema de saúde pública. Com o crescimento da parcela de anciãos, o aparecimento das demências torna-se cada vez mais freqüente e, devido a isso, nota-se a importância da identificação dos indivíduos que possivelmente desenvolverão quadro demencial, pois, quanto mais cedo for diagnosticada tal possibilidade, mais precocemente se pode iniciar intervenções, o que pode retardar o processo de degeneração/declínio da capacidade cognitiva, proporcionando assim, ao sujeito um prolongamento de sua autonomia e a minimização do nível de estresse de familiares e/ou cuidadores e, é óbvio, do próprio sujeito idoso (CHARCHAT-FICHMAN, 2005; CARAMELLI; BARBOSA, 2002).

Demência pode ser caracterizada como perdas, organicamente causadas, de habilidades intelectuais, suficientemente extensas para interferir no funcionamento social e ocupacional do indivíduo. O declínio cognitivo (DC) decorrente de processos demenciais envolve declínio de memória, julgamento, habilidades de raciocínio abstrato e outras funções

intelectuais superiores. Apesar de a demência estar relacionada a muitas habilidades, a memória é central e, o declínio desta pode ser responsável por grande parte dos declínios em outras habilidades (PLATI et al., 2006; AMARISTA, 2002; HOLMES, 2001).

Segundo critérios do DSM-V (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*), demência pode ser definida como síndrome caracterizada por declínio de memória associado ao prejuízo de pelo menos uma outra função cognitiva (linguagem, gnosis, praxias ou funções executivas) com intensidade suficiente para interferir no desempenho social ou profissional do indivíduo (APA, 2000; 2002). Por memória entendemos o processo pelo qual, experiências anteriores levam à alteração do comportamento. Memória envolve múltiplos sistemas de processamento de informação, os quais dependem do funcionamento de diversas estruturas cerebrais atuando de forma integrada, em maior ou menor grau, conforme o tipo de processamento (HELENE; XAVIER, 2003; SQUIRE; ZOLA-MORGAN, 1991; SQUIRE; KNOLTON, 1995; XAVIER, 1993; WINOCUR; GILBERT, 1984; COHEN, 1984). Assim, se pode afirmar que a memória não é uma única habilidade ou função, mas uma combinação de subsistemas, o que indica a existência de vários tipos de memória (BADDELEY, 2004; 1992; SQUIRE; KANDEL, 2002).

Portanto, o diagnóstico de demência exige o comprometimento de memória, embora essa função possa estar relativamente preservada nas fases iniciais de algumas formas de demência. Inicialmente se observou um declínio da memória recente. Tal quadro pode progredir para o declínio de memória de longo prazo já consolidada, especialmente da memória autobiográfica, ou seja, da história do indivíduo; dos parâmetros pessoais construídos ao longo da vida (IZQUIERDO, 2002; 2004; GALLUCCI; TAMELINI; FORLENZA, 2005).

O conceito de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), do termo original *Mild Cognitive Impairment*, ou Declínio Cognitivo Leve (DCL), foi desenvolvido para compreender as fronteiras entre o envelhecimento saudável e patológico. Define-se DCL como a zona de transição entre o envelhecimento saudável e a demência leve (PETERSEN et al., 2001; CHARCHAT-FICHMAN et al., 2005). O quadro de DCL é caracterizado por dificuldades cognitivas, especialmente de memória, sem que

haja prejuízo social e/ou ocupacional, sendo estas dificuldades não suficientemente graves para diagnosticar demência (PETERSEN et al., 2001). Alguns critérios diagnósticos para DCL incluem o fato de o indivíduo não ser normal e nem demente, apresentando evidência objetiva de declínio cognitivo ou baseado em uma autopercepção de déficit cognitivo combinada a comprometimento cognitivo objetivo e preservação das AVDs, além de atividades instrumentais complexas intactas ou, com mínimo comprometimento (WINBLAD et al., 2004). De acordo com Winblad et al. (2004), o DCL divide-se em três categorias diagnósticas quanto à sua trajetória clínica: DCL amnésico, indicando maior risco de desenvolver DA; DCL com comprometimento leve de múltiplos domínios cognitivos, indicando maior risco de desenvolver outras síndromes demenciais, sendo DA uma trajetória possível; DCL com comprometimento de única função cognitiva, diferente de memória, apontando para maior risco de desenvolver demência fronto-temporal e/ou afasia progressiva primária. Porém, é importante salientar o que Petersen et al. (2001) demonstram: alguns casos de DCL poderiam permanecer estáveis e não evoluir para síndromes demenciais. De acordo com a APA - *American Psychiatric Association*, o termo demência pode ser definido como síndrome caracterizada por declínio de memória associado a déficit de pelo menos uma outra função cognitiva (linguagem, gnosis, praxias ou funções executivas) com intensidade suficiente para causar prejuízo no desempenho social e laborativo (APA, 2000). De acordo com McRae (2001), esse grau de prejuízo funcional é um dos fatores que permite a distinção entre a demência e as queixas de perda de memória associadas ao envelhecimento normal, ou mesmo entre demências e DCL. Nesse sentido, cabe destacar que uma avaliação objetiva do funcionamento cognitivo e do desempenho em AVDs são fundamentais para contribuir com o diagnóstico sindrômico de demência (CARAMELLI; BARBOSA, 2002).

O declínio cognitivo (DC) é uma característica universal nos indivíduos que apresentam diagnóstico de demência, entre os quais a Doença de Alzheimer. A avaliação cognitiva contribui para a identificação precoce de indivíduos que possivelmente evoluirão para a doença a fim de propiciar maior qualidade de vida ou desaceleração da conversão do declínio cognitivo leve para a síndrome demencial através de intervenções terapêu-

ticas (SIMON; RIBEIRO, 2011). Bruscoli e Lovestone (2004) demonstraram em estudo que a taxa de conversão de declínio cognitivo para a doença de Alzheimer é de 10% a 15% ao ano, enquanto pessoas saudáveis apresentam taxa de 1% a 2% ao ano, justificando assim, a importância de intervenções para estes indivíduos. É importante salientar que a prevenção ainda é a melhor escolha a se fazer durante a vida toda, para garantir um envelhecimento sem muitos problemas além do esperado de uma velhice dita normal. Lima e Sangaleti (2010) apontam para que as principais formas de prevenção são o controle de *diabetes mellitus*, evitar o tabagismo, o sedentarismo, o rígido controle da hipertensão entre outros fatores que se devem se tornar hábitos e serem adotados durante a vida, a chance de desenvolver demência se torna menor e mais tardia. Além disso, é de suma importância destacar a necessidade do uso adequado de medicamentos. O uso de determinadas substâncias causa déficit cognitivo; porém essas alterações quando são exclusivamente ligadas ao uso desses medicamentos, são potencialmente reversíveis. Entre as drogas relacionadas a esse distúrbio se destacam alguns psicotrópicos como, por exemplo, antidepressivos tricíclicos, antipsicóticos, benzodiazepínicos, anti-hipertensivos, diuréticos, anticonvulsivantes, anti-histamínicos entre outros, e alguns analgésicos narcóticos como por exemplo, levodopa, antiparkinsonianos, drogas cardiovasculares, cimetidina, entre outros (CUNHA et al, 2006; MAINERI et al, 2007). Uma atenção especial deve ser disponibilizada à idosos institucionalizados, pois grande parte deles estão expostos a polimedicação, que muitas vezes é prescrita por médicos não psiquiatras devido a escassa presença deles em ILPI's, além de aproximadamente 60% dos idosos institucionalizados estarem expostos ao uso de psicotrópicos e neuroleptocos, o que a literatura vem nos mostrando que aumenta a taxa de mortalidade entre os idosos (LUCCHETTI et al, 2010).

AValiação Cognitiva

Na maior parte dos casos, se não em todos, o indicado seria proceder uma avaliação neuropsicológica do idoso objetivando a identificação do declínio da capacidade cognitiva. Tal avaliação também contribui para a identificação de áreas cerebrais que apresentam alterações neurológicas, norteando assim as melhores estratégias a serem adotadas durante a in-

tervenção a ser realizada por profissionais capacitados para a reabilitação, entre os quais o terapeuta ocupacional. Salientamos que, para a identificação de quadros demenciais, há a necessidade, antes de mais nada, de um diagnóstico de declínio intelectual quando comparado ao estado preliminar da pessoa. Para tanto é fundamental que seja feita uma avaliação centrada nas funções cognitivas do indivíduo. Nesse sentido, é importante esclarecer que, na faixa etária que antecede a velhice (antes dos 65 anos), o principal sintoma do provável início de um processo demencial está relacionado a distúrbios de linguagem. Algumas consequências das demências em geral são diminuição da memória, do estado cognitivo, na linguagem e também no que diz respeito à mobilidade e execução de tarefas, o que está diretamente relacionada ao convívio social, a autonomia e ao desempenho profissional (ZANINI, 2010; APA, 2000).

A literatura aponta para o fato de que a memória é a função cognitiva que, ao apresentar déficit, pode indicar sintomas de um possível início de demência. Por isso, conhecê-la e diferenciar os lapsos de memória decorrentes um envelhecimento normal ou de outros eventos, como por exemplo, o stress/ansiedade ou depressão, torna-se imprescindível para o diagnóstico precoce de demência. O envelhecimento, por si só, proporciona uma lentificação de todas as funções cognitivas, principalmente a memória. O tipo de memória mais comprometida pelo envelhecimento é a memória de trabalho, o que faz com que a prática de atividades que necessite de processamento de informações se torne cada vez mais complicada para o idoso. Tal comprometimento, por exemplo, faz com que o aprendizado de novos conceitos se torna cada vez mais difícil e escasso. Isso não significa que, o envelhecimento impede que novos conhecimentos sejam aprendidos. Por exemplo, o vocabulário só tende a aumentar com o avanço da idade (COSENZA, 2005). Nesse sentido, Cosenza (2005) indica que quando comparamos a memória não-verbal da memória verbal, a primeira costuma ser mais afetada do que a outra. A mesma coisa acontece quando comparamos a memória explícita com a implícita, a última sofre menos efeito negativo do que a explícita. No processo de envelhecimento, a memória episódica é mais comprometida do que a memória semântica e, a memória remota é certamente mais preservada do que a memória recente, principalmente em idosos que apresentam demência. Uma boa forma

de retardar esse quadro de declínio da memória é, conforme a literatura, manter-se sempre em bom estado de saúde, realizar sempre atividades físicas e ter um alto nível educacional.

Pessoas demenciadas possuem um declínio com maior ênfase na memória, porém, a maior parte das funções cognitivas estão prejudicadas (COSENZA, 2005; GURGEL; SISTO, 2010). Ainda em relação à memória, é importante destacar novamente a importância de se fazer um rastreamento de declínio cognitivo a partir da aplicação de testes por profissionais da saúde que tenham conhecimento adequado para tal. Tais instrumentos são úteis à distinção entre o envelhecimento normal e o envelhecimento patológico e, assim, possibilitam, por exemplo, ponderar se o desempenho cognitivo está dentro da normalidade esperada para um sujeito com determinado nível de escolaridade, idade, entre outras variáveis. Caso o rastreamento inicial indique declínio cognitivo, é indicado se fazer uma avaliação cognitiva, que é uma avaliação profunda de funções cognitivas, mediante a aplicação de testes psicológicos específicos (YASSUDA; ABREU, 2006).

O termo “sintomas psicológicos e comportamentais nas demências” refere-se ao conjunto de sintomas e sinais relacionados a transtornos da percepção, do conteúdo do pensamento, do humor ou do comportamento que ocorrem freqüentemente pacientes com demência (TAVARES, 2007, p. 361). A identificação dos sintomas psicológicos relacionados às capacidades cognitivas se faz de modo geral, inicialmente, mediante diálogos (anamnese) com o próprio paciente e/ou com pessoas as quais convivem diariamente com essas pessoas. Nesses “diálogos” devem ser investigados alguns aspectos relacionados, por exemplo ao estado de humor do indivíduo, de forma a identificar a presença de ansiedade e/ou humor depressivo. Também a existência de outras patologias e a utilização de medicamentos é essencial. É importante a identificação dos fatores comportamentais, entre os quais a presença de agitação, inadequação social, insônia ou hipersônia (TAVARES, 2007). Caramelli e Bottino (2007) apontam que os sintomas psicológicos e comportamentais presentes nas demências (SPCD) não necessariamente estão relacionados com o grau do declínio cognitivo. Durante a fase inicial da demência os transtornos afetivos são sobressalentes, o que deixa de aparecer com o avanço do declínio. Outros comportamentos apresentados durante fases iniciais são irritabilidade e de-

sinibição. Na fase moderada se dá a apresentação de ansiedade e agitação. O fato que marca a fase avançada é o comprometimento motor. A presença dos SPCD proporciona grande pesar, tanto para o próprio paciente, quanto para familiares. Os SPCD possivelmente são mais avassaladores do que os próprios sintomas cognitivos e são os principais geradores de dependência do idoso. Os SPCD proporcionam maior sofrimento, dificuldade em termos de capacidade de adaptação da família e mudança no orçamento familiar. Tais fatores proporcionam uma maior frequência em termos de institucionalização do idoso.

ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

No que diz respeito ao tratamento/terapia, deve-se salientar a importância dos tratamentos não-farmacológicos, os quais incluem oficinas de memória, adaptações ambientais, introdução de uma rotina elaborada especificamente ao paciente, atividade física. Tais procedimentos terapêuticos devem objetivar sempre, promover o máximo de autonomia e independência ao idoso. Porém, não existe um plano de tratamento fixo para todos os pacientes; pois cada sujeito tem um curso de progressão da patologia diferenciado, dinâmicas familiares difusas, histórias e aptidões diferenciadas; além do que, as alterações, tanto relacionadas ao comportamento, quanto ao aspecto cognitivo se diferenciarem muito de caso para caso, o que torna fundamental a intervenção focada no sujeito-indivíduo (ENGELHARDT et al., 2005; SOARES, 2010).

A intervenção mediante a estimulação cognitiva tem como objetivo estimular as diversas funções cognitivas do sujeito (memória, atenção, linguagem, etc), procurando alcançar o desempenho máximo do paciente e, assim, tornar mínima a confusão mental, o que melhora nitidamente a qualidade de vida dessa pessoa. Essa melhoria da qualidade de vida está relacionada diretamente ao fato de que esta estimulação pode auxiliar o indivíduo a ter uma vida mais autônoma, independente e feliz, pois uma disfunção cognitiva altera toda a vida do paciente, em todas as esferas sociais freqüentadas por essa pessoa. Esse tipo de reabilitação, quando se trata de indivíduo demenciado, deve ser utilizado conjuntamente ao tratamento farmacológico, pois esse tipo de intervenção tem a capacidade de tornar

o efeito dos fármacos mais rápida e maior, o que proporciona ao paciente uma melhora não só na cognição, mas também na qualidade de vida. Nesse tipo de reabilitação, algumas técnicas são utilizadas para melhorar ou manter a capacidade cognitiva, entre elas o treinamento cognitivo, alterações ambientais em locais onde o idoso convive, acompanhamento para cuidadores, entre outros. A participação do paciente em todos os passos, desde a escolha das estratégias até a implantação das técnicas é extremamente importante, pois isso o ajuda a lembrar e compreender mais fácil. Se ele realizar tudo isso no ambiente em que a atividade será realmente posteriormente realizada, tudo se tornará mais fácil a ele.

É importante lembrar que o tratamento deve ser adaptado para que possa atender as necessidades do sujeito (ABREU; TAMAI, 2006). Para realizar a estimulação cognitiva, algumas técnicas são utilizadas, entre elas estratégias compensatórias onde são utilizadas habilidades que ainda estão preservadas para substituir habilidades danificadas, nesse caso algumas ajudas externas são utilizadas, como exemplo agendas, calendários, cartazes entre outros. Outra forma de estímulo que pode ser utilizado é a terapia de orientação da realidade (OR), através da qual a realidade é reapresentada ao sujeito da forma mais organizada e sequencial possível, onde os estímulos ambientais auxiliaram o sujeito a lembrar. Também muito utilizada é a terapia de reminiscências, na qual são utilizadas fotos antigas, recortes de jornais/revistas, objetos antigos, música entre outros recursos para estimular informações antigas, o que gera maior interação social, aumento da auto-estima e um momento de lazer a eles. Por último, é de fundamental importância a orientação à familiares e cuidadores sobre o curso da doença, cuidados que devem ser tomados, como eles devem ser estimulados, além de ajudar esse cuidador a lidar com a sobrecarga causada pelo transtorno de cuidar de uma pessoa com demência, entre outros. Como esses atendimentos à família geralmente são realizados em grupo, torna-se possível a troca de experiências, o que é extremamente importante para esses cuidadores que estão imensamente estafados (ABREU; TAMAI, 2006; BOTTINO, 2002).

No que diz respeito à eficácia da estimulação cognitiva, vários estudos corroboram que é uma das formas mais eficazes de tratamento/estagnação do quadro de declínio cognitivo, o que tem como base a plas-

tividade cognitiva. Segundo Bottino (2002), quanto utilizada essa técnica juntamente com os fármacos, além de potencializar e acelerar a eficácia destes, também auxilia na estabilização do quadro demencial, algumas vezes possibilitando até uma pequena evolução positiva quando relacionadas á áreas cognitivas e funcionais.

Outro ponto a ser considerado é que o acompanhamento, suporte às famílias altera o nível de estresse e sobrecarga sofridos por ele, o que gera um maior bem-estar e melhor convívio dessa pessoa com o paciente. Estudos apontam para a importância da estimulação cognitiva para a prevenção/melhora da depressão, o que é fundamental, visto que sintomas depressivos podem estar relacionados ao aparecimento/agravamento de quadros demenciais. Outro fator positivo relacionado às estratégias de estimulação cognitiva se deve ao fato que a maior delas são feitas em grupo, o que estimula o convívio social e pode melhorar episódios relacionados aos transtorno de humor, como por exemplo a depressão e a ansiedade (PIRES, 2008; APÓSTOLO; ROSA; CASTRO, 2011; TAVARES, 2007; GONÇALVES, 2007; RAES, WILLIAMS, HERMANS, 2009; NIU et al., 2010).

OFICINAS DE MEMÓRIA

Em termos de prevenção, acredita-se que o estímulo para um bom funcionamento mental, físico e social configura-se como princípio para a promoção de saúde de idosos e, conseqüentemente, de prevenção às demências, graves ou leves. Nesse sentido, atividades mentais funcionam como um fator de proteção às funções cognitivas. É nesse contexto que se insere a proposta de aplicação de atividades voltadas à reabilitação cognitiva, as quais em linhas gerais, são atividades que envolvem o estudo da memória, suas características e os fatores que atuam sobre ela. São discutidas e vivenciadas estratégias que mantêm e ampliam as funções mentais. As oficinas de memória desenvolvidas pelo Laboratório de Neurociência Cognitiva – LaNeC da Faculdade de Filosofia e Ciências Unesp de Marília SP, são desenvolvidas junto a dois grupos:

Grupo 1	Grupo 2
Idosos Matriculados na UNATI (Universidade da Terceira Idade) da FFC – Unesp – Marília	Idosos Institucionalizados (Sociedade São Vicente de Paulo)

Em relação ao primeiro grupo é importante esclarecer que a Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI), vinculada à Pró-Reitoria de Extensão Universitária (PROEX), oferece diferentes oportunidades de atividades. Na cidade de Marília, a UNATI iniciou suas atividades no ano de 1995, oferecendo inicialmente 40 vagas anuais. As matrículas são realizadas no início de cada ano letivo. Inserida na problemática que o idoso enfrenta atualmente, o Programa UNATI da Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP – Marília SP tem como objetivo principal proporcionar condições para a integração social e acadêmica do participante, mediante a participação nas atividades programadas e a convivência com os diversos segmentos da comunidade acadêmica. A UNATI conta atualmente com 60 alunos, de ambos os gêneros, com a idade variando de 55 à 93 anos, aos quais são oferecidas atividades diversas, tais como: palestras, cursos, atividades de integração social, atividades culturais, atividades físicas, e oficinas de leitura, cinema, teatro, línguas e, oficinas de memória. (Figuras 1 e 2).



Figura 1: Palestras Unati – Marília



Figura 2: Apresentação dos participantes das oficinas de teatro e de leitura da Unati – 2012

Os idosos institucionalizados são residentes no Lar São Vicente de Paulo, uma ILPI localizada na cidade de Marília SP, onde é desenvolvido, desde 2006, o projeto de extensão “Memória e Envelhecimento Humano”. Tal projeto também está vinculado ao LaNeC. A proposta desse projeto surgiu da necessidade de uma maior reflexão acerca da situação do idoso institucionalizado e da urgência em capacitar profissionais para atuar com esta população. Os objetivos do referido projeto são: 1) Estudar aspectos relacionados à memória e ao envelhecimento em idosos internos em instituições de longa permanência; 2) capacitar profissionais de diversas áreas para a atuação, em termos preventivos e 3) elaborar e aplicar programas preventivos aos quadros demenciais, mediante principalmente a execução de oficinas. Assim, as atividades desenvolvidas relacionam-se à saúde mental do idoso e objetivam desenvolver e aplicar atividades preventivas e de lazer (Figuras 3 e 4).



Figura 3: Aplicação de atividades práticas – oficinas de memória – Projeto Memória e Envelhecimento Humano – Lar São Vicente de Paulo.



Figura 4: Atividades Práticas – Oficinas de Memória – Lar São Vicente de Paulo – 2012.

Participam atualmente do projeto de extensão vinculado à UNESP “Memória e Envelhecimento”, onde as intervenções realizadas tem como foco a memória, cerca de 10 alunos provenientes dos cursos de Terapia Ocupacional e Fisioterapia. São atendidos cerca de 70 idosos, os

quais podem assim ser caracterizados: Em termos de faixa etária 70,8% tem idade entre 60 e 80 anos. A maioria dos internos é oriunda do sudeste (61,6%) e do nordeste (14,6%) do país. Em relação ao estado civil prevalece o número de declarados solteiros (47,3%) e de viúvos (36,9%). Do total, somente 21,5% declaram ter filho(s). No que se refere ao recebimento de visitas, 60,2% do total dos idosos não recebem qualquer tipo de visitas. No tocante à escolaridade, há a predominância de analfabetos (72,2%). Em termos de saúde geral, observou-se que 63,6% dos idosos sofrem de hipertensão; 8,60% são diabéticos, 18,9% são portadores de alguma patologia cardíaca e 29,2% tem capacidade funcional severamente prejudicada. Em relação às hiperplasias malignas, detectamos cerca de 6,8% e igual número foi detectado para os casos de AVE. Quanto à saúde mental, observou-se que cerca de 15,4% apresentam diagnóstico fechado de Parkinson e 4,3% de Alzheimer. Observa-se ainda que cerca de 36,9% dos idosos pesquisados apresentam algum grau de depressão ou algum tipo de quadro psicótico (especialmente ansiedade e quadros de esquizofrenia). Dessa forma, da população total de idosos da ILPI, poucos tem condições de saúde para participarem das oficinas de memória.

As oficinas de memória, desenvolvidas em ambos os grupos se fundamenta nos seguintes pressupostos: 1) a capacidade cognitiva pressupõe inúmeras funções, tais como: atenção, memória de curta e de longa duração; memória de trabalho, linguagem, funções executivas, raciocínio lógico, etc (CHARCHAT-FICHMAN et al., 2005; PETERSEN et al., 2001); 2) nem todas essas funções sofrem declínio com o envelhecimento usual, ou seja, sem indicativo de demências (SCHUPF et al., 2004); 3) o declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento não necessariamente indica a instalação de quadros demenciais (WOODRUF-PAK, 1997); 4) Indivíduos que apresentam declínio cognitivo leve podem ter o quadro estacionado ou mesmo regredido mediante procedimentos de reabilitação cognitiva e tratamento farmacológico (DONOSO; BEHNENS; VEREGAS, 2003); 5) Inúmeras são as possíveis causas de declínio cognitivo. Entre as possíveis causas podemos citar os transtornos de humor, mais especificamente ansiedade e depressão (HAMDAN; BUENO, 2005; BUSSE et al., 2003; COLLIE; MARUFF, 2000; CHAVES; IZQUIERDO, 1992).

De forma geral, o objetivo das oficinas de memória é estabelecer um planejamento de intervenção dentro que prevê a estimulação da memória através de oficinas de convivência, vivências, dinâmicas de grupos, e diversas atividades que estimulem o raciocínio, atenção, concentração e demais funções cognitivas determinantes para o funcionamento adequado da memória.

O desenvolvimento do projeto se dá a partir de três eixos/ estratégias de ação: 1) Atividades voltadas à Formação; 2) Atividades voltadas à educação/ orientação e, 3) Atividades Práticas. As referidas atividades são assim caracterizadas: **1)** Em relação às atividades de formação são aplicadas junto ao Laboratório de Neurociência Cognitiva – LaNeC as seguintes atividades: a) Treinamento, mediante oferecimento de mini-cursos, de equipes para planejamento e aplicação de oficinas, realização de entrevistas, aplicação de testes/protocolos. **2)** As atividades de educação/ orientação objetivam oferecer aos usuários atendidos pelo projeto (idosos) informações acerca da manutenção da saúde mental, visando prevenir o declínio da capacidade cognitiva. Entre os temas abordados em tais atividades destacam-se: 1) Envelhecimento Humano; 2) Memória; 3) Plasticidade Mental; 4) Demências; 5) Depressão e Ansiedade; 6) Cuidados com a Saúde (estilo de vida, atividades físicas, etc.). **3)** As atividades práticas a serem desenvolvidas, centradas na perspectiva da reabilitação cognitiva, objetivam preservar/ melhorar a capacidade cognitiva dos sujeitos participantes das oficinas. Tais atividades serão previamente discutidas e elaboradas com a equipe participante do projeto, levando-se em consideração as necessidades e o contexto dos sujeitos atendidos.

Constituem, em linhas gerais atividades coletivas e individuais que envolvem: 1) Interação social mediante dinâmicas de grupo; 2) Jogos; 3) Apresentação de filmes e discussão dos mesmos; 4) Atividades manuais, etc. Os encontros práticos e de orientação tem duração prevista de 2 (duas) horas e são realizados semanalmente.

CONCLUSÃO

Populações idosas estão mais sujeitas ao declínio cognitivo, contribuindo assim para uma piora no estado de saúde geral do idoso. O declínio cognitivo (DC) decorrente de processos demenciais envolve declínio

de memória, julgamento, habilidades de raciocínio abstrato e outras funções intelectuais superiores.

Quanto precocemente detectado, o que pode ser feito através de um rastreio cognitivo e posteriormente uma avaliação cognitiva, imediatamente podem-se começar as intervenções terapêuticas como estimulação cognitiva, que visam estabilizar o quadro e quando possível, reverter a situação, mesmo que minimamente.

Considerando ainda que o aparecimento de declínio cognitivo em idosos como indicativo para o desenvolvimento de quadros demenciais, se faz necessário o desenvolvimento e aplicação de estratégias curativas e preventivas. Assim considerando de fundamental importância o desenvolvimento de atividades voltadas à reabilitação cognitiva em idosos.

Por fim, gostaríamos de reforçar a necessidade da elaboração de políticas públicas voltadas à população idosa. Tais políticas, para que sejam consistentes e coerentes, devem ser elaboradas e aplicadas a partir da realidade histórica e cultural do idoso. Esta mesma linha de raciocínio é fundamental para a elaboração de programas e atividades preventivas, bem como à elaboração de estratégias de intervenção e reabilitação cognitiva voltadas à população idosa. Não há como recuperar a memória e a auto-estima de indivíduos que as perderam e/ou são obrigados a abrir mão dos seus laços em sentido lato.

Iniciativas como a UNATI e as ações do LaNeC, são exemplos de serviços que visam favorecer ao cidadão idoso e auxiliá-lo no enfrentamento dos obstáculos que surgem junto do processo de envelhecimento. No curto período de tempo de existência desses serviços, centenas de pessoas já foram beneficiadas pelas ações desenvolvidas. O sucesso de iniciativas como essas, as tornam um verdadeiro modelo a ser seguido.

REFERÊNCIAS

ABREU, V. P. S.; TAMAI, S. A. B. Reabilitação cognitiva em gerontologia. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

AMARISTA, F. J. Demência. *Gaceta Médica de Caracas*, v. 110, n. 3, p. 310-317, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2000.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV-TRTM*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

APÓSTOLO, J.; ROSA, A.; CASTRO, I. Cognitive stimulation in elderly. *The Journal of the Alzheimer's Association*, v. 4, n. 7, p. 440-441, 2011.

BADDELEY, A. D. Memory theory and memory therapy. In: WILSON, B. A.; MOFFAT, N. (Ed.). *Clinical management of memory problems*. 2nd ed. London: Chapman & Hall, 1992.

BADDELEY, A. D. The psychology of memory. In: BADDELEY, A. D.; KOPELMAN, M. D.; WILSON, B. A. (Ed.). *The essential handbook of memory disorders for clinicians*. Chichester: Wiley, 2004.

BOTTINO, C. M. C. Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: relato de trabalho em equipe multidisciplinar. *Arq Neuropsiquiatr*, v. 60, n. 1, p. 70-79, 2002.

BUSSE, A. et. al. Subclassifications for mild cognitive impairment: prevalence and predictive validity. *Psychological Medicine*, n. 33, p. 1029-1038, 2003.

BRUSCOLI, M.; LOVESTONE, S. Is MCI really just early dementia? a systematic review of conversion studies. *International Psychogeriatrics*, v. 16, n. 2, p. 129-40, 2004.

CARAMELLI, P.; BARBOSA, M. T. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, n. 24, p. 7-10, 2002.

CARAMELLI, P.; BOTTINO, C. M. C. Tratando os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD), *Jornal brasileiro de psiquiatria*, Belo Horizonte, v. 56, n. 2, p. 83-87, 2007.

COHEN, N. J. Preserved learning capacity on amnesia: evidence for multiple memory systems. In: SQUIRE, L. R.; BUTTERS, N. (Ed.). *The neuropsychology of memory*. New York: Guilford Press, 1984.

COLLIE, A.; MARUFF, P. The neuropsychology of preclinical Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, n. 24, p. 365-374, 2000.

COSENZA, R. M. Memória e suas alterações no envelhecimento normal e patológico. In: TAVARES, A. *Compêndio de neuropsiquiatria geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 145-156, 2005.

CUNHA, U. G. V. et al. Depressão e demência: diagnóstico diferencial. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CHARCHAT-FICHMAN, H. et al. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, n. 12, p. 79-82, 2005.

CHAVES, M. L. F.; IZQUIERDO, I. Differential diagnosis between dementia and depression: a study of efficiency increment. *Acta Neurologica Scandinavica*, n. 85, p. 378-382, 1992.

DONOSO, A.; BEHNENS, M. I.; VEREGAS, P. Deterioro cognitivo leve: seguimiento de 10 casos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, v. 41, n. 2, p. 117-122, 2003.

ENGELHARDT, E. et al. Tratamento da doença de Alzheimer: recomendações e sugestões do departamento científico de neurologia cognitiva e do envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arq. de Neuropsiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 63, n. 4, p. 1104-1112, 2005.

FICHMAN, H. C. et al. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 79-82, 2005.

GALHARDO, V. A. C.; MARIOSA, M. A. S.; TAKATA, J. P. I. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 16-21, 2010.

GALLUCCI, N. J.; TAMELINI, M. G.; FORLENZA, O. V. Diagnóstico diferencial das demências. *Rev. Psiq. Clín.*, v. 32, n. 3, p. 119-130, 2005.

GONÇALVES, C. *Estimulação e promoção de memórias autobiográficas específicas como metodologia de diminuição de sintomatologia depressiva em pessoas idosas*. 2007 Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade do Minho, Braga, Portugal, 2007.

GURGEL, M. G. A.; SISTO, F. F. Estudo correlacional entre inteligência e memória em idosos. *Avaliação Psicológica*, v. 2, n. 9, p. 163-172, 2010.

HAMDAN, A. C.; BUENO, O. F. A. Relações entre controle executivo e memória episódica verbal no comprometimento cognitivo leve e na demência tipo Alzheimer. *Estudos de Psicologia*, v. 10, n. 1, p. 63-71, 2005.

HELENE, A. F.; XAVIER, G. F. A construção da atenção a partir da memória. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 12-20, 2003. Suplemento II.

HOLMES, D. S. *Psicologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil*. Rio de Janeiro:[s.n.], 2000.

- IZQUIERDO, I. *Memória*. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- IZQUIERDO, I. *Questões sobre a memória*. São Leopoldo: Unisinos, 2004.
- LAKS, J. O que há de tão especial em ter 65 anos? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 7, p. 341-343, 1995.
- LIMA, A. M. M.; SANGALETI, C. T. *Cuidar do idoso em casa*. São Paulo: UNESP, 2010.
- LUCCHETTI, G. et al. Fatores associados ao uso de psicofármacos em idosos asilados. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, v. 32, n. 2, p. 38-43, 2010.
- MAINERI, N. L. et al. Fatores de risco para doença cerebrovascular e função cognitiva em idosos. *Arq. Bras. Cardiol*, v. 89, n. 3, p. 158-162, 2007.
- McRAE, T. D. Avaliação e tratamento do delirium e da demência . In: REICHEL, W. (Ed). *Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 154-164, 2001.
- NIU, X. et al. Cognitive stimulation therapy in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, v. 24, n. 12, p. 1102-1111, 2010.
- PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- PERLINI, N. M. O. G.; LEITE, M. T.; FURINI, A.C. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 229-236, 2007.
- PETERSEN, R. C. et al. Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, v. 56, n. 9, p. 1133-42, 2001.
- PETERSEN, R. C. et al. Current concepts in Mild Cognitive Impairment. *Archives of Neurology*, n. 58, p. 1985-1992, 2001
- PIRES, C. S. T. *Efeitos dos videojogos nas funções cognitivas da pessoa idosa*. Dissertação (Mestrado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2008.
- PLATI, M. C. F. et al. Sintomas depressivos e desempenho cognitivo nos idosos: relações entre institucionalização e realização de atividades. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 118-121, 2006.
- RAES, F.; WILLIAMS, J.; HERMANS, D. Reducing cognitive vulnerability to depression: a preliminary investigation of memory specificity training (MEST)

- in inpatients with depressive symptomatology. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, v. 40 n. 1, p. 24-38, 2009.
- SIMON, S. S.; RIBEIRO, M. P. O. Comprometimento cognitivo leve e reabilitação neuropsicológica. *Revista de Psiquiatria*, v. 20, n. 1, p. 93-122, 2011.
- SOARES, E. et al. Projeto Memória e Envelhecimento: capacitando profissionais e aprimorando aspectos cognitivos em idosos institucionalizados. *Rev. Bras. de Ciência do Envelhecimento Humano*, v. 7, n. 1, p. 62-73, jan./abr. 2010.
- SCHUPF, N. et al. Preservation of cognitive and functional ability as markers of longevity. *Neurobiology of Aging*, n. 25, p. 1231-1240, 2004.
- SPIRDUSO, W. W. *Dimensões físicas do envelhecimento*. Barueri: Manole, 2005.
- SQUIRE, L. R.; KANDEL, E. R. *Memória: da mente às moléculas*. Porto: Porto Editora, 2002. p. 240.
- SQUIRE, L. R.; KNOLTON, B. J. Memory, hippocampus and brain systems. In: GAZZANIGA, M. S. *The cognitive neuroscience*. Cambridge: Bradford Book, 1995. p. 825-837.
- SQUIRE, L. R.; ZOLA-MORGAN, S. The medial temporal lobe memory system. *Science*, v. 253, n. 5026, p. 1380-1386, 1991.
- STUART-HAMILTON, I. *A psicologia do envelhecimento: uma introdução*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- TAVARES, L. *Programas de estimulação em idosos institucionalizados: efeitos da prática de atividades cognitivas e atividades físicas*. 2007. 215 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.
- WINBLAD, B. et al. Mild cognitive impairment-beyond controversies, towards a consensus: report of International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *Journal of Internal Medicine*, v. 256, n. 3, p. 240-6, 2004.
- WINOCUR, G.; GILBERT, M. The hippocampus, context, and information processing. *Behavioral and Neural Biology*, v. 40, p. 27-43, 1984.
- WOODRUF-PAK, D. *The neuropsychology of aging*. Malden: Blackwell, 1997.
- XAVIER, G. F. A modularidade da memória e o sistema nervoso. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 4, n. 1 / 2, p. 61-112, 1993.
- YASSUDA, M. S.; ABREU, V. P. S. Avaliação cognitiva. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2006.
- ZANINI, R. S. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. *Rev. Neurociências, Florianópolis*, v. 18, n. 2, p. 220-226, 2010.