



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
TERAPIA OCUPACIONAL

PALOMA OLIVEIRA DE ASSIS

**Caracterização das oficinas de estimulação cognitiva  
existentes no Distrito Federal.**

BRASÍLIA  
2013

PALOMA OLIVEIRA DE ASSIS

**Caracterização das oficinas de estimulação cognitiva  
existentes no Distrito Federal.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia como  
requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em  
Terapia Ocupacional.

Professora Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ms<sup>a</sup> Carolina Becker  
Bueno de Abreu.

Professora Co-Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Kátia Vanessa  
Pinto de Meneses

BRASÍLIA  
2013

ASSIS, Paloma Oliveira.

Caracterização das oficinas de estimulação cognitiva existentes no Distrito Federal/ Paloma Oliveira de Assis. – Brasília: Universidade de Brasília, 2013.

45f. : il.

Monografia (Bacharelado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia.

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Ms<sup>a</sup> Carolina Becker Bueno de Abreu.

Co-orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>a</sup> Kátia Vanessa Pinto de Meneses

1. Idosos, 2. Oficinas de estimulação cognitiva, 3. Instituições e associações de idosos.

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Assinatura:

Data:

Comitê de ética da FS-UnB

Protocolo nº: 200/13

Data: 27/08/2013

PALOMA OLIVEIRA DE ASSIS

**Caracterização das oficinas de estimulação cognitiva existentes no Distrito Federal.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade de Brasília – UnB – Faculdade de  
Ceilândia como requisito parcial para obtenção do  
título de bacharel em Terapia Ocupacional.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Ms. Carolina Becker Bueno de Abreu  
Universidade de Brasília

---

Prof. Ms. Letícia Meda Vendrusculo Fangel  
Universidade de Brasília

---

Prof. Dra. Paula Giovana Furlan  
Universidade de Brasília

Brasília, \_\_\_\_\_ de Novembro de 2013.

*Dedico este trabalho aos idosos que passaram pela minha vida e deixaram sua marca, eles me ajudaram a ser quem sou hoje, e por eles escrevo esse trabalho.*

*Dedico também a todas as pessoas que me auxiliaram em todos os momentos, me ajudando tanto com palavras e com carinho, dedico especialmente, ao meu Pai Agnaldo, a minha mãe Rosângela, aos meus irmãos Pâmela e Otávio, as minhas amigas da UnB, e ao meu namorado Wesley.*

## **AGRADECIMENTOS**

Muitos sonhos na minha vida estão se tornando reais, através de muito esforço, luta, perseverança e fé. Os caminhos que a vida traça não são os mais suaves, mas podem ser doces se tudo for feito com amor.

Agradeço a Deus, por tudo que fazes na minha vida, principalmente por ter me concedido a oportunidade de cursar esse curso que tanto amo.

Agradeço a minha família, principalmente ao meu pai, a minha mãe e ao Wesley, pois eles me deram suporte durante todo esse trajeto na UnB.

Agradeço aos amigos e colegas da faculdade, especialmente, Vanessa, Mariana, Adrielle, Amanda, Karoline, Laura e Tayane, por estarem comigo em todo esse trajeto.

Agradeço a todos os professores que ajudaram na minha formação, especialmente a professora Josenaide dos Santos,

Agradeço a professora Carolina Becker, por ter me inspirado durante todo o curso e por aceitar orientar esse trabalho.

Agradeço a professora Kátia Meneses, por ter me dado a oportunidade de trabalhar no Projeto TO Clicando e por aceitar me co-orientar nesse trabalho.

Agradeço a professora Letícia Meda e a professora Paula Furlan por aceitarem avaliar esse trabalho.

Muito Obrigada.

## RESUMO

ASSIS, P. O. **Caracterização das oficinas de estimulação cognitiva existentes no Distrito Federal**. 2013. 45f. Monografia (Graduação) – Universidade de Brasília, Graduação em Terapia Ocupacional, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2013.

**Introdução:** O processo de envelhecimento pode ser acompanhado pelo declínio das funções físicas e cognitivas. Estratégias de promoção da saúde como oficinas de estimulação cognitiva são utilizadas por profissionais de saúde com objetivo de manter ou melhorar o desempenho cognitivo. **Objetivos:** Conhecer as características das oficinas de estimulação cognitiva para idosos no Distrito Federal, identificando o perfil profissional de quem coordena a oficina, o público alvo, os recursos financeiros, a estrutura das oficinas, e a percepção dos profissionais sobre as oficinas de estimulação cognitiva. **Metodologia:** O presente trabalho trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa. Os dados foram coletados a partir de um questionário semiestruturado elaborado pelas pesquisadoras, de modo que contemplasse todos os objetivos. Os dados das questões fechadas foram analisados usando o método de análise estatística descritiva; e os dados referentes às questões abertas foram analisados através do método de análise de conteúdo. **Resultados:** A maior parte dos locais que oferecem as oficinas são filantrópicas e a maior parte dos profissionais que coordenam estas oficinas são terapeutas ocupacionais, estudantes de terapia ocupacional e pessoas sem formação específica para coordenar as oficinas. No que diz respeito à estrutura das oficinas, todas as oficinas oferecem estimulação cognitiva para diferentes funções cognitivas, a maioria gratuitas, com grupos contínuos e abertos, e todos são realizados pelo menos uma vez na semana. Todos os profissionais utilizam bases teóricas para escolher as oficinas e os materiais de papelaria são os mais utilizados para a confecção dos recursos. Todos os profissionais percebem melhora na saúde e qualidade de vida dos idosos, principalmente na interação social e no desempenho cognitivo. **Conclusão:** As oficinas de estimulação cognitiva, ainda se mostram em fase de consolidação no Distrito Federal. A participação em programas de estimulação cognitiva parece ser benéfica para a manutenção do envelhecimento ativo e saudável e, desta forma, deve ser incentivada dentro dos programas de promoção de saúde e prevenção de doenças.

**Palavras-chave:** Idosos; Oficinas de estimulação cognitiva; Instituições e associações de idosos.

## ABSTRACT

ASSIS, PO. **Characterization of cognitive stimulation workshops in the Distrito Federal.** In 2013. 44f. Monograph (Graduation) - University of Brasilia, Undergraduate Occupational Therapy, Faculty of Ceilândia. Brasília, 2013.

**Introduction** The aging process can be accompanied by the decline in physical and cognitive functions. Strategies to promote health and cognitive stimulation workshops are used by health professionals in order to maintain or improve cognitive performance.

**Objectives:** The present work is an exploratory and descriptive study with quantitative and qualitative approach, whose aim is know the characteristics of cognitive stimulation workshops for elderly in Distrito Federal, identifying the professional profile of who coordinates the workshop, the public target, the financial resources, the structure of the workshops, and the professional perception about the cognitive stimulation workshops.

**Methodology:** Data will be collected from a semi-structured questionnaire developed by the researchers, it's supposed to cover all the aims. Data from closed questions will be analyzed using the method of descriptive statistical analysis, and data related to open questions will be analyzed by the method of content analysis. **Results:** Most of the sites offering workshops are philanthropic. Most professionals discovered are occupational therapists, occupational therapy students and volunteers. About the structure of the workshops, all workshops offer comprehensive cognitive stimulation, most groups are free, continuous and open, and all of them happened at least once a week. All professionals use theoretical bases to choose workshops and stationery materials are used to making resource. All professionals realize an improved in health and quality of life of the elderly, especially in social interactions and cognitive performance.

**Conclusion:** The cognitive stimulation workshops evaluated in this study still appear in a consolidation phase in Distrito Federal. Participation in cognitive stimulation programs seems to be beneficial for the maintenance of active and healthy aging , and thus , should be encouraged within the programs of health promotion and disease prevention .

**Keywords:** Elderly; Workshops cognitive stimulation; institutions and associations of the elderly.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Gráfico 1 - Natureza das ILPI's, associações e grupos que oferecem oficinas de estimulação cognitiva.....	24
Gráfico 2 - Perfil profissional dos coordenadores das oficinas de estimulação cognitiva.....	25
Gráfico 3 - Percepção dos profissionais em relação à melhora na saúde e qualidade de vida dos idosos.....	33

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Lista de avaliações utilizadas por cada oficina estimulação cognitiva.....	32
---	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACEPI – Associação Cearense Pró-idosos  
ADAS-Cog - Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale  
AIVD's- Atividades instrumentais de vida diária  
CEP/FS- Comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Saúde  
CAMDEX - Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly  
CERAD – Consórcio para estabelecer o registro da doença de Alzheimer  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CCL – Comprometimento Cognitivo leve  
DA – Doença de Alzheimer  
DCL – Demência por corpúsculos de Lewy  
DF – Distrito Federal  
DFT – Demência Fronto-temporal  
DH – Doença de Huntington  
DM – Demência Mista  
DV – Demência Vascular  
GC – Grupo Controle  
GDS – Escala de Depressão Geriátrica  
GE – Grupo Experimental  
HAQ – Health Assessment Questionnaire  
ILPI – Instituição de longa permanência  
MEEM – Mini-exame do estado mental  
NEUROPSI – Avaliação neuropsicológica  
PSN – Perfil de saúde de Nottingham  
TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido  
TUG – Teste Timed Get Up And Go  
UnB – Universidade de Brasília

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	12
1.2 ENVELHECIMENTO NORMAL E O DECLÍNIO COGNITIVO.....	12
1.3 COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE E DEMÊNCIAS.....	14
1.4 DEMÊNCIAS.....	14
1.5 PROMOÇÃO DA SAÚDE E OFICINA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA.....	15
1.6 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO CENÁRIO ATUAL DAS INSTITUIÇÕES E ASSOCIAÇÕES DE IDOSOS NO BRASIL .....	17
1.6.1 Breve contextualização do cenário atual das instituições de longa permanência para idosos (ILPIs).....	17
1.6.2 Breve contextualização do cenário atual das associações para idosos no Brasil	18
<b>2- JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>19</b>
<b>3- OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	20
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>21</b>
4.1 LOCAIS DE PESQUISA.....	21
4.2 SUJEITOS DA PESQUISA.....	21
4.3 PROCEDIMENTOS.....	21
4.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	22
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	23
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>24</b>
5.1 DADOS DAS INSTITUIÇÕES, ASSOCIAÇÕES E GRUPOS .....	24
5.2 PERFIL PROFISSIONAL.....	25
5.3 PÚBLICO ALVO.....	26
5.4 ESTRUTURA DAS OFICINAS.....	27
5.5 RECURSOS MATERIAIS.....	30
5.6 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS.....	32
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>37</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>41</b>
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO.....	41
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	44
APÊNDICE C – CARTA DE APROVAÇÃO NO CEP.....	45

## **1- INTRODUÇÃO**

### **1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL**

A diminuição da mortalidade e da fecundidade e o prolongamento da expectativa de vida, em vários países do mundo, trazem consigo o crescente envelhecimento da população. O aumento da população idosa, antes era observado nos países desenvolvidos, como Japão, países da América do Norte e da Europa. Hoje o envelhecimento da população é considerado um fenômeno mundial, e vem ocorrendo nos países em desenvolvimento (PASCHOAL; FRANCO; SALES, 2007).

Atualmente no Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, existem mais de 20 milhões de pessoas acima de 60 anos de idade, o que reflete cerca de 10% de toda a população brasileira (CENSO, 2010). Estima-se que até o ano de 2025 a população idosa no Brasil cresça dezesseis vezes, se comparado com o ano de 1950, sendo que dentro deste mesmo período estima-se que a população total do país cresça cinco vezes. O envelhecimento populacional, nos próximos anos, nos levará do décimo sexto lugar em população idosa, para à sexta posição mundial (JACOB FILHO, 2005).

A longevidade vem acompanhando o processo de desenvolvimento da humanidade. Esse aumento na expectativa de vida tem impacto direto na esfera política, social, cultural e econômica da sociedade (PAPALÉO NETTO, 2005), uma vez que os idosos, frequentemente apresentam doenças crônico-degenerativas, apresentando demandas específicas para ter melhor qualidade de vida (SIQUEIRA, BOTELHO e COELHO, 2002). Todos esses fatores ocasionam uma necessidade maior de ampliação de estratégias de promoção do envelhecimento saudável e qualidade de vida da pessoa idosa, através de serviços nas áreas médica, social, educacional e psicológica (RABELO, 2009).

### **1.2 ENVELHECIMENTO NORMAL E O DECLÍNIO COGNITIVO**

O processo de envelhecimento é caracterizado pelo declínio das funções dos órgãos do corpo. Este declínio das funções ocorre paralelamente com as alterações teciduais, celulares, moleculares e enzimáticas (PAPALÉO NETTO, 2007). Este processo traz consigo alterações fisiológicas, cognitivas e funcionais ao idoso. Segundo Cozenza e Malloy-Diniz (2013) a exposição a situações estressantes o sedentarismo e o tabagismo, podem acelerar o processo de envelhecimento.

Cunha (2011) traz um conceito de envelhecimento, que apesar de não ser oficial, é constantemente usado para descrever:

[...] as mudanças de forma e função ao longo da vida, que ocorrem nos organismos após a maturação sexual e que progressivamente comprometem a capacidade de resposta dos indivíduos ao estresse ambiental e à manutenção da homeostasia (p.15).

A cognição refere-se às funções que permitem que o ser humano aprenda constantemente, e que planeje estratégias para se adaptar ao meio ambiente (GUERREIRO, 2001). Considerando as funções cognitivas, um pequeno declínio destas funções pode ocorrer com o passar dos anos, mas declínios rápidos e progressivos, não devem ser considerados normais (FERRARI, 2005). As alterações cognitivas no envelhecimento normal não chegam a comprometer a funcionalidade do indivíduo. Entretanto no envelhecimento patológico, as perdas neurológicas podem causar limitações funcionais, que afetam em todos os componentes da vida do indivíduo (RIBEIRO et al, 2010).

Rabelo (2009) nos traz uma definição de cognição, dizendo que:

A cognição envolve todo o funcionamento mental como as habilidades de pensar, de perceber, de lembrar, de sentir, de raciocinar e de responder aos estímulos externos. Embora ocorram mudanças no desempenho cognitivo em alguns domínios com o envelhecimento, estes prejuízos não chegam a afetar a vida cotidiana dos idosos e seus familiares (p.67).

A diminuição do desempenho cognitivo, na maioria dos casos, ocorre em consequência do processo fisiológico do envelhecimento. O cérebro envelhecido apresenta diminuição de suas funções, tais como, atenção, memória, e linguagem (NORDON et al., 2009).

A cognição dos indivíduos também pode ser afetada por outros fatores, tais como, fatores de ordem social, cultural, e econômica. Além destes fatores as características da personalidade, o estilo de vida, eventos de ordem biológica e biográfica, pode propiciar uma alteração no desempenho cognitivo (GUERREIRO, 2001).

Ribeiro et al. (2010) realizaram uma pesquisa com 158 idosos de Juiz de Fora, Minas Gerais, com objetivo de avaliar o desempenho destes em testes cognitivos, buscaram verificar se existe alguma relação com variáveis sociodemográficas e saúde percebida. Os autores relataram que o melhor desempenho cognitivo esteve associado a mais anos de escolaridade, menor idade e ter um companheiro.

### 1.3 COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE

Segundo Rabelo (2009), “o comprometimento cognitivo leve (CCL), trata-se de um declínio cognitivo maior do que o esperado para idade e escolaridade do indivíduo”, que não altera significativamente o desempenho nas atividades de vida diária. Mas, por outro lado, têm um maior potencial de risco para o desenvolvimento de alguma demência, onde o indivíduo idoso pode perder sua autonomia e a capacidade de se relacionar.

Charchat-Fichman, et al. (2005), relatam que o CCL pode ser dividido em três categorias diagnósticas, que são:

- 1) CCL amnésico com maior risco de desenvolver doença de Alzheimer (DA);
- 2) CCL com comprometimento leve de múltiplos domínios cognitivos com maior risco de desenvolver outras síndromes demenciais, sendo DA uma trajetória possível;
- 3) CCL com comprometimento de uma única função cognitiva diferente de memória com maior risco de desenvolver demência fronto-temporal e/ou afasia progressiva primária. Todos os grupos poderiam permanecer estáveis e não evoluir para síndrome demencial (p.80).

Bottino et. al (2002), avaliaram o efeito de um tratamento farmacológico combinado com o treino cognitivo, em um grupo de seis pacientes com Doença de Alzheimer (DA) leve, durante sete meses. Os resultados apontaram estabilização ou melhora nos déficits cognitivos, melhor desempenho nas atividades de vida diária e estabilização ou redução de os níveis de depressão e ansiedade.

### 1.4 DEMÊNCIAS

Existem vários tipos de demências, as mais relatadas são a DA, a demência vascular (DV), a demência mista (DM), a demência por corpúsculos de Lewy (DCL), a demência fronto-temporal (DFT) e a doença de Huntingon (DH) (GALLUCCI, TAMELINI e FORLENZA, 2005).

A doença de Alzheimer, responde por cerca de 60% dos casos de demências. Tem como principal evento clínico o prejuízo da memória. Nas fases iniciais existe uma perda da memória episódica, evoluindo gradualmente com os prejuízos em outras funções cognitivas. Nas fases intermediárias, pode ocorrer afasia e apraxia. Nas fases finais do Alzheimer, ocorre alterações no sono-vigília, no comportamento, além de incapacitação da deambulação e das atividades de auto-cuidado (GALLUCCI, TAMELINI e FORLENZA, 2005).

As demências vasculares constituem a segunda maior incidência de demência. Os sintomas associados na demência vascular são ou déficits nas funções executivas, ou nas funções focais múltiplos (GALLUCCI, TAMELINI e FORLENZA, 2005).

A demência mista é caracterizada pela ocorrência simultânea da doença de Alzheimer e da demência vascular. Apresenta todos os sintomas da DA e DV, além de deteriorar a “função superior a memória verbal de longo prazo e mais comprometimento da função frontal executiva” (GALLUCCI, TAMELINI e FORLENZA, 2005).

A demência por corpúsculo de Lewy está presente em 20% das pessoas que têm demência. O diagnóstico é feito quando o declínio cognitivo oscila e está acompanhado por alucinações visuais (GALLUCCI, TAMELINI e FORLENZA, 2005).

A demência fronto-temporal é marcada pela degeneração apenas das estruturas dos lobos frontais e temporais. As pessoas com demência fronto-temporal, apresentam alterações de comportamento e discreto comprometimento da memória episódica. A Doença de Huntington (DH) é uma doença autossômica dominante hereditária e degenerativa, “caracterizada por distúrbio do movimento, sintomas psiquiátricos e demência” (GALLUCCI, TAMELINI e FORLENZA, 2005).

## 1.5 PROMOÇÃO DA SAÚDE E OFICINA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

Tendo em vista que o bom funcionamento cognitivo é fundamental para a pessoa idosa viver de maneira independente (YASSUDA et. al. 2006, p. 471), se faz necessária a criação de espaços para promoção da saúde do idoso, pois segundo Folstein, Folstein e Mchugh (1975), citados por Souza e Chaves (2003), a perda de memória não está somente ligada a fatores biológicos, mas também a falta de estimulação da cognição e diminuição da motivação no processo de aprendizagem e memória. Os mesmos autores ainda colocam que o cérebro precisa ser exercitado, assim como o corpo, utilizando atividades de atenção, concentração, raciocínio lógico, pois estas atividades contribuem para o aumento da densidade sináptica do cérebro.

As oficinas de estimulação cognitiva têm um caráter protetor, pois propõe adiar ou prevenir o surgimento de processos demenciais. Segundo pesquisa realizada por Guerreiro (2001), diversos pesquisadores apontam positivamente a relação entre o desempenho cognitivo dos idosos e a sua estimulação contínua.

Lasca (2003) e Fabrício et al. (2012) sugerem que a maior frequência dos exercícios de estimulação cognitiva e o treino intenso de determinada técnica pode

influenciar no desempenho cognitivo dos idosos, ou seja, quanto mais estimulação, melhores seriam os resultados.

Le Poncin Lafitte (1987), apud Guerreiro (2001) relata que o isolamento, os pensamentos negativos relativos ao envelhecimento e a falta de motivação favoreceriam a uma diminuição da eficiência cerebral, e que “o exercício diário da mente promoveria a vivacidade mental”. A autora relata que há uma possibilidade de interferir para evitar degenerações do sistema nervoso central, ou seja, pode-se modificar as condições de saúde mental dos idosos, para que este não tenha prejuízos cognitivos.

Segundo Vargas (1981), apud Guerreiro (2001) as pessoas com vida ativa, intelectual ou artística, apresentam menos riscos de ter declínio cognitivo, e se apresentarem algum declínio, estes se produzem tardiamente e com menor intensidade. Segundo Souza e Chaves (2003) a aplicação de exercícios de estimulação cognitiva pode ser considerado um método terapêutico na recuperação e manutenção da memória em idosos com processo de envelhecimento normal.

Guerreiro (2001) diz que embora pesquisas revelem que há um declínio cognitivo na maior parte dos idosos, estas evidenciaram que existe uma “capacidade de reserva cognitiva”, que pode ser acionada por meio de exercícios, ocasionando um melhor desempenho cognitivo.

Kyriazis (1995), apud Guerreiro (2001) buscou investigar a relevância e aplicabilidade de exercícios de estimulação cognitiva para idosos, e conclui que o treinamento das funções cognitivas amplia o “bem-estar mental”, e coloca que deve ser recomendada juntamente com orientações dietéticas e exercícios físicos.

Alguns estudos sobre treino de memória têm sido realizados no Brasil, como exemplo, podemos citar os estudos de Irigaray, Filho e Schneider (2012); Souza e Chaves (2003); Yassuda et al. (2006).

O estudo de Irigaray, Filho e Schneider (2012), buscou analisar o efeito do treino de atenção, memória e funções executivas na cognição dos idosos. Os resultados apontaram que após os treinos de atenção, memória e funções executivas, o Grupo Experimental (GE) no pós-teste apresentou melhor desempenho cognitivo em tarefas de atenção, memória de trabalho, linguagem (inferências e escrita espontânea), praxia construcional, resolução de problemas e funções executivas, comparado com o Grupo Controle (GC).

O estudo de Souza e Chaves (2003) teve por objetivo investigar o efeito da estimulação da memória sobre o desempenho no Mini-Exame do Estado Mental. Após o

exercício de estimulação da memória e da análise dos resultados deste estudo pôde-se observar que a maioria dos idosos apresentou aumento significativo estatisticamente ( $p = 0.042$ ) nos escores do Mini-Exame de Estado Mental, após a “Oficina de Memória”, porém os autores colocaram que o aumento pode ter sido ocasionado pelo conhecimento do teste e não especificamente pelo treino da memória.

Yassuda et al. (2006) realizaram uma pesquisa que tinha como objetivo testar os efeitos de um programa de treino de memória episódica em idosos. Os resultados do treino de memória no grupo experimental de idosos mostraram que estes apresentaram melhor desempenho na recordação de texto e maior uso de estratégias de memória em relação ao grupo controle no pós-teste.

## 1.6 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO CENÁRIO ATUAL DAS INSTITUIÇÕES E ASSOCIAÇÕES DE IDOSOS NO BRASIL

### *1.6.1 Breve contextualização do cenário atual das instituições de longa permanência para idosos (ILPIs).*

Existem registros que a primeira instituição de idosos do mundo foi fundada pelo Papa Pelágio II, no século VI. Ele cedeu a própria casa e a transformou em um hospital para idosos (POLO e ASSIS, 2008).

O conde Resende, na época do Brasil Colônia, buscou defender os soldados idosos, pois acreditava que eles mereciam uma velhice digna e tranquila. Em 1794, surgiu a Casa dos inválidos, no estado do Rio de Janeiro, para as pessoas que prestaram serviço ao país (POLO e ASSIS, 2008).

Antes de existir instituições específicas para idosos, as pessoas consideradas velhas eram abrigadas em asilos de mendicidade, junto com mendigos, loucos, pessoas pobres, crianças abandonadas, prostitutas e doentes. Em 1890, foi criado o Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada, sendo ele a primeira instituição de idosos no Rio de Janeiro (POLO e ASSIS, 2008).

Nos últimos anos do século XIX, a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, prestava um serviço junto aos mendigos, mas com o aumento do público senil, houve uma mudança do perfil da instituição, passando esta, no ano de 1964, a se definir como instituição gerontológica (POLO e ASSIS, 2008).

No censo de 2000, foi verificado que cerca de 113 mil idosos viviam em domicílios coletivos. Dos quais, 107 mil idosos residiam em instituições de longa

permanência para idosos (ILPIs). Segundo o mesmo censo, os estados com maior número de idosos asilados são Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Goiás (POLO e ASSIS, 2008).

Antigamente as instituições de longa permanência para idosos eram sinônimo de isolamento social, segregação, maus tratos, entre outros. Hoje essa realidade está começando a se modificar, pois agora essas instituições são vistas, pelos profissionais, pelos idosos e pela família, como local de cuidado, onde a pessoa idosa, terá toda assistência necessária para ter uma melhor qualidade de vida. Apesar desses novos rumos que as ILPIs estão tomando, ainda existe muito o que melhorar em muitas instituições, para que estas se adequem a essa nova realidade.

#### *1.6.2 Breve contextualização do cenário atual das associações para idosos no Brasil.*

As associações de idosos, em sua grande maioria, promovem serviços de lazer, cultura, conscientização de direitos sociais, além de esclarecer dúvidas sobre o envelhecimento, mostrando aos idosos, formas de manter a vida com saúde. Esses serviços são feitos por meio de palestras, cursos, oficinas e atividades.

Na rede privada existem inúmeros serviços para idosos, tais como, associações de idosos, entidades de aposentados, centros de convivência, associações comunitárias ou filantrópicas, nos níveis Federais, Estaduais e Municipais (RODRIGUES, 2001).

Em 1961, no Rio de Janeiro, surgiu a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, que vinha a ser a primeira associação de idosos do Brasil. Em 1968 houve uma descentralização dessa associação em formas de seções estaduais, estando presente hoje, em quase todos os estados do país (RODRIGUES, 2001).

As associações de idosos cresceram por todos os estados do país, sendo a mais antiga a ACEPI (Associação Cearense Pró Idosos), fundada em 1977. Nas décadas seguintes, surgiram outras como a Associação dos Idosos do Pará, a Associação Rio-grandense da Pessoa Idosa do Rio Grande do Norte, Associação Maranhense de Idosos, Associação de Idosos de Goiás, a Associação de Idosos do Rio Grande do Sul, a associação de idosos do Distrito Federal, entre outras (RODRIGUES, 2001).

Hoje existem muitas associações para idosos com diferentes focos, algumas são voltadas para a qualidade de vida do idoso, outras são voltadas para geração de renda, ainda existem aquelas voltadas para a educação. Todas elas foram criadas para suprir as necessidades das pessoas na terceira idade, tendo em vista que existem poucas estratégias públicas voltadas para a qualidade de vida do idoso.

## **2- JUSTIFICATIVA**

Nas últimas décadas, vem acontecendo um crescimento da população idosa mundial, esse fenômeno pode ser observado claramente em países em desenvolvimento. Tendo em vista o envelhecimento populacional, se faz necessária à criação de estratégias de promoção da saúde, como uma forma alternativa ao enfoque tradicional centrado no tratamento de doenças, para que a população idosa tenha melhor qualidade de vida.

Com base nos dados apresentados, as oficinas de estimulação cognitiva se mostram eficientes para manter e melhorar o desempenho cognitivo dos idosos. Embora estudos revelem que as oficinas de estimulação cognitiva se mostram úteis para prevenir, manter e melhorar o desempenho cognitivo dos idosos, não foram encontrados estudos que mostrem como são realizadas essas oficinas.

Diante disso surge a necessidade de conhecer e analisar as oficinas de estimulação cognitiva existentes no Distrito Federal, a fim de favorecer a reflexão sobre as estratégias de estimulação cognitiva a partir das experiências acumuladas por oficinas de memória desenvolvidas no Distrito Federal.

### **3 - OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Conhecer os programas de estimulação cognitiva para idosos, oferecidos por instituições, associações e grupos situados no Distrito Federal.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar o perfil profissional de quem coordena a oficina de estimulação cognitiva;
- Caracterizar o público alvo;
- Caracterizar os recursos materiais utilizados para a realização da oficina;
- Identificar como esses programas são estruturados;
- Identificar a percepção dos profissionais, em relação à oficina de estimulação cognitiva.

## **4 - METODOLOGIA**

O estudo se caracteriza como uma pesquisa exploratória e descritiva (MORESI, 2003) com abordagem quantitativa e qualitativa.

O estudo foi realizado com os responsáveis das oficinas de estimulação cognitiva de instituições, associações e grupos de idosos do Distrito Federal.

O método utilizado foi o levantamento, que se caracteriza pela obtenção de informações sobre características de um grupo representante do que se quer estudar, através de algum instrumento, nesse caso um questionário (FREITAS, et. al. 2000).

Este método é utilizado quando o estudo envolve a interrogação direta do que se deseja conhecer. O levantamento pode ser dividido em exploratório, confirmatório e descritivo. (TURRIONE e MELLO, 2012).

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário semiestruturado (Apêndice A), que foi elaborado pelas pesquisadoras. O questionário foi composto por vinte questões fechadas e abertas, que foram divididas em cinco categorias de perguntas. As questões são relacionadas aos objetivos da pesquisa.

### **4.1 LOCAIS DA PESQUISA**

A pesquisa foi realizada nas instituições e associações de idosos que oferecem oficinas de estimulação cognitiva no Distrito Federal.

### **4.2 SUJEITOS DE PESQUISA**

Foram convidados para participar do estudo, um profissional de cada instituição ou associação de idosos, que coordena as oficinas de estimulação cognitiva.

### **4.3 PROCEDIMENTOS**

No mês de junho de 2013, foi realizado um levantamento prévio de instituições, associações e grupos de idosos no Distrito Federal que oferecem oficinas de estimulação cognitiva, por meio de pesquisa feita pela internet, as associações de idosos e ILPIs foram encontradas em listas de telefone e endereço online. Posteriormente, foi feito contato telefônico com as trinta e cinco instituições, associações e grupos de idosos que foram encontrados, a fim de confirmar as informações. Apenas nove ofereciam oficinas de estimulação cognitiva.

As oficinas estão localizadas em diversas regiões administrativas do DF. Das nove oficinas, três estão localizadas na região administrativa de Taguatinga, uma na região administrativa de Ceilândia, uma na região administrativa do Lago Norte, uma na região administrativa de Samambaia, uma na região administrativa de Sobradinho, uma na região administrativa de Park Way e uma na região administrativa da Asa Norte.

Após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília, foi feito contato telefônico convidando os profissionais que coordenavam as oficinas de estimulação cognitiva para participar da pesquisa, nesse primeiro momento explicou-se a proposta e os objetivos da pesquisa. Logo após o aceite, foi agendado um horário com coordenadores das oficinas de estimulação cognitiva, para preenchimento do questionário. Foram feitos os esclarecimentos necessários e os coordenadores manifestaram seu consentimento mediante assinatura do Termo de Consentimento livre e esclarecido (apêndice B).

Foram convidados a participar da pesquisa nove profissionais, de nove locais diferentes, que realizavam oficinas de estimulação cognitiva, porém em duas oficinas (uma em Taguatinga e outra na Asa Norte) não conseguimos autorização no tempo previsto para coleta de dados, sendo assim, foram entrevistados apenas sete coordenadores. Foi aplicado o questionário semiestruturado (Apêndice A). Os profissionais responderam questões referentes à instituição, ao perfil profissional de quem coordena as oficinas, ao perfil do público alvo, a estrutura das oficinas, aos recursos materiais e a percepção dos profissionais.

#### 4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Segundo Freitas et. al. (2000) as informações obtidas com a realização do método de levantamento devem ser analisadas através de recursos estatísticos, a fim de obter os dados desejados, sendo necessário observar as variáveis em estudo para escolher a análise estatística mais adequada.

Os dados das questões fechadas do questionário foram analisados pelo método de análise estatística descritiva, estes dados foram organizados utilizando o *software Microsoft Office Excel*.

Para análise dos dados referentes às questões abertas foi utilizada a análise de conteúdo. Segundo Bardin (2011) a análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Severino (2007), diz que a análise de conteúdo

“descreve, analisa e interpreta” os dados referentes a discursos, procurando identificar o que está atrás das palavras.

Para analisar as questões abertas dos questionários, foi utilizada a análise de conteúdo categorial. Nesse caso, classificamos os temas que surgem nas respostas e agrupamos em categorias os que tivessem elementos comuns. Bardin (2011) define a categorização como:

Uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto de diferenciação e, em seguida, por reagrupamento, segundo o gênero, com critérios previamente definidos (p.147).

Segundo Bardin (2011) a análise de conteúdo pode ser dividida em três polos de análise: 1) A Pré-análise; 2) A exploração do material; e 3) O tratamento do material. A pré-análise, têm por objetivo a sistematização dos dados coletados para que a pessoa que irá analisar possa realizar as próximas etapas de análise. Nesse momento se faz a formulação de hipóteses para apontar indicadores para a interpretação final. A segunda fase, a exploração do material, é apenas a administração do material coletado na pré-análise. Essa fase consiste basicamente em codificação, desconto e enumeração dos dados obtidos na fase anterior. Na terceira e última fase, tratamento do material, é realizada a sintetização dos resultados obtidos para facilitar a interpretação dos dados.

#### 4.5 - ASPECTOS ÉTICOS

São observadas as determinações do Conselho Nacional de Saúde (Resoluções CNS nº. 466/12 e suas complementares).

Os sujeitos aceitaram participar voluntariamente da pesquisa e manifestaram seu consentimento mediante assinatura de TCLE (apêndice B). Cada oficina foi identificada a partir de um número, para não comprometer o sigilo dos coordenadores. As oficinas não foram identificadas, afim de manter o anonimato dos sujeitos da pesquisa.

O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB). Conforme deliberação ocorrida no dia 27/08/2013, em plenária ordinária do CEP/FS, aprovaram este trabalho sob o protocolo nº 200/13 (apêndice C).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os locais onde realizamos a pesquisa foram divididos em três modalidades, três oficinas aconteciam em ILPI's exclusivamente para os idosos da instituição, três oficinas aconteciam em associações e uma oficina acontecia em um grupo de idosos.

### 5.1 DADOS DAS ILPI's, ASSOCIAÇÕES E GRUPOS

Em relação às ILPI's, associações e grupos participantes deste estudo, um local (14,28%) é público, um local (14,28%) é privado com fins lucrativos, e cinco (71,43%) são privados sem fins lucrativos (filantrópicas) como podemos ver no gráfico 5.1. Esse dado pode ter sido influenciado pela forma que a pesquisa foi realizada, pois a busca de oficinas se limitou a associações, grupos de idosos, e instituições de longa permanência para idosos no Distrito Federal (DF) – Que em sua maioria é de caráter filantrópico (CAMARANO e KANSO, 2010). Se fossemos englobar todas as oficinas de estimulação cognitiva, independente do local a ser oferecido, provavelmente teríamos encontrado oficinas em mais locais públicos, tais como centros de saúde, hospitais, entre outros.

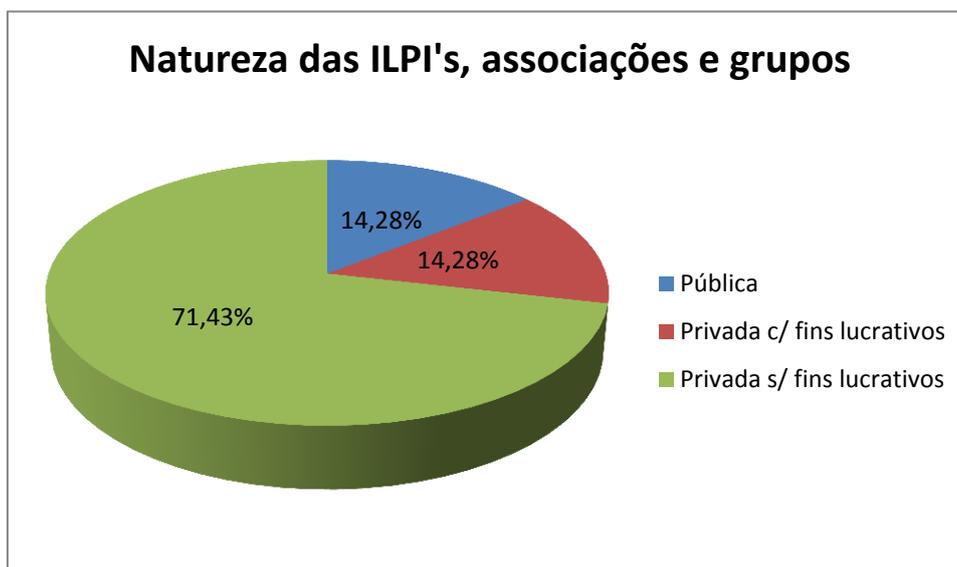


Gráfico 1 – Natureza das instituições, associações e grupos que oferecem oficinas de estimulação cognitiva.

De acordo com o âmbito de atuação três instituições (42,86%) oferecem atividades de cultura e lazer, duas (28,57%) oferecem atividades de atenção à saúde, e as outras duas (28,57%) oferecem ambas atividades. As atividades de atenção em saúde em ILPIs, normalmente são cuidados em enfermagem, atendimento individual e em grupo com fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e psicólogos. Já nas associações, as

atividades de atenção a saúde são mais voltadas para potencializar a saúde do corpo, tais como atividades físicas. Tanto em ILPIs, quanto em associações e grupos, é comum a realização de atividades de cultura e lazer, tais como atividades de leitura, crochê, costura, informática, etc. Espaços de cultura e lazer são importantes pois, além de manterem os idosos ativos, promovem a interação social entre eles (ARGIMON et al, 2004).

## 5.2 PERFIL DO COORDENADOR

Foram encontradas 15 pessoas responsáveis por coordenar as oficinas de estimulação cognitiva sendo que três (20%) são terapeutas ocupacionais, três (20%) são estudantes de terapia ocupacional, três (20%) são voluntários sem formação profissional, um (6,66%) é cuidador de idosos, um (6,66%) é matemático, um (6,66%) é psicólogo, um (6,66%) é psicopedagogo, um (6,66%) é pedagogo e um (6,66%) é estudante de matemática, como pode ser visto no gráfico 2.

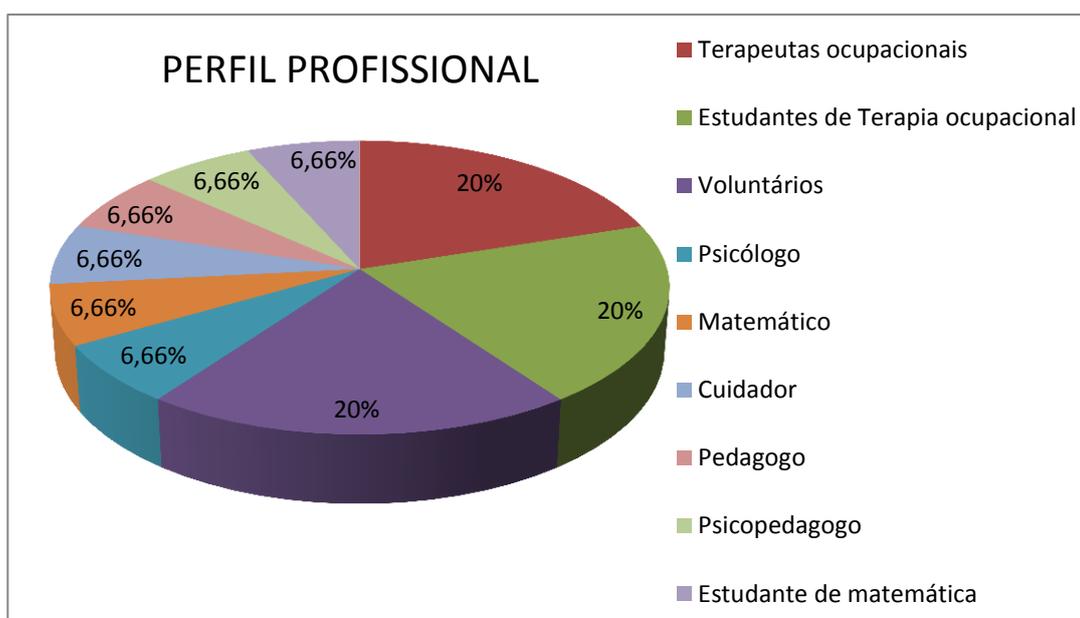


Gráfico 2- Perfil profissional dos coordenadores das oficinas de estimulação cognitiva.

A estimulação cognitiva em idosos é uma prática comum de alguns profissionais da saúde, tais como, enfermeiros, psicólogos, neuropsicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos (WILSON, 2011; APOSTOLO, 2011). Apesar de vários profissionais da saúde oferecerem oficinas de estimulação cognitiva, foram encontrados apenas terapeutas ocupacionais e psicólogos, nesta categoria. No entanto foram encontradas pessoas que não são da área da saúde como um matemático, um estudante de

matemática e pessoas sem uma formação específica (um cuidador de idosos e voluntários).

A realização das oficinas de estimulação cognitiva exige uma formação e/ou capacitação dos coordenadores para trabalhar com as funções cognitivas, esses devem ter conhecimento na parte neurológica (para entender como se dão os processos do funcionamento dessas funções) e na parte técnica (para criar atividades que vão ajudar a melhorar e/ou manter as funções cognitivas), para alcançar os objetivos propostos. As pessoas sem capacitação e/ou formação específica, planejam as atividades de estimulação cognitiva sem ter conhecimento da consequência daquela intervenção na saúde e na qualidade de vida dos idosos. Esse tipo de intervenção, pode não cumprir os objetivos propostos pela oficina, de realizar estimulação das funções cognitivas, o que pode tornar o espaço destinado à oficina, em um local de convívio social.

Dentre os coordenadores, onze (73,34%) recebem remuneração, e quatro (26,66%) exercem o trabalho sem remuneração. Levando em consideração as estratégias de estimulação cognitiva, é necessário que haja a valorização, a ampliação deste serviço, e que os profissionais sejam capacitados e remunerados. No entanto se deve incentivar a capacitação para se garantir que as oficinas sejam coordenadas por pessoas que realmente tenham técnica e conhecimento sobre o tema.

### 5.3 PÚBLICO ALVO

De acordo com o perfil dos idosos, quatro (57,14 %) oficinas atendem idosos moradores da comunidade, e três oficinas (42,86%) atendem idosos que moram em instituições de longa permanência.

Das sete oficinas pesquisadas, três (42,86%) atendem idosos com diagnóstico de demência, com déficit cognitivo leve e sem diagnóstico de demência no mesmo grupo, e quatro (57,14%), atendem apenas idosos sem diagnóstico de demência. Como podemos perceber, em certos grupos não existe separação de idosos com demência, transtorno cognitivo leve, e sem déficit cognitivo, apesar dessas pessoas apresentarem necessidades e objetivos terapêuticos diferentes. Ao juntar esses perfis de saúde acredita-se que o trabalho em grupo seja muito comprometido, principalmente se a atividade exigir colaboração de todos os participantes do grupo. Wilson (2011) relata que é importante que haja homogeneidade nos grupos de estimulação cognitiva, pois se isso não ocorre, as diferenças podem impedir que os idosos se beneficiem das estratégias, o que pode interferir nos procedimentos de outros membros.

Tendo em vista isso, a avaliação cognitiva se mostra importante para rastrear e verificar o grau de comprometimento cognitivo do idoso (SOUZA et al, 2011), dessa forma pode-se separar os grupos de acordo com as necessidades de cada perfil.

Levando em consideração o gênero do público, em seis (85,72%) oficinas são atendidos idosos de ambos os sexos, e uma (14,28%) oficina atende apenas mulheres. Nesse sentido, a grande maioria das oficinas pesquisadas atendem idosos de ambos os sexos, mas esse dado não nos permite saber qual desses dois gêneros mais frequenta as oficinas de estimulação cognitiva. Em estudos realizados no Brasil, cerca de 75% dos idosos que participam das oficinas de estimulação cognitiva são do sexo feminino (IRIGARAY, FILHO E SCHNEIDER 2012; APÓSTOLO et al, 2011; SANTOS, 2010; ARGIMON, 2004.)

#### 5.4 ESTRUTURA DAS OFICINAS

Levando em consideração as funções cognitivas exercitadas, todas as oficinas realizam estimulação cognitiva global, estimulando diferentes funções cognitivas. Segundo Santos (2010) “as funções cognitivas podem ser distintamente divididas em: atenção, orientação, memória, organização visuo-motora, raciocínio, funções executivas, planejamento e soluções de problemas”. É importante realizar estimulação cognitiva de diferentes funções cognitivas, pois para desenvolver alguma atividade, por mais simples que seja, é necessário usar a memória, o raciocínio lógico, a percepção, a atenção, a orientação, as funções executivas, entre outras.

Em relação à quantidade de profissionais, quatro oficinas (57,14%) trabalham com um profissional para desenvolver as atividades de estimulação cognitiva. Duas oficinas (28,57%) trabalham com três profissionais para desenvolver as atividades de estimulação cognitiva. E uma (14,28%) oficina trabalha com cinco profissionais, sendo que nesta, apenas um profissional coordena o grupo, os outros quatro profissionais ficam apenas elaborando o material para as atividades de estimulação cognitiva. Dependendo do tamanho do grupo e da heterogeneidade deste, é necessário mais de um profissional para coordenar as oficinas, ou para auxiliar na realização das atividades.

Em cinco oficinas (71,43%), o número de sessões não é pré-determinado, ou seja, a oficina tem duração contínua, com grupos abertos, onde “os participantes podem ser substituídos no caso de desistência, variando sistematicamente o sistema” (CUNHA e SANTOS, 2009). Duas oficinas (28,57%), eram divididas em 12 sessões, estruturadas como grupo fechado, ou seja, “não ocorre o ingresso de novos participantes, mesmo

após a desistência de algum membro” (CUNHA e SANTOS, 2009). Em relação ao número de encontros, três (42,86%) oficinas acontecem duas vezes na semana e quatro (57,14%) uma vez na semana.

A formatação de diferentes grupos apresentam características que podem ser consideradas positivas e negativas. O grupo contínuo e aberto promove um maior tempo de estimulação, o que pode favorecer os fatores de proteção das pessoas que estão inseridas no grupo e não é necessário que o participante espere formar outro grupo com pessoas com o seu perfil, para começar as sessões. O lado negativo dessa conformação é que existe uma dificuldade maior de estabelecer relações sociais entre as pessoas do grupo, tendo em vista que o grupo está em constante mudança (WILSON, 2011).

O grupo fechado pode proporcionar um maior entrosamento entre os participantes do grupo, se tornando além de um espaço de estimulação cognitiva, um espaço de convívio social (WILSON, 2011). Já uma limitação do grupo dividido em sessões é que a estimulação acaba no momento em que o grupo acaba. Nesse tipo de grupo é necessário que sejam ensinadas lições para que os idosos possam continuar a estimular as funções cognitivas, ou seja, tornar as lições em hábitos.

As evidências apontam que não existe um consenso de quantas sessões de estimulação cognitiva devem ser realizadas para que haja melhora significativa. Simon e Ribeiro (2011), em sua revisão bibliográfica, verificaram que o número de sessões de estimulação cognitiva varia muito, pois encontraram estudos que aplicaram uma única sessão, e outros que aplicaram 3, 5, 6, 8 e até 12 sessões. Wilson (2011) relata que o modelo típico de sessões realizadas por grupo é uma vez na semana, durante 6 a 8 semanas, para pacientes que não estão internados, porém diz que esse modelo pode não ser suficiente para a coesão do grupo. Apesar de não existir um consenso da quantidade de sessões, os estudiosos concordam que quanto mais tempo, ou seja, quanto mais sessões, melhores são os resultados na evolução e/ou manutenção das funções cognitivas dos idosos (SIMON e RIBEIRO, 2011; WILSON, 2011).

Atualmente, nas oficinas pesquisadas, a média de idosos por grupo é de 12,7, variando de 6 a 25 idosos. Wilson (2011) relata que comumente a média de pessoas por grupo é de quatro ou seis idosos. Ainda relata que se o grupo tiver mais de oito pessoas pode ser difícil dar a todos o grau necessário de atenção. Levando em consideração a média de 12,7 participantes por grupo, para cada grupo seria necessário, no mínimo dois profissionais, para garantir que todos os idosos estão sendo bem atendidos. Dependendo da heterogeneidade do grupo é necessário mais de dois profissionais.

É possível perceber que a média de idosos é alta para cada profissional, e que muitas oficinas atendem idosos com diferentes perfis de saúde (idosos sem déficit cognitivo, com DA e com CCL). Uma oficina de estimulação cognitiva com um grupo muito grande e com diferentes objetivos terapêuticos se torna um espaço difícil de trabalhar atividades que realmente sejam efetivas para ambos os idosos, pois sempre uma parte do grupo será prejudicado pelo grau de dificuldade da atividade, além de não receberem a atenção necessária do coordenador para tornar a estratégia efetiva. Para que isso não ocorra é necessário que haja uma separação dos grupos por perfil de saúde cognitiva e que haja uma limitação do número de vagas por grupo. Se a separação dos grupos por grau de comprometimento não for possível, é necessário sejam realizadas atividades diferentes de acordo com a necessidade de cada idoso, para tal, pode-se utilizar o método de aprendizagem sem erro, que segundo Grieve e Gnanasekaran (2010), é um método que “requer que a pessoa só tenha a experiência correta de realizar uma tarefa”, ou seja, possibilita que todos os idosos concluam a atividade, evitando os sentimentos de frustração.

Em duas (28,57%) das oficinas a participação é paga e em cinco (71,43%) a participação é gratuita. Esse dado demonstra que apesar de existirem poucas oficinas de estimulação cognitiva, em instituições, associações e grupos no DF, a maioria é “acessível” a população mais carente.

Dentre as oficinas pesquisadas observou-se a utilização de diferentes metodologias para escolha das atividades. Algumas oficinas são construídas com base na pesquisa bibliográfica, por meio de livros, artigos, apostilas e pesquisa na internet. Outras são construídas a partir da demanda trazida pelos idosos e pela percepção dos profissionais sobre a necessidade dos participantes. E ainda foram encontradas aquelas construídas através da tentativa e erro, ou seja, as atividades foram testadas, e aquelas que deram certo foram mantidas.

A pesquisa bibliográfica é de grande importância para auxiliar na preparação da intervenção, pois essas trazem elementos que devem ser abordados nas sessões, e também auxilia na atualização dos profissionais sobre o assunto abordado. Levar em consideração as demandas do idoso também é eficaz, pois possibilita uma intervenção precisa nas reais necessidades destes. E selecionar as oficinas a partir da tentativa e erro pode ser bom, pois as oficinas são testadas, levando em consideração a heterogeneidade dos grupos em termos de escolaridade, aspectos culturais, interesses e habilidades cognitivas, e a partir do êxito das atividades, estas são mantidas. Porém a forma de

tentativa e erro pode expor os idosos, desnecessariamente, a intervenções ineficazes, tendo em vista que existem estudos que demonstram os tipos de atividades mais eficazes para diferentes perfis de saúde. A combinação de aspectos teóricos e práticos pode ser uma forma valiosa de escolher atividades, levando em consideração as limitações e desejos dos idosos.

## 5.5 RECURSOS MATERIAIS

Todos os coordenadores (100%) utilizam materiais de apoio para preparar as oficinas, dentre esses materiais, foram elencados livros, artigos, apostilas, jogos (de memória, percepção sensorial, quebra cabeças), banners, portfólio e a internet. Esse dado demonstra que para o planejamento das oficinas, existe algum embasamento teórico, apesar de muitos meios utilizados serem discutíveis, as atividades não são elaboradas empiricamente. O conhecimento científico é importante para oferecer um serviço de qualidade para os idosos, pois com ele, é possível utilizar métodos e técnicas que sejam atuais e eficazes para manter e potencializar as funções cognitivas na senilidade.

Todas as oficinas utilizam materiais de papelaria, três (42,86%) utilizam computador (para levar vídeos, imagens, sons), uma (14,28%) utiliza caixas de som (para reproduzir músicas e sons), uma (14,28%) utiliza televisão (para reproduzir vídeos). Normalmente nas oficinas de estimulação cognitiva utilizam-se materiais de baixo custo, tais como papel, cartolina, lápis, caneta, tesoura, cola, entre outros. Mas existem outros tipos de materiais que podem ser utilizados para realizar estimulação cognitiva, tais como computador, vídeo game, tablets, entre outros.

Com o avanço da tecnologia no mundo, surgiu também novas possibilidades de estimular e/ou reabilitar as funções cognitivas dos idosos. Os novos videogames de ação são capazes de recriar situações reais em um universo virtual. Em uma revisão de literatura realizada por Batista et al (2012), demonstra-se que o Nintendo wii pode ser um recurso terapêutico eficaz, pois “pode proporcionar resultados positivos no tratamento de idosos com *déficit* cognitivo, sendo capaz de promover melhora quantitativa e qualitativa das atividades funcionais” (BATISTA et al, 2012). Segundo Bavelier (2012) apud Cozenza e Diniz (2013), os vídeo games de ação exigem que os idosos utilizem várias funções ao mesmo tempo, tais como percepção, coordenação motora, processamento visual, atenção, orientação espacial e temporal.

Além dos recursos normalmente utilizados, é necessário que os profissionais se atualizem e façam o possível para oferecer novas alternativas de tratamento para os seus pacientes. Mas para que materiais de alto custo (tais como vídeo games de ação, computadores, tablets, etc) sejam incorporados ao tratamento é necessário mais do que a motivação do profissional em oferecê-los, é preciso apoio institucional e recurso financeiro tanto para adquirir esses materiais, quanto para manutenção destes recursos. Muitos dos locais onde são realizadas as oficinas pesquisadas vivem de doações, e não dispõem de recursos para adquirir e manter equipamentos de alto custo. Por isso os coordenadores utilizam os computadores e caixas de som pessoais, para trabalhar algo diferente com os idosos.

É possível trabalhar tanto com materiais de baixo custo, quanto com materiais de alto custo. Para comprovar a efetividade de ambos, é necessário que se realizem estudos que verifiquem como esses recursos podem ajudar no desempenho cognitivo dos idosos, e que verifiquem o resultado da combinação destes recursos na estimulação cognitiva.

Em relação as avaliações, dos sete coordenadores entrevistados, seis (85,72%) avaliam os idosos antes e após as oficinas. Na maioria das oficinas (Nº1, Nº4, Nº 5, Nº6 e Nº7) são realizadas poucas avaliações tais como avaliações adaptadas pelo profissional, anamneses e avaliações de acordo com a percepção do profissional. Segundo esses coordenadores eles avaliam aspectos cognitivos, funcionais, psicológicos e as atividades de vida diária. Observamos que em duas oficinas (Nº2 e Nº3) são utilizadas diversas avaliações padronizadas, tais como Perfil de Saúde de Nottingham (PSN), Health Assessment Questionnaire (HAQ), Escala de Depressão Geriátrica em sua versão ampliada e reduzida (GDS30 e GDS15), Teste Timed Get Up And Go (TUG), Minimental (MEEM), Escala de dor e o teste de levantar e sentar 5 vezes. Na tabela 1 são demonstradas as avaliações feitas por cada oficina.

Em um estudo realizado por Nitrini et al. (2005), recomendou-se para avaliar a cognição global do idosos, o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM); para avaliar a memória, a recordação tardia do consórcio para estabelecer o registro da doença de Alzheimer (CERAD); para avaliar a atenção, o teste de trilhas ou extensão de dígitos, para avaliar a linguagem, indicaram o teste de nomeação de Boston, do ADAS-Cog ou do NEUROPSI; para avaliar as funções executivas recomendou-se o teste de fluência verbal ou o desenho do relógio; para avaliar conceituação e abstração indicaram CAMDEX; e para avaliar as habilidades construtivas: os desenhos CERAD.

Tabela 1 – Lista de avaliações utilizadas por cada oficina. Cada oficina corresponde a um número.

Avaliações Utilizadas Nas Oficinas de Estimulação Cognitiva							
	Nº 1	Nº 2	Nº3	Nº4	Nº5	Nº6	Nº7
Avaliações adaptadas	X	-	-	-	-	X	-
Anamneses	-	X	X	-	-	X	X
PSN	-	X	-	-	-	-	-
HAQ	-	X	X	-	-	-	-
GDS15	-	X	-	-	-	-	-
GDS30	-	-	X	-	-	-	-
TUG	-	X	-	-	-	-	-
MEEM	-	X	X	-	-	-	X
Escala de dor	-	-	X	-	-	-	-
Teste de levantar e sentar	-	X	-	-	-	-	-
Percepção profissional	X	-	-	X	-	X	-

X: avaliação aplicada; -: avaliação não aplicada.

Das sete oficinas avaliadas, três utilizam alguma avaliação cognitiva. E quatro não utilizam nenhuma avaliação cognitiva. Por se tratar de oficina de estimulação cognitiva, é necessário que todas as oficinas façam ao menos um teste para avaliar a cognição global, para auxiliar na preparação e estruturação das sessões de estimulação cognitiva, levando em consideração as necessidades de cada idoso.

Além das avaliações cognitivas, podem ser incluídas avaliações de qualidade de vida (PSN, HAQ, etc) e de desempenho funcional (TUG, Teste de levantar e sentar, etc) nas avaliações das oficinas de estimulação cognitiva, pois o desempenho cognitivo está associado ao desempenho funcional e a qualidade de vida dos indivíduos.

## 5.6 PERCEPÇÃO DOS COORDENADORES

Dentre as dificuldades que foram relatadas pelos profissionais, estão o analfabetismo, a desistência dos idosos, as faltas consecutivas, os diálogos em horários inapropriados, a competição entre os idosos, a falta de concentração dos idosos, a falta de motivação do grupo, o número de pessoas dentro do grupo, o grau de comprometimento cognitivo dos idosos e a falta de material para desenvolver as oficinas.

Alguns estudos demonstram que o analfabetismo pode ser um agravante no desempenho cognitivo dos idosos. Em estudos brasileiros (HERRERA, CARAMELLI e NITRINI ,1998; NITRINI et al. 2005), citados por Lopes, Bottino e Hotatian (2006), constatou-se que existe uma maior incidência de casos de demência nos indivíduos com baixa escolaridade, nas amostras populacionais que foram estudadas, ou seja, os idosos com esse perfil, têm um risco maior de desenvolver algum tipo de demência. Para oferecer oficina de estimulação cognitiva para idosos analfabetos, é necessário adaptar algumas atividades, utilizando figuras, linguagem verbal e situações práticas, afim de facilitar a compreensão dos idosos (SANTOS, 2010).

O número de pessoas dentro do grupo é uma dificuldade que pode encadear outras dificuldades relatadas pelos profissionais, pois se o grupo é muito pequeno, os idosos podem se sentir desmotivados, o que pode gerar faltas consecutivas e/ou desistência do grupo. Se o grupo é muito grande surgem outros pontos tais como diálogos fora de hora, distração e competição entre os idosos.

O grau de comprometimento cognitivo do idoso foi relatado como uma dificuldade, pois em grande parte dos grupos pesquisados, não existe uma separação por graus de comprometimento, ou seja, existem pessoas com e sem comprometimento cognitivo no mesmo grupo. Torna-se difícil trabalhar em um grupo muito heterogêneo, pois não se pode passar uma mesma atividade para ambos, pois se isso ocorre, uma das partes sai prejudicada. O ideal seria que houvesse grupos distintos para cada perfil de idosos, pois o trabalho seria muito mais efetivo (WILSON, 2011).

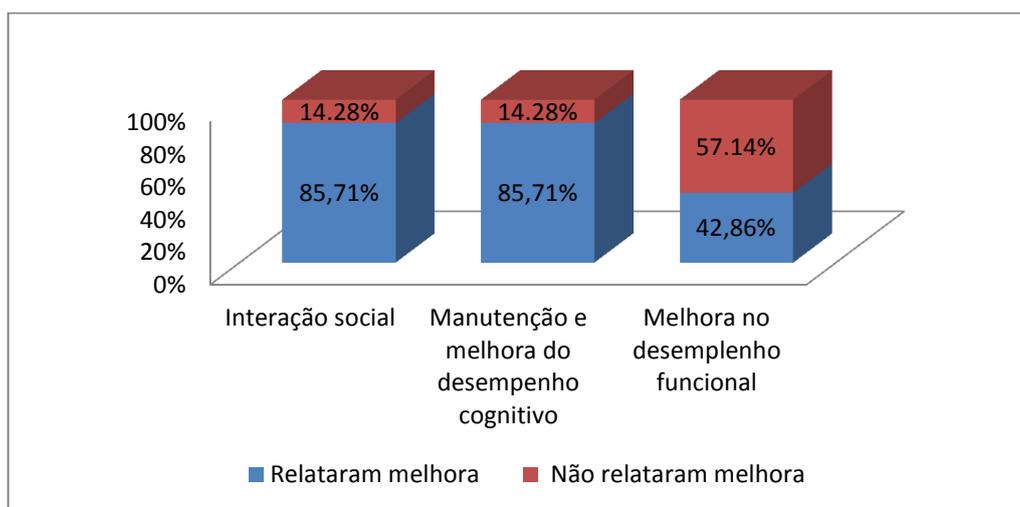


Gráfico 3 – Percepção dos profissionais em relação à melhora na saúde e qualidade de vida dos idosos.

Em relação ao impacto das oficinas de estimulação cognitiva na saúde e qualidade de vida dos idosos, todos os coordenadores entrevistados percebem melhora na saúde e na qualidade de vida dos idosos, apesar de que em grande parte das oficinas esses dados não são corretamente mensurados. Como pode ser visto no gráfico 3, seis coordenadores (85,71%) relataram que percebem melhora na interação social, seis (85,71%) relataram que as oficinas de estimulação cognitiva promovem a manutenção e/ou melhora do desempenho cognitivo dos idosos, e três (42,86%) acreditam que as oficinas melhoram o desempenho funcional dos idosos.

Além de estimular as funções cognitivas dos idosos, as oficinas de estimulação cognitiva oferecem um ambiente favorável a socialização e a troca de experiências, podendo diminuir o aparecimento da sintomatologia depressiva. Apóstolo et al (2011) realizaram um estudo experimental, cujo objetivo era verificar se existia alguma relação da estimulação cognitiva com a sintomatologia depressiva e autonomia em idosos. O estudo contou com uma amostra de 23 idosos, estes participaram de 14 sessões de estimulação cognitiva e passaram por testes antes e após as sessões. As avaliações utilizadas foram as versões portuguesas da Montreal Cognitive Assessment, Geriatric Depression Scale-15 e Lawton Brody Instrumental Activities of Daily Living. Os resultados não permitiam concluir sobre o efeito da estimulação cognitiva na sintomatologia depressiva e nas AIVD's embora, respetivamente, 20% e 17% mais idosos tenham melhorado a sua condição clínica comparativamente aos não submetidos ao programa.

Golçalves (2012) realizou um estudo com 37 idosos institucionalizados, divididos em um grupo experimental e um grupo controle, cujo o objetivo era verificar o impacto de um programa de estimulação cognitiva sobre a sintomatologia depressiva dos idosos. Os dois grupos fizeram um pré-teste e um pós-teste. Após os testes foram realizadas 16 sessões, com o grupo experimental. Os resultados demonstraram que houve melhora estatisticamente significativa, no desempenho cognitivo e na sintomatologia depressiva do grupo experimental no pós teste, e também se comparado ao grupo controle.

Ramos et al. (2012) realizaram um estudo de caso, cujo objetivo era refletir sobre o efeito da estimulação cognitiva sobre idosos institucionalizados. Nesse estudo eles notaram que as atividades realizadas contribuíram na melhora do humor, incentivo à mobilidade física, melhora das funções cognitivas e maior interação social entre os participantes.

O estudo de Santos (2010) teve como objetivo analisar o desempenho cognitivo de idosos analfabetos após estimulação cognitiva. O estudo foi realizado com 63 idosos analfabetos, divididos em um grupo experimental e dois grupos controles. Após as oficinas com o grupo experimental observou-se melhora na cognição, na socialização e nas atividades de vida diária.

As oficinas de estimulação cognitiva se mostram eficientes para ampliação da vida social, para diminuição da sintomatologia depressiva e para manutenção e/ou melhora do desempenho cognitivo dos idosos, promovendo um aumento na qualidade de vida da pessoa idosa.

## 6 CONCLUSÃO

Com o aumento da população idosa no Brasil e no mundo, estratégias de promoção da saúde, assim como as oficinas de estimulação cognitiva, são importantes para manter a saúde e qualidade de vida dos idosos. Muitos estudos realizados mostram que existem vários benefícios das oficinas de estimulação cognitiva, em relação a melhora e/ou manutenção do desempenho cognitivo e prevenção e/ou adiamento de um quadro demencial.

Levando em consideração os resultados obtidos nessa pesquisa percebemos que existem muitos aspectos parecidos entre as oficinas identificadas, no que diz respeito a sua natureza, a estrutura das oficinas, aos recursos materiais utilizados, e a percepção dos profissionais em relação a saúde e qualidade de vida. Em contraponto existem aspectos muito diferentes em relação ao perfil de saúde dos idosos e em relação as avaliações utilizadas. Os resultados dessa pesquisa não podem ser generalizados pelo tamanho limitado da amostra, pelas diferenças do público alvo, e também pela falta de padronização de avaliações para quantificar a evolução do desempenho cognitivo dos idosos.

Tendo em vista isso, é necessário que haja embasamento teórico para realizar estratégias de estimulação cognitiva. Mas ainda é necessário que se realizem novos estudos, avaliando e validando os resultados encontrados, afim de descobrir formas efetivas de desenvolver a estimulação cognitiva. Nesse caso não se propõe uma forma fechada para realizar as atividades, propõe-se, a partir dos resultados das novas pesquisas, ampliar o conhecimento das diferentes formas de realizar as oficinas, utilizando as características que favoreçam a saúde e qualidade de vida de determinada população.

São poucas as oficinas de estimulação cognitiva, em instituições, associações e grupos de idosos no Distrito Federal e as que existem são insuficientes para atender a população idosa do DF. Os programas de estimulação cognitiva se mostra benéficos para a manutenção do envelhecimento ativo e saudável e, desta forma, deve ser incentivada dentro dos programas de promoção de saúde e prevenção de doenças.

É necessário que se realizem novos estudos sobre estratégias de intervenção em estimulação cognitiva, para auxiliar os profissionais na tomada de decisão de estratégias que melhorem e/ou mantenham o desempenho cognitivo dos idosos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APOSTOLO, João Luís Alves et al . Efeito da estimulação cognitiva em Idosos. **Revista de Enfermagem. Referência**, Coimbra, v. serIII, n. 5, dez. 2011 .

ARGIMON, I I L. O impacto de atividades de lazer no desenvolvimento cognitivo de idosos. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, 38-47 jan./jun. 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2011.

BATISTA, JS. Reabilitação de idosos com alterações cognitivas através do videogame Nintendo Wii®. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 9, n. 2, p. 293-299, maio/ago. 2012.

BOTTINO, CMC. et al. Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de alzheimer: relato de trabalho em equipe multidisciplinar. São Paulo: **Arquivos de Neuropsiquiatria**, 60 (1): 70-9. 2002.

CAMARANO, AA; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo , v. 27, n. 1, Junho 2010 .

CHARCHAT-FICHMAN, H. et al. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. Rio de Janeiro: **Revista Brasileira Psiquiatria**, 27(12):79-82. 2005.

COZENZA, RM; MALLOY-DINIZ, LF. Declínio cognitivo, plasticidade cerebral e o papel da estimulação cognitiva na maturidade. In: MALLOY-DINIZ, LF; FUENTES, D; COZENZA, RM. **Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional**. Editora Artmed. Porto alegre: 2013.

CUNHA, GL. Mecanismos biológicos do envelhecimento. In: FREITAS, EV. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan, 2011.

CUNHA, A C F; SANTOS,T F. A utilização do grupo como recurso terapêutico no processo da terapia ocupacional com clientes com transtornos psicóticos: apontamentos bibliográficos. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 17, n.2, p 133-146, Jul-Dez 2009.

FERRARI, MAC. Trabalhando a memória do idoso. In: DUARTE, YAO; DIOGO, MJD'E. **Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

FABRICIO, AT. et al. Treino cognitivo em adultos maduros e idosos: impacto de estratégias segundo faixas de escolaridade. São Paulo: **Psico-USF**, v. 17, n. 1, p. 85-95, jan./abr. 2012.

FREITAS, HMR. et al. Método de pesquisa survey. São Paulo: **Revista de administração**, v.35, n3, 105-112. 2000.

GALLUCCI, NJ; TAMELINI, MG; FORLENZA, OV. Diagnóstico diferencial das demências. São Paulo: **Revista de Psiquiatria Clínica**. 32 (3); 119-130, 2005.

GONÇALVES, C. Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. **Psicologia PT: portal do psicólogos**. 2012.

GUERREIRO, T. Oficina da memória – uma proposta de otimização cognitiva para idosos. In: GUERREIRO, T; CALDAS; CP. **Memória e demência: (re) conhecimento e cuidado**. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001.

GRIEVE, J; GNANASEKARAN, L. **Neuropsicologia para terapeutas ocupacionais: Cognição no desempenho ocupacional**. São Paulo: Editora Santos, 2010.

HERRERA, JE; CARAMELLI, P, NITRINI, R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Psiquiatria clínica**. 1998;25:70-3.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em:<<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. <<acesso em 09 de julho de 2013.>>

IRIGARAY, TQ.; FILHO, IG.; SCHNEIDER, RH. Efeitos de um Treino de Atenção, Memória e Funções Executivas na Cognição de Idosos Saudáveis. Porto Alegre: **Psicologia Reflexão e Crítica**, 25 (1), 188-202., 2012.

JACOB FILHO, W. Envelhecimento e Atendimento Domiciliário. In: Duarte, YAO; DIOGO, MJD'E. **Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

LASCA, VB. **Treinamento de memória no envelhecimento normal: um programa aplicado a idosos** (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil, 2003.

MORESI, E. **Metodologia da Pesquisa**. Brasília: Universidade Católica De Brasília – UCB: 1- 106. 2003.

MOZZATO, AR; GRZYBOVSKI, D. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. Curitiba: **Revista de Administração Contemporânea**, v. 15, n. 4, 731-747, Jul./Ago. 2011.

NITRINI, R et al . Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo : v. 63, n. 3a, Sept. 2005 .

NORDON, DG. et al. Perda cognitiva em idosos. São Paulo: **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 11, n. 3,p. 5 -8, 2009.

PAPALEO NETTO, MP. Processo de envelhecimento e longevidade. In: NETTO, MP. **Tratado de Gerontologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

PASCHOAL, SMP; FRANCO, RP; SALLES, RFN. Epidemiologia do envelhecimento. In: NETTO, MP. **Tratado de Gerontologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

POLLO, SHL; ASSIS, M. Instituições de longa permanência para idosos - ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 2008.

RABELO, DF. Declínio cognitivo leve em idosos: fatores associados, avaliação e intervenção. **Revista Mineira de Ciências da Saúde**. Patos de Minas: UNIPAM, (1): 56-68, ano 1, n. 1, 2009.

RAMOS, JLC. et al. Estimulação cognitiva para pessoas idosas institucionalizadas: relato de experiência. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 26, n. 1, p. 447-453, jan./abr. 2012.

RIBEIRO, PCC. et al. Desempenho de Idosos na Bateria Cognitiva CERAD: Relações com Variáveis Sociodemográficas e Saúde Percebida. Rio Grande do Sul: **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 23(1), 102-109. 2010.

RODRIGUES, NC. Política nacional do idoso - retrospectiva histórica. **Estudo interdisciplinar do envelhecimento**, Porto Alegre: v.3, p.149-158, 2001

SANTOS, IB. **Oficinas de estimulação cognitiva em idosos analfabetos com transtorno cognitivo leve**. 2010.148p. Dissertação de Mestrado em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília, Brasília – Distrito Federal, 2010.

SIMON, SS; RIBEIRO, MPO. Comprometimento cognitivo leve e reabilitação neuropsicológica: uma revisão bibliográfica. **Psicologia Revista**. São Paulo, volume 20, n.1, 93-122, 2011.

SIQUEIRA, R.L., BOTELHO, M.I.V. e COELHO, M.G.. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 7, p.899-906, 2002.

SOUZA, JN; CHAVES, EC. O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. São Paulo: **Revista da Escola de Enfermagem USP**: 39(1):13-9.2005.

SOUZA, ISM. et al. Rastreamento cognitivo de idosos institucionalizados em instituição de longa permanência para idosos. **Revista Brasileira de Economia Doméstica**, Minas Gerais: v. 22, n. 2, p. 3-18, 2011

TURRIONI, JB; MELLO, CHP. **Metodologia de Pesquisa em Engenharia de Produção: Estratégias, métodos e técnicas para condução de pesquisas quantitativas e qualitativas**. Minas Gerais: Universidade Federal de Itajubá – UNIFEL, 141-149. 2012.

WILSON, BA. **Reabilitação da memória: integrando teoria e prática**. Porto Alegre: Editora Artmed. 2011.

YASSUDA, MS. et al. Treino de Memória no Idoso Saudável: Benefícios e Mecanismos. São Paulo: **Revista Psicologia: Reflexão e Crítica**, 19 (3), 470-481. 2006.

**Apêndice A- Questionário**  
**Características das oficinas de estimulação cognitiva.**

- 1) Natureza da instituição:  
 Pública  
 Privada com fins lucrativos  
 Privada sem fins lucrativos

Número:

- 2) Qual o âmbito de atuação da instituição?  
 Cultura e Lazer  
 Atenção a saúde  
 outras

**Dados da Oficina**

***PERFIL PROFISSIONAL***

- 3) Quantas pessoas coordenam a oficina?  
 1  2  3  outro \_\_\_\_\_
- 4) Qual o perfil profissional de quem coordena a oficina?  
 Psicólogos  
 Terapeutas Ocupacionais  
 Enfermeiros  
 Educadores físicos  
 Estudantes  
 Outros \_\_\_\_\_
- 5) Tipo de Trabalho:  
 Remunerado  Voluntário

***PÚBLICO ALVO***

- 6) Atendem:  
 Idosos institucionalizados  
 Idoso comunitários  
 Ambos
- 7) Perfil dos idosos:  
 Com diagnóstico de demência  
 Com déficit cognitivo leve  
 Sem déficit cognitivo  
 Não há avaliação cognitiva (sem necessidade de diagnóstico)
- 8) Gênero do Público Alvo:  
 Feminino  Masculino  Ambos

***ESTRUTURAÇÃO DO PROGRAMA***

9) Quais as funções cognitivas exercitadas no programa?

- Atenção
- Linguagem
- Memória
- Aprendizagem
- Raciocínio
- Percepção Sensorial
- Estimulação cognitiva global

10) Qual a duração da oficina?

- \_\_\_\_\_ sessões.
- contínuo

11) Qual a frequência da oficina:

- duas vezes na semana.
- uma vez na semana.
- Quinzenalmente.
- Mensalmente.

12) Tipo de Grupo:

- Aberto
- Fechado

13) Quantas vagas são oferecidas por grupo? \_\_\_\_\_

14) Qual a quantidade de pessoas que participam atualmente do grupo? \_\_\_\_\_

15) A participação no grupo é:

- gratuita
- paga

16) Como foi realizada a escolha das atividades das oficinas de estimulação cognitiva?

---

---

---

---

---

### **RECURSOS MATERIAIS**

17) Utiliza algum material de apoio (Livros, artigos, guias, internet, etc) para preparar as oficinas?

- Não
- Sim, quais? \_\_\_\_\_

18) Quais são os materiais necessários para a realização das oficinas?

(computador, papel, cartolina, caneta, etc)

---

---

---

19) Os idosos são avaliados antes e depois das oficinas? Se sim como?

---

---

---

***PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS***

20) Quais as dificuldades encontradas na realização das oficinas?

---

---

---

---

---

21) Em sua percepção, qual a influência da oficina de estimulação cognitiva na saúde e qualidade de vida dos participantes?

---

---

---

---

---

---

## **Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

**Pesquisadora Responsável/Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Ms<sup>a</sup> Carolina Becker Bueno de Abreu  
**Pesquisadora:** Paloma Oliveira de Assis

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do pesquisa Caracterização das oficinas de estimulação cognitiva existentes no Distrito Federal.

O objetivo geral desta pesquisa é conhecer os programas de estimulação cognitiva para idosos, oferecidos por instituições, associações e grupos situados no Distrito Federal, tendo como objetivos específicos, caracterizar o perfil profissional de quem coordena a oficina de estimulação cognitiva; caracterizar o público alvo das oficinas de estimulação cognitiva; caracterizar os recursos materiais utilizados para a realização das oficinas de estimulação cognitiva; identificar como as oficinas de estimulação cognitiva são estruturadas; e observar a percepção dos profissionais sobre a oficina de estimulação cognitiva.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa, a entrevista será identificada através de um número, assegurando-lhe que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através de um questionário, e será realizado no local onde acontecem as oficinas de estimulação cognitiva, conforme horário agendado na data combinada, com um tempo estimado de quarenta minutos. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os dados dessa pesquisa serão utilizados somente na elaboração de trabalho científico, e os resultados poderão ser publicados em eventos e revistas científicas.

A pesquisadora Carolina Becker Bueno de Abreu estará disponível para esclarecer qualquer dúvida sobre a pesquisa e a sua participação nela pelo telefone 9907-4448.

Essa pesquisa foi submetida ao comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Saúde, que pode ser contatado pelo telefone (61) 31071947.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) senhor(a).

---

Nome/Assinatura

---

Pesquisadora  
Paloma Oliveira de Assis

---

Pesquisadora Responsável  
Carolina Becker Bueno de Abreu

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## Apêndice C – Carta de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa.



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

### **PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA**

Registro do Projeto no CEP: **200/13**

**Título do Projeto:** “Caracterização das oficinas de estimulação cognitiva existentes no Distrito Federal”

**Pesquisador Responsável:** Carolina Becker Bueno de Abreu

**Data de Entrada:** 22/07/2013

Com base na Resolução 466/12, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **200/13** com o título: “Caracterização das oficinas de estimulação cognitiva existentes no Distrito Federal.”, analisado na 8ª Reunião Ordinária, realizada no dia 28 de Agosto de 2013.

O (a) pesquisador (a) responsável fica, desde já, notificado(a) da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente.

Brasília, 27 de Agosto de 2013.

  
Prof. Natália Monsore  
Coordenador do CEP-FS/UnB