



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MICHELLE CAROLINE DA SILVA SANTOS

**EFEITO DO TREINO DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA NA QUALIDADE DE VIDA
EM MULHERES IDOSAS**

Recife

2017

MICHELLE CAROLINE DA SILVA SANTOS

**EFEITO DO TREINO DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA NA QUALIDADE DE VIDA
EM MULHERES IDOSAS**

Dissertação ou Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Modo de vida, Morbimortalidade e Atenção a Saúde.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Ana Paula de Oliveira Marques

Coorientador: Prof.^a Dr.^a Márcia Carréra Campos Leal

Recife

2017

Catalogação na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

S237e

Santos, Michelle Caroline da Silva.

Efeito do treino de estimulação da memória na qualidade de vida em mulheres idosas / Michelle Caroline da Silva Santos. – 2017.

114 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.

Orientadora: Ana Paula de Oliveira Marques.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2017.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Memória. 2. Cognição. 3. Envelhecimento. 4. Qualidade de vida. I. Marques, Ana Paula de Oliveira (Orientadora). II. Título.

614

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2018-231)

MICHELLE CAROLINE DA SILVA SANTOS

**EFEITO DO TREINO DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA NA QUALIDADE DE VIDA
EM MULHERES IDOSAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 28/08/2017.

BANCA EXAMINADORA

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

Prof^a Dr^a Carla Cabral dos Santos Accioly Lins (Membro Externo) - UFPE

Prof^a. Dr^a. Anna karla de Oliveira Tito Borba (Membro Externo) – UFPE

Prof^a. Dr^a. Márcia Carrera Campos Leal (Membro Interno) - UFPE

Aos meus pais. Minha vida, meu porto-seguro.
À minha família. Minha força diária.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ser meu guia em todos os momentos e por sempre me mostrar o caminho certo.

Aos meus pais por todo amor, confiança e ensinamentos. Sou eternamente grata pelo apoio e por acreditar nos meus sonhos, se não fossem vocês não estaria aqui.

Aos meus irmãos, pelo amor, paciência e sinceridade. Obrigada.

Ao meu amor, companheiro, namorado, marido e melhor amigo, Anderson Henrique. Muito obrigada por estar sempre ao meu lado e por acreditar nos meus sonhos, principalmente por sonhar comigo e ajudar a torná-los realidade.

À minha família, em especial aos ‘Galdinos’ pelo apoio e acolhimento fundamentais à minha formação e conclusão dos estudos. Obrigada por tudo.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Ana Paula de Oliveira Marques, que com toda dedicação e conhecimento me mostrou o encanto de se trabalhar com as pessoas idosas. Sempre à disposição tornou possível à conclusão desta caminhada. Imensa gratidão e admiração!

À Prof^a Dr^a Márcia Carréra Campos Leal. Obrigada por me ensinar que o compromisso e responsabilidade são fundamentais para alcançar bons resultados. Gratidão.

Às minhas meninas do grupo de pesquisa: Érika, Graciela, Mariana e Laura. Muito obrigada. Vocês foram à base para que esse sonho se tornasse em dissertação.

Aos meus amigos do mestrado, Obrigada por terem me acolhido e compartilhado momentos incríveis comigo. Terão sempre meu respeito, admiração e minha amizade.

Aos professores da Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Muito obrigada por todos os ensinamentos compartilhados e pela contribuição para o meu crescimento profissional.

Aos funcionários da secretaria da Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em especial, Moreira, pela disponibilidade e paciência.

Por fim, a todas as idosas que fizeram parte deste estudo. Não só por terem sido essenciais na construção desta pesquisa, mas pelos ensinamentos compartilhados durante todo o período convivido ao lado delas. Eternamente grata.

Amar o perdido deixa confundido este coração.

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

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

Mas as coisas findas muito mais que lindas essas ficarão.

(Memória)

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

A presente dissertação encontra-se organizada sob a forma de dois artigos, o primeiro trata-se de uma revisão integrativa da literatura que teve por objetivo: identificar estudos que evidenciam a memória como fator relacionado à qualidade de vida em pessoas idosas. A busca dos artigos ocorreu nas bases de dados: LILACS, MEDLINE, PePSIC, SciELO e BDENF, publicação nos idiomas português, inglês ou espanhol, no período de agosto de 2012 a junho de 2017. A amostra final resultou em 20 artigos, após seleção conforme critérios de elegibilidade adotados. Observou-se que em todos os estudos analisados o sexo feminino prevaleceu entre os participantes, ressaltando-se que o treino de estimulação de memória em pessoas idosas pode melhorar sua funcionalidade, principalmente quanto a qualidade de vida. O segundo artigo na categoria original, objetivou analisar o efeito do treino de estimulação da memória na qualidade de vida em mulheres idosas. Trata-se de um ensaio clínico randomizado e controlado, onde foram convidadas a participar da pesquisa 200 mulheres idosas, matriculadas em um Programa de Educação Permanente, oferecido em Instituição Pública de Ensino Superior localizada no município de Recife-PE. Na primeira etapa da pesquisa, que correspondeu ao recrutamento das idosas para as avaliações iniciais foram excluídas 100 participantes, por não atenderem os critérios de elegibilidade estabelecidos para o estudo, a saber: ter idade mínima de 60 anos, ser do sexo feminino, não apresentar comprometimento cognitivo e/ou comunicação que impossibilitasse a coleta de dados. Amostra final correspondeu a 100 idosas, alocadas em dois Grupos (Intervenção e Controle). No Grupo de Intervenção as idosas participaram de Oficinas de Memória, realizadas semanalmente, com duração de 60 minutos, em 12 sessões. No grupo controle as idosas tiveram atendimento ambulatorial de forma exclusiva, ocasião em que receberam orientações de exercícios para estimulação da memória, os quais deveriam ser realizados em ambiente domiciliar. As idosas responderam um formulário semiestruturado sobre condições sociodemográficas e de saúde e foram avaliadas quanto ao comprometimento cognitivo, sintomatologia depressiva e qualidade de vida, por meio dos seguintes instrumentos, respectivamente: Mini Exame de Estado Mental e Escala de Depressão Geriátrica (versão curta). Para avaliação do desfecho - foi utilizado nos dois Grupos (Controle e Intervenção), o Questionário Genérico sobre Qualidade de Vida SF-36 investigado e em seus respectivos domínios (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos

sociais, aspectos emocionais e saúde mental), no início da pesquisa e após 90 dias de acompanhamento. Para análise estatística foi empregado o teste Qui-quadrado com correção de *Yates*. Para os casos em que este último, não pôde ser aplicado, calculou-se o Teste de *Fisher*, considerando uma margem de erro de 5,0%. As idosas do Grupo de Intervenção apresentaram melhora na qualidade de vida nos domínios capacidade funcional, dor, vitalidade, limitações por aspectos emocionais e saúde mental, em relação ao Grupo Controle. Conclui-se que a concentração, atenção, leitura, interação social, escrita e as demais práticas, envolvidas no treino de estimulação da memória são considerados fatores importantes para funcionalidade cognitiva, podendo também contribuir para uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Memória. Cognição. Envelhecimento. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The present dissertation is organized in the form of two articles, the first one is an integrative review of the literature that aimed to: identify studies that evidenced memory as a factor related to the quality of life in elderly people. The search of the articles occurred in the databases: LILACS, MEDLINE, PePSIC, SciELO and BDENF, publication in the Portuguese, English or Spanish languages, from August 2012 to June 2017. The final sample resulted in 20 articles, after selection according to the eligibility criteria adopted. It was observed that in all the analyzed studies the female gender prevailed among the participants, emphasizing that the training of memory stimulation in elderly people can improve its functionality, mainly regarding the quality of life. The second article in the original category, aimed to analyze the effect of memory stimulation training on quality of life in elderly women. This was a randomized controlled trial, where 200 elderly women enrolled in a Permanent Education Program in 2016 were invited to participate in the study, offered at a Public Institution of Higher Education located in the city of Recife-PE. In the first stage of the survey, which corresponded to the recruitment of the elderly women to the initial evaluations, 100 participants were excluded because they did not meet the eligibility criteria established for the study, namely: having a minimum age of 60 years, being female, not presenting cognitive impairment and / or communication that made it impossible to collect data. Final sample corresponded to 100 elderly women, allocated in two groups (Intervention and Control). In the Intervention Group, the elderly women participated in Memory Workshops, held weekly, lasting 60 minutes, in 12 sessions. In the control group, the elderly had exclusive ambulatory care, when they received exercise guidelines for memory stimulation, which should be performed in a home environment. The elderly responded to a semi-structured form on sociodemographic and health conditions and were evaluated for cognitive impairment, depressive symptomatology and quality of life, by means of the following instruments, respectively: Mini-Mental State Examination and Geriatric Depression Scale (short version). In order to evaluate the outcome, the SF-36 Generic Questionnaire on Quality of Life was investigated in the two groups (Control and Intervention) and their respective domains (functional capacity, physical aspects, pain, general health status, vitality, social aspects, emotional aspects and mental health), at the beginning of the research and after 90 days of follow-up. For statistical analysis, the chi-square test with Yates correction was used. For the

cases in which the latter could not be applied, Fisher's test was calculated, considering a margin of error of 5.0%. The elderly of the Intervention Group showed improvement in the quality of life, in the domains of functional capacity, pain, vitality, limitations due to emotional aspects and mental health, in relation to the Control Group. It is concluded that concentration, attention, reading, social interaction, writing and other practices involved in the training of memory stimulation are considered important factors for cognitive function, and may also contribute to a better quality of life.

Key words: Memory. Cognition. Aging. Quality of Life.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Capítulo 2 – Materiais e métodos

Quadro 1	Valores utilizados para ponderação das respostas do questionário SF36.....	38
Quadro 2	Distribuição dos valores para cálculo dos domínios do questionário SF36.....	39
Quadro 3	Atividades desenvolvidas nas Oficinas de memória.....	42
Figura 1	Representação do fluxograma do estudo, segundo CONSORT (2010).....	83
Resultados - Revisão Integrativa da Literatura		
Quadro 1 -	Apresentação da síntese dos trabalhos incluídos na revisão integrativa	67

LISTA DE TABELAS

Resultados - Revisão Integrativa da Literatura

Tabela 1	Distribuição dos artigos selecionados conforme critérios de elegibilidade estabelecidos para o estudo.....	65
----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Resultados - Artigo Original

Tabela 1	<i>Baseline</i> das características sociodemográficas e condições de saúde das idosas participantes do Programa de Educação Permanente. Recife/PE. 2017.....	86
Tabela 2	Distribuição da amostra segundo a condição de saúde, conforme os grupos controle (GC) e grupo intervenção (GI). Idosas participantes de Programa de Educação Permanente. Recife/PE. 2017.....	88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UnATI	Universidade Aberta da Terceira Idade
NAI	Núcleo de Atenção ao Idoso
PROIDOSO	Programa do Idoso
PROEXT	Pró-Reitoria de Extensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
GC	Grupo Controle
GI	Grupo Intervenção
QV	Qualidade de Vida
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature em Retrieval System on Line
BDENF	Base de Dados em Enfermagem
PePSIC	Periódicos Eletrônicos em Psicologia
SciELO	Scientific Electronic Library Online
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
AHRQ	Agency for Healthcare and Quality
SF-36	Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey
MEEM	Mini-Exame Mental
GDS-15	Escala de Depressão Geriátrica 15
WHOQOL	Avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TME	Treino de Estimulação da Memória
CNS	Conselho Nacional de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS.....	20
2.1	Objetivo geral	20
2.2	Objetivos específicos	20
3	CAPÍTULO 1- MARCO TEÓRICO.....	21
3.1	O Envelhecimento Populacional.....	21
3.2	A Feminização da população idosa.....	23
3.3	Memória: Conceitos e relevância à saúde.....	24
3.4	Treino de estimulação da memória em pessoas idosas.....	27
3.5	Qualidade de Vida.....	29
4	CAPÍTULO 2 - MÉTODO	32
4.1	Método da Revisão Integrativa da Literatura	32
4.2	Método do Artigo Original	34
5	CAPÍTULO 3 – RESULTADOS.....	47
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
	REFERÊNCIAS	49
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA.....	56
	APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DO ARTIGO ORIGINAL.....	57
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TCLE	59
	APÊNDICE D- ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA.....	61
	APÊNDICE E- ARTIGO ORIGINAL.....	78
	ANEXO A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO RIGOR METODOLÓGICO DOS ARTIGOS SELECIONADOS PARA REVISÃO INTEGRATIVA.....	98
	ANEXO B - INSTRUMENTO PARA CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DAS EVIDÊNCIAS PARA AVALIAÇÃO DOS	

ARTIGOS SELECIONADOS NA REVISÃO INTEGRATIVA	
.....	99
ANEXO C - INSTRUMENTO DE RASTREIO COGNITIVO.....	100
ANEXO D - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA.....	102
ANEXO E – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36.....	103
ANEXO F – LISTA DE INFORMAÇÕES CONSORT 2010.....	107
ANEXO G – CARTA DE ANUÊNCIA.....	109
ANEXO H – APROVAÇÃO CEP	110
ANEXO I – REGISTRO REBEC	114

1 INTRODUÇÃO

O número de pessoas idosas tem aumentado ao longo do tempo, representando quase dois terços da população mundial¹⁻⁶. No Brasil, houve nos últimos trinta anos, um aumento significativo na expectativa de vida ao nascer e na taxa de envelhecimento, com tendência crescente para as próximas décadas⁷.

O envelhecimento populacional é um fenômeno ocasionado pelo processo da transição demográfica e epidemiológica que desencadearam alterações no perfil de natalidade e morbimortalidade da população e, por consequente, intensificaram a necessidade de reorganização dos modelos assistenciais, enfatizando a importância de ampliar o conhecimento quanto à realidade e cuidados voltados a esses indivíduos na tentativa de atuar nos fatores que possam promover uma velhice bem sucedida^{3,4}.

Entre as características que envolvem esse processo destaca-se a condição da predominância das mulheres idosas neste grupo etário, ocasionando um fenômeno que estudiosos conceituam de feminização da velhice, vivenciado em todas as regiões do mundo, seja nos países desenvolvidos ou não^{8,9}. No Brasil, no último censo realizado em 2010, cerca de 55% do contingente populacional brasileiro com mais de 60 anos é composto por mulheres⁷.

Estima-se que as mulheres vivem em média, de cinco a sete anos a mais em relação aos homens^{9,10} e este comportamento repercute nas faixas etárias mais tardias¹¹. Sabe-se que alguns fatores determinantes explicam essa heterogeneidade por sexo na velhice seja por natureza sociocultural e/ou biológica, como por exemplo, a maior predisposição masculina às complicações de aterosclerose coronariana, bem como à maior vulnerabilidade aos óbitos por causas externas nas fases mais precoces da vida¹².

No processo de envelhecimento surgem também diversas modificações de origens orgânicas, físicas, sociais e psicológicas na pessoa idosa. Uma dessas alterações está relacionada à velocidade e aos mecanismos da memória, consideradas queixas recorrentes entre os idosos, principalmente quando tais esquecimentos afetam a vida social e o desempenho nas atividades cotidianas^{12, 13, 14}.

Alguns estudos relatam que as alterações envolvendo a funcionalidade cognitiva, com ênfase para o desempenho mnemônico, podem ser intensificadas entre as mulheres devido a vários fatores, um deles é explicado pela interação hormonal do estrógeno capaz de repercutir no

processo de memorização ao longo da vida, podendo acarretar consequências específicas às mulheres quando em idade mais longevas¹²⁻¹⁵.

O declínio cognitivo decorrente do mecanismo natural do envelhecimento ou proveniente de doenças crônicas trazem alterações importantes envolvendo a memória, tais como: perda da autoestima, redução da socialização e capacidade funcional. Para estas condições são necessárias intervenções que amenizem ou até eliminem as dificuldades advindas dos episódios ocasionados pelos lapsos de memória^{16,17}.

Pesquisas desenvolvidas na área do envelhecimento descrevem que o declínio nas habilidades mnemônicas pode estar relacionado à Teoria do Desuso, onde o estilo de vida do indivíduo pode influenciar negativamente no funcionamento da memória, ou seja, uma pessoa idosa com hábitos sedentários, inserida em um ambiente com poucos estímulos cognitivos está mais exposta à redução da atividade neuronal e, consequentemente, perda da capacidade cognitiva¹⁸.

A memória por estar vinculada a capacidade de armazenar e utilizar informações importantes e subjetivas, numa sequência cronológica dos fatos, torna-a, dessa forma, uma das funções cognitivas essenciais à vida^{19,20}. A perda de memória é considerada uma das principais queixas mencionadas pela população idosa^{18,19,20}. Estudos epidemiológicos indicam que 54% das pessoas idosas sentem essa dificuldade, estando presente no processo natural do envelhecimento, ou seja, mesmos indivíduos considerados saudáveis podem apresentar dificuldades relacionadas ao comprometimento da memória²¹.

De acordo com a literatura, existem três tipos de memórias consideradas distintas e conectadas entre si, a saber: memória sensorial, memória de curto prazo e memória de longo prazo²⁰. A Memória Sensorial é caracterizada como um sistema capaz de armazenar breves informações por meio da percepção, captada pelos diferentes sentidos do corpo humano. Na de curto prazo, as informações após processadas são codificadas e retidas por algum tempo, podendo ser descartadas ou armazenadas. O último processo ocorre na memória de longo prazo, a qual recebe e armazena os estímulos captados na etapa anterior, por tempo ilimitado²².

O processo terapêutico e preventivo para os casos de comprometimento da memória envolve quatro etapas: acolhimento e avaliação, criação e apresentação do plano de reabilitação, tratamento e, por fim, alta e acompanhamento, no qual são utilizadas atividades que mantêm ativa

a concentração, a sequência de pensamento, a atenção e a capacidade de fazer escolhas, convertendo-se em um trabalho de manutenção e promoção da qualidade de vida^{23,24}.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida pode ser definida como a autopercepção do indivíduo sobre sua condição e posição na vida e na sociedade em que vive, em relação aos seus objetivos, expectativas e valores²⁵. Sendo assim, é muito utilizada no contexto teórico-prático por diversas áreas de conhecimento como importante parâmetro de avaliação quanto à efetividade de tratamentos, ações no âmbito da saúde e da própria condição social, permitindo analisar o impacto das doenças e de predisposições patológicas na vida das pessoas²⁶.

Estudos na literatura especializada²⁷⁻³⁰ sugerem que a utilização de intervenções complexas envolvendo técnicas de memorização, atenção e concentração podem gerar efeitos positivos e duradouros em idosos, especialmente quando empregadas em grupo. Sendo assim, a prática de estimulação da memória otimiza as capacidades mnemônicas e melhora o desempenho cognitivo^{31,32} caracterizando-se como um cuidado de saúde importante entre os mais velhos. Dessa forma, esta prática é considerada uma valiosa ferramenta de intervenção que pode contribuir para prevenção do declínio cognitivo, melhoria da qualidade de vida e, consequentemente, promoção do envelhecimento ativo e saudável.

Nesse sentido, trabalhar com as condições inerentes à memória associadas à qualidade de vida favorece vários outros aspectos, direta e/ou indiretamente, relacionados à saúde como a motivação, autoestima, interação social, organização da vida diária e a prática de novos hábitos e aprendizados³³.

Salami et al³⁰ sugerem uma relação positiva entre o desempenho cognitivo da pessoa idosa e a prática de estimulação, favorecendo ganhos na agilidade e mais eficiência nos conceitos mais abstratos, cujos benefícios podem ser repercutidos no desempenho das tarefas do dia a dia. Estas evidências sugerem que o estímulo e um bom funcionamento mental podem ser determinantes na manutenção e melhoria da saúde e qualidade de vida da população idosa.

Considerando a necessidade de mais estudos epidemiológicos que almejam conhecer a possível relação entre os aspectos que envolvem a temática e seu comprometimento na qualidade de vida das pessoas idosas, esta pesquisa buscou resultados capazes de contribuir na realização de ações específicas para manutenção da funcionalidade cognitiva durante envelhecimento. Considerando o fenômeno da feminização da velhice e o envolvimento das mulheres idosas no

desempenho de diversas funções no contexto familiar e nas atividades do cotidiano, fortemente afetadas quando há déficit de memória. Este estudo utilizou como pergunta norteadora: qual o efeito do treino de estimulação da memória na qualidade de vida em mulheres idosas sem diagnóstico de demência e sintomatologia depressiva?

A presente dissertação encontra-se estruturada conforme preconizado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, organizada em três capítulos. O primeiro refere-se ao marco teórico ordenado nos seguintes itens constitutivos: o envelhecimento populacional; a feminização da população idosa; a memória: conceitos e relevância a saúde; treino de estimulação da memória em pessoas idosas e qualidade de vida.

O segundo capítulo traz uma descrição detalhada da metodologia utilizada na elaboração do artigo de revisão integrativa e no artigo original. O terceiro capítulo apresenta a discussão dos resultados do estudo, referente ao artigo intitulado: Memória e qualidade de vida em pessoas idosas: uma revisão integrativa, encaminhado à revista indexada para área da Saúde Coletiva de acordo com Qualis CAPES, cujo objetivo foi identificar estudos que evidenciem a memória como fator relacionado à qualidade de vida em pessoas idosas.

Ainda no terceiro capítulo é apresentado o artigo original: Treino de estimulação da memória e seus efeitos na qualidade de vida de mulheres idosas, com o objetivo principal de analisar o efeito do treino de estimulação da memória na qualidade de vida em mulheres idosas.

Por fim, são apresentadas as considerações finais da dissertação analisadas de acordo com todo o percurso do estudo, recomendações sugeridas referentes ao problema de pesquisa, a relevância do treino de estimulação de memória na atenção a pessoa idosa e suas consequências na qualidade de vida desta população.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o efeito do treino de estimulação da memória na qualidade de vida em mulheres idosas.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar a produção científica sobre a repercussão da memória na qualidade de vida em pessoas idosas;
- Caracterizar a amostra do estudo segundo variáveis sociodemográficas e condições de saúde;
- Comparar o efeito do treino de estimulação da memória na qualidade de vida em mulheres idosas em diferentes momentos (inter e intragrupos) no grupo intervenção e controle.

3 CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO

3.1 O Envelhecimento Populacional

O número de pessoas idosas tem aumentado com o passar dos anos, atualmente representam dois terços da população mundial. As modificações observadas na estrutura etária trazem alterações nos padrões de morbimortalidade¹⁻⁷ e no envelhecimento populacional, implicando em novas demandas de natureza científica, política e/ou social com vistas a atender as especificidades do segmento mais envelhecido³⁴.

O aumento do número de pessoas idosas é proveniente de diversos acontecimentos históricos ocorridos na sociedade a partir do século XIX, principalmente no período pós-revolução industrial, no qual as ideias que envolviam o sistema capitalista de ter trabalhadores aptos a produzir e ampliar lucros estimulou a elaboração de políticas, visando melhorias sanitárias e, consequentemente, refletidas nas condições de saúde²².

Dessa forma, os motivos que levaram os países a envelhecer não são considerados homogêneos quanto a dinâmica e periodicidade do fenômeno. Nos países desenvolvidos, este processo ocorreu de modo gradativo, após aquisição de padrões elevados de vida, reduzindo desigualdades sociais e econômicas, com implantação de estratégias institucionais para compensar os efeitos das desigualdades nas áreas de acesso aos serviços de saúde, urbanização, habitação e educação¹⁸.

Já nos países em desenvolvimento, o crescimento do número de idosos ocorre de forma acelerada e consequentemente o planejamento de estratégias de atenção à saúde e acompanhamento apresentam dificuldades em atender as demandas e os desafios advindos da população envelhecida¹⁷.

No Brasil, houve um aumento significativo na expectativa de vida ao nascer e na taxa de envelhecimento, nos últimos 30 anos, e as projeções para as próximas décadas sugerem 64 milhões de indivíduos acima de 60 anos até 2050, representando cerca de 30% da população⁷. Além dos dados epidemiológicos citados, em todo o território nacional, o efeito combinado da redução dos níveis de fecundidade e mortalidade, fez com que a população passasse de um regime demográfico de alta natalidade e alta mortalidade para outro com características que propiciaram um processo contínuo de estreitamento da base da pirâmide etária e interferindo no

padrão de envelhecimento da população⁴. Neste contexto, é possível afirmar que essa tendência de envelhecimento populacional é um fenômeno ocasionado pelo processo conhecido como transição demográfica capaz de ser refletida nas proporções dos grupos etários e levando a uma reestruturação da expectativa de vida ao nascer³⁻⁴.

Concomitantes as essas mudanças demográficas ocorreram outras transformações no comportamento da morbimortalidade dos indivíduos, conceituando um processo conhecido como transição epidemiológica proposta por Omran⁹. Esta teoria engloba a complexa mudança nos padrões de saúde e sua interação com seus determinantes e consequências, refletindo na diminuição da mortalidade por doenças infectoparasitárias e no aumento dos agravos não transmissíveis. Desse modo, as pessoas passaram a conviver longos anos com doenças de caráter crônico, permitindo assim, o alcance à terceira idade¹³.

O envelhecimento da população brasileira vem ocorrendo de forma rápida e no intervalo de poucas décadas. Pesquisas evidenciam que no Brasil, o número de pessoas com 60 anos ou mais passou de 3 milhões em 1960 para 14 milhões em 2002, o que significa um aumento de 500% em quarenta anos. Estima-se ainda que esse número alcance 32 milhões em 2020¹⁵.

De acordo com Veras³⁵, o Brasil é considerado um jovem país de cabelos brancos, pois a cada ano, aproximadamente 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira. Com esse cenário enfatiza-se a importância de ampliar o conhecimento quanto à realidade e cuidados voltados a esses indivíduos na tentativa de atuar nos fatores que possam comprometer uma velhice bem sucedida^{34,36}.

É incontestável a conquista trazida pela possibilidade do aumento da sobrevida, mas por outro lado, torna-se imprescindível discutir os desafios que emergem com esse grupo etário, envolvendo os aspectos externos, como os sociodemográficos e culturais, e os internos, referentes às condições fisiológicas³⁷.

Na tentativa de solucionar esses desafios, o Brasil tem investido em políticas públicas e programas voltados à atenção ao idoso². No que se refere aos principais marcos legais e normativos destacam-se a criação da Política Nacional do Idoso, regulamentada em 1996 que prevê a garantia dos direitos sociais a pessoa idosa; Estatuto do idoso, em 2003; Pacto pela vida, em 2006 que traz como eixo prioritário a atenção ao idoso e o Compromisso Nacional para o Envelhecimento ativo, em 2013. Todos, de um modo geral, enfatizam a saúde como direito e condições dignas de vida para as pessoas mais velhas^{38,39}.

Embora esse contexto legal apresente sua relevância enquanto conquista cidadã aos indivíduos na terceira idade, na prática é visto ainda como insuficiente para o alcance dos ganhos efetivos. Isto pode ser justificado pelo caráter homogêneo e generalista das ações e atividades abordadas nessas políticas, havendo a necessidade de considerar as particularidades e especificidades intrínsecas do processo de envelhecimento⁴⁰.

No cuidado da saúde é fundamental considerar que o grupo de pessoas idosas possui necessidades de intervenções específicas, apresenta heterogeneidade em sua composição e precisa ser analisado de forma particular. Como exemplo, pode ser retratado a questão das mulheres idosas, que atualmente prevalecem em relação ao sexo oposto na velhice e apresentam problemas socioculturais marcados pela diferença de gênero e responsabilidades em diversas funções no contexto familiar e nas atividades cotidianas⁴¹.

Com isso, a possibilidade de uma escolha adequada de práticas educativas, assistenciais e preventivas podem ampliar o sucesso terapêutico e influenciar a melhoria da condição de vida desta população idosa.

3.2 A Feminização da População Idosa

O aumento da população de mulheres idosas, principalmente entre os idosos acima de 80 anos, pode caracterizar tal seguimento populacional como dependentes de cuidados, apresentando repercussões importantes para a sociedade e demandas preocupantes para as políticas públicas⁴². A Organização das Nações Unidas pressupõem para 2040 um número de 23,99 milhões de homens e 30,19 milhões de mulheres, representando uma diferença de 6,2 milhões a mais em relação à população idosa masculina⁴³.

No Brasil, no último censo realizado em 2010, cerca de 55% do contingente populacional brasileiro com mais de 60 anos é composto por mulheres, sendo este quadro também bastante representativo entre os que possuem idade superior a 80 anos, podendo essa proporção subir para 60,1%⁷. Ressalta-se que no envelhecimento a proporção de mulheres casadas ou que convivem com companheiros apresenta caráter declinante e, por outro lado, é possível identificar que há um aumento em relação às viúvas, sendo neste grupo etário onde se encontram, aproximadamente, 41% das viúvas do país⁴⁴. Esta situação retrata que a mortalidade nos homens ocorre mais cedo quando comparado ao sexo oposto.

Sabe-se que alguns fatores determinantes explicam essa heterogeneidade por sexo encontrada na velhice sejam por maior exposição à causa de riscos no trabalho, diferenças de atitudes e comportamentos considerados de maior vulnerabilidade e a procura por serviços de saúde para acompanhamento e tratamento oportunos^{8,10}, como também relacionado aos fatores biológicos, por exemplo, maior predisposição masculina às complicações da aterosclerose coronária¹². Além disso, a sobremortalidade masculina para quase todas as causas básicas, com destaque para as causas externas, acarreta num impacto direto sobre a esperança de vida ao nascer, que é sempre maior na população feminina^{11,12}.

Ao mesmo tempo em que esta condição de viver mais tempo é considerada um ganho importante para a população feminina, por outro lado é acompanhada de particularidades que não significam que este grupo esteja vivendo melhor⁴⁵. As mulheres no decorrer da vida estão mais vulneráveis a violência, discriminação, salários inferiores, dupla jornada, baixa escolaridade e têm maior probabilidade de serem economicamente mais desfavorecidas e dependentes de recursos externos^{16,17,44}.

Neste contexto, as desigualdades sociais, políticas e econômicas que fazem parte da rotina de todas as mulheres também são enfrentadas quando estas envelhecem. A discriminação por idade se faz ainda presente numa sociedade orientada para juventude. Entre os desafios que envolvem o processo da feminização está a possibilidade de criação de espaços e grupos de trabalhos que motivem a participação das mulheres idosas no convívio social, fortalecendo a autonomia feminina e permitindo a criação de políticas públicas que valorizem o potencial e a experiência dessas mulheres⁴.

Ademais, é fundamental a realização de estudos que busquem identificar os fatores relacionados a um envelhecimento bem-sucedido, com a preservação da saúde, das boas condições física e cognitiva, bem como na independência das mulheres idosas.

3.3 Memória: Conceitos e Relevância à Saúde

Há milênios são realizados estudos sobre a temática envolvendo a memória. Na Filosofia, por muitos anos foi assunto de discussão desde os pré-socráticos, sendo, porém, abordada de forma mais sistemática por Platão e Aristóteles⁴⁶. Contudo foi em meados da década de 1960 que investigadores passaram a publicar, conceitos e estudos relacionados às estruturas e funcionamento dos processos mentais, de modo direcionado à condição da memória^{46,47}.

A memória é uma condição estudada por alguns autores abrangendo desde mecanismos neurológicos à capacidade de interação e comunicação entre as pessoas. O fato é que se trata de uma complexa e importante função mental cuja ausência ou falhas são bastante atribuídas ao processo de envelhecimento^{19,20}.

Existe uma diversidade de definições quanto à condição mnemônica do processo cognitivo, sendo a mais recente e utilizada nos dias atuais a baseada no Modelo de Níveis de Tratamento, apresentado por Baddeley, no fim dos anos 1990^{48,49}. Este modelo enfatiza as estruturas de armazenamento e informações, podendo ser, inclusive, disponível para reformatação e reintegração das ideias.

Esta capacidade de armazenar e resgatar informações importantes e subjetivas de cada indivíduo torna-a, dessa forma, uma das funções cognitivas essenciais para vida, visto a sua relevância para realização de atividades do cotidiano e formação de vínculos afetivos e sociais²². Sendo assim, a memória é considerada uma condição íntegra ao indivíduo e, sem a mesma, não há produção de uma história, ou seja, uma sequência cronológica dos fatos ocorridos ao longo da vida.

De acordo com a literatura, existem três tipos de memórias, a saber: memória sensorial, memória de curto prazo e memória de longo prazo²⁰. Cada um desses grupos é considerado sistemas, relativamente independentes, mas que podem interagir entre si, dando à memória uma condição única no processo cognitivo^{17,18}.

A Memória Sensorial é caracterizada como um sistema capaz de armazenar breves informações por meio da percepção, captada pelos diferentes sentidos do corpo humano e com reconhecimento momentâneo após assimilação realizada pelos órgãos sensoriais. Este tipo de memória é considerado como a etapa inicial no processo da memória^{21,50}.

Na etapa seguinte, as informações após serem processadas e reconhecidas pelos mecanismos da memória sensorial são codificadas na memória de curto prazo, retendo estas informações por algum tempo, para que sejam utilizadas, descartadas ou organizadas para posterior armazenamento²¹. Pode ser representada como a capacidade de obter as informações de acordo a necessidade de ser resgatadas, utilizando a atenção durante o processo de armazenamento, ocorrendo alterações da funcionalidade quando submetida a mecanismo de distração, medo e insegurança, situações que pode ocorrer facilmente durante a velhice⁵¹.

O terceiro e último processo ocorre na memória de longo prazo, a qual recebe e armazena as informações compreendidas na etapa anterior por tempo ilimitado. Ela permite utilizar a memória de experiências prévias referindo-se a lembranças passadas⁵⁰.

Barroso et al¹⁸ afirmam que no processo de envelhecimento normal podem ocorrer perdas e dificuldades de memória relacionadas às deficiências sensoriais e perdas da capacidade neuronal e maior tempo de reação entre os sinais sinápticos.

Estudos epidemiológicos indicam que as queixas relacionadas a falha de memória na velhice podem ser ocasionadas pelo processo natural do envelhecimento, ou seja, mesmo as pessoas idosas consideradas saudáveis podem apresentar dificuldades relacionadas ao comprometimento da memória^{50,52,53}. Existem ainda pesquisas que relatam o lapso de memória na terceira idade como um fator relacionado aos hábitos assumidos pelo indivíduo ao longo da vida num ambiente com poucos estímulos cognitivos, influenciando de forma negativa o desempenho nas atividades cotidianas. Tal condição é relacionada à Teoria do “desuso”^{17,18,20}.

As possíveis causas que provocam um déficit de memória podem ser provenientes do fato que durante esta fase da vida ocorre uma dificuldade em organizar, gravar e utilizar as informações de maneira espontânea, apresentando uma redução na velocidade do processamento, gerando entraves na tentativa de acessar as informações gravadas⁵³.

Certas enfermidades de caráter crônico também podem trazer, gradativamente, alterações importantes no processo cognitivo e mnemônico, acarretando como consequências: perda da autoestima, dependência e capacidade funcional, necessitando de intervenções que amenizem ou até eliminem as dificuldades advindas dos episódios ocasionados por esse declínio mnemônico⁵⁴. Esta condição pode ser ocasionada por fatores genéticos e ambientais específicos que contribuem para que alguns idosos tornem-se particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de déficits. Para isso é importante diferenciar e atribuir critérios quanto às queixas de memória associadas ao envelhecimento normal, ditas como “esquecimento benigno da senescência”, daquelas indicativas de processo demencial^{53,55}.

Soares et al⁵⁶ relata que entre aqueles que se queixam e não preenchem critérios para qualquer diagnóstico patológico encontram-se mais frequentemente as mulheres com elevado nível de escolaridade, que moram sozinhas e com histórico de demência na família. Além disso, a presença de sintomas depressivos e ansiosos parece ser outra importante fonte de episódios associados aos lapsos da memória no público feminino⁵⁵. O que possivelmente poderia explicar

essa condição seria o fato das mulheres no período pós-menopausa apresentarem discreto declínio no desempenho da memória curta devido à privação de estrógeno no climatério⁵⁶, podendo interferir nas atividades diárias do cotidiano e convívio social, além de trazer danos secundários à saúde⁵⁷.

Sendo assim, presume-se que as possíveis condições que podem comprometer o mecanismo de memória na população idosa estão relacionadas a diminuição da velocidade de processamento das informações, menor uso de estratégias durante a memorização, bem como a redução nas oportunidades de estimulação mnemônica.

3.4 Treino de estimulação de memória em pessoas idosas

Estudos mostram a importância da prática terapêutica de estimulação da memória na melhoria do desempenho cognitivo e que uso de intervenções específicas envolvendo técnicas de memorização, atenção e concentração, podem gerar efeitos positivos e duradouros, especialmente quando empregadas em grupo, contribuindo na prevenção e manutenção da capacidade mnemônica, assim como no envelhecimento saudável⁵⁵⁻⁵⁹.

O caráter grupal dos estudos de intervenção é considerado um aspecto positivo, pois amplia a possibilidade dos integrantes compartilharem experiências e problemas semelhantes, assim como de formarem novos vínculos sociais, com reflexos importantes nos resultados terapêuticos^{59,60}.

O Treino de Estimulação da Memória (TEM) pode ser caracterizado como uma experiência de construção coletiva de conhecimentos, tendo com base a conceituação de memória, esclarecimentos acerca de seu funcionamento, suas peculiaridades no processo de envelhecimento e estratégias propostas pela literatura para manter ou melhorar o desempenho da memória^{36,37}. Nele os participantes são estimulados a refletir sobre as possíveis aplicações deste conhecimento no dia a dia e expor seus conhecimentos, dificuldades e limitações sobre o assunto.

Os programas de treino diferem em relação à duração, às estratégias ensinadas e à metodologia empregada, encontrando-se na literatura diversidades em relação aos seus efeitos, à sua organização das tarefas e aos modos de manutenção como caráter preventivo⁶¹.

Para que ocorram resultados satisfatórios do estímulo da memória é importante que as técnicas e atividades utilizadas sejam organizadas de modo contínuo e com sequência lógica dos exercícios propostos, podendo ser implementadas novas estratégias quanto às áreas e o tipo de

memória a ser trabalhado, seja em caráter individual ou em grupo^{62,63}. Para este último torna-se importante a seleção dos integrantes quanto ao perfil e necessidades específicas a fim de enfatizar e priorizar as atividades utilizadas.

Os benefícios alcançados com os TEM são retratados na literatura, sendo possível identificar melhorias quanto à interação dos idosos na atividade grupal, nas funções executivas e no desempenho nas atividades de vida diária, da linguagem, da memória, manutenção da autonomia, diminuição da sobrecarga dos cuidadores, facilitação da interação social e melhoria da qualidade de vida na terceira idade^{55,58}.

Na literatura internacional é possível verificar uma grande quantidade de estudos sobre TEM envolvendo pessoas idosas^{29,58,59,64}. Por outro lado, no Brasil, os estudos que abordam esse tipo de treino aos poucos estão sendo realizados, porém ainda apresenta pouca divulgação sobre a temática⁶⁵.

No estudo de Sato (2014) realizado na cidade de São Paulo, com casuística composta por 20 idosos, cujo objetivo foi apresentar opiniões de idosos relacionadas à influência do TEM no desempenho das tarefas da vida diária e sobre a incorporação de estratégias e atividades no cotidiano que estimulam as habilidades cognitivas, foi possível identificar que apesar das dificuldades quanto à questão cognitiva, os participantes referem que o treino disponibilizou estratégias para compensá-las e reduzi-las, contribuindo para melhora da funcional da memória³².

Em outro estudo realizado em Porto Alegre com a pretensão de verificar os efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de 76 idosos saudáveis, divididos em grupo experimental (GE) e grupo controle (GC), verificou-se após o treino, que os idosos do GE apresentavam melhor desempenho cognitivo e percepção de qualidade de vida, além de maiores índices de bem-estar psicológico, destacando assim a importância das intervenções no campo mnemônico⁶⁴.

Na China, especificamente em Hong Kong, pesquisadores ao avaliarem a eficácia de um treino de estimulação de memória em 200 idosos, cujas intervenções foram realizadas em oito sessões com uma hora de duração, obtiveram associação positiva entre o treino e a função cognitiva de idosos chineses²⁷.

Outro estudo, realizado na cidade de Toronto, Canadá que teve por objetivo ampliar o uso de estratégias utilizadas pelas pessoas idosas para melhor autonomia e independência, através de

um programa de treino modular, tendo a memória como um dos domínios de análise, em amostra composta por 49 idosos saudáveis e independentes, identificou benefícios aos participantes, enfatizando a capacidade de melhoria no processamento após estimulação em idosos⁶⁵.

Essas atividades mostram-se ainda mais efetivas quando há uma abordagem e acompanhamento profissional qualificado⁶⁶, incluindo conhecimento especializado com o intuito de intensificar os efeitos positivos a saúde da pessoa idosa.

3.5 Qualidade de Vida

A Qualidade de Vida (QV) é um tema amplamente discutido e disseminado por diversos campos do saber na atualidade, com destaque às contribuições destinadas ao cuidado à saúde, tornando-a uma condição importante à existência dos indivíduos na sociedade⁶⁷.

O termo qualidade de vida foi mencionado pela primeira vez em 1920 por Pigou, em um livro sobre economia e bem-estar, onde discutiu os benefícios das políticas públicas direcionadas às pessoas carentes e as consequências deste na condição de vida. Após a Segunda Guerra Mundial, o termo passou a ser muito utilizado, como sinônimo de melhoria do padrão de vida, tendo como principal objetivo o lucro e expansão exacerbada da economia⁶⁸.

Nos dias atuais, tem-se valorizado fatores como satisfação, realização pessoal, convívio social, percepção de bem-estar, possibilidades de acesso a eventos culturais, oportunidades de lazer, entre outros, de modo cada vez mais íntimo e específico de cada indivíduo.

Apesar da dificuldade em se alcançar um consenso quanto ao conceito sobre qualidade de vida, um grupo de especialistas da Organização Mundial da Saúde (OMS), conhecido como Grupo WHOQOL, define a QV como uma autopercepção que o indivíduo tem sobre sua condição e posição na vida e na sociedade em que vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, preocupações e valores, apresentando um caráter multidimensional e subjetivo^{25,67}.

Sendo assim, o termo é muito utilizado como importante parâmetro de avaliação quanto à efetividade de tratamentos, ações no âmbito da saúde e da própria condição de vida, permitindo analisar o impacto das doenças e predisposições patológicas no cotidiano das pessoas, a partir das alterações dos aspectos que repercutem na saúde, tais como físicos, sociais, econômicos e culturais⁶⁸. Para averiguar as condições associadas à QV, a literatura dispõe de diversos instrumentos validados, os quais estão divididos em grupos genéricos ou específicos, apresentando objetivos distintos quanto à análise e aplicação⁶⁹.

Os instrumentos do tipo genérico são assim chamados por possuir capacidade de avaliar uma ampla variedade de grupos populacionais com algum quadro patológico ou não, onde são realizados acompanhamentos dos aspectos funcionais, emocionais, entre outros que possam afetar as condições de saúde de um indivíduo, permitindo uma avaliação global das condições estudadas^{25,69}. Como exemplo, destacamos o WHOQOL-100 e o WHOQOL-bref, desenvolvidos pela OMS, o Índice de QV de *Ferrans e Powers* e o *Study 36 – Item Short-Form Health Survey*, mais conhecido como SF-36^{25,70,71}.

Em relação aos instrumentos específicos, como o próprio nome já diz, abrange área específica de avaliação da QV, relacionada a determinado quadros de doenças, grupos etários ou problemas fisiológicos, como é o caso do Instrumento de Qualidade de Vida de *Ferrans e Power* nas versões diálise, cardíaca e câncer⁷⁰. Apesar das vantagens, este tipo de instrumento apresenta como limitação a dificuldade em expandir para diferentes tipos de situações, visto que sua aplicação destina-se às condições específicas que fundamentam seus questionamentos de análise⁷¹.

A escolha do instrumento a ser utilizado irá depender do tipo de estudo e os critérios descritos no método. Além disso, é importante que os domínios e variáveis abordadas no questionário sejam capazes de fundamentar o objeto pesquisado. A natureza multidimensional da QV é resultante da atuação de múltiplos contextos interdependentes, tendo como princípios básicos quatro grandes dimensões relacionadas aos fatores físicos, mas precisamente sobre a condição física do indivíduo; ao relacionamento social, ambiental, o meio em que vive, e os psicológicos, envolvendo aspectos afetivos e cognitivos⁶⁴.

Essas dimensões são importantes contextos de avaliação da qualidade de vida em diferentes grupos etários, inclusive para a população idosa, que além destes critérios deve também ser considerada as particularidades presentes na velhice. Sabe-se que no processo do envelhecimento surgem diversas modificações de origens fisiológicas, sociais e psicológicas na população idosa e que uma dessas alterações está relacionada à velocidade e aos mecanismos da memória, principalmente quando tais esquecimentos afetam um dos domínios relacionados ao desempenho nas atividades cotidianas e a condição de sua qualidade de vida⁵².

Apesar dessa relevância, há poucos estudos na literatura que verificam a relação entre o comprometimento da memória e qualidade de vida na população idosa, porém é possível

identificar nas pesquisas existentes sobre a temática que o déficit de memória pode influenciar na qualidade de vida dos indivíduos na terceira idade ^{29, 64, 65}.

4 MÉTODO

Neste capítulo serão descritos os métodos utilizados nos artigos - “**Memória e qualidade de vida em pessoas idosas: revisão integrativa da literatura**” e no artigo - original “**Treino de estimulação da memória e seus efeitos na qualidade de vida de mulheres idosas**”.

4.1 Primeiro artigo: Memória e qualidade de vida em pessoas idosas: revisão integrativa da literatura

4.1.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura cujo objetivo é agrupar e sintetizar os resultados de pesquisas de acordo com determinado tema ou questão, de uma forma sistemática e ordenada, contribuindo no aprofundamento do conhecimento acerca da temática estudada⁷².

Este método científico é ancorado na Prática Baseada em Evidência que permite a utilização de resultados para a prática clínica, cuja finalidade metodológica é incentivar a utilização desses resultados em estudos direcionados à assistência prestada, destacando a relevância da pesquisa para a atividade profissional⁷³.

4.1.2 Etapas de construção da revisão integrativa

Para a elaboração desta revisão foram percorridas as seguintes etapas: 1) formulação da questão norteadora; 2) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão que constituem a amostra e seleção dos artigos; 3) obtenção dos artigos que constituem a amostra; 4) avaliação dos artigos; 5) interpretação dos dados; 6) apresentação da revisão integrativa. Na primeira etapa foi estabelecida a seguinte questão norteadora da pesquisa: Quais as evidências científicas publicadas nos últimos cinco anos que evidenciam a memória como fator relacionado à qualidade de vida em pessoas idosas?

A segunda etapa constituiu-se pela seleção dos artigos, por meio de busca das publicações da literatura científica, na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com busca simultânea das publicações relevantes nas principais bases de dados científicas no âmbito

nacional e internacional: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), PePSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BDENF (Base de dados em Enfermagem), responsáveis por reunir as publicações de estudos científicos das revistas mais conceituadas na área da saúde.

Como critérios de inclusão estabelecidos para a seleção dos artigos considerou-se: ser artigo original; responder a questão norteadora; ter disponibilidade online na forma de texto na íntegra, e publicações nacionais e internacionais no período de agosto de 2012 a junho de 2017, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídas as publicações de resumos de congressos, anais, editoriais, comentários e opiniões, artigos repetidos em uma ou mais bases de dados, pesquisas que não incluíssem em sua população de estudo pessoas idosas.

Para a busca dos artigos utilizou-se palavras-chaves padronizadas pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a saber: memória, qualidade de vida e idoso, no qual foram realizadas todas as possibilidades de cruzamento entre os descritores selecionados, por meio da estratégia de busca utilizando-se o ícone AND no campo “descritor de assunto”.

Finalizadas as combinações entre os descritores, a pré-seleção correspondeu a 355, os quais tiveram seus títulos e resumos lidos criteriosamente, a fim de verificar sua adequação dos mesmos aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Ao término desta fase 102 artigos foram lidos na íntegra e para viabilizar a extração dos dados foi construído um questionário que contemplou: identificação dos autores; ano de publicação; objetivos do estudo; características metodológicas; recomendações (APÊNDICE A).

Para uma melhor análise crítica dos artigos pré-selecionados, na terceira etapa, foram aplicados dois instrumentos: Critical Appraisal Skill Programme (CASP) e Agency for Healthcare and Research and Quality (AHRQ). A utilização das avaliações supracitadas teve o objetivo de analisar a qualidade metodológica dos estudos que foram incluídos nesta revisão integrativa⁷⁴.

O CASP (ANEXO A) é um instrumento que possui 10 itens que são pontuados de acordo com as informações dos artigos selecionados, são elas: 1) objetivo do estudo; 2) adequação ao método; 3) apresentação dos procedimentos teóricos e metodológicos; 4) critérios de seleção da amostra; 5) detalhamento da amostra; 6) relação entre pesquisadores e pesquisados; 7) respeito aos aspectos éticos; 8) rigor na análise de dados; 9) propriedade para discutir os resultados; 10)

contribuições e limitações da pesquisa. Nesta revisão, apenas foram selecionados apenas os artigos classificados entre 6 a 10 pontos, considerados com boa qualidade metodológica e viés reduzido.

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

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

Após a conclusão dessas etapas metodológicas, a amostra final foi composta por 20 artigos.

4.2 Segundo artigo: Treino de estimulação da memória e seus efeitos na qualidade de vida de mulheres idosas

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

4.2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo longitudinal, prospectivo e intervencionista do tipo ensaio clínico randomizado e controlado. O estudo consiste em um método experimental, desenvolvido em seres humanos com objetivo de conhecer o efeito de intervenções na área da saúde, considerado como uma das principais ferramentas para obtenção de evidências para prática clínica⁷⁵.

Os Ensaios Clínicos Randomizados são capazes de minimizar a influência de fatores de confusão sobre relações de causa-efeito, as intervenções são planejadas e a exposição é controlada pelos pesquisadores e comparadas através de dois grupos com alocação dos participantes ao acaso: intervenção e controle^{76,77}.

4.2.2 Área do Estudo

O estudo foi realizado em um Programa de Educação Permanente para Pessoas Idosas, a Universidade Aberta para Terceira Idade/UnATI, da Universidade Federal de Pernambuco/UFPE, a qual encontra-se vinculada ao Programa do Idoso (PROIDOSO), da Pró-Reitoria de Extensão e Cultura (PROExC) e tem por objetivo: promover e incentivar ações para melhoria da qualidade de vida de pessoas idosas, mediante a realização de cursos de extensão que estimulem a aquisição de novos conhecimentos, com inclusão e participação social.

4.2.3 População do estudo

A população do estudo correspondeu a mulheres idosas, com idade equivalente ou superior a 60 anos, condição que define a pessoa idosa, de acordo com a Lei nº 8842/94 que trata sobre a Política Nacional do Idoso, matriculadas nos cursos oferecidos pela UnATI/UFPE no ano de 2016. De acordo com as informações fornecidas pela Coordenação da UnATI por semestre aproximadamente 500 pessoas idosas são matriculadas.

Para determinação do tamanho amostral foram considerados:

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

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

onde s_c é o desvio padrão combinado das duas amostras

$t_{\alpha,v}$ e $t_{\beta,v}$ são os valores da distribuição *t-Student* correspondente a confiabilidade e o poder⁷⁸.

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

$$n \geq \frac{s^2(t_{\alpha,v} + t_{\beta,v})}{\delta^2} \quad \text{onde } s \text{ é o desvio padrão da variável diferença}$$

$t_{\alpha,v}$ e $t_{\beta,v}$ são os valores da distribuição *t-Student* correspondente a confiabilidade e o poder⁷⁸.

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

4.2.4 Critérios de elegibilidade

4.2.4.1 Inclusão

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ser do sexo feminino; apresentar idade a partir de 60 anos; está matriculada na UnATI/UFPE no período correspondente ao estudo; não apresentar comprometimento cognitivo e/ou de comunicação que impossibilitasse a coleta de dado, avaliado por meio do *Miníexame do Estado Mental* (MEEM).

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

A pontuação do MEEM varia de 0 a 30 pontos, sendo escores mais baixos apontam para possível déficit cognitivo. Foram adotados os seguintes escores de acordo com nível de escolaridade: analfabetos, 17 pontos; escolaridade de 1 a 4 anos, 22 pontos; de 5 a 8 anos, 24 pontos; acima de 8 anos, 26 pontos. Esses pontos de corte foram adaptados subtraindo um desvio padrão da média para a faixa de escolaridade, arredondando para baixo⁷⁸.

4.2.4.2 Exclusão

Foram excluídas do estudo as seguintes condições: idosas que já participam de cursos de oficinas da memória oferecidos ou não pela referida instituição; fazer uso de benzodiazepínicos e/ou medicamentos estimulantes para memória; idosas com dificuldades auditivas, visuais e motoras severos não compensados por uso de óculos, aparelhos auditivos e equipamentos de tecnologia assistida; possível diagnóstico de depressão aferido por meio da Escala de Depressão Geriátrica (GDS).

A Escala de Depressão Geriátrica⁷⁹ (ANEXO D) é uma medida utilizada para identificação e para quantificação de sintomas depressivos em pessoas idosas. A versão curta é composta por 15 perguntas em relação à escala original que apresenta 30, com respostas classificadas em sim ou não. O escore total da GDS, versão curta, é feito a partir do somatório das respostas assinaladas pelos examinados nos 15 itens. O menor escore possível é zero, e o maior é 15. Foi utilizado como critério de exclusão rastreio para sintomatologia depressiva com escore equivalente > 5 pontos⁸⁰.

4.2.5 Definição das variáveis

Para coleta de dados foram utilizados: formulário semiestruturado (APÊNDICE B) para as condições sociodemográfica e saúde; questionário de Qualidade de Vida SF-36 (ANEXO E).

4.2.5.1 Caracterização sociodemográfica

A caracterização sociodemográfica contém as seguintes variáveis: faixa etária; ter companheiro; escolaridad e situação financeira.

4.2.5.2 Condições de Saúde

Quanto às informações referentes às condições de saúde, foram consideradas as variáveis: saúde autopercebida; falha da memória; memória interfere nas atividades do dia a dia e situação da memória.

4.2.5.3 Qualidade de Vida: SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey)

O Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (ANEXO E) é um instrumento multidimensional, traduzido e validado no Brasil, de fácil compreensão e administração, sendo muito utilizado em todo mundo. É um questionário composto por 36 itens, subdivididos em oito componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Os resultados obtidos a partir das respostas variam em escores de 0 a 100, representando do pior para o melhor status de saúde⁷⁰. Para o cálculo dos domínios do SF- 36 são necessárias à execução de duas fases para o alcance do resultado final.

A Fase I é caracterizada pela ponderação dos dados utilizando pontuações específicas de acordo com as questões e respostas obtidas (Quadro 1).

Quadro 1 Valores utilizados para ponderação das respostas do questionário SF-36.

QUESTÃO (ÓES)	PONTUAÇÃO				
	Se a resposta for:				
01 e 02	1 = 5,0	2 = 4	3 = 3,4	4 = 2,0	5 = 1,0
03, 04 e 05	Soma de todos os valores das respostas obtidas				
06	Se a resposta for:				
	1 = 5	2= 4	3 = 3	4 = 2	5 = 1
07	Se a resposta for:				
	1 = 6	2 = 5,4	3= 4,2	4= 3,1	5 = 2,2
	6=1,0				
	A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7				
08	Se 7 =1 e 8=1 o valor da questão é 6	Se 7=2 e 8=1 o valor da questão é 5	Se 7=2 e 8=2 o valor da questão é 4	Se 7=2 e 8=3 o valor da questão é 3	Se 7=2 e 8=4 o valor da questão é 2
	Se 7=2 e se 8=5 o valor da questão é 1				
	Se a questão 7 não for respondida o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:				
	Se 8=1 a pontuação será 6	Se 8=2 a pontuação será 4,75	Se 8=3 a pontuação será 3,5	Se 8= 4 a pontuação será 2,25	Se 8= 5 a pontuação será 1,0
	Nesta questão a pontuação para os itens a,d,e,h deverá seguir:				
09	Se a resposta for 1 = 6	Se a resposta for 2 = 5	Se a resposta for 3 = 4	Se a resposta for 4 = 3	Se a resposta for 5 = 2
	Se a resposta for 6 = 1				
	Para os demais itens (b,c,f,g,i) o valor será mantido o mesmo da resposta				
10	Considerar o mesmo valor da resposta				
	Os itens deverão ser somados, porém nos itens b e d deve-se pontuar:				
11	Se a resposta for 1 = 5	Se a resposta for 2 = 4	Se a resposta for 3 = 3	Se a resposta for 4 = 2	Se a resposta for 5 = 1

Na Fase II os valores das questões anteriores irão se transformar em notas de 8 domínios que variam de 0 a 100. Este cálculo é chamado de *raw scale* porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Para tal é necessário utilizar uma fórmula para o cálculo de cada domínio apresentada a seguir:

DOMÍNIO: Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior X 100
Variação (Score Range)

Na fórmula os valores referentes ao limite inferior e variação são fixos e estão estipulados no quadro abaixo:

Quadro 2. Distribuição dos valores para cálculo dos domínios do questionário SF-36.

Domínio	Pontuação da(s) questão (ões) correspondente(s)	Limite inferior	Variação (escore range)
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07+08	2	10
Estado geral de saúde	01+11	5	20
Vitalidade	09 (somente p/ os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06+10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente p/ os itens b + c + d + f + h)	5	25

4.2.6 Procedimentos para coleta de dados

A execução desta etapa foi realizada pela pesquisadora principal, com apoio de uma doutoranda do Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e três discentes do curso de graduação em Terapia Ocupacional (TO) da UFPE, na qualidade de bolsistas de Iniciação

Científica, devidamente treinadas quanto aos procedimentos inerentes ao estudo, no período de fevereiro a dezembro de 2016.

As etapas que compõe o desenho do estudo podem ser visualizadas na Figura 1.

4.2.6.1 Seleção das participantes

Para realização da coleta de dados, foi necessário a obtenção do banco de castrado dos alunos existente na UnATI/UFPE, contendo informações por nome, idade e contato telefônico de todas as idosas que estavam matriculadas nos diversos cursos no ano de 2016. Em seguida, numerou-se, ordinalmente, a relação das idosas para posterior sorteio aleatório e composição da amostra. Após a seleção procedeu-se o convite para participação da pesquisa via telefone, no qual era previamente explicado o objetivo do estudo e realizado agendamento para etapa seguinte. O término desta pré-seleção ocorreu quando o número determinado para o cálculo amostral foi preenchido.

Todas as idosas convidadas para pesquisa passaram por um acolhimento, no qual foi realizada uma entrevista individual, preenchido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) e respondido as informações sociodemográficas, condições de saúde, funções cognitivas (MEEM)⁷⁹ e investigada sintomatologia depressiva (GDS-15)⁷⁸. Estes dois últimos foram rastreados para exclusão das participantes com possível comprometimento cognitivo e sugestivo quadro de depressão, com o intuito de compor uma amostra final mais homogênea, de idosas saudáveis sem alterações quanto ao processo de aprendizado e saúde mental, intensificando a capacidade de análise e comparação entre si⁷⁷.

Nessa etapa, foram avaliadas 240 idosas, sendo excluídas 80 idosas por apresentarem pontuação inferiores ao ponto de corte sugerido no MEEM, 20 por apresentarem pontuação>5 pontos na escala GDS-15 e 40 por desistência. Por se tratar de um estudo longitudinal, de acompanhamento continuo foi avaliado um quantitativo bem maior que o preconizado no cálculo da amostra, visto o risco de desistência ao longo do estudo.

Após conclusão das sessões das oficinas da memória, todas as participantes (GI e GC) foram reavaliadas individualmente quanto à condição da qualidade de vida (SF-36)⁷⁰, após 90 dias da avaliação inicial.

4.2.6.2 Randomização e Seguimento

As participantes que atenderem aos critérios de inclusão da pesquisa foram destinadas a etapa seguinte, totalizando 100 idosas, alocadas em dois grupos: Grupo Controle (GC) e Grupo de Intervenção (GI), ambos contendo 50 participantes. A distribuição dos grupos foi realizada de forma sistemática durante o processo de acolhimento.

Nesta etapa ocorreu a aplicação do questionário SF-36 individualmente para as idosas participantes de ambos os grupos (intervenção e controle), antes de serem iniciadas as respectivas atividades estabelecidas para cada um.

As idosas do GI foram subdivididas em quatro pequenos grupos, compostos por 12 integrantes, em média, a fim de facilitar a interação e o treinamento. Para este grupo ofertou-se doze sessões de treinos de estimulação da memória, com duração de 60 minutos, uma vez por semana, durante 90 dias.

Durante seguimento, das 96 idosas que deveriam ser reavaliadas, quatro do GC não fizeram a reavaliação final, por problemas de saúde, por motivo de viagem ou mudança para outra cidade, finalizando um total de 92 idosas inclusas para análise do estudo, 46 para cada grupo.

4.2.6.2 Intervenção – Treino de Estimulação da memória

As sessões de treino foram coordenadas pela autora da pesquisa e executadas em parceria com a doutorada, profissional da área da terapia ocupacional.

Os exercícios compreendidos nas sessões foram baseados, de acordo com a necessidades identificadas, na primeira etapa durante as entrevistas com as idosas, as quais de forma unânime apresentaram queixas quanto à memória e as atividades de vida diária. Na ocasião foi realizada uma discussão sobre o tema memória e sua relação com envelhecimento. A segunda, terceira e quarta sessões envolveram a execução de exercícios distintos com foco na memorização de objetos, concentração e atenção. A quinta e sexta sessões compreenderam a leitura de textos sobre árvore genealógica e importância da memória, elaborados pela TO e discutido em sala. A sétima, oitava e nona sessões foram destinadas a aplicação de cálculos, com uso de preços de produtos apresentados. A décima e penúltima sessão focou o treino de elaboração de lista de

compras e discussão da melhoria e entraves apresentados no dia a dia desde o inicio das oficinas. Na última sessão, houve leitura e discussão em grupo de um pequeno texto sobre processo de envelhecimento e revisão da oficina (Quadro 3).

Ressalta-se que todo o método foi repassado do mesmo modo, nos quatros subgrupos formados. O material didático necessário para execução das atividades foi ofertado pela autora principal e por uma doutoranda com formação em Terapia Ocupacional, sendo recolhidos e redistribuídos na sessão seguinte quando necessário.

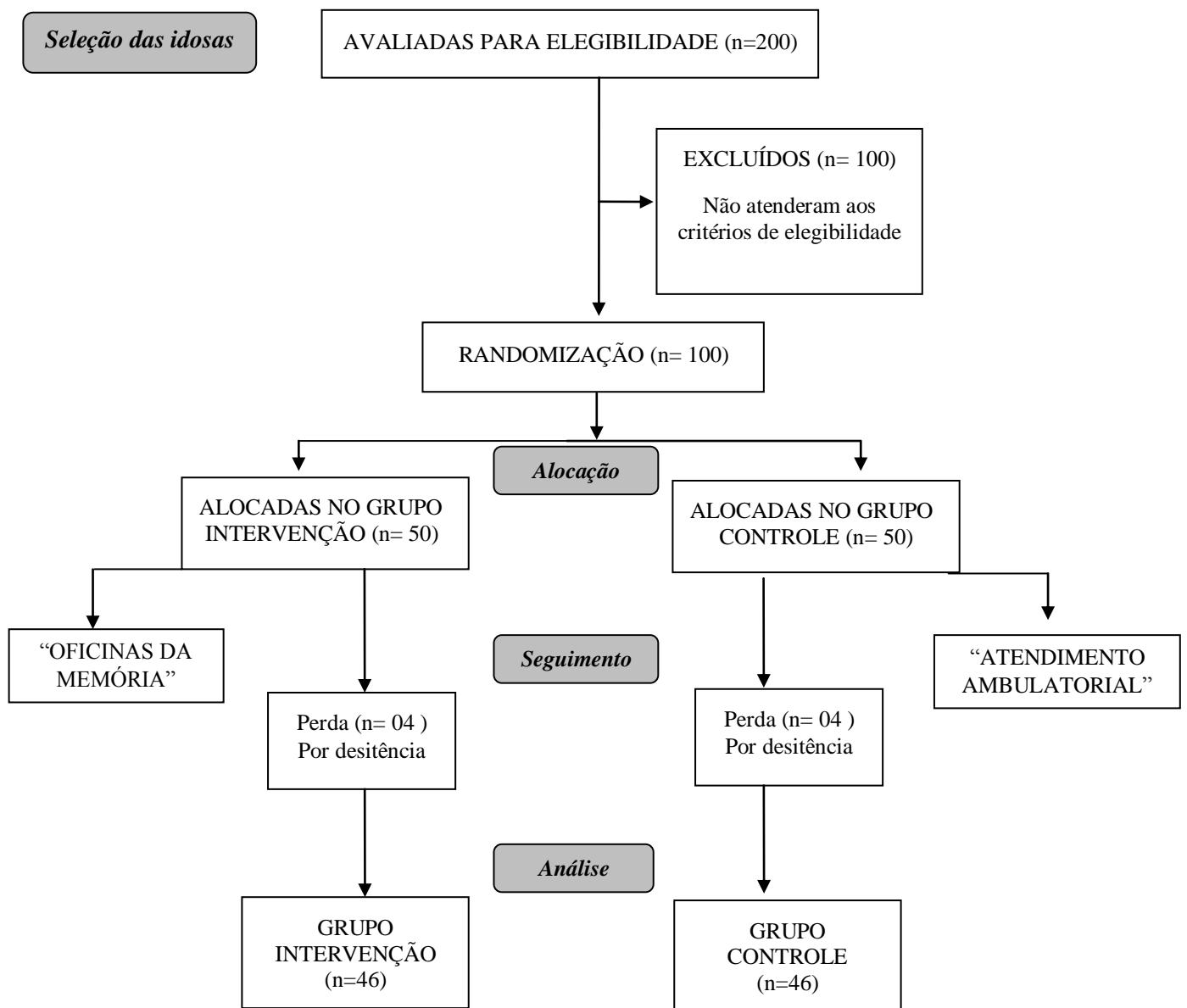
Quadro 3: Atividades desenvolvidas nas Oficinas de memória. Recife-2016.

SESSÕES	ATIVIDADE	ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA TREINO COGNITIVO	PRINCIPAIS COMPONENTES COGNITIVOS TRABALHADOS
Sessão 1	Apresentação da oficina Atividade de apresentação/reconhecimento do grupo	As participantes foram divididas em dois grupos, formularam um roteiro de entrevista, mas sem anotar as informações. Depois foram convidadas apresentara aos grupos as informações coletadas que recordaram.	Atenção; Concentração; Memória recente;
Sessão 2	“Relembrando o Recife”	Fotografias antigas e atuais de locais importantes da Região Metropolitana do Recife foi distribuído e solicitado que as participantes respondesse um roteiro de perguntas sobre o reconhecimento do local, pontos de referência, etc.	Orientação temporal e espacial; Memória episódica
Sessão 3	Palavra cruzada “aberta” Questionário Pessoal	Primeira parte da atividade foi realizada uma atividade de atenção, por meio de uma palavra central “Família” as participantes tentaram preencher os espaços vazios com palavras relacionadas à palavra central. No segundo momento as participantes foram solicitadas a responder questões pessoais, relacionadas descrição de receita culinária preferida, número telefônico de familiares, datas comemorativas importantes, etc	Atenção; Concentração; Memória semântica; Memória episódica;
Sessão 4	Texto sobre Genealogia	Distribuído texto: “Genealogia, a importância de conhecer os antepassados”, solicitado que as participantes respondessem perguntas sobre o texto e construíssem suas árvores genealógicas.	Atenção; Concentração; Memória retrógrada
Sessão 5	“Sopa de Sílabas” e ditados populares	Atividade consistiu em um quadro com diversas sílabas, foi solicitado que os participantes formassem palavras e as separassem em categorias: frutas, nome de pessoas, lugares, objetos cotidianos, etc. A segunda etapa da atividade foi completar e interpretar ditados populares.	Atenção; Concentração; Memória recente.
Sessão 6	“Quanto custa?”	Foi distribuído entre as idosas “revista de preços” de uma determinada rede de farmácias, junto com uma lista de perguntas, que questionava valores, listas de compras e problemas matemáticos.	Atenção; Concentração; Raciocínio lógico;

Sessão 7	“Quadro de palavras”	Foram apresentados os participantes cinco quadros com diversas palavras, o primeiro quadro apresentava seis palavras, o segundo nove e assim por diante, e oferecido um tempo para que as idosas memorizassem, após essa etapa era oferecido um segundo quadro de palavras para que elas pudessem memorizar as palavras observadas anteriormente. Ao término da atividade foi realizada uma discussão sobre as estratégias de memorização utilizadas.	Sequenciamento; Atenção; Concentração; Memória recente;
Sessão 8	“Saco de objetos”	Em um saco escuro foram colocados objetos de uso cotidiano, e solicitado que as idosas a nomeação dos objetos, função e solicitado que as participantes nomeassem os produtos depois de um determinado tempo. A quantidade de objetos colocados no saco era aumentada gradualmente, em múltiplos de quatro e misturados a objetos que não haviam sido apresentados no início da sessão	Atenção; Concentração; Memória recente;
Sessão 9	“Jogo dos mil erros”	12 fichas contendo imagens com situações cotidianas diferentes foram distribuídas entre as idosas, no qual o objetivo era identificar os erros nas imagens e analisar o contexto observado nas figuras.	Atenção; Concentração; Memória recente.
Sessão 10	“O poder da música”	Nesta sessão foram oferecidas as idosas um texto sobre o “O poder da Música”, cujo objetivo foi interpretar diversas perguntas referente ao que foi lido. Na segunda etapa da atividade, as idosas foram questionadas sobre músicas que marcaram suas vidas e responderam um questionário sobre o assunto.	Memória recente; Memória episódica; Atenção; Concentração;
Sessão 11	“Complete a música”	A atividade consistiu em completar letras de músicas populares e vivenciadas em épocas distintas.	Atenção; Concentração; Sequenciamento; Memória.
Sessão 12	“Letra surpresa”	Em um saco foram colocadas todas as letras do alfabeto, à medida que as letras eram sorteadas, as participantes eram solicitadas a preencher um quadro com palavras que iniciassem com a determinada letra, em categorias previamente determinadas.	Atenção; Concentração; Memória recente.

As integrantes do GC que corresponderam a 50 idosas foram assistidas em consulta individual, no ambulatório de Terapia Ocupacional do Núcleo de Atenção ao Idoso- NAI/UFPE, ocasião em que foram orientadas para a realização dos exercícios de estimulação de memória no ambiente domiciliar, com agendamento de retorno para 90 dias. Como devolutiva a esse grupo, que não teve a intervenção, ao término do estudo, as idosas do Grupo Controle foram convidadas a participar de um círculo de palestras sobre educação em saúde voltadas ao processo de envelhecimento.

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



4.2.10 Análise dos dados

A descrição das variáveis foi realizada por meio das frequências absolutas e relativas, bem como média e desvio padrão, cujos dados foram digitados numa planilha do programa *Microsoft Excel* versão 2010 e analisado no programa *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS* versão 19.0.

Para comparação dos valores das variáveis investigadas foi utilizado o teste Qui-quadrado com correção de *Yates*. Para os casos em que este último, não pôde ser aplicado, calculou-se o Teste de *Fisher*. Considerou-se um nível de confiança de 95%. A significância estatística adotada no estudo foi de 5% ($p \leq 0,05$).

4.2.8 Equipe executora e viabilidade técnico-financeira

A viabilidade técnica para o desenvolvimento do estudo foi favorável, houve anuência da coordenação do local do estudo para execução das etapas do estudo, com salas reservadas para execução das atividades. Além disso, o contato com as idosas foi possível devido a existência do registro telefônico no banco de cadastro das idosas matriculadas na UnATI/UFPE, fazendo com que a realização dos agendamentos e encontros para cada grupo fossem viáveis e ocorridos dentro dos prazos estabelecidos.

Quanto à equipe executora, por se fazer parte de um estudo maior, além da própria mestrandona, discente de Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, houve também a participação de uma Terapeuta Ocupacional e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento e de três alunos de graduação, na qualidade de bolsistas de Iniciação Científica.

Esta pesquisa não teve financiamento externo, desse modo, a viabilidade financeira foi de inteira responsabilidade da pesquisadora principal e dos demais integrantes supracitados, sem nenhum ônus para as idosas participantes da pesquisa.

4.2.11 Aspectos Éticos

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

Além disso, ressalta-se que o estudo seguiu as recomendações do *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT)⁸¹.

O referido estudo está fundamentado na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que versa sobre os aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos, executado após a concessão da Carta de Anuência e aprovação e pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Aos participantes da pesquisa será entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) onde foram informados os objetivos da pesquisa, possíveis riscos e benefícios sendo resguardado o anonimato e a possibilidade de desistência da pesquisa.

As idosas não aptas a ingressar na pesquisa, identificadas no processo de triagem foram encaminhadas para avaliação médica no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI/UFPE) e, conforme necessidade, orientadas a procurar outro profissional específico.

4.2.7 Riscos e benefícios

Este estudo envolveu risco mínimo no que diz respeito à possível constrangimento durante a intervenção grupal e ambulatorial, sendo estas avaliações utilizadas na etapa de acolhimento necessárias para a captação de uma amostra populacional homogênea. Ressalta-se que as etapas de avaliações e os atendimentos individuais e grupais foram realizados em sala reservada, garantindo a privacidade e a obtenção de dados mais concisos.

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão apresentados em formato de artigos apresentados, respectivamente, nos apêndices D e E: “**Memória e qualidade de vida em pessoas idosas: revisão integrativa da literatura**” e artigo - original “**Treino de estimulação da memória e seus efeitos na qualidade de vida de mulheres idosas**”.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados do presente estudo sobre os efeitos de um treino de estimulação da memória na qualidade de vida de mulheres idosas, pode-se considerar:

- a) Os estudos publicados nos últimos cinco anos, que evidenciaram a memória como fator importante para qualidade de vida das pessoas idosas, apresentaram predominância do sexo feminino e metodologia intervencionista voltada à prática de estímulo da memória.
- b) Ainda são poucos os estudos na literatura que abordam a temática sobre os efeitos da memória na qualidade de vida em pessoas idosas, principalmente a nível nacional e em se tratando de uma análise específica para a população feminina, considerando o fenômeno da feminização da velhice;
- c) Os efeitos do treino de estimulação da memória após doze sessões foram além dos ganhos almejados quanto à função mnemônica, sendo também capaz de interferir numa melhor percepção da qualidade de vida na população idosa feminina;
- d) O GI demonstrou melhor percepção de qualidade de vida nos domínios capacidade funcional, dor, vitalidade, limitações por aspectos emocionais e saúde mental, em comparação ao GC;
- e) Mesmo considerando que as idosas que participaram dessa pesquisa, por estarem inseridas em um Programa de Educação Permanente, representam uma população específica, os resultados aqui encontrados não deixam de destacar a importância do cuidado e preservação da funcionalidade cognitiva. Visando esclarecer ou até mesmo ampliar esse campo de análise, sugere-se a realização de estudos adicionais em outros espaços e com clientelas diferenciadas.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília, ed 1, 2012. p.98.
2. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra 27, Suíça: WHO; 2015.
3. Vasconcelos, AMN; Gomes, MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2012; 21(4): 539-548p.
4. Miranda, GMD; Mendes, ACG; Silva, ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2016.
5. Giana, SG; Chiapinoto, FV; Pascoal, JMF; Vieira, KM. Transição demográfica e gasto público: uma análise comparativa de diferentes contextos. Revista de Estudos Sociais, n. 37, v. 18, 2016; 164 p.
6. Chaimowicz, F. Saúde do idoso. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON, UFMG, 2013. 169 p.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Sinopse do Censo Demográfico. Rio de Janeiro: Brasil; 2010.
8. Almeida, AV. O processo de feminização da velhice no mundo e no município de Viçosa, MG: Características, relações e risco social. [Dissertação]. Viçosa, MG. 2015.
9. Soares, C. Envelhecimento populacional e as condições de rendimento das idosas no Brasil. Rev. Gênero, v.12, n.2. Niterói. 2012; 167-185p.
10. Silva, LC M. Trabalho e família na percepção de mulheres provedoras. Gênero na amazônia, Belém, n. 1, jan./jun., 2012.
11. Santana, IOl; Coutinho, MPL; Ramos, N; Santos, DS; Lemos, GLC; Silva, PB. Mulher Idosa: Vivências do Processo de Institucionalização. *Ex aequo* [online]. 2012, n.26, p.71-85.
12. Ourscheid, FR; Mothes, L; Irigaray, TQ. Memória em idoso: relação entre percepção subjetiva e desempenho em testes objetivos. Estud. Psicol. (Campinas), Campinas , v. 33, n. 1, mar. 2016; p. 151-159.

13. Cordeiro, J; Del, CBL; Freitas, CS; Gonçalves, MP. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2014; 17(3): 541-552.
14. Mascarello, L. Memória de trabalho e processo de envelhecimento. [Internet]. Psic. Rev. São Paulo, volume 22, n.1, 2013; p. 43-59.
15. Lebrão, ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica Saúde Coletiva, ed. Bolina, vol. 4, núm. 17, bimestral, 2007, pp. 135-140.
16. Almeida, AV; Mafra, SCT; Silva, EP; Kanso, S. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social / Textos & Contextos; Porto Alegre, v. 14, n. 1, jan./jun. 2015; p. 115 - 131.
17. Negreiros, TCGM. Sexualidade e gênero no envelhecimento. ALCEU - v.5 - n.9, jul./dez. 2004; p. 77 a 86.
18. Barroso, RB; Amaral, TCN; Delgado, FEF; Mârmora, CHC. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* Rio de Janeiro. 2014, 17(4):751-762.
19. Franciele, M; Glaucia, VRK. Documento, história e memória: a importância da preservação do patrimônio documental para o acesso à informação. *Inf. Inf.*, Londrina, v. 20, n. 1, 2015, p. 26 - 42.
20. Mourão Júnior, CA; Faria, NC. Memória/ Memory. *Psychology /Psicologia Refl exão e Crítica*, 28(4). 2015, p.780-788.
21. Soares, RM; Diniz, AB, Cattuzzo, MT. Associação entre atividade física, aptidão física e desempenho cognitivo em idosos. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. 2013, vol.9, n.2, p.85-9.
23. Basílio, RAF; Nicolino, T. Memória e envelhecimento: a relação existente entre a memória do idoso e os fatores sóciodemográficos e a prática de atividade física. *Interscienceplace*, ed. 19, vol.1, art n 6, 2011, p.77-96.
24. Oliveira, CS; Costa, SRR; Santos, ICL; Lemos, CES. Oficina de educação, memória, esquecimento e jogos lúdicos para a Terceira Idade. *Rev. Ciênc. Ext.* v.8, n.1, 2012, p.8-17.
25. Azcurra, DJLS. A reminiscence program intervention to improve the quality of life of long-term care residents with Alzheimer's disease. A randomized controlled trial. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012; 34:422-433.

26. Organização Mundial da Saúde. The WHOQOL group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med.* 1998; 46(12):1569-85.
27. Teixeira-Fabricio, A, et al. Treino cognitivo em adultos maduros e idosos: impacto de estratégias segundo faixas de escolaridade Psico-USF. Universidade São Francisco São Paulo, Brasil, vol. 17, núm. 1, abril, 2012, p. 85-95.
28. Timothy K, et al. Effectiveness of cognitive training for Chinese elderly in Hong Kong. *Clinical Interventions in Aging* 2013:8, p.213–219.
29. Robert TW, et al. What contributes to a good quality of life in early dementia? awareness and the QoL-AD: a crosssectional study. Woods et al. *Health and Quality of Life Outcomes* 2014, 12:94.
30. Vannier-Nitenberg C, et al. Early detection of memory impairment in people over 65 years old consulting at Health Examination Centers for the French health insurance: the EVATEM protocol. *BMC Geriatr.* 2013 Jun 6;13:55.
31. Salami, A. et al. Opposing effects of aging on large-scale brain system for memory encoding and cognitive control. *J Neurosci.* 32(31):10749-57; 2012.
32. Pereira, ZMF. Treino Cognitivo em Idosos sem Demência Estudo em idosos residentes no lar da Santa Casa da Misericórdia de Mondim de Basto. [Dissertação]. Bragança, 2012.
33. Sato AT, Batista MPP, Almeida MHM. “Programas de estimulação da memória e funções cognitivas relacionadas”: opiniões e comportamentos dos idosos participantes. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2014; 25(1):51-9.
34. Jacó-vilela, AM; Sato, L. Diálogos em psicologia social [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012. p.482.
35. Barbieri, NA. Velhice: melhor idade? *O Mundo da Saúde.* v. 36 n. 1, São Paulo, 2012, p. 116-119.
36. Veras R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23(10): 2463-66.
37. Pighills AC, Torgerson DJ, Sheldon TA, Drummond AE, Bland JM. Environmental Assessment and Modification to prevent falls in older People. *J Am Geriatr Soc.* 2011; 59(4):26-36.

38. Campos, ACV; Ferreira, EF; Vargas, AMD; Gonçalves, LHT. Healthy aging profile in octogenarians in Brazil. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2016 ; 24: e2724.
39. Núbia CF, Emilia OS, Simone CTM, Estela SF. Envelhecimento no Brasil: O Retrato da Diversidade. Visconde do Rio Branco: Suprema, 2015 cap. 5, p. 71-86.
40. Dátilo, GMP; Cordeiro, AP. Envelhecimento humano : diferentes olhares. Marília: Oficina Universitária ; São Paulo : Cultura Acadêmica, 2015. p. 296.
41. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasil. 2014.
42. Freitas R, Santos SSC, Hammerschmidt KSA, Silva ME, Pelzer MT. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. Rev Bras Enferm 2011; 64(Supl. 3):478-485.
43. Salgado, CDS. Mulher idosa: a feminização da velhice. Estud. interdiscip. envelhec., Porto Alegre, v. 4, 2002, p. 7-19.
44. Organização das Nações Unidas. ONU projeta que população mundial chegue aos 8,5 mil milhões em 2030. Centro Regional de Informação das Nações Unidas. 2015.
45. Carriço, S; Neves, R. Liberdade involuntária em idosas viúvas – olhares narrativos. Revista Kairós Gerontologia, 17(3). São Paulo (SP), Brasil: 2014, pp.43-57.
46. Kuchemann, BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. Soc. estado, Brasília , v. 27, n. 1, 2012, p. 165-180.
47. Senra, LX. A História da Psicologia Moderna e seu Ensino no Brasil. Psicologia em Pesquisa, 5(2), 2011. p. 183-185.
48. Schultz, DP; Schultz, SE . *Teorias da Personalidade*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning. 2002
49. Baddeley, A. Working memory, thought and action. New York: Oxford University Press. 2007.
50. Melo, LBR. Memória de Trabalho e Função Executiva : Uma proposta de diálogo entre dois modelos teóricos. [Dissertação]. Juiz de Fora. 2011.
51. Vancarenghi RV, Santos SSC, Barlen ELD, Pelzer MT, Gomes GC, Lange C. Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. Acta paul enferm 2011; 24 (Supl. 6):828-833.

52. Taussik I, Wagner GP. Memória explícita e envelhecimento. In: Parente MAMP, organizadora. Cognição e envelhecimento. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 67-84.
53. Souza, JN; Chaves, EC. O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. Rev Esc Enferm USP. 39(1):13-9; 2005.
54. Sartori J. Memória de idosos. Sem Aspas, Araraquara, v. 2, n. 1, 2, 2013, p. 95-107.
55. Gomes JO. A memória e suas repercussões no envelhecimento saudável. [Dissertação]. Juiz de fora. 2007.
56. Soares et al. Projeto Memória e Envelhecimento: capacitando profissionais e aprimorando aspectos cognitivos em idosos institucionalizados. Revisa Brasileira de ciências do envelhecimento humano. v. 7, n. 1. 2010.
57. Fernandes, RCL; Silva, KS; Bonan C; Zahar, SEV; Marinheiro, LPF. Avaliação da cognição de mulheres no climatério com o Mini-Exame do Estado Mental e o Teste de Memória da Lista de Palavras. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2009 Sep; 25(9): 1883-1893.
58. Rosa e Silva, JS; Sá, MFS. Efeitos dos esteróides sexuais sobre o humor e a cognição. Rev. psiquiatr. clín. [Internet]. 2006; 33(2): 60-67.
59. Bart, H LA; Claire, AGW; Gertrudis, IJM; Ton Ambergen, FRJV; Marjolein, EDV. The benefit of a geriatric nurse practitioner in a multidisciplinary diagnostic service for people with cognitive disorders. Ament et al. BMC Res Notes (2015) 8: 217.
60. Pallavi B, Rinshu D, Jalandhar P. Factors associated with the life satisfaction amongst the rural elderly in Odisha, India. Banjare et al. Health and Quality of Life Outcomes. 2015. 13:201.
61. Yassuda, MS. et al. Treino de memória no idoso saudável: Benefícios e Mecanismos. Psicol Reflex Criti.19(3):470-81;2006.
62. Gil, G; Busse, AL; Shoji, FT; Martinelli, PD; Mercadante, EF. Efeitos de um programa de estimulação cognitiva multidisciplinar intergeracional. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2015; 18(3): 533-543.
63. Wichmann, FMA; Couto, AN; Areosa, SVC; Montañés, MCM. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. Rev. BRas. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2013; 16(4):821-832.

64. Golino, MTS; Flores-Mendoza, CE. Development of a cognitive training program for the elderly. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2016; 19(5): 769-785.
65. Irigaray, TQ; Schneider, RH; Gomes, I. Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos. *Psicol. Reflex. Crit.* [online]. 2011, vol.24, n.4, pp. 810-818.
66. Stuss DT, Robertson IH, Craik FIM, Levine B, Alexander MP, Black S, et al. Cognitive rehabilitation in the elderly: a randomized trial to evaluate a new protocol. *J Int Neuropsychol Soc.* 2007;13(1),120-31.
67. Seidl, EMF, Zannon,CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública.* 20(2):580-8; 2004.
68. Kluthcovsky ACGC, Takayanagi AMM. Qualidade de vida – Aspectos conceituais. *Revista Salus-Guarapuava-PR.* jan./jun. 2007; 1(1).
69. Martins, MRI; Cesarino,CB. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2005,13(5):670-6.
70. Souza, JGS; et al. Tools used for evaluation of Brazilian children's quality of life. *Rev. paul. pediatr.* [Internet]. 2014 June; 32(2): 272-278.
71. Ciconelli, R.M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.*1999;39(3):143-50.
72. Silva, JV; Miako, K. Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers.,. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(Esp):1098-104.
73. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. *Texto & Contexto enferm.* 2008; 17(4): 758-94.
74. Cullum N, Ciliska D, Haynes RB, Marks S. Enfermagem baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2010.
75. Steler CB, Morsi D, Rucki S, Brought S, Corrigan B, Fitzgerald J. Utllization focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res.* 1998; 11(4):195-2006.
76. Jadad, AR; Enkin, MW. Randomized controlled trials. Questions, answers, and musings. 2nd. ed. London: Blackwell Publishing/BMJ Books, 2007.
77. Rouquayrol MZ, Filho NA. Epidemiologia & Saúde. 7 ed. Medbook São Paulo, 2013.

78. Azevedo, R. Qual o tamanho da amostra ideal para se realizar um ensaio clínico? Rev Assoc Med Bras. 2008, p.254-289.
79. Bertolucci, PHF. et al. O miniexame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arq Neuro-Psiquiatr. 52:1-7, 1994.
80. Almeida, OP; Almeida, SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. Arq Neuropsiquiatr. 57(2B):421-6;1999.
81. Moher D, Schulz KF, Altman D; CONSORT Group (Consolidated Standards of Reporting Trials). The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. JAMA. 2001 Apr 18;285(15):1987-91.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA

A- Dados de identificação do estudo:

Título:

Autor (es):

Periódico:

Ano:

Idioma:

B – Caracterização do estudo

Objetivo:

Metodologia:

Resultados:

Recomendações:

APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DO ARTIGO ORIGINAL

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Hora início ____ : Hora término ____ :

01. N° Questionário: _____
 02. Entrevistador: _____
 03. Data da entrevista: ____/____/
 04. N° do idoso: _____
 Nome: _____

2. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

5. Data de Nascimento ____/____/____
 6. Idade em anos completos _____
 7. Faixa etária: (1) 60 a 69 anos
 (2) 70 a 79 anos
 (3) 80 a 89 anos
 (4) Mais de 90 anos
 8. Estado Civil: (1) casado ou tem companheiro (a)
 (2) Solteiro (a)
 (3) Viúvo (a)
 (4) Separado (a) ou divorciado (a)
 (9) Não responde
 9. O Sr(a) frequentou a escola? (1) Sim (2) Não

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

9.1. Até que série a senhora estudou?

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

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

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

12. Mora com alguém:
 (1) Esposo (a)
 (2) Filho (a)
 (3) Parente
 (4) Amigo (a)

- (5) Instituição
 (6) Sozinho
 (7) Outro _____

13. Realiza atividades de lazer?
 (1) Não
 (2) Sim Qual? _____

3. CONDIÇÕES DE SAÚDE

14. Situação de saúde (auto-percebida):

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

15. Às vezes você sente sua memória falhar?
 (1) Sim (2) Não

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

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

- (1) Sim (2) Não

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

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

- 15.3 Sua família percebe as falhas de memória?
 (1) Sim (2) Não

- 15.4 Você se preocupa com as falhas de memória?
 (1) Sim (2) Não

16. Você considera sua memória:

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

17. Você considera que a memória é importante para realizar as atividades do dia-a-dia?
 (1) Sim (2) Não

18. Você já participou de alguma atividade semelhante a oficina da memória?
 () Sim () Não

19. Qual curso você está matriculada atualmente na Unati?

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

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

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

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

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

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

(assinatura do pesquisador)

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

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Impressão
digital
(Opcional)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

APÊNDICE D - ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA

Memória e qualidade de vida em pessoas idosas: uma revisão integrativa

Memory and quality of life in elderly people: an integrating review

Resumo

Objetivo: identificar estudos que evidenciem a memória como fator relacionado à qualidade de vida em pessoas idosas. **Métodos:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura, no período de 2012 a 2017, nas bases de dados: LILACS, MEDLINE, PePSIC, SciELO e BDENF. Os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisas com avaliação metodológica de 6 a 10 em pontuação de até 10 pontos, disponíveis online, na íntegra e de forma gratuita; em inglês, português ou espanhol; e de exclusão: resumos de congressos, anais, editoriais, comentários e opiniões, artigos repetidos em uma ou mais bases de dados, estudos que não incluem em sua população de estudo pessoas idosas. Na amostra final foram selecionados 20 artigos, dos quais 10 nacionais e 10 internacionais. **Resultados:** os estudos apresentaram predominância do sexo feminino, com pessoas consideradas saudáveis no que diz respeito a diagnóstico prévio de quadros demências e evidenciaram a memória como fator importante para a qualidade de vida da pessoa idosa, com ênfase na realização de estudos de intervenção clínica. **Conclusão:** o cuidado com a memória deve ser contínuo para a promoção da qualidade de vida, intensificando as atividades de estimulação como ferramenta importante para manutenção da capacidade funcional e independência da população idosa.

Descritores: Qualidade de vida. Memória. Idoso.

Abstract

Objective: to identify studies that evidence memory as a factor related to the quality of life in elderly people. **Methods:** it is an integrative review of the literature, in the period from 2012 to 2017, in the databases: LILACS, MEDLINE, PePSIC, SciELO and BDENF. The inclusion criteria were: articles of research with methodological evaluation of 6 to 10 in scores of up to 10 points, available online, in full and free of charge; in English, Portuguese or Spanish; and exclusion: abstracts of congresses, annals, editorials, comments and opinions, articles repeated in one or more databases, studies that do not include elderly people in their study population. In the

final sample, 20 articles were selected, of which 10 were national and 10 were international. **Results:** the studies presented a predominance of females, with people considered to be healthy with regard to a previous diagnosis of dementia and evidenced memory as an important factor for the quality of life of the elderly person, with emphasis on clinical intervention studies. **Conclusion:** memory care should be continuous to promote quality of life, intensifying stimulation activities as an important tool to maintain the functional capacity and independence of the elderly population. **Descriptors:** Quality of life, memory and the elderly.

Introdução

O número de pessoas idosas tem aumentado com o passar dos anos, representando quase dois terços da população mundial¹. No Brasil, houve um aumento significativo na expectativa de vida ao nascer e na taxa de envelhecimento, nos últimos 30 anos, e as projeções para as próximas décadas é a existência de 64 milhões de indivíduos acima de 60 anos até 2050, representando cerca de 30% da população².

Essa tendência de envelhecimento populacional é um fenômeno ocasionado pelo processo da transição demográfica e epidemiológica refletidas neste grupo etário, enfatizando a importância de ampliar o conhecimento quanto à realidade e cuidados voltados a esses indivíduos na tentativa de atuar nos fatores que possam comprometer uma velhice bem sucedida³⁻⁵. Dentre estes, destaca-se as diversas modificações de origens orgânicas, físicas e psicológicas que refletem na perda de habilidades e no declínio progressivo de funções importantes, como as relacionadas ao mecanismo da memória^{6,7}.

A memória está vinculada com a capacidade de armazenar e resgatar informações importantes e subjetivas de cada indivíduo, tornando-a, dessa forma, uma das funções cognitivas essenciais para vida, visto que sua relevância para realização de atividades do cotidiano e formação de vínculos no convívio social⁸⁻¹⁰.

As causas que provocam um déficit de memória podem ser provenientes do processo de envelhecimento natural, devido o fato que nesta fase da vida ocorre uma dificuldade em organizar, gravar e utilizar as informações de maneira espontânea, apresentando uma redução na velocidade do processamento destas¹¹.

Certas enfermidades de caráter crônico também podem trazer, gradativamente, alterações importantes no processo cognitivo, acarretando como consequências: perda da autoestima,

dependência e capacidade funcional, necessitando de intervenções que amenizem ou até eliminem as dificuldades advindas dos episódios ocasionados por esse declínio mnemônico¹².

No cuidado da saúde é fundamental considerar que o grupo de pessoas idosas possui necessidades e intervenções específicas, são heterogêneos, que precisam ser analisados de acordo com cada particularidade, a exemplo temos a questão das mulheres idosas que, atualmente, apresentam uma predominância em relação ao sexo oposto no envelhecimento do país, trazendo consigo problemas socioculturais marcados pela diferença de gênero e responsabilidades em diversas funções no contexto familiar e nas atividades cotidianas¹³. Com isso, a possibilidade de uma escolha adequada de práticas educativas, assistenciais e preventivas podem ampliar o sucesso terapêutico e influenciar a melhoria da qualidade de vida da população idosa feminina.

Sendo assim, destaca-se a importância da memória em produzir um impacto positivo na saúde e bem-estar da população idosa, além da necessidade de estudos científicos que visem identificar o perfil dessa população e os principais riscos e complicações que estão sujeitos, contribuindo no planejamento e na construção de intervenções específicas com o intuito de minimizar possíveis danos na funcionalidade e realização das atividades de vida diária, proporcionando-lhes um envelhecimento mais ativo e saudável. Desse modo, o objetivo deste artigo de revisão integrativa foi identificar estudos que evidenciem a memória como fator relacionado à qualidade de vida em pessoas idosas.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a qual apresenta uma metodologia que proporciona a investigação e avaliação crítica sobre determinado conteúdo científico, elaborando uma síntese sobre o conhecimento encontrado, a fim de verificar possíveis lacunas que poderão ser solucionadas a partir de novos conceitos e estudos¹³.

Para a elaboração desta pesquisa foram determinadas as seguintes etapas metodológicas: estabelecimento da questão norteadora e objetivo da revisão integrativa; seleção da amostra e obtenção dos artigos (critérios de inclusão e exclusão); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; avaliação dos estudos pré-selecionados; discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa¹⁴.

A questão norteadora elaborada como etapa inicial do estudo correspondeu a: quais as evidências científicas publicadas nos últimos cinco anos que evidenciam a memória como fator relacionado à qualidade de vida em pessoas idosas?

Para seleção dos artigos foi realizada uma busca na literatura científica, no período de 01 de agosto de 2012 a 31 de julho de 2017, nos idiomas inglês, espanhol e português, utilizando a bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a qual permite a realização de busca simultânea das publicações relevantes nas principais e nas principais bases de dados científicos no campo nacional e internacional: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), PePSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BDENF (Base de dados em Enfermagem).

Os critérios para inclusão dos artigos no estudo foram: ser artigo original; responder a questão norteadora; ter disponibilidade online na forma de texto na íntegra, e publicações nacionais e internacionais no período supracitado nos idiomas português, inglês e espanhol.

Foram excluídos as publicações de resumos de congressos, anais, editoriais, comentários e opiniões, artigos repetidos em uma ou mais bases de dados, estudos que não incluem em sua população de estudo pessoas idosas.

Para a busca dos artigos foram utilizadas três palavras-chaves controladas pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): qualidade de vida, memória e idoso, e realizadas todas as possibilidades de cruzamento entre as palavras-chaves selecionadas, através da estratégia de busca cruzando os descritores utilizando-se o ícone “AND”. Quanto à realização da análise crítica dos artigos pré-selecionados, foram utilizados dois instrumentos com o objetivo de verificar a qualidade metodológica dos estudos incluídos nesta revisão integrativa^{15,16}. São eles: Critical Appraisal Skill Programme (CASP) e Agency for Healthcare and Research and Quality (AHRQ).

A CASP é um instrumento que classifica os artigos a partir de pontuações que variam de 6 a 10 pontos (boa qualidade metodológica e viés reduzido) e 5 pontos ou menos (qualidade metodológica satisfatória, mas com risco de viés considerável)¹⁶. Nesta revisão foram selecionados apenas os artigos classificados entre 6 a 10 pontos.

O segundo instrumento, AHRQ, é uma avaliação que classifica os estudos em 6 níveis de acordo com o nível de evidência: (1) revisão sistemática ou metanálise; (2) ensaios clínicos

randomizados; (3) ensaios clínicos sem randomização; (4) estudos de coorte e de caso-controle; (5) revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos e (6) único estudo descritivo ou qualitativo¹⁷.

As avaliações apresentadas, anteriormente, abrangem como análise a identificação do artigo original, as características metodológicas das pesquisas e a avaliação dos resultados selecionados nesta revisão.

Resultados

Depois de realizado todos os cruzamentos foram encontrados um total de 355 artigos, os quais passaram por uma pré-seleção através da leitura dos títulos e dos resumos quando necessário. Em seguida, foram pré-selecionados 102 artigos, os quais foram lidos na íntegra com o intuito de adequar os mesmos aos critérios de inclusão desta revisão. Após conclusão dessas etapas de pré-seleção, foram excluídos 80 artigos, constituindo uma amostra final de 20 artigos a serem incluídos (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos artigos selecionados conforme critérios de elegibilidade estabelecidos para o estudo.

Base de dados	Artigos			
	Encontrados	Pré-selecionados	Excluídos	Analizados
Medline	157	45	33	12
LILACS	82	22	18	04
SciELO	61	05	03	02
BDENF	04	01	01	00
PePSIC	51	29	27	02
TOTAL	355	102	82	20

Dentre os artigos selecionados, um foi publicado em 2012, cinco em 2013, nove em 2014, três em 2015, dois em 2016 e nenhum foi incluído do ano de 2017. Quanto às bases de dados, a maioria dos artigos (60%, n=12) foi identificada na MEDLINE, destes oito foram publicados na língua inglesa, três no idioma espanhol e um em português. Os demais artigos incluídos foram encontrados na LILACS (20%, n=04), SciELO (10%, n=2) e PePSIC (10%, n=2), abrangendo periódicos nas três línguas requisitadas neste estudo. Na base de dados BDENF, nenhum artigo atendeu aos critérios de inclusão desse estudo no período mencionado.

Quanto à origem dos periódicos, foram selecionados 10 artigos internacionais, sendo o país de publicação a Nova Zelândia (n=01), Reino Unido (n=3), Espanha (n=3), França (n=1), Alemanha (n=1) e Luxemburgo (n=1). Em relação ao cenário nacional, foram incluídos 10 artigos publicados em diversas áreas de conhecimento, sendo elas: Neuropsiquiatria, Terapia Ocupacional, Enfermagem, Saúde Pública, Psicologia, Gerontologia e Medicina.

Em relação ao desenho metodológico, 18 artigos utilizaram metodologia quantitativa, apresentando quanto classificação da força das evidências: nível 2 (n=7), nível 3 (n=1), nível 4 (n= 1) e nível 6 (n=9); dois utilizaram metodologia quanti-qualitativa, ambos com nível de evidência 2. No que diz respeito ao instrumento utilizado para coleta de dados, observou-se que a maioria dos artigos utilizou-se de questionários, sendo que em 45% (n=9) foram aplicados pré e pós-intervenção em estudos de ensaio clínico. Quanto o local da coleta de dados houve predominância em serviços ambulatoriais vinculados a Instituições de Ensino de Saúde.

Nos artigos analisados, observou-se seleção da amostra com ambos os sexo e predominância da população feminina, excetuando apenas um estudo que relata o caso de um idoso do sexo masculino, além disso, a análise realizada nos periódicos foi em torno de pessoas consideradas saudáveis (90%, n=18) no que diz respeito a diagnóstico prévio de quadros demências, sendo a memória considerada um fator importante para a qualidade de vida da pessoa idosa em todos os estudos selecionados.

Quanto às recomendações das pesquisas, foi possível identificar a ênfase quanto a necessidade de mais estudos longitudinais e de intervenções que abordem a temática em questão, ampliando o quantitativo da população estudada. Outros artigos evidenciaram a importância de ofertar programas de estimulação da memória em grupo como rotina para terceira idade, almejando os ganhos consideráveis à manutenção da qualidade de vida. Ademais, também foi recomendado o empoderamento desta população quanto à realização de exercícios no ambiente domiciliar, usando técnicas de estimulação da memória, a fim de intensificar os resultados positivos possíveis de serem alcançados com o incentivo desta prática.

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

Nº	Título	Base de dados	Periódico	País/ Idioma	Temática
1	"Programas de estimulação da memória e funções cognitivas relacionadas": opiniões e comportamentos dos idosos participantes ¹⁸	LILACS	Rev Ter Ocup Univ São Paulo;25(1):5 1-9, 2014	Brasil/ Português	Apresenta opiniões de idosos relacionadas à influência da estimulação de memória para desempenho das tarefas da vida diária.
2	Calidad de vida y estado de salud en personas mayores de 60 años con demencia ¹⁹	MEDLINE	Rev Esp Salud Pública 2015;89: 51-60	Espanha/ Espanhol	Descreve a qualidade de vida das pessoas idosas com demência que vivem em lares de idosos e no estudo das variáveis de saúde associados.
3	Efeito de um Programa de Treinamento da Memória de Trabalho em Adultos Idosos ²⁰	PePSIC	Psicologia: Reflexão e Crítica, 26 (1), 122-135, 2013	Brasil/ Português	Examina o efeito de um programa de Treinamento da Memória de Trabalho no processamento da memória do trabalho e de outras funções cognitivas a ela relacionadas em idosos saudáveis.
4	Queixa subjetiva de comprometimento da memória em idosos saudáveis: influência de sintomas depressivos, percepção de estresse e autoestima ²¹	MEDLINE	Rev Esc Enferm USP 2012; 46(Esp):24-	Brasil/ Português	Analisa a relação entre a percepção de estresse e os seguintes fatores emocionais: sintomas depressivos e autoestima em idosos com e sem queixa subjetiva de comprometimento de memória.
5	Effectiveness of cognitive training for Chinese elderly in Hong Kong ²²	MEDLINE	Clin Interv Aging. 2013; 8: 213-219	Nova Zelândia/ Inglês	Avalia a eficácia do programa Mente Cognitivetraining Activo na melhoria da função cognitiva e qualidade de vida de idosos chineses.

Quadro 1. Apresentação da síntese dos trabalhos incluídos na revisão integrativa. (Continuação)

Nº	Título	Base de dados	Periódico	País/Idioma	Temática
6	Lower mortality rate in people with dementia is associated with better cognitive and functional performance in an outpatient cohort ²³	MEDLINE	Arq Neuropsiquiatr 2014;72(4):278-282	Brasil/ Inglês	Avalia a progressão da incapacidade de realização de atividades diárias através de monitoramento cognitivo.
7	What contributes to a good quality of life in early dementia? awareness and the QoLAD: a cross-sectional study ²⁴	MEDLINE	Health Qual Life Outcome s. 2014; 12: 94	Reino Unido/ Inglês	Investiga associação da demência leve com a qualidade de vida.
8	Early detection of memory impairment in people over 65 years old consulting at Health Examination Centers for the French health insurance: the EVATEM protocol ²⁵	MEDLINE	Vannier-Nitenberg et al. BMC Geriatrics 2013, 13:55	França/ Inglês	Avaliação de três testes cognitivos para sua capacidade preditiva para diagnosticar deficiências cognitivas leves e doença de Alzheimer e distúrbios relacionados.
9	Associations between quality of life and socioeconomic factors, functional impairments and dissatisfaction with received information and home-care services among survivors living at home two years after stroke onset ²⁶	MEDLINE	BMC Neurol; 14: 92, 2014 Apr 28	Luxemburg o/Inglês	Explora as associações entre a Qualidade de vida e fatores socioeconômicos, deficiências funcionais e insatisfação auto-relatada entre os sobreviventes dois anos após o início do Acidente Vascular Cerebral.
10	The psychometric properties of the German version of the WHOQOL-OLD in the German population aged 60 and older ²⁷	MEDLINE	Health Qual Life Outcomes; 12: 105, 2014 Sep 05	Alemanha/ Inglês	Examinda as propriedades psicométricas do WHOQOL-OLD com base em uma amostra representativa da população idosa da Alemanha.

Quadro 1. Apresentação da síntese dos trabalhos incluídos na revisão integrativa. (Continuação)

	Título	Base de dados	Periódico	País/Idioma	Temática
11	Rehabilitation of Memory following Brain Injury (ReMemBrIn): study protocol for a randomised controlled trial ²⁸	MEDLINE	Trials 2015, 16:6	Reino Unido/ Inglês	Reabilitação da memória após lesão cerebral protocolo de estudo para um ensaio controlado randomizado.
12	Relação entre a competência funcional da memória episódica e os fatores associados à independência funcional de idosos saudáveis ¹¹	LILACS	Rev. BRas. GeRiatR. GeRontol., Rio de Janeiro, 2014; 17(4):751-762	Brasil/ Português	Descreve a relação entre competência funcional da memória episódica e fatores associados à independência de idosos saudáveis do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
13	Longitudinal effects of physical activity on self-efficacy and cognitive processing of active and sedentary elderly women ²⁹	LILACS	Dement Neuropsychol 2014 June;8(2):187 -193	Brasil/ Inglês	Observa os efeitos da autoeficácia e da prática de atividades físicas no processamento cognitivo de idosas ativas e sedentárias.
14	Memory training and benefits for quality of life in the elderly ³⁰	SciELO	Dement Neuropsychol 2016 June;10(2):15 2-155	Brasil/ Inglês	Relato de caso sobre o treino de memória e seus benefícios na qualidade de vida do idoso.
15	Avaliação das funções cognitivas, qualidade de sono, tempo de reação e risco de quedas em idosos institucionalizados ³¹	PePSIC	Estud. interdiscipl. envelhec., Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 95-108, 2014	Brasil/ Português	Avalia as funções cognitivas, a qualidade de sono, o tempo de reação e o risco de quedas em idosos institucionalizados.

Quadro 1. Apresentação da síntese dos trabalhos incluídos na revisão integrativa. (Continuação)

Nº	Título	Base de dados	Periódico	País/Idioma	Temática
16	Long-Term Treatment with Citicoline Prevents Cognitive Decline and Predicts a Better Quality of Life after a First Ischemic Stroke ³²	MEDLINE	Int. J. Mol. Sci. 2016, 17, 390	Espanha/ Inglês	Conhecimento do efeito do tratamento com citicolina na qualidade de vida e o desempenho cognitivo no longo prazo em pacientes com primeiro acidente vascular cerebral isquêmico.
17	Efficacy of memory training in healthy community-dwelling older people: study protocol for a randomized controlled trial ³³	MEDLINE	BMC Geriatr; 15: 113, 2015 Oct 01	Espanha/ Inglês	Avaliação a eficácia de uma oficina de treinamento de memória para melhorar a memória auto-percebida, memória diária e habilidades de controle executivo.
18	Cognitive Rehabilitation for Attention and Memory in people with Multiple Sclerosis: study protocol for a randomised controlled trial (CRAMMS) ³⁴	MEDLINE	Trials; 16: 556, 2015 Dec 08	Reino Unido/ Inglês	Avaliação da eficácia clínica e custo-eficácia de um programa de reabilitação cognitiva em grupo.
19	Factors associated with low life satisfaction in community-dwelling elderly: FIBRA Study ³⁵	LILACS	Cad Saude Publica; 29(12): 2447-2458, Dec. 2013	Brasil/ Inglês	Identifica os fatores associados à baixa satisfação com a vida em idosos da comunidade e descrevê-los segundo sexo e faixa etária.
20	Doenças crônicas, cognição, declínio funcional e Índice de Charlson em idosos com demência ³⁶	SciELO	Rev assoc med bras.2013;5 9(4):326–334	Brasil/ Português	Avalia a associação entre as doenças crônico-degenerativas e o declínio funcional, a cognição e a predição da mortalidade.

Discussão

Com o crescimento da população idosa surge também a necessidade de promover ações específicas voltadas a um cuidado integral capazes de minimizar os problemas decorrentes do envelhecimento natural, assim como as situações estigmatizadas e culturais que acompanham essa fase da vida³⁷⁻⁴⁰.

Essa é uma preocupação a nível mundial que pode ser observada mediante a existência de estudos científicos que visam responder questões voltadas às condições de saúde⁴¹, especificamente o comprometimento da memória e a qualidade de vida na velhice, a exemplo dos artigos selecionados nesta revisão.

Além de enfatizar a importância na contribuição de pesquisas na área do envelhecimento,

o Brasil tem investido em políticas públicas e programas voltados a atenção do idoso⁴². Dentre os principais marcos legais e normativos do país destacam-se a criação da Política Nacional do Idoso, regulamentada em 1996, a publicação do Estatuto do idoso, em 2003 e o Pacto pela vida em 2006, todos, de um modo geral, retratando como direito atenção à saúde e condições de vida adequada e digna as pessoas idosas⁴³.

Embora esse contexto legal apresente sua significância na conquista cidadã dos indivíduos na terceira idade, na prática é visto ainda como insuficiente para o alcance dos ganhos efetivos ofertados como garantia de direito. Isto pode ser justificado pelo caráter homogêneo e generalista das ações e atividades abordadas nessas políticas, havendo a necessidade de considerar as particularidades e especificidades intrínsecas do processo de envelhecimento^{42,43}.

Contudo, ainda são escassas as políticas e programas voltados ao comprometimento da memória na saúde da pessoa idosa, por mais que existam estudos que fundamentem como relevante, mostrando, mais uma vez, o contexto generalizado das ações públicas no cuidado a essa população.

A heterogeneidade neste grupo etário pode ser ocasionada pela diferença de gênero, que também se faz presente, intensificado pelo fenômeno da feminização onde o número de mulheres idosas é maior quando comparado ao sexo oposto⁴⁴⁻⁴⁷. Este fato pode ser observado em todos os estudos selecionados, nos quais o percentual de idosas participantes foi muito superior à população masculina. Tal análise reforça a importância de mais pesquisas que discutam a influência dos fatores socioeconômicos, acessos a serviços públicos e hábitos de vida nesse grupo considerado vulnerável, não apenas aos problemas de saúde, mas ao isolamento social e transtornos emocionais, que tendem refletir na equidade do cuidado ofertado⁴⁸.

Ademais, as mulheres idosas se caracterizam como uma população predominante nas atividades destinadas à terceira idade⁴⁹, o que corrobora com os resultados encontrados nesta revisão, visto que a maioria dos estudos utilizou como metodologia atividades de estimulação da memória oferecidas em grupos a partir de estudos de intervenção, identificando a maior participação do sexo feminino.

A memória está relacionada com a funcionalidade e autonomia dos idosos, sendo considerado importante parâmetro de envelhecimento ativo e longevidade, associada quando íntegra ao bom desempenho das atividades de vida diária e sociais, além de proporcionar registro subjetivo de acontecimentos ligados à história de vida de cada indivíduo⁴⁹⁻⁵¹.

Sendo assim, alguns autores relatam a importância da prática terapêutica de estimulação da memória na melhoria do desempenho cognitivo e que uso de intervenções específicas envolvendo técnicas de memorização, atenção e concentração, podem gerar efeitos positivos e duradouros, especialmente quando empregadas em grupo, contribuindo na prevenção e manutenção da capacidade mnemônica, assim como, num envelhecimento saudável⁵.

Além disso, o caráter grupal dos estudos de intervenção é considerado um aspecto positivo, pois amplia a possibilidade dos integrantes compartilharem experiências e problemas semelhantes, assim como de formarem novos vínculos sociais, com reflexos importantes nos resultados terapêuticos⁵⁰. Essas atividades mostram-se ainda mais efetiva quando há uma abordagem e acompanhamento multidisciplinar qualificada, podendo contribuir na saúde das pessoas idosas, abrangendo conhecimentos de profissionais especializados com o intuito na integralidade do cuidado⁵¹. Fato observado nos artigos incluídos neste estudo, onde se observa uma diversidade quanto às áreas de conhecimento profissionais com interesse em pesquisar sobre a temática em questão.

Assim, considerando as implicações que estes déficits de memória influenciam numa velhice saudável, de um modo geral, a maioria dos artigos selecionados que abordaram esta temática apresentaram como objetivo principal a analisar a eficácia de programas de estimulação de memória e as consequências associadas ao possível comprometimento na condição de vida desses indivíduos.

Quanto à análise metodológica relacionada ao nível de evidência, a maioria dos artigos obteve nível igual a dois, apresentando estudos com características descritivas e de intervenção com o intuito de avaliar o efeito de determinada exposição e traçar o perfil dos participantes, permitindo inferir possíveis hipóteses de associações e efeitos na saúde⁴⁰.

Conclusão

As informações obtidas a partir desta revisão integrativa enfatiza que o cuidado com a memória deve ser contínuo para a manutenção dos ganhos positivos na qualidade de vida, estimulando as diversas etapas envolvidas neste processo através de treino e oficinas de estimulação da memória.

A divulgação e elaboração de políticas e programas voltados à estimulação da memória são mais um fator crucial que repercute na saúde cognitiva e melhoria do desempenho nas atividades do cotidiano, incluindo as tarefas domésticas comuns a maioria das mulheres idosas.

Entretanto, foi possível identificar lacunas no conhecimento da temática estudada, a exemplo da necessidade de mais investimentos em novos estudos do tipo longitudinais, que possam incentivar a realização de programas de estimulação da memória em idosas saudáveis e abordem as particularidades dos participantes envolvidos e as possíveis consequências correlacionadas com a qualidade de vida, possibilitando repercussões essenciais ao envelhecimento ativo e saudável.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra, Suíça; 2015.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-Síntese de Indicadores 2011. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2012.
3. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2012; 21(4): 539-548.
4. Miranda, GMD; Mendes, ACG; Silva, ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2016.
5. Giacomelli GS, Chiapinoto FV, Filho PJM, Vieira KM. Transição demográfica e gasto público: uma análise comparativa de diferentes contextos. Revista de Estudos Sociais. 2016; 37(18): 164-181.
5. Mascarello LJ. Memória de trabalho e processo de envelhecimento. Psicol. Rev. 2013;22 (1):43-59.
6. Salami A, Eriksson J, Nyberg L. Opposing effects of aging on large-scale brain system for memory encoding and cognitive control. J. neurosci. 2012; 32(31):10749-57.
7. Bourscheid FR, Mothes L, Irigaray TQ. Memória em idoso: relação entre percepção subjetiva e desempenho em testes objetivos. Estudos de Psicologia (Campinas). 2016; 33(1): 151-159.

8. Brito WC, Canavêz FA. memória nos textos iniciais de Freud. Estud. Interdiscip. Psicol. 2016; 7 (2):101-122.
9. Júnior, CAM; Faria, NC. Memória. Psicol. reflex. Crit. 2015; 28(4):780-788.
10. Gil G, Busse AL, Shoji FT, Martinelli PD, Mercadante EF. Efeitos de um programa de estimulação cognitiva multidisciplinar intergeracional. Rev. bras. geriatr. Gerontol. 2015; 18(3): 533-543.
11. Barroso RB, Amaral TCN, Delgado FEF, Mármore CHC. Relação entre a competência funcional da memória episódica e os fatores associados à independência funcional de idosos saudáveis. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2014;17(4): 751-762.
12. Freitas R, Santos SSC, Hammerschmidt KSA, Silva ME, Pelzer MT. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. Rev Bras Enferm. 2011; 64(Supl. 3):478-485.
13. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(2):335-45.
14. Jesus PBR, Brandão ES, Silva CRL. Revisão integrativa de literatura. J. res.: fundam. care. Online. 2015; 7(2):2639-2648.
15. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010; 8(Supl. 1):102-106.
16. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Revisão integrativa *versus* revisão sistemática. Rev Min Enferm. 2014. 18(1): 1-260.
17. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein 2010; 8(Supl. 1):102-106.
18. Sato AT, Batista MPP, Almeida MHM. Programas de estimulação da memória e funções cognitivas relacionadas: opiniões e comportamentos dos idosos participantes. Rev Ter Ocup Univ. 2014. 25(1):51-9.
19. Carmen Rodríguez-Blázquez C, Martín-García S, Frades-Payo B, París MS, Martínez-López I, Forjaz MJ. Calidad de vida y estado de salud en personas mayores de 60 años con demencia institucionalizadas. Rev. Esp. Salud Publica. 2015. 89(1): 51-60.
20. Netto TM, et al. Efeito de um programa de treinamento da memória de trabalho em adultos idosos. 2013. Psicol. reflex. Crit. 2013. 26(1):122-135.

21. Santos AT, Leyendecker DD, Costa ALS, Souza-Talarico JN. Queixa subjetiva de comprometimento da memória em idosos saudáveis: influência de sintomas depressivos, percepção de estresse e autoestima. *Rev. esc. enferm. USP.* 2012. 46(Esp): 24-29.
22. Kwok T, et al. Effectiveness of cognitive training for Chinese elderly in Hong Kong. *Clin. interv. Aging.* 2013.8: 213–219.
23. Verdan C, et al. Lower mortality rate in people with dementia is associated with better cognitive and functional performance in an outpatient cohort. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2014. 72(4): 278-282.
24. Woods RT, et al. What contributes to a good quality of life in early dementia? awareness and the QoL-AD: a crosssectional study. Woods et al. *Health and Quality of Life Outcomes.* 2014. 12:94.
25. Vannier-Nitenberg C, et al. Early detection of memory impairment in people over 65 years old consulting at Health Examination Centers for the French health insurance: the EVATEM protocol. *BMC Geriatrics.* 2013. 13:55.
26. Baumann M, Le Bihan E, Chau K, Chau N. Associations between quality of life and socioeconomic factors, functional impairments and dissatisfaction with received information and home-care services among survivors living at home two years after stroke onset. *BMC Neurol.* 2014. 14:92.
27. Conrad I, Matschinger H, Riedel-Heller S, von Gottberg C, Kilian R. The psychometric properties of the German version of the WHOQOL-OLD in the German population aged 60 and older. *Health Qual Life Outcomes.* 2014.12:105.
28. Nair R, et al. Rehabilitation of Memory following Brain Injury (ReMemBrIn): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials.* 2015. 16:6.
29. Rosanti S, Silva GE, Santos FH. Longitudinal effects of physical activity on self-efficacy and cognitive processing of active and sedentary elderly women. *Dement. Neuropsychol.* 2014. 8 (2):187-193.
30. Assed MM, Carvalho MKHV, Rocca CCA, Serafim AP. Memory training and benefits for quality of life in the elderly: A case report. *Dement. Neuropsychol.* 2016. 10 (2): 152- 155.
31. Gonçalves D, et al. Avaliação das funções cognitivas, qualidade de sono, tempo de reação e risco de quedas em idosos institucionalizados. *Estud. interdiscip. Envelhec.* 2014. 19 (1): 95-108.

32. Alvarez-Sabín J, Santamarina E, Maisterra O, Jacas C, Molina C, Quintana M. Long-Term Treatment with Citalopram Prevents Cognitive Decline and Predicts a Better Quality of Life after a First Ischemic Stroke. *Int. J. Mol. Sci.* 2016; 17: 390.
33. Pérez A, et al. Efficacy of memory training in healthy community-dwelling older people: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*. 2015; 15:113.
34. Lincoln NB, et al. Cognitive Rehabilitation for Attention and Memory in people with Multiple Sclerosis: study protocol for a randomised controlled trial (CRAMMS). *Trials*. 2015; 16:556.
35. Pinto JM, Neri AL. Factors associated with low life satisfaction in community-dwelling elderly: FIBRA Study. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(12):2447-2458.
36. Pimenta FAP, Bicalho MAC, Romano-Silva MA, Moraes EN, Rezende NA. Doenças crônicas, cognição, declínio funcional e Índice de Charlson em idosos com demência. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2013; 59 (4): 326:334.
37. Dagios P, Vasconcellos C, Evangelista DHR. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos não institucionalizados participantes de um centro de convivência e idosos institucionalizados em Ji-Paraná/RO. *Estud. interdiscipl. Envelhec.* 2015; 20(2): 469-484.
38. Dutra FCMS, Silva HRO. Bem-estar subjetivo, funcionalidade e apoio social em idosos da comunidade. *Estud. interdiscipl. Envelhec.* 2014; 19(3): 775-791.
39. Wichmann FMA, Couto AN, Areosa VC, Montañes MCM. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2013; 16(4):821-832.
40. Núbia CF, Emilia OS, Simone CTM, Estela SF. Envelhecimento no Brasil: O Retrato da Diversidade. Visconde do Rio Branco: Suprema, 2015 cap. 5, p. 71-86.
41. Veras R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. *Cad Saude Publica*. 2007; 23 (10):2463-2466.
42. Chaimowicz, F. Saúde do idoso. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON, UFMG, 2013. 169 p.
43. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasil. 2014.
44. Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília, ed 1, 2012. p.98.

45. Santana IO, Coutinho MPL, Ramos N, Santos DS, Lemos GLC, Silva PB. Mulher idosa: vivências do processo de institucionalização. *Ex aequo*. 2012. 26: 71-85.
46. Rodrigues L, Gonçalves ME, Teixeira GE. Indicadores de vulnerabilidade e risco social para as famílias pobres cadastradas no Ministério de Desenvolvimento Social, no município de Montes Claros (MG). 2011.
47. Campos ACV, Ferreira EF, Vargas AMD, Gonçalves LHT. Healthy aging profile in octogenarians in Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016. 24:e2724.
48. Pereira ZMF. Treino Cognitivo em Idosos sem Demência Estudo em idosos residentes no lar da Santa Casa da Misericórdia de Mondim de Basto. [Dissertação]. Bragança: Escola Superior de Saúde de Bragança; 2012.
49. Royall DR, Palmer RF, Chiodo LK, Polk MJ. Towards an Aging-Specific Cognitive Phenotype: The Freedom House Study. *Experimental Aging Research*. 2014. 40 (3): 245:265.
50. Küchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Rev. Sociedade e Estado*. 2012. 27 (1): 165-180.
51. Azevedo MSA. O envelhecimento ativo e a qualidade de vida: uma revisão integrativa. [Dissertação]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2015.

APÊNDICE E- ARTIGO ORIGINAL

TREINO DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA E SEUS EFEITOS NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES IDOSAS

MEMORY STIMULATION TRAINING AND ITS EFFECTS ON THE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY WOMEN

Resumo

O estudo tem por objetivo analisar o efeito do treino de estimulação da memória na qualidade de vida de mulheres idosas. Trata-se de um estudo longitudinal, do tipo ensaio clínico randomizado e controlado. A amostra foi composta por 92 participantes (60 anos ou mais), matriculadas em um Programa de Educação Permanente para Pessoas Idosas, de Instituição Pública de Ensino Superior localizada em Recife/Pernambuco. As idosas foram randomizadas em dois grupos: Intervenção, onde receberam doze sessões de treino de estimulação memória, com duração de 60 minutos, por 90 dias, envolvendo prática de atenção, concentração e exercícios; e Grupo Controle, onde as participantes tiveram atendimento individual no ambulatório de Terapia Ocupacional e receberam orientações para realização dos exercícios de estimulação de memória no domicílio. As variáveis investigadas corresponderam a dados sociodemográficos, saúde autopercebida, aspectos relacionados à memória e qualidade de vida, essa última, avaliada por meio do Questionário Genérico sobre Qualidade de Vida SF-36. Para análise utilizou-se o Teste Qui-quadrado com correção de *Yates*. Os casos em que este último não pôde ser aplicado calculou-se o Teste de *Fisher*, sendo adotado o nível de significância de 95%. As idosas do Grupo de Intervenção apresentaram melhora da qualidade de vida nos domínios capacidade funcional, dor, vitalidade, aspectos emocionais e saúde mental comparativamente ao Grupo Controle. Conclui-se que o treino de estimulação da memória pode ter influência positiva na qualidade de vida de mulheres idosas.

Descritores: Memória. Qualidade de vida. Pessoas idosas.

Abstract

The aim of this study is to analyze the effect of memory stimulation training on the quality of life of elderly women. This is a longitudinal, randomized controlled trial. The sample consisted of 92 participants (60 years of age or older), enrolled in a Permanent Education Program for the Elderly, a Public Institution of Higher Education located in Recife/Pernambuco. The elderly were randomized into two groups: Intervention, where they received twelve sessions of training of memory stimulation, with aduration of 60 minutes, for 90 days, involving practice of attention, concentration and exercises; and Control Group, where the participants had individual care in the Occupational Therapy outpatient clinic and received guidelines for performing memory stimulation exercises at home. The variables investigated correspond to demographic data, self-perceived health, aspects related to memory and quality of life, the latter, evaluated through the SF-36 Generic Questionnaire on Quality of Life. The Chi-square test with Yates correction was used for analysis. In cases in which the latter could not be applied Fisher's test was calculated and the level of significance was adopted at 95%. The elderly of the Intervention Group presented improvement of the quality of life in the domains functional capacity, pain, vitality, emotional aspects and mental health compared to the Control Group. It is concluded that the training of memory stimulation can have a positive influence on the quality of life of elderly women.

Descriptor: Memory. Quality of life. Old people.

Introdução

Com o processo de envelhecimento surgem diversas modificações de origens orgânicas, físicas, sociais e psicológicas na pessoa idosa. Uma dessas alterações está relacionada à velocidade e aos mecanismos da memória, considerada uma das queixas mais recorrentes na população idosa, principalmente quando tais esquecimentos afetam a vida social e o desempenho nas atividades cotidianas¹⁻⁴.

As mudanças ocorridas durante a velhice envolvendo o funcionamento cognitivo podem ser intensificadas na população feminina por vários fatores, incluindo a questão hormonal, que

acumulados ao longo da vida são capazes de influenciar de forma específica no processo de adoecimento em idade mais longevas⁵⁻⁷.

No envelhecimento normal as pessoas idosas podem manter sua capacidade de adquirir novas informações, tornando possível beneficiar-se de estratégias específicas para manutenção da memória⁷. Dessa forma, quanto mais atuantes e integrados a bons hábitos de vida, menores são os possíveis transtornos causados à família e, consequentemente, ocasionar redução das demandas nos serviços de saúde⁴.

De um modo geral, as pessoas durante a velhice consideradas saudáveis podem ampliar sua funcionalidade mnemônica e ativar a condição de aprendizagem a partir de estímulos e treinamentos específicos⁷. Nos estudos de Silva, Santana e colaboradores, mostraram que o Treino de Estimulação da Memória (TEM) pode ser caracterizado como uma experiência de construção gradativa e acumulativa de conhecimentos^{8,9}. As atividades realizadas nos treinos se baseiam na explanação e discussão do conceito sobre a memória, esclarecimentos acerca de seu funcionamento, suas peculiaridades no processo de envelhecimento e as estratégias de manutenção do desempenho cognitivo^{8,9}. Nesse cenário, os participantes são estimulados a refletir e aplicar os exercícios nas situações da vida cotidiana e a expor seus conhecimentos sobre o assunto.

Por meio de etapas envolvendo atividades específicas o TEM pode ser considerado um processo terapêutico que envolve: acolhimento e avaliação; criação e apresentação do plano de reabilitação; tratamento e, por fim, alta e acompanhamento. Nestes momentos são utilizadas atividades que mantém ativa a concentração, a sequência de pensamento, a atenção e a capacidade de fazer escolhas, convertendo-se num trabalho de manutenção e prevenção^{10,12}.

Na literatura especializada, estudos¹¹⁻¹⁶ sugerem que a utilização de intervenções complexas envolvendo técnicas de memorização, atenção e concentração, podem gerar efeitos positivos e duradouros na pessoa idosa, especialmente quando empregadas em grupo. Além disso, é capaz de proporcionar uma velhice com mais autonomia e independência, contribuindo para um envelhecimento ativo favorável a uma melhor qualidade de vida^{17,18}.

Um grupo de especialistas da Organização Mundial da Saúde (OMS) define a qualidade de vida como uma autopercepção que o indivíduo tem sobre sua condição e posição na vida e na sociedade em que vive, em relação às suas expectativas, preocupações e valores, apresentando um caráter multidimensional e subjetivo^{13,14}.

A natureza multidimensional da qualidade de vida é resultante da atuação de múltiplos contextos interdependentes, tendo como princípios básicos quatro grandes dimensões relacionadas aos fatores físicos, mas precisamente sobre a condição física do indivíduo; ao relacionamento social; ambiental, relacionando ao ambiente em que vive; e os psicológicos, envolvendo aspectos afetivos e mnemônicos²².

A prática do treino de estimulação de memória é uma valiosa ferramenta de intervenção que pode contribuir para prevenção do declínio cognitivo e melhor percepção da qualidade de vida, direcionando ações específicas à manutenção da funcionalidade durante a velhice.

Considerando a necessidade de mais estudos epidemiológicos que almejam conhecer a possível relação entre os aspectos que envolvem a memória e seu comprometimento na qualidade de vida das pessoas idosas e considerando a feminização da velhice, esta pesquisa tem como objetivo analisar o efeito do treino de estimulação da memória na qualidade de vida de mulheres idosas.

Método

Trata-se de um estudo longitudinal, prospectivo e intervencionista do tipo ensaio clínico randomizado e controlado, realizado no período de fevereiro a dezembro de 2017.

A população do estudo correspondeu a mulheres com idade equivalente ou superior a 60 anos (condição que define a pessoa idosa, de acordo com a Lei nº 8842/94, que trata sobre a Política Nacional do Idoso)¹⁹, matriculadas em um Programa de Educação Permanente para Pessoas Idosas de uma Instituição Pública de Ensino Superior localizada em Recife-PE.

Para determinação do tamanho amostral foi realizado um estudo piloto com 20 participantes em cada grupo, considerada uma variação entre as avaliações quanto ao comprometimento cognitivo, através do Mini Exame de Estado Mental (MEEM). Os resultados identificados pela amostra de acordo com as diferenças de médias entre o grupo de intervenção e entre os dois grupos foram: média de 1,00 e 0,82 e o padrão de 1,49 e 1,28, respectivamente. Para o cálculo da amostra foram adotados 5% de intervalo de erros, poder de 80% e razão de 1,00 entre os grupos.

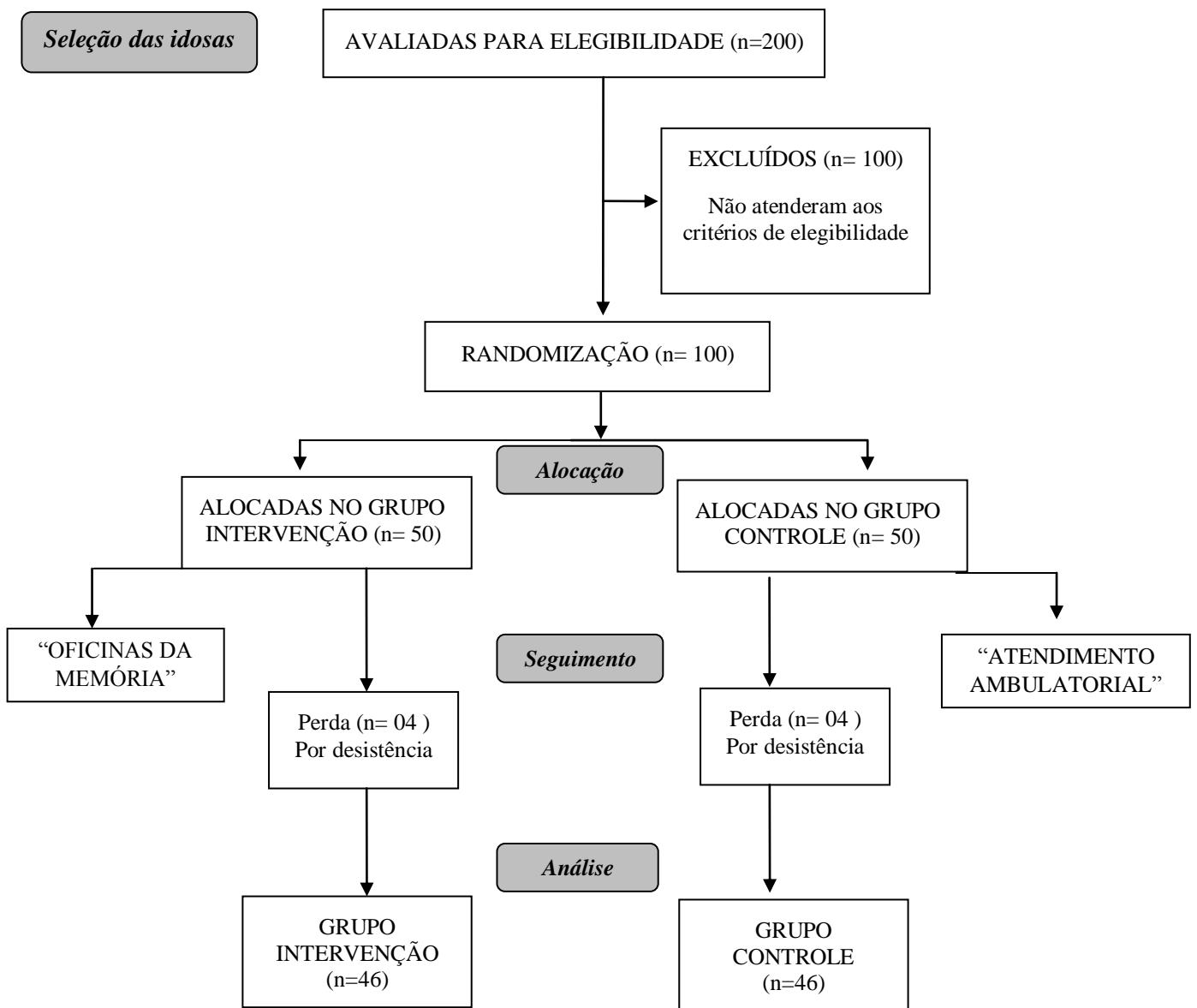
A partir do banco de dados com informações das idosas matriculadas fornecido pela Instituição foi construída listagem ordinal e realizado sorteio aleatório. Por contato telefônico, as idosas selecionadas eram convidadas a participar da pesquisa e informadas quanto aos objetivos e

procedimentos a serem adotados. O término da pré-seleção ocorreu quando o tamanho amostral foi preenchido.

Para participar do estudo, as idosas não poderiam apresentar comprometimento cognitivo, avaliado por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM)²⁰, sendo adotados os seguintes escores de acordo com o nível de escolaridade: analfabetos, 17 pontos; escolaridade de 1 a 4 anos, 22 pontos; de 5 a 8 anos, 24 pontos; acima de 8 anos, 26 pontos²⁰; não apresentar sintomatologia positiva para rastreio de depressão, avaliada por meio da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)²¹; não fazer uso de benzodiazepínicos e/ou medicamentos estimulantes para memória; não possuir dificuldades auditivas, visuais e motoras severas não compensadas por uso de óculos, aparelhos auditivos e equipamentos de tecnologia assistiva.

Foram convidadas a participar do estudo 200 mulheres idosas pertencentes a um grupo de aproximadamente 500 idosos matriculados em um programa de educação permanente para pessoas acima de 60 anos, sendo escolhidas aleatoriamente a partir de uma lista contendo informações gerais (nome, idade e número de telefone). Na primeira etapa da pesquisa, 100 idosas foram excluídas por não atenderem aos critérios de elegibilidade definidos. A amostra correspondeu a 100 mulheres, com idade entre 60 e 79 anos, randomizadas em dois grupos: controle (GC) e intervenção (GI). No seguimento do estudo ocorreram oito perdas por desistência, resultando em uma amostra final equivalente a 92 mulheres idosas, 46 alocadas em cada grupo (Figural).

Figura 1 - Representação do fluxograma das etapas do estudo.



Por meio de questionário semiestruturado foram investigadas informações referentes às características sociodemográficas, saúde autopercebida e aspectos relacionados à memória.

As idosas do GI foram subdivididas em quatro pequenos grupos, compostos por 12 participantes em média, a fim de facilitar a interação e o treinamento. Para este grupo foram oferecidas 12 sessões de treinos de estimulação da memória, com duração de 60 minutos e periodicidade semanal pelo período de três meses. Os exercícios aplicados nas sessões foram baseados nas necessidades identificadas na primeira etapa durante entrevista com as idosas, onde as queixas de memória foram relacionadas às atividades de vida diária.

A primeira sessão do treino compreendeu uma exposição teórica com abertura para discussão sobre o tema memória e sua relação com envelhecimento. A segunda, terceira e quarta sessões envolveram a execução de exercícios distintos com foco na memorização de objetos, concentração e atenção. A quinta e sexta compreenderam a leitura de textos sobre a participação e relações estabelecidas no âmbito familiar e importância da memória, elaborados por profissional de Terapia Ocupacional.

A sétima, oitava e nona sessões foram destinadas a atividades de cálculos com aplicabilidade em atividades cotidianas. A décima e penúltima sessão, o treino consistiu na elaboração de uma lista de compras e discussão em grupo, com vistas à melhoria dos entraves apresentados desde o inicio das oficinas. Na última sessão houve leitura e discussão em grupo de um pequeno texto sobre processo de envelhecimento e revisão das oficinas. Ressalta-se que todo o processo se deu da mesma forma nos quatros subgrupos formados.

As integrantes do GC receberam uma consulta individual em ambulatório de Terapia Ocupacional e foram orientadas a realizar os exercícios de estimulação de memória no ambiente domiciliar. Ao término do estudo, as idosas do GC eram convidadas a participar de um círculo de palestras sobre educação em saúde voltadas ao processo de envelhecimento.

Na pré-intervenção, o questionário sobre Qualidade de Vida SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey*) foi aplicado de forma individual, tanto para as idosas do grupo de intervenção como controle. Este instrumento é composto por 36 itens, subdivididos em oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Os resultados obtidos variam em escores de 0 a 100, representando do pior para o melhor status de saúde²².

Após 90 dias da avaliação inicial, todas as participantes (GI e GC) foram reavaliadas individualmente quanto à condição da qualidade de vida (SF-36)²². Na pós intervenção foram reavaliados 46 idosas do GI que terminaram a intervenção e 46 do GC.

Os dados foram coletados no período de junho 2016 a maio de 2017 e analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS* versão 19.0. Para comparação dos valores foi utilizado o teste Qui-quadrado com correção de *Yates*, para os casos em que este último não pôde ser aplicado, calculou-se o Teste Exato de *Fisher*, sendo adotado o nível de significância estatística de 5% ($p \leq 0,05$).

Este estudo está vinculado a um projeto maior intitulado: “Oficinas de memória com mulheres idosas: repercuções no desempenho ocupacional e qualidade de vida” com aprovação do comitê de ética da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE – 49197815.4.0000.5208) e registrado na Plataforma de Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) (Número do UTN: U1111-1190-6597).

Resultados

Os resultados referentes ao Grupo Controle e Intervenção no momento *baseline* do estudo foram semelhantes para variáveis sociodemográficas. Cerca de 60,0% das idosas encontrava-se na faixa etária entre 60 e 69 anos; mais de 70% das idosas em ambos os grupos relataram pelo menos nove anos de escolaridade. Em relação às condições de saúde, foram observadas diferenças significativas quanto as "falhas de memória" que interferiram nas atividades diárias, 60% das idosas alocadas no GI afirmaram não haver intereferências e 63% do GC referiram sim para esta variável (Tabela 1).

Tabela 1 –*Baseline* das características sociodemográficas, saúde autopercebida e aspectos relacionados à memória de idosas participantes do Programa de Educação Permanente. Recife/PE – 2017.

Variáveis	GC n (%)	GI n (%)	p
Faixa etária (anos)			
60 - 69	27 (58,7)	31 (67,4)	0,191 ⁽¹⁾
70 - 79	16 (34,8)	15 (32,6)	
≥ 80	03 (6,5)	00 (0,0)	
Tem companheiro			
Sim	17 (37,0)	15 (32,6)	0,666 ⁽¹⁾
Não	29 (63,0)	31 (67,4)	
Escolaridade (anos de estudo)			
Até 8	12 (26,1)	11 (23,9)	0,812 ⁽¹⁾
≥ 9	34 (73,9)	35 (76,1)	
Situação financeira			
Aposentada e/ou pensionista	38 (82,6)	39 (84,8)	0,781 ⁽¹⁾
Não aposentada	08 (17,4)	07 (15,2)	
Saúde autopercebida			
Excelente	01 (2,2)	02 (4,4)	0,735 ⁽²⁾
Boa	29 (63,0)	24 (52,2)	
Regular	14 (30,4)	19 (41,2)	
Ruim	02 (4,4)	01 (2,2)	
Sente a memória falhar			
Sim	39 (84,8)	43 (93,5)	0,184 ⁽¹⁾
Não	07 (15,2)	03 (6,5)	
Memória interfere nas atividades do dia a dia?			
Sim	29 (63,0)	18 (39,1)	0,022 ⁽²⁾
Não	17 (37,0)	28 (60,9)	
Situação da memória			
Excelente	01 (2,2)	02 (4,4)	0,341 ⁽¹⁾
Boa	23 (50,0)	18 (39,1)	
Regular	21 (45,6)	22 (47,8)	
Regular	14 (30,4)	19 (41,2)	
Ruim	02 (4,4)	01 (2,2)	

*Salário mínimo vigente no ano de 2016.

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

(2)Usando o teste exato de Fisher.

Na avaliação intergrupos, registra-se diferença estatisticamente significativa no GI para os domínios capacidade funcional ($p=0,046$), dor ($p=0,027$), vitalidade ($p=0,073$), limitações por aspectos emocionais ($p=0,020$) e saúde mental ($p=0,000$), indicando melhor qualidade de vida nestes domínios (Tabela 2).

Em relação aos dados intragrupo verifica-se diferença significativa entre os grupos na pré-intervenção nos domínios limitação por aspectos físicos ($p=0,020$), estado geral da saúde ($p=0,007$), vitalidade ($p=0,050$), aspectos sociais ($p=0,000$), limitação por aspectos emocionais ($p=0,043$) e saúde mental ($p=0,000$), sendo que o GI apresentou pior qualidade de vida em todos estes domínios na pré-intervenção comparativamente ao GC (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição da média (\pm DP) e diferença nos domínios do SF-36 entre os grupos GI e GC no pré e pós-intervenção. Idosas participantes de Programa de Educação Permanente. Recife/PE – 2017.

Domínios SF-36	Pré-Intervenção M \pm DP	Pós-intervenção M \pm DP	p *
Capacidade funcional			
Grupo Intervenção	69,13 \pm 26,34	75,8 \pm 20,39	0,046
Grupo Controle	69,57 \pm 23,07	69,78 \pm 26,85	0,926
p**	0,933	0,933	
Limitação por aspectos físicos			
Grupo Intervenção	58,70 \pm 45,10	70,65 \pm 38,48	0,190
Grupo Controle	79,35 \pm 36,63	75,54 \pm 36,32	0,480
p**	0,020	0,530	
Dor			
Grupo Intervenção	63,59 \pm 27,10	72,13 \pm 25,80	0,027
Grupo Controle	60,08 \pm 28,06	68,00 \pm 26,16	0,069
p**	0,544	0,448	
Estado Geral da Saúde			
Grupo Intervenção	57,50 \pm 13,19	67,43 \pm 16,90	0,228
Grupo Controle	67,63 \pm 21,36	60,43 \pm 20,00	0,950
p**	0,007	0,071	
Vitalidade			
Grupo Intervenção	68,91 \pm 20,89	75,32 \pm 15,64	0,073
Grupo Controle	77,39 \pm 20,07	73,47 \pm 21,47	0,203
p**	0,050	0,640	
Aspectos sociais			
Grupo Intervenção	60,84 \pm 20,44	66,84 \pm 24,75	1,000
Grupo Controle	87,22 \pm 18,72	80,97 \pm 21,20	0,057
p**	0,000	0,004	
Limitações por aspectos emocionais			
Grupo Intervenção	57,97 \pm 42,41	86,23 \pm 27,73	0,002
Grupo Controle	75,36 \pm 38,76	70,28 \pm 39,27	0,713
p**	0,043	0,027	
Saúde Mental			
Grupo Intervenção	49,65 \pm 18,67	87,73 \pm 14,88	0,000
Grupo Controle	75,91 \pm 16,64	77,39 \pm 22,59	0,863
p**	0,000	0,931	

Notas: Para comparar as médias intragrupos e intergrupos foram utilizados teste qui-quadrado de Pearson.

Discussão

A prevalência de idosas na faixa etária entre 60 a 69 anos verificada nesse estudo, corrobora com os dados de relacionados à estimulação da memória²³⁻²⁷. No Brasil, segundo o último censo a proporção de idosos jovens, ou seja, indivíduos na faixa etária de 60 a 69 anos correspondeu a 55%. Apesar disso, é cada vez mais crescente o número de longevos (acima de 80 anos), tornando necessária a ampliação e maior acessibilidade a serviços especializados, incluindo a inserção em atividades voltadas a funcionalidade cognitiva, a fim de promover o envelhecimento ativo neste grupo etário¹⁸.

Quanto a alta escolaridade, a viuvez e a situação financeira das participantes da pesquisa foi uma realidade também destacada no estudo realizado por Casemiro et al²⁴ que ao avaliar a efetividade de uma oficina de Estimulação Cognitiva realizada com idosas participantes de uma Universidade Aberta à Terceira Idade, constataram que tais aspectos podem ser reflexo de um padrão quanto ao público que frequenta os Programas de Educação Permanente para terceira idade²⁸. Esta condição previamente citada também corrobora com demais estudos realizados em populações que frequentam esses espaços para pessoas idosas^{24, 25-30}.

Em contrapartida, no estudo realizado por Andrade et al³¹, que teve por proposta identificar o perfil cognitivo e funcional de idosos frequentadores dos Centros de Convivência para idosos de Santos/SP, os autores verificaram em relação à escolaridade que 64,4% dos participantes só tinham cursado até 4 anos de estudo. Segundo o Censo de 2010, na última década houve um aumento significativo no percentual de pessoas idosas alfabetizadas no país, mas, apesar dos avanços, ainda existem um número elevado de idosos com baixa escolaridade^{31,32}.

A predominância de idosas que não moram sozinhas encontradas neste estudo, corrobora com outros autores envolvendo o arranjo familiar das pessoas idosas^{6-9,31}. Conforme os dados obtidos, também foi possível verificar que prevaleceram as idosas sem companheiro/marido, que dividem a moradia com outros parentes, como por exemplo, filhos e netos. No estudo de Küchemann³³ que retrata os dilemas e desafios em torno do envelhecimento populacional, o autor ressalta que nas mudanças ocorridas nos novos arranjos familiares durante a velhice, as mulheres idosas são consideradas importantes provedoras dos recursos para a família e continuam sendo a principal responsável pelos trabalhos domésticos e cuidados com as crianças. Daí a importância

dos cuidados e acompanhamentos específicos a estas idosas, permitindo o desempenho necessário à realização de suas tarefas e compromissos diários.

A intervenção realizada nesta pesquisa apresentou melhora da percepção da QV nos principais domínios considerados importantes às pessoas idosas, voltados à funcionalidade, vitalidade e saúde mental. Dessa forma, corrobora com outras pesquisas que evidenciaram a influência desses fatores no envelhecimento bem sucedido e na condição de uma vida saudável³⁰⁻³⁵.

Os efeitos do treino de estimulação da memória para as idosas submetidas a esta intervenção foram além dos ganhos almejados quanto à função mnemônica, ocorrendo melhoras significativas em relação ao GC, outros estudos realizados³⁷⁻⁴⁴.

Uma possível explicação para esse resultado seria a de que existe uma associação positiva entre um funcionamento cognitivo considerado saudável e a boa percepção de qualidade de vida em pessoas idosas, assim, a estimulação da memória proporcionou uma melhor funcionalidade cognitiva das idosas que foram submetidas à intervenção, resultando na melhora de sua qualidade de vida após o treino. Essa associação foi mostrada em estudos que retrataram quanto mais comprometimento mnemônico, pior a qualidade de vida dos indivíduos^{45,46}. Para os autores desses estudos, esta condição é um dos determinantes da qualidade de vida, pois as perdas de memória podem resultar em comprometimento do funcionamento cognitivo e, consequentemente, nas variâncias que cercam a multidimensionalidade física, social e emocional durante a velhice.

Outra hipótese^{47,48} seria que a qualidade de vida contribui para o envelhecimento bem-sucedido e, mais especificamente, para preservar à autonomia e independência. A autonomia é definida como a capacidade de ter a liberdade de tomar decisões e ter a sua privacidade respeitada, já a independência tem relação com a capacidade funcional, ou seja, é poder realizar o autocuidado e se adaptar aos problemas cotidianos sem ajuda³². Assim, se a funcionalidade cognitiva está comprometida, a pessoa idosa pode apresentar-se dependente, o que comprometerá principalmente a sua autonomia e a qualidade de vida^{49,50}.

Segundo alguns autores³⁶⁻⁴¹, as intervenções com o objetivo de melhorar o desempenho mnemônico, são importantes para a manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa, principalmente quanto às atividades instrumentais de vida diária, minimizando os riscos de dependência e possível institucionalização⁴.

Outra hipótese explicativa para a melhoria da qualidade no GI seria a de que as pessoas idosas, durante a participação nas atividades grupais ofertadas pela intervenção, constituíram novas redes sociais a partir do engajamento e interação com outras idosas. Contudo, segundo Ramos⁵¹, o mero aumento nas relações sociais não é suficiente, deve ser levado em conta, o caráter destas interações e suas funções em termos de ganhos positivos ao bem-estar e qualidade de vida na velhice⁵¹. Garcia et al⁵² afirmam que redes sociais insatisfatórias estão relacionadas à pior percepção da condição de saúde, piores componentes mentais de qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres⁵².

As redes sociais parecem ser fontes protetoras da saúde^{53,54} uma vez que os laços sociais podem estimular o senso de que o indivíduo não está sozinho na vida, oferecendo um suporte emocional e minimizando os danos à saúde. As pessoas que estão em contato com as outras podem ser mais suscetíveis a ter hábitos saudáveis e permanecer mais ativo⁵⁰. O suporte emocional, físico e social que as interações grupais oferecem, reduz o isolamento e aumentam a satisfação com a vida das pessoas, tendo uma influência positiva na sua qualidade de vida⁵⁴.

Outro fator explicativo para melhoria da qualidade de vida após a intervenção pode estar relacionado aos estímulos externos, os quais oferecidos nas sessões de treino, sugerem desencadear por mecanismos internos, resultados satisfatórios na funcionalidade mnemônica, acarretando ganhos à QV. Esta última é influenciada por condições internas, psicológicas e/ou fisiológicas, que produzem grau de satisfação e gratificação na vida, bem como, fatores externos capazes de estimular os primeiros⁵⁵.

É imprescindível o uso de estratégias que possibilitem a pessoa idosa, a reinserção de novos conteúdos e práticas de aprendizagem. O simples fato de envelhecer não quer dizer que o indivíduo perde a sua capacidade de aprender. Cabe destacar que a aquisição de conhecimentos é algo inerente ao ser humano e ocorre durante todas as fases do seu desenvolvimento. Estimular a memória é uma forma importante para preservá-la⁵⁶.

O isolamento, preconceito e os inúmeros estigmas são ainda realidades vivenciadas por algumas pessoas idosas na sociedade contemporânea. Esses fatores acabam acarretando implicações negativas à saúde mental destes indivíduos, ressaltando a necessidade de atenção quanto aos sintomas depressivos e queixas de baixa autoestima durante a velhice^{34,36,38}. Destaca-se ainda no presente estudo a predominância do domínio limitações por aspectos emocionais após a análise multivariada, com importante contribuição entre os fatores que podem influenciar

positiva ou negativamente a QV. Cada indivíduo vivencia a velhice de forma singular, podendo variar quanto à interpretação emocional que faz dos fatos e eventos e está intimamente relacionada à percepção subjetiva dos acontecimentos e condições de vida^{24,36,55,44}.

Entre as limitações do estudo salienta-se que apesar do questionário SF-36 ser um instrumento adequado para a avaliação da qualidade de vida na amostra estudada, por outro lado, os resultados foram apresentados apenas em domínios não sendo possível mensurar uma avaliação da QV geral do indivíduo, o que também poderia contribuir na ampliação da discussão do tema proposto.

Por fim, é notório que a homogeneidade da amostra estudada, em relação às características sociodemográficas e de condições de saúde das participantes, atende ao preconizado nos métodos como condição importante para comparação entre grupos. Em contrapartida, os níveis elevados de escolaridade e renda sugere a especificidade própria da casuística investigada, uma vez que as participantes estavam inseridas em um Programa de Educação Permanente para Pessoas Idosas e assim, não podem retratar as mulheres mais velhas de um modo geral. Nesse sentido, a realização de estudos adicionais com idosas pertencentes a outros espaços sociais poderão ampliar a discussão com novos achados relacionados ao treino de estimulação de memória e a qualidade de vida.

Considerações finais

As atividades envolvendo a concentração, atenção, leitura, interação social, escrita e as práticas contínuas são fatores importantes e capazes de influenciar na qualidade de vida de mulheres idosas. Além de intensificar a melhoria no funcionamento cognitivo, nas mudanças comportamentais e, consequentemente, no desempenho das atividades do cotidiano que depende do processo mnemônico, o treino de estimulação da memória parece eficaz na manutenção de uma boa qualidade de vida durante a velhice.

Dessa forma, os resultados obtidos com esta pesquisa indicam que as mulheres idosas podem se beneficiar com as atividades ofertadas pela oficina da memória, reduzindo, possíveis riscos e complicações ocasionadas por um déficit de memória, proporcionando boa qualidade de vida e fortalecendo a autonomia e independência de forma favorável para o envelhecimento ativo.

Agradecimentos

Agradecimento a Coordenação da Universidade Aberta na Terceira Idade da Universidade Federal de Pernambuco / Brasil.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília, ed 1, 2012. p.98.
2. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra 27, Suíça: WHO; 2015.
3. Vasconcelos, AMN; Gomes, MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2012; 21(4): 539-548p.
4. Miranda, GMD; Mendes, ACG; Silva, ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2016.
5. Giana, SG; Chiapinoto, FV; Pascoal, JMF; Vieira, KM. Transição demográfica e gasto público: uma análise comparativa de diferentes contextos. Revista de Estudos Sociais, n. 37, v. 18, 2016; 164 p.
6. Almeida, AV. O processo de feminização da velhice no mundo e no município de Viçosa, MG: Características, relações e risco social. [Dissertação]. Viçosa, MG. 2015.
7. Soares, C. Envelhecimento populacional e as condições de rendimento das idosas no Brasil. Rev. Gênero, v.12, n.2. Niterói. 2012; 167-185p.
8. Silva, LC M. Trabalho e família na percepção de mulheres provedoras. Gênero na amazônia, Belém, n. 1, jan./jun., 2012.
9. Santana, IOl; Coutinho, MPL; Ramos, N; Santos, DS; Lemos, GLC; Silva, PB. Mulher Idosa: Vivências do Processo de Institucionalização. *Ex aequo* [online]. 2012, n.26, p.71-85.
10. Barroso, RB; Amaral, TCN; Delgado, FEF; Mârmora, CHC. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro. 2014, 17(4):751-762.

11. Franciele, M; Glaucia, VRK. Documento, história e memória: a importância da preservação do patrimônio documental para o acesso à informação. *Inf. Inf.*, Londrina, v. 20, n. 1, 2015, p. 26 - 42.
12. Mourão Júnior, CA; Faria, NC. Memória/ Memory. *Psychology /Psicologia Refl exão e Crítica*, 28(4). 2015, p.780-788.
13. Soares, RM; Diniz, AB, Cattuzzo, MT. Associação entre atividade física, aptidão física e desempenho cognitivo em idosos. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. 2013, vol.9, n.2, p.85-9.
15. Oliveira, CS; Costa, SRR; Santos, ICL; Lemos, CES. Oficina de educação, memória, esquecimento e jogos lúdicos para a Terceira Idade. *Rev. Ciênc. Ext.* v.8, n.1, 2012, p.8-17.
16. Azcurra, DJLS. A reminiscence program intervention to improve the quality of life of long-term care residents with Alzheimer's disease. A randomized controlled trial. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012; 34:422-433.
17. Organização Mundial da Saúde. The WHOQOL group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med.* 1998; 46(12):1569-85.
18. Teixeira-Fabricio, A, et al. Treino cognitivo em adultos maduros e idosos: impacto de estratégias segundo faixas de escolaridade Psico-USF. Universidade São Francisco São Paulo, Brasil, vol. 17, núm. 1, abril, 2012, p. 85-95.
19. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasil. 2014.
20. Bertolucci, PHF. et al. O miniexame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 52:1-7, 1994.
21. Almeida, OP; Almeida, SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr.* 57(2B):421-6;1999.
22. Ciconelli, R.M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(3):143-50.

23. Ordonez, TN; Cachioni, M. Motivos para frequentar um programa de educação permanente: relato dos alunos da universidade aberta à terceira idade da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2011; 14(3): 461-474.
24. Golghetto, CF; Azevedo, RI, Dias, Juliane C; Alves, LCS; Inouye, K; Gratão, ACM. Impact of cognitive stimulation on depression, anxiety, cognition and functional capacity among adults and elderly participants of an open university for senior citizens. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2016; 19(4): 683-694.
25. Lima-Silva, TB; Ordonez, TN; Litardo, GC; Nagai, PA; Eguchi, LS; Suzuki, MY; Cachioni, M. Universidade Aberta à Terceira Idade: como atrair novos estudantes? *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 2012;15(7): 259-276.
26. Oliveira, CS; Costa, SR; Santos, IC; Lemos, CE. Oficina de memória para idosos: espaço para conhecimento, socialização e ludicidade. *RBCEH*, Passo Fundo, v. 9, n. 2, 2012; p. 180-192.
27. Fortunato, AL, et al. Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2011; 30(1): 80-86.
28. Wehbe, DN; Monteiro, GRM; Campi PL. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014. 193505-3512.
29. Lobato, ATG. Programa de ações de participação social e cidadania com idosos da UnATI/UERJ: uma proposta educativa do serviço social. *Memorialidades*, n 15, 2011, P. 35-61.
30. Silva, NP; Cachioni, M; Lopes, A. Velhice, Imagem e Aparência: a experiência de idosos da UnATI- EACH-USP. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, São Paulo (SP), Brasil, 15(7), 201; p.235-257.
31. Andrade, NB; Novell, MMPC. Perfil Cognitivo E Funcional De Idosos Frequentadores Dos Centros De Convivência Para Idosos Da Cidade De Santos, SP. *Cad. Ter. Ocup. Ufscar*, São Carlos, V. 23, N. 1, P. 143-152, 2015.
32. Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística – IBGE. Síntese de Indicadores Sociais 2010. Rio de Janeiro, 2010.

33. Küchemann, BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Sociedade e Estado*, 27(1), 2012; p.165-180.
34. Lucchetti, G; Lucchetti, ALG; Bassi, RM; Nasri, Fabio; Nacif, SAP. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2011; 14(1): 159-167.
35. Cordeiro, J; Del Castillo, BL; Freitas, CS; Gonçalves, MP. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2014; 17(3): 541-552.
36. Silva et al. Impaired physical mobility institutionalized elderly. *J.Fudam, care.* 2013; 5(3):346-356.
37. Soares et al. Projeto Memória e Envelhecimento: capacitando profissionais e aprimorando aspectos cognitivos em idosos institucionalizados. *Revisão Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano.* v. 7, n. 1. 2010
38. Leite, FRC; Silva, KS; Bonan, Claudia; Zahar, SEV; Marinheiro, LPF. Avaliação da cognição de mulheres no climatério com o Mini-Exame do Estado Mental e o Teste de Memória da Lista de Palavras. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2009 Sep; 25(9): 1883-1893.
39. Rosa e Silva, JS; Sá, MFS. Efeitos dos esteróides sexuais sobre o humor e a cognição. *Rev. psiquiatr. clín.* [Internet]. 2006; 33(2): 60-67.
40. Bart, H LA; Claire, AGW; Gertrudis, IJM; Ton Ambergen, FRJV; Marjolein, EDV. The benefit of a geriatric nurse practitioner in a multidisciplinary diagnostic service for people with cognitive disorders. Ament et al. *BMC Res Notes*, 2015; 8: 217.
41. Pallavi B, Rinshu D, Jalandhar P. Factors associated with the life satisfaction amongst the rural elderly in Odisha, India. Banjare et al. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2015. 13:201.
42. Yassuda, MS. et al. Treino de memória no idoso saudável: Benefícios e Mecanismos. *Psicol Reflex Crít.* 19(3):470-81;2006.
43. Gil, G; Busse, AL; Shoji, FT; Martinelli, PD; Mercadante, EF. Efeitos de um programa de estimulação cognitiva multidisciplinar intergeracional. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2015; 18(3): 533-543.

44. Wichmann, FMA; Couto, AN; Areosa, SVC; Montañés, MCM. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Rev. BRas. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2013; 16(4):821-832.
45. Gonzales et al. Quality of life in dementia patients in long term care. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15(2):181-89.
46. Ready RE, Ott BR. Quality of life measures for dementia. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:11-19.
47. Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, editores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Koogan; 2006. p. 147-53.
48. Winocur G, Palmer H, Dawson D, Binns M, Bridges K, Stuss, D. Cognitive rehabilitation in the elderly: an evaluation of psychosocial factors. *J Int Neuropsychol Soc*. 2007;13:153-165.
49. Ribeiro PCC, Yassuda MS. Cognição, estilo de vida e qualidade de vida na velhice In: Neri AL, organizadora. *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas: Alínea; 2007. p. 189-204.
50. Motta, LB. Conceitos básicos sobre envelhecimento. UNA-SUS/UFMA. São Luís, 2013. 25f.: il..
51. Ramos, MP. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias* 2002. 4156-175.
52. Garcia EL, Banegas JR, Pérez-Regadera AG. Social network and health-related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. *Qual Life Res*. 2005;14(2):511-20.
53. Santos, GA; Vaz, CE. Grupos da terceira idade, interação e participação social. In Zanella, AV., et al., org. *Psicologia e práticas sociais [online]*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. pp. 333-346.
54. Resende, MC et al . Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Psicol. Am. Lat.*, México , n. 5, fev. 2006 .
55. Vanderlei, MBP; Assis, FRC; Silva, LVS; Colella, TLA. O declínio da memória e suas implicações na aprendizagem do idoso. Congresso Internacional de educação inclusiva. Anais.V. 1, 2014.
56. Coelho, AJS; Salla, S; Trelha, CS. Factors associated with work ability in the elderly: systematic review. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2014; 17(4): 830-841.

ANEXO A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO RIGOR METODOLÓGICO DOS ARTIGOS SELECIONADOS PARA REVISÃO INTEGRATIVA -CASP

Código da publicação _____

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

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

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

Resultado:

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

*Adaptado de Critical Appraisals Skills Programme (CAPS)

Critical Appraisals Skills Programme (CASP). Milton Keynes Primary Care Trust, 2002. All rights reserved.

ANEXO B - INSTRUMENTO PARA CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DAS EVIDÊNCIAS PARA AVALIAÇÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS NA REVISÃO INTEGRATIVA - ARHQ

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

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

ANEXO C - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

INSTRUÇÕES:			ERRADO	CERTO
DOMÍNIOS				
1. Orientação temporal (0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre ou hora aproximada Mês Dia do mês Dia da semana	0 0 0 0 0	1 1 1 1 1
2. Orientação espacial (0 - 5 pontos)	Onde estamos?	<u>Estado</u> <u>Cidade</u> <u>Bairro ou rua próxima</u> <u>Local geral</u> – que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo – NAI) <u>Local específico</u> – em que local nós estamos? (consultório)	0 0 0 0	1 1 1 1
3. Memória imediata (repita as palavras) (0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita os objetos na ordem até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca Tijolo Tapete	0 0 0	1 1 1
4. Cálculo	O (a) Sr (a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)		
4a. Cálculo (0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total de 5 subtrações ao todo)	100 - 7 = 93 93-7 = 86 86-7 = 79 79-7 = 72 72-7 = 65	0 0 0 0	1 1 1 1
4b.	Soletre a palavra MUNDO de trás	O	0	1

(0 – 5 pontos)	para frente	D N U M	0 0 0 0	1 1 1 1
5. Memória de evocação (0 – 3 pontos)	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete	0 0 0	1 1 1
6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	0 0	1 1
7. Linguagem (0-1 ponto)	Repita a frase!	“NEM AQUI, NEM ALÍ, NEM LÁ”.	0	1
8. Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	a)Pegue o papel com a mão direita; b)Dobre-o ao meio; c)Ponha-o no chão;	0 0 0	1 1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	0	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa. O comando é: <u>escreva uma frase que tenha começo, meio e fim e faça sentido.</u>	Uma frase com início meio e fim (não precisa ser longa). Implica na presença mínima do sujeito e do verbo, devendo ter sentido. <u>Gramática e pontuação não são pontuadas.</u>	0	1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		0	1
TOTAL DE PONTOS DOS 11 QUESITOS			MEEM _____	

Fonte: Folstein, 1975.

ANEXO D - GDS -15
ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA – GDS

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

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

ANEXO E – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36
VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3

j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3
-----------------------------	---	---	---

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma	1	2	3	4	5	6

pessoa feliz?						
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Fonte: Ciconelli, 1999.

ANEXO F - LISTA DE INFORMAÇÕES CONSORT 2010 PARA INCLUIR NO RELATÓRIO DE UM ESTUDO RANDOMIZADO

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

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

* Recomendamos fortemente a leitura desta norma em conjunto com o CONSORT 2010. Explicação e Elaboração de esclarecimentos importantes de todos os itens. Se relevante, também recomendamos a leitura das extensões do CONSORT para estudos cluster randomizados, estudos de não-inferioridade e de equivalência, tratamentos não-farmacológicos, intervenções de ervas e estudos pragmáticos. Extensões adicionais estão por vir: para aquelas e até dados de referências relevantes a esta lista de informações, ver www.consort-statement.org.

ANEXO G - CARTA DE ANUÊNCIA



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

CARTA DE ANUÊNCIA

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

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

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

Recife, em 27/07/2015

Márcia Carrera Campos Leal


Profa. Márcia Carrera Campos Leal
 Vice-Coordenadora do Programa do Idoso
 PROIDOSO / PROEXT / UFPE
 SIAPE 6435238

ANEXO H – PARECER DO COMITÊ

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Seres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.266.338

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão em conformidade com as exigências do CEP.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto não apresentar nenhum impedimento ético, aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

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

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MSC N° 466/12).

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

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MSC N° 466/12). O CEP/CCSA/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio da CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2136-6588

E-mail: capcc@ufpe.br



Continuação do Poder: 1.286.236

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

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

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

Objetivo Secundário:

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

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

Benefícios:

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

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE Município: RECIFE

Telefone: (81) 3126-8588

E-mail: capccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.066.338

o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_559835.pdf	14/08/2015 14:52:41		ACEITO
Outros	curriculo_michelle.docx	14/09/2015 14:43:34	ANA PAULA DE OLIVEIRA	ACEITO
Outros	Curriculo_anapaula.docx	14/09/2015 14:40:42	ANA PAULA DE OLIVEIRA	ACEITO
Outros	Curriculo_erika.docx	14/09/2015 14:31:21	ANA PAULA DE OLIVEIRA	ACEITO
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetao_completo.doc	14/09/2015 09:09:42	ANA PAULA DE OLIVEIRA MARQUES	ACEITO
Outros	Carta_de_Anuencia.jpg	11/09/2015 17:50:09	ANA PAULA DE OLIVEIRA	ACEITO
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE - PROJETAO.doc	14/08/2015 22:51:14		ACEITO
Outros	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	10/08/2015 21:39:51	ANA PAULA DE OLIVEIRA	ACEITO
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	10/08/2015 21:22:58		ACEITO

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Seres Humanos:



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Processo: 1.296.335

RECIFE, 07 de Outubro de 2015

Assinado por:

Gisele Cristina Sena da Silva Pinho
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-0500 E-mail: cspccs@ufpe.br

ANEXO I - REGISTRO REBEC**RBR-6qd4j3****Oficinas de memória com mulheres idosas: repercussões no desempenho ocupacional e qualidade de vida**

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

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

Tipo do estudo:

Intervenções

Título científico:

PT-BR

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

EN

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

Identificação do ensaio

Número do UTN: U1111-1190-6597