



**FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES  
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL**

**A ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NA PERSPECTIVA DE  
MINIMIZAR OS EFEITOS DO ENVELHECIMENTO COGNITIVO**

**Gheorthon da Silva Dourado  
Iehonalla Fernanda da Silva**

**Orientador: Prof. Wânia Ferreira**

Trindade - GO

2015

**FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES  
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL**

**A ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NA PERSPECTIVA DE  
MINIMIZAR OS EFEITOS DO ENVELHECIMENTO COGNITIVO**

**Gheorthon da Silva Dourado  
lehonalla Fernanda da Silva**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Faculdade União de  
Goyazes como requisito parcial à  
obtenção do título de Bacharel em  
Terapia Ocupacional.

**Orientador: Prof. Wânia Ferreira**

Trindade - GO  
2015

**Gheorthon da Silva Dourado**  
**Iehonalla Fernanda da Silva**

**A ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NA PERSPECTIVA DE  
MINIMIZAR OS EFEITOS DO ENVELHECIMENTO COGNITIVO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Faculdade União de  
Goyazes como requisito parcial à  
obtenção do título de Bacharel em  
Terapia Ocupacional, aprovada pela  
seguinte banca examinadora:

---

Prof. Especialista Wânia Ferreira (Orientador)  
Faculdade União de Goyazes

---

Prof. Esp. Cleusa Pinto de Almeida

---

Prof. Esp. Gláucia Veiga Ferreira

Trindade - GO  
09/12/2015

“De uma maneira, toda experiência é sagrada e todas as jornadas da alma nos conduzem ao mais breve momento do dia mais comum.”

- Sue Monk Kidd (1996)

# A ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NA PERSPECTIVA DE MINIMIZAR OS EFEITOS DO ENVELHECIMENTO COGNITIVO

(Gheorthon da Silva Dourado)<sup>1</sup>  
(Iehonalla Fernanda da Silva)<sup>1</sup>  
(Wânia Ferreira)<sup>2</sup>

## RESUMO

O objetivo do presente trabalho é apresentar a atuação da Terapia Ocupacional como meio de intervenção sobre o efeito do envelhecimento cognitivo, realizado sobre fundamentos de análises de artigos científicos e livros de referência sobre o tema. São apresentadas definições, métodos e intervenções terapêuticas ocupacionais relacionadas aos aspectos cognitivos envolvendo todo o processo do envelhecimento, sem que esteja relacionado á algum tipo de patologia específico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Terapia Ocupacional. Cognição. Envelhecimento

## ABSTRACT

The purpose of this paper is to present activities of occupational therapy as a means of intervention on the effect of cognitive aging, conducted on fundamentals of scientific articles analysis and reference books on the subject. Definitions are presented, methods and occupational therapy interventions related to cognitive aspects involving the entire aging process, without being related to some kind of specific pathology.

**PALAVRAS-CHAVE:** Occupational Therapy. Cognition. Aging

---

1 Acadêmico do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade União de Goyazes  
2 Orientador: Prof. Esp. Vânia Ferreira da Faculdade União de Goyazes

## 1 - Introdução

O envelhecimento é um processo gradual e inevitável, um processo biológico natural, e não patológico caracterizado por uma série de alterações morfofisiológicas, bioquímicas e psicológicas que acontecem no organismo ao longo da vida. Assim como o nascimento e a morte, o envelhecimento é um fenômeno coletivo, ocorrem independentemente da cultura, classe social, religião e tendências políticas.

A população idosa consiste em indivíduos de 65 anos de idade ou mais. Essa população se subdivide em "idosos-jovens" de 65 a 74 anos, "idosos-idosos" com mais de 75 anos e os "muito idosos" com mais de 85 anos de idade. (PEDRETTI; EARLY, 2005, p. 1045)

O processo do envelhecimento é profundo e complexo, onde cada vez mais prevalecem as doenças degenerativas e o declínio fisiológico em inúmeros sistemas do corpo. Alguns estudiosos questionam até que ponto o declínio pode ser considerado um fator "normal" do envelhecimento.

Na medida em que a população com o crescimento mais acelerado chega a idades em que as alterações cognitivas se tornam uma preocupação, torna-se necessário entender a natureza complexa do funcionamento cognitivo nesta faixa etária. Portanto, este estudo é importante para a compreensão do desenvolvimento da disfunção intelectual e suas ligações comuns às degenerações orgânicas do cérebro, uma vez que ele é acompanhado do declínio de algumas funções cognitivas.

Segundo Bezerra (2006) a Cognição é o termo utilizado para apresentar o funcionamento mental das habilidades cognitivas as quais são influenciadas por características pessoais, relacionados à idade, nível de escolaridade, interesses, saúde, atividades que o indivíduo desenvolve, a quantidade de estímulos a que é exposto, além de aspectos psicoemocionais e socioculturais. Desta forma as mudanças cognitivas, ocasionadas pelo envelhecimento, podem levar a profundas limitações que afetam a capacidade funcional, dificultando a realização das atividades de vida diária (AVDs).

No envelhecimento normal, observa-se um declínio na memória operacional, lembrança espacial e velocidade de processamento de

informações, dificultado pela redução nas habilidades visuais e auditivas. Isto pode comprometer o funcionamento diário, como dificuldade para recordar-se de um caminho, cumprir horários de medicamentos e lembrar-se do rosto de pessoas que conheceram recentemente

O presente trabalho tem como objetivo, ampliar a compreensão sobre os processos cognitivos, identificando os efeitos do envelhecimento cognitivo. Neste prisma apresentar a Terapia Ocupacional como intervenção terapêutica, por meio de avaliação e modelos de tratamento significativo, buscando auxiliar pessoas com déficits cognitivos na sua recuperação e compensação de incapacidades, visando promover qualidade de vida, em um cotidiano com mais autonomia e independência. O entendimento do que é qualidade de vida na velhice é primordial ao desenvolvimento de iniciativas, de intervenções que promovam a prevenção, manutenção e reabilitação nessa fase da vida, além da organização de serviços e políticas destinadas a promover o bem estar dos idosos (RABALATO, 2007).

Desta forma, nasceu o interesse na realização desse estudo com indivíduos em processo de envelhecimento normal. Onde o terapeuta ocupacional desenvolve atividades e técnicas de organização e estratégias. Contribuindo assim, para a manutenção das capacidades desses indivíduos, melhorando seus desempenhos na ocupação humana. Sendo assim, o objetivo principal dessa pesquisa é investigar o efeito do envelhecimento nas capacidades cognitivas e apontar a eficácia da estimulação cognitiva por meio da Terapia Ocupacional e sua aplicação nas AVDs e AIVDs (Atividades Instrumentais de Vida Diária). Descrevendo assim as alterações que ocorrem na memória e na atenção com o envelhecimento, somados as intervenções afetivas das estratégias e intervenções da Terapia Ocupacional identificando os métodos de estimulação cognitiva ao tratamento da cognição.

## **2 - METODOLOGIA**

O procedimento deste estudo consiste em um levantamento bibliográfico de caráter qualitativo. Segundo Cervo, Bervian e da Silva (2007, p.61), a

pesquisa bibliográfica “constitui o procedimento básico para os estudos monográficos, pelos quais se busca o domínio do estado da arte sobre determinado tema.”

Após a definição do tema foi realizada uma busca em dados impressos (bibliotecas físicas) e em arquivos eletrônicos como: artigos científicos, dissertações e teses. Os dados coletados foram estudados e submetidos à análise de acordo com os objetivos proposto no presente estudo. O conteúdo foi colocado em forma de tópicos para melhor compreensão da leitura.

### **3 – REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 – Padrões do envelhecimento**

O envelhecimento é um processo biológico ao qual ocorre um declínio na eficiência e eficácia dos sistemas biológicos onde conseqüentemente há um aumento na vulnerabilidade entre enfermidades crônicas e agudas. No entanto, pode afirmar-se que este declínio próprio do processo de envelhecimento acontece de formas distintas em cada indivíduo. Por outro lado, o ser humano não é apenas um organismo biológico, ele é um agente biopsicossocial ativo que se vai construindo ao longo da vida juntamente com um mundo igualmente ativo, num processo contínuo e dinâmico (Gould, 1997, 1981, apud BALLESTERO,2009)

Sendo assim, idosos são indivíduos assim denominados em um dado contexto sociocultural, em conseqüência das diferenças que apresentam em aparência, força, funcionalidade, produtividade e desempenho de papéis sociais primários em comparação com adultos não idosos (Neri, 2009).

O envelhecimento biológico é implacável, ativo e irreversível, causando mais vulnerabilidade do organismo às agressões externas e internas. Existem evidências de que o processo de envelhecimento é de natureza multifatorial e dependente da programação genética e das alterações que ocorrem em nível celular-molecular. (MORAES, MORAES, LIMA, 2009, p.68)

Os sinais de deficiências funcionais vão se apresentando de maneira discreta no decorrer da vida, sendo chamados de senescência, e não comprometem as relações e a administração de decisões. Esse processo não pode ser considerado doença. A velhice desencadeia alterações na velocidade de processamento das informações, propiciando um tempo maior para processar dados. Desta maneira, o envelhecimento está ligado a muitos fatores psicossociais, como família, atividades culturais, físicas e religiosas. Estar inseridos em contextos sociais e envolvidos com familiares e amigos contribuem como um fator de proteção de suas condições cognitivas.

### **3.2 - Cognição e envelhecimento**

“A cognição é uma série de processos complexos de raciocínio pelos quais passamos a conhecer nosso ambiente e agir nele, a obter benefícios de nossas experiências passadas e a gerar novas ideias.” ( PEDRETTI e EARLY, 2005, p. 477). Desta forma cognição está no cerne da essência ou da personalidade do indivíduo, pois sem a capacidade de lembrar do passado os seres humanos perdem o senso deles mesmos.

A seleção, o desempenho, à análise e o aprendizado das atividades cotidianas são influenciados pela cognição, que além do seu papel central no funcionamento ocupacional influencia a assimilação de novas habilidades nas atividades de vida diárias após o início de uma incapacidade (Walker Walker, Walker e Sunderland, 2003 apud Trombly, 2013).

Segundo Ben Yishay, 1987, a cognição consiste em uma hierarquia interativa, que inclui capacidades cognitivas primárias (orientação, atenção e memória), habilidade cognitiva de nível superior (raciocínio, formação de conceito e solução de problemas) e metaprocessos (funções executivas e autoconsciência).

A medida que envelhecem os idosos sofrem alterações notáveis na função cognitiva. Segundo Hendrie (2005) citado por Katz (2014), o fator que mais provavelmente afetará a função cognitiva de idosos é a doença

cardiovascular. Portanto, a maioria dos idosos está em risco de sofrer declínio acelerado de envelhecimento, conhecido como comprometimento cognitivo leve (CCL), que pode interferir no desempenho de atividades diárias mais complexas.

Condições de comorbidade primárias, como hipertensão, diabetes, problemas cardíacos e doenças cardiovasculares são comumente encontradas na população idosa em reabilitação. Essas condições, também acentuam bastante os declínios cognitivos relacionados com a idade, afirma Katz (2014).

### **3.2.1 - Memória sensório-perceptiva e os efeitos do envelhecimento**

O primeiro estágio de processamento de informações depende da estimulação sensorial por meio de imagens, sons, gosto, odor e toque. A memória sensorial será intensamente afetada pelos comprometimentos sensoriais e perceptivos, pois ela é responsável por processar essas informações.

As alterações visuais, auditivas, gustativas, olfativas, vestibulares e proprioceptivas vividas por idosos delimita o processamento de informações, desacelerando, ofuscando ou distorcendo as informações sensoriais que a pessoa recebe (Baltes e Mayer, 1999; Levy, 1996; Li e Lindenberger, 2002. Apud KATZ, 2014). Mais tarde, esses déficits vão afetar as funções cognitivas, durante o curso do processamento de informações.

Esses declínios podem ser compensados por meio de lentes corretivas, óculos de grau, aparelhos auditivos, cirurgias. Infelizmente, mesmo quando correções são feitas, os idosos ainda costumam ter um desempenho pior nas atividades perceptivas, comparados com os mais jovens.

O declínio cognitivo acontece por falta de estímulos sensoriais que pode levar à privação sensorial. “Os comprometimentos sensoriais podem forçar as pessoas a dedicar mais atenção à interpretação dos estímulos sensoriais, deixando menos recursos cognitivos disponíveis para outras atividades”. (KATZ, 2014, p.111)

### **3.2.2 - Memória de curto prazo/de trabalho e os efeitos do envelhecimento**

“A memória de curto prazo é a memória de trabalho, a qual nos permite combinar informações que chegam do ambiente com as informações recuperadas da memória de longo prazo” (KATZ, 2014, p. 111). Os idosos têm maior dificuldade com atividades de memória mais complexas, estratégicas e que exigem esforços. As atividades que demandam transformação e manipulação de novas informações complexas tornam-se gradativamente mais difíceis, e a capacidade da memória de trabalho é reduzida. Atualmente, segundo Katz (2014), os déficits são atribuídos a declínios nos mecanismos inibitórios de atenção, velocidade de processamento ou ambos.

No que concerne a atenção os idosos têm dificuldades crescentes de distinguir entre informações relevantes e irrelevantes. A uma tarefa em particular, apresentam mais dificuldades em filtrar as distrações externas que interferem na atenção e são menos capazes de inibir as respostas já limitada da memória de curto prazo/de trabalho, deslocando pensamentos mais relevantes. Isso diminui o espaço para outros propósitos, como acesso à informações relevantes e processamento das informações que queremos lembrar.

Quanto a velocidade de processamento na memória sensório-perceptiva, o processo de envelhecimento diminui a velocidade com a qual as informações são processadas na memória de trabalho. Os idosos levam mais tempo para processar e recuperar novas informações. A diminuição da velocidade dos processos cognitivos de nível básico pode comprometer funções de memória de trabalho mais complexas.

O processamento mais lento pode limitar a quantidade de recursos de atenção necessários para a atenção ser efetivamente dividida, ou seja, suficiente para manter a atenção em uma tarefa e fazer a transição suavemente a outra. (KATZ, 2014)

Katz (2014) explica que, a velocidade diminuída do processamento de informações está relacionada com a diminuição na velocidade geral da

transmissão neural, que ocorre com o envelhecimento. Essa diminuição de velocidade reflete também no declínio da função motora, incluindo piora em tempo reação, destreza, coordenação e força de preensão de mão e andar mais lento ( Levy, 1996 apud Katz, 2014).

O motivo dessa diminuição da velocidade é devido a perturbações modestas de conexões dentro da rede neural com a idade. Segundo Bucur et al., 2008, citado por Katz, cada neurônio perde parte de seus ramos dendríticos, a densidade das sinapses diminui, a camada protetora dos axônios se torna menos espessa e o declínio geral na integridade da substância branca é observado.

Quanto a aprendizagem constata-se que embora a velocidade do processo de aprendizagem fique mais lenta, a capacidade de aprender e lembrar ainda é mantida. Os idosos podem demorar mais para assimilar e reter informações novas e complexas, no entanto, se dedicarem mais tempo e exercer mais esforço para aprender alguma coisa, vão lembrar assim como um adulto jovem (KATZ, 2014). Os problemas estão principalmente relacionados com atenção, em vez de retenção. Os idosos podem acreditar que estão esquecendo facilmente, mas o que realmente está acontecendo, é que, eles não estão prestando atenção suficiente para aprender tão bem.

### **3.2.3 - Comprometimento cognitivo leve**

A diferença entre o declínio cognitivo relacionado a idade, e a disfunção cognitiva anormal está ficando cada vez mais clara na medida em que pesquisadores aumentam seu foco em um grupo de idosos que apresentam problemas persistentes e graves de memória do que aqueles vistos no envelhecimento normal, que não apresenta demência.

O termo comprometimento cognitivo leve - CCL foi usado pela primeira vez para descrever o estágio 3 da Global Deterioration Scale( GDS; Escala de Deterioração Global ), de Reisberg, Ferris, de Leon e Crook, no estadiamento da DA (1982). A pesquisa sobre CCL ainda está em estágio inicial. Segundo o relatório de consenso de 2004 (Winblad et al., 2004), a pessoa não está normal nem tem demência, existe evidência de deterioração cognitiva demonstrada pelo declínio medido ou relatado pela pessoa ou por algum informante. No

entanto as atividades de vida diária estão preservadas e as funções instrumentais complexas permanecem intactas ou minimamente comprometidas.

Portanto, idosos com CCL, não apresentam comprometimentos no funcionamento diário, além disso, conseguem realizar as tarefas de AIVD's rotineiras de maneira independente, embora muitos possam ter dificuldades para fazer isso. Pessoas com CCL tem leves problemas com raciocínio e memória que não interferem muito nas atividades diárias. Quando a pessoa perde a capacidade de cuidar das responsabilidades relacionadas às AVD's, seu comprometimento cognitivo já não é mais considerado leve.

O CCL pode ser causado por inúmeras patologias que não são demência. Ele pode ser causado por praticamente qualquer transtorno que cause disfunção cerebral. Outras condições que podem provocar o CCL incluem dor (aguda e crônica), deficiências nutricionais, utilização persistente de álcool ou drogas ilícitas, efeitos adversos de medicamentos, perda de audição, estresse psicológico crônico, depressão, lesão menor na cabeça, privação de sono, hipertensão, hipotensão, hiperlipidemia, hiperglicemia e problemas na tireóide. (Hendrie et al., 2005. McDowell, 2001. Apud KATZ, Noomi, 2014).

#### **3.2.4 - Demência**

De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (2000) citado por KATZ, a demência pode ser amplamente definida como uma síndrome de comprometimento cognitivo global progressivo grave o suficiente para afetar o funcionamento diário. Geralmente ocorre em pessoas que tem pouca noção de suas perdas profundas de memória.

Na demência precoce, comprometimentos na função executiva são mais notados nas AIVD's, onde as mudanças mais observadas estão nas habilidades de manejar dinheiro e medicamentos, usar transporte e telefone. (Karlavish e Clark, 2003. Apud KATZ, Noomi, 2014). Mais tarde, as pessoas

afetadas perdem a capacidade de se orientar em sua própria vizinhança, reconhecer pessoas próximas e de cuidar de suas necessidades básicas.

### 3.2- Instrumentos de avaliação

É inegável que, com o passar dos anos, as células, órgãos e sistemas do corpo humano começam a apresentar déficit havendo perdas no seu bom funcionamento. Assim, é necessário que um estudo integral avalie a linguagem, a coordenação motora, as condições perceptivas sensoriais, a capacidade de abstração, o raciocínio, a atenção, a linguagem, o cálculo e a memória (especialmente a de curto prazo) (Souza et al., 2007).

É importante que sejam utilizados vários testes para que se avalie adequadamente, tanto do ponto de vista qualitativo como quantitativo, o estado cognitivo da pessoa idosa.

Sendo assim, o Mini Mental State Examination (MMSE) apresentado no anexo A deste trabalho, faz parte dos diversos testes que avaliam a função cognitiva em idosos. Contudo, o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) ou teste de Folstein, é um dos testes mais aplicados e mais estudados em todo o mundo para avaliação do funcionamento cognitivo. Foi introduzido por Folstein *et al.* em 1975, para ser utilizado na prática clínica na avaliação da mudança do estado cognitivo de pacientes geriátricos. Avalia a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e visoespaciais. Pode ser usado como teste de rastreio para perda cognitiva. Não pode ser usado para diagnosticar demência (Chaves, 2009. apud Apóstolo, 2012). Foi denominado “mini” porque concentra apenas os aspectos cognitivos da função mental e não avalia humor e funções mentais anormais. Engloba onze itens, divididos em duas seções. A primeira exige respostas verbais a questões de orientação, memória e atenção; a segunda, leitura e escrita cobre habilidades de nomeação, seguir comandos verbais e escritos, escrever uma frase e copiar um desenho (polígonos). O score pode variar de 0 a 30.

Outro teste utilizado com a mesma finalidade é o Teste do relógio (Anexo B) disponível em que se baseio em uma avaliação simples que consiste em solicitar à pessoa o desenho dos números do relógio, marcando uma determinada hora (11:10), sem mencionar a necessidade de ponteiros. O círculo pode ou não ser oferecido previamente. O teste é considerado completo quando o paciente desenha todos os números do relógio, especialmente bem distribuídos, e os ponteiros marcando 11:10. O teste não é cronometrado e pode ser repetido quantas vezes forem necessárias (Apóstolo, 2012).

O teste do relógio é considerado um bom teste de rastreio. A aplicação do teste é simples e sofre menor influência do grau de alfabetização, aumentando a credibilidade do teste em pacientes com baixo nível de escolaridade. Ele avalia várias funções cognitivas: memória semântica; função executiva (planeamento); linguagem (compreensão do comando); praxia; função visuo-espacial. Portanto, é considerado um bom teste de rastreio.

Outro instrumento muito utilizado é a Avaliação Cognitiva Montreal (MoCA) disponível no anexo C, que se configura como um instrumento que avalia diferentes domínios cognitivos e alguns referentes às funções frontais (Andrade, 2011).

A avaliação Cognitiva Montreal (MoCA) foi desenvolvida como um instrumento breve de rastreio para defeito cognitivo leve. O mesmo permite o acesso a diferentes domínios cognitivos: atenção e concentração, funções executivas, memória, linguagem, capacidades visuo-construtivas, capacidade de abstração, cálculo e orientação. A pontuação total é de 30 pontos; sendo a pontuação de 26 ou mais considerado normal.

#### **4 – RESULTADO E DISCUSSÃO**

O Terapeuta Ocupacional é um profissional indispensável para trabalhar junto ao indivíduo que tenha se acometido por alguma alteração, como no caso relacionado aos aspectos cognitivos, agindo como um facilitador que capacita o mesmo a fazer o melhor uso possível das capacidades remanescentes, a adotar as suas próprias decisões e lhe possibilitar uma conscientização de alternativas realísticas.

Para o COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional):

A característica essencial da Terapia Ocupacional é o envolvimento ativo das pessoas no processo terapêutico, pois é a ciência que estuda a atividade humana e a utiliza como recurso terapêutico para prevenir e tratar dificuldades físicas e/ou psicossociais que interfiram no desenvolvimento e na independência do cliente em relação às atividades de vida diária, estudo, trabalho e lazer. Seu interesse está relacionado ao desenvolvimento, educação, emoções, desejos, habilidades, organização de tempo, conhecimento do corpo em atividade, utilização de recursos tecnológicos e equipamentos urbanos, ambiência, facilitação e economia de energia nas atividades cotidianas e laborais, objetivando o maior grau de autonomia e independência possível, diminuindo ou corrigindo patologias, promovendo e mantendo a saúde.

A Terapia Ocupacional por intermédio da Atividade oferece ao indivíduo a possibilidade para um desenvolvimento de competências, dispondo na realização de mudanças que possibilitarão um comportamento mais produtivo e funcional. Sendo assim, objetiva-se ao terapeuta ocupacional abrir novos caminhos que promovem a minimização do sofrimento do idoso com alterações cognitivas. Por meio do tratamento visa desenvolver o máximo do potencial criativo e produtivo desse sujeito, fortalecendo a personalidade e atentando para as necessidades e os processos afetivo-emocionais, esperando que possam ser reconhecidos como pessoas asseguradas de cidadania e com melhores oportunidades de reintegração.

Para Arribada (2004) assegurar a manutenção dos idosos em ocupações, com uma abordagem estimulante e de qualidade, é de vital importância na intervenção, pois pode existir um elevado número de acontecimentos físicos, emocionais, sociais e ambientais afetando o sujeito ao mesmo tempo, dificultando a preservação de sua independência.

No tratamento em reabilitação cognitiva faz uso de atividades que mantenham ativas a concentração, a sequência de pensamento, a atenção e a capacidade de fazer escolhas do idoso.

Várias técnicas para a atuação prática na terapia ocupacional são propostas, dentro da reabilitação cognitiva. Otero e Scheitler (2001) apresentam as técnicas e estratégias na reabilitação cognitiva, a partir de três níveis:

- (1) restauração: as funções cognitivas alteradas são estimuladas e melhoradas pela ação direta sobre elas;

- (2) compensação: assumindo que a função alterada não pode ser restaurada, tenta-se potencializar o emprego de diferentes mecanismos alternativos ou de habilidades preservadas;
- (3) substituição: ensino de diferentes estratégias que ajudem o sujeito a minimizar os problemas resultantes das disfunções cognitivas.

O Terapeuta Ocupacional com base nos níveis de atenção ligadas as complicações analisadas, busca trabalhar técnicas que facilitem o tratamento do paciente. Estas técnicas dividem-se em 5 tipos (CAMARA et al., 2009):

- Técnicas comportamentais: Considera que as respostas comportamentais e emocionais podem ser condicionadas a certos estímulos que são indutores de respostas específicas, envolvendo reforço positivo. Estimulam a mudança de comportamento indesejado do paciente, potencializando a participação nas atividades de vida diária e a socialização.
- Terapia de Orientação para a Realidade: Deve-se evocar o passado para significação do “eu”, como forma de prazer e lembranças positivas. No presente, promover a independência, a orientação temporal e estimular a socialização. No futuro, despertar o interesse em novos projetos de vida. Sugere-se, em atividade, utilizar calendários, relógios, nomes e ambientes do cotidiano do paciente, reforçando repetições em busca do aprendizado e da satisfação do paciente.
- Estimulação Cognitiva: Com base na capacidade de adaptação e na plasticidade cerebral, deve-se estimular o que estiver conservado, compensar o que foi perdido e desenvolver potenciais remanescentes. As atividades propostas devem apresentar ludicidade, favorecer os atos da vida cotidiana, utilizando cores, dias da semana, mês e ano, hora, sabores.
- Terapia de Reminiscências: Permite a valorização do passado e do conhecimento do paciente, favorecendo as conversas, ordenando cronologicamente fatos importantes e lembranças significativas da vida. Utilizar canções antigas, cartas, fotos, discos, presentes, álbuns de família, filmes, jornais, músicas, proporcionando lembranças agradáveis.
- Técnicas de Validação: Objetiva oferecer suporte emocional e sentido às expressões dos pacientes. “Proporcionar alívio de desconfortos

emocionais e de conflitos relacionais. Visa ao aumento da atenção, do autocontrole, da auto-estima e ao envolvimento do paciente no contexto social natural”, de modo lúdico.

Uma estratégia bastante usada na promoção da estimulação cognitiva do indivíduo é a Teoria de Mecanismos de Ganhos e Perdas que se embasam na compreensão do processo de envelhecimento cognitivo. Para Mamp e GP (2006), esta teoria se baseia no fato de que perdas ocorrem desde o nascimento e que, no percurso da vida, inclusive na velhice, estabelece-se uma proporção entre perdas, ganhos e funções mantidas. Baseia-se em ganhos para suprir as dificuldades que surgem gradativamente nos processos demências, focalizando ganhos específicos. Esses ganhos se referem a uma nova aquisição ou a uma diferente forma de desenvolver determinada tarefa. Pode ocorrer através de níveis orgânicos, com o acontecimento do fenômeno da plasticidade, no qual áreas cerebrais assumem funções de outras áreas lesadas ou ineficazes; ou em nível cognitivo, que envolve a utilização de diferentes estratégias, como estratégias de compensação, desenvolvimento da expertise e a formação de ambientes colaborativos, esclarecendo assim:

- Estratégias de compensação: são novas técnicas utilizadas para realizar tarefas antigas;
- Desenvolvimento da expertise: é a experiência e o conhecimento avançado que o indivíduo adquire ao longo dos anos para realizar determinada atividade, servindo como facilitadora para que o indivíduo realize uma atividade;
- Formação de ambientes colaborativos: é a utilização de estratégias que facilitem a linguagem e comunicação do indivíduo em seu meio, por exemplo, dicas e interações dialógicas.

Na utilização de técnicas e abordagens o Terapeuta Ocupacional pode intervir a seus pacientes de forma individualizada ou em grupo. As duas formas complementam-se. Enquanto a terapia individual permite direcionar o tratamento conforme a necessidade do paciente, a terapia em grupo proporciona um contato entre os pacientes, o que favorece habilidades

comunicativas e a quebra da monotonia. Para que a realização de atividades cumpra seu papel terapêutico com o sujeito, as atividades devem ser simplificadas, fragmentadas em pequenas tarefas, repetitivas, rotineiras, familiares e adaptadas na medida em que as habilidades do cliente vão diminuindo, conforme cita Macf (2001).

No tratamento junto ao idoso é fundamental a contribuição e participação de outros profissionais, com a participação direta no tratamento tanto do próprio paciente, como da família e/ou do cuidador e da comunidade, servindo também como meio de inserção e inclusão do mesmo na sociedade. Dessa forma, o processo terapêutico estará centrado não somente na doença, mas também na relação estabelecida entre o indivíduo idoso, sua rede de suporte e o terapeuta ocupacional.

## **5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com o processo do envelhecimento, muitos aspectos da cognição diminuem. Para muitos idosos, o impacto dessas alterações no desempenho funcional é pequeno. Para outros, o declínio cognitivo evolui para um estado mais grave de comprometimento conhecido como CCL, podendo afetar o desempenho funcional e a qualidade de vida. Essas alterações podem também colocar os idosos em risco de maior demência.

As funções cognitivas em idosos sem demência podem ser melhoradas ou até remediadas com intervenção cognitiva e apoio. A melhor maneira de minimizar o efeito do declínio relacionado com a idade e maximizar o envolvimento em atividades e participação social é entender o funcionamento do processamento de memória e introduzir estratégias compensatórias para a organização das informações e recuperação eventual.

Os Terapeutas Ocupacionais podem elaborar protocolos de treinamento cognitivos formais ou informais. A fim de fortalecer suas capacidades de atenção e inibir os fatores que podem diminuir a capacidade cognitiva. Assim, os Terapeutas Ocupacionais possuem um papel essencial de ajudar os idosos,

minimizando dificuldades diárias no funcionamento cognitivo, as quais interferem na produtividade no desempenho ocupacional e a qualidade de vida.

## 6 - REFERÊNCIAS

APÓSTOLO, João. **Instrumentos de avaliação geriátrica**. ESENF. Coimbra. 04-112. Maio, 2012.

ARRIBADA, M.C. **Terapia ocupacional em reumatologia**. Rev. Chil Reumatol.; v. 20, n.4, p. 183-183, 2004.

BEZERRA, Y. G. V. D. **Memória de reconhecimento em indivíduos com mais de 45 anos**. Rio Grande do Norte, Natal, 2006. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2006.

CAMARA, V. D.; et al. **Reabilitação cognitiva das demências**. Rev. Bras. Neurol., v. 45, n. 1, p. 25-33, 2009.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHAVES, M. (2009). **Testes de avaliação cognitiva: Mini-exame do estado mental [Online]**. Disponível em: <[http://cadastro.abneuro.org/site/arquivos\\_cont/8.pdf](http://cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf)> Acesso em: 22-09-2015.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Definição de Terapia Ocupacional**. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br/site/index.php/terapia-ocupacional.html>>. Acesso em: 31 outubro 2015.

GUERREIRO, M., Silva, A. P., BOTELHO, M. A. (1994). Adaptação à população Portuguesa na tradução do "Mini Mental State Examination" (MMSE). Revista Portuguesa de Neurologia, 1, 9-10.

KATZ, Noomi. **Neurociência, reabilitação cognitiva e modelos de intervenção em Terapia Ocupacional**. 3 ed. São Paulo. Santos, 2014.

MACF, Ferrari. A terapia **ocupacional na reabilitação do portador de Alzheimer**. Mundo da Saúde 2001 out-dez; 25(4): p. 425-29.

Moraes EN, Moraes FL, Lima SPP. **Características biológicas e psicológicas do envelhecimento**. Rev Med Minas Gerais 2010; 20(1): 67-73.

NERI, A. L. **Estresse no desenvolvimento adulto e na velhice: Uma Revisão**. RBCEH. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, v. 5, p. 103-114, 2008

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. Tradução: Cássia Maria Buchalla. São Paulo: Edusp, 2003.

OTERO, J. L.; SCHEITLER, L. F. **La rehabilitación de los transtornos cognitivos**. Rev. Med Uruguay, v. 17, n. 2, p. 133-139, 2001.

PALÁCIOS, J. (2004). **Mudança e Desenvolvimento Durante a Idade Adulta e a Velhice**. Em C. Coll, J. Palacios, & A. Marchesi. Desenvolvimento Psicológico e Educação Psicologia Evolutiva Vol.1 2a .Ed. Porto Alegre: Artmed.

MAMP, Parente. GP, Wagner. **Teorias abrangentes sobre envelhecimento Cognitivo**. In: Parente MAMP, editor, et al. Cognição e envelhecimento. Porto Alegre: Artmed; 2006. Cap. 2.

PEDRETTI, Lorraine. EARLY, Mary. **Terapia Ocupacional: Capacidades Práticas para Disfunções Físicas**. 5 ed. São Paulo. Roca LTDA, 2005.

RAMOS, L. R. **Epidemiologia do envelhecimento**. In: In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 72-78.

TROMBLY, Catherine. RADOMSKI, Mary. **Terapia Ocupacional para disfunções físicas**. 6 ed. São Paulo. Santos, 2013.

WILLARD E SPACKMAN. **Terapia Ocupacional**. 9 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan S.A., 2002.

## ANEXO A – Mini Exame do Estado Mental

### MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

**Orientação Temporal Espacial** – questão 2.a até 2.j pontuando 1 para cada resposta correta, máximo de 10 pontos.

**Registros** – questão 3.1 até 3.d pontuação máxima de 3 pontos.

**Atenção e cálculo** – questão 4.1 até 4.f pontuação máxima 5 pontos.

**Lembrança ou memória de evocação** – 5.a até 5.d pontuação máxima 3 pontos.

**Linguagem** – questão 5 até questão 10, pontuação máxima 9 pontos.

#### Identificação do cliente

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento/idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Escolaridade: Analfabeto ( ) 0 à 3 anos ( ) 4 à 8 anos ( ) mais de 8 anos ( )

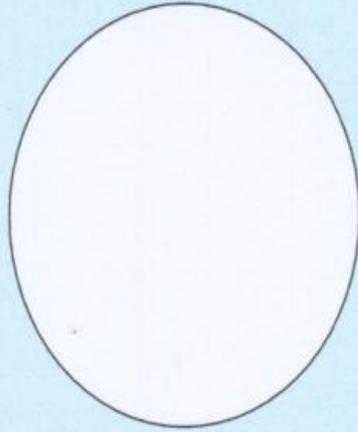
Avaliação em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_.

Pontuações máximas	Pontuações máximas
<p><b>Orientação Temporal Espacial</b></p> <p>1. Qual é o (a) Dia da semana? ___ 1  Dia do mês? _____ 1  Mês? _____ 1  Ano? _____ 1  Hora aproximada? ___ 1</p> <p>2. Onde estamos?</p> <p>Local? _____ 1  Instituição (casa, rua)? ___ 1  Bairro? _____ 1  Cidade? _____ 1  Estado? _____ 1</p>	<p><b>Linguagem</b></p> <p>5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta  _____ 2</p> <p>6. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”.  _____ 1</p> <p>7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”.  _____ 3</p> <p>8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: <b>FECHE OS OLHOS.</b>  _____ 1</p> <p>09. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido).  <b>(Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto)</b>  _____ 1</p>
<p><b>Registros</b></p> <p>1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta.  -Vaso, carro, tijolo  _____ 3</p>	<p>10. Copie o desenho abaixo.  Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero.  _____ 1</p>
<p><b>3. Atenção e cálculo</b></p> <p>Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra <b>MUNDO</b> de trás para frente.  _____ 5</p>	
<p><b>4. Lembranças (memória de evocação)</b></p> <p>Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta.  _____ 3</p>	



## ANEXO B – Teste do Relógio

## Teste do Relógio



<b>0</b>	Inabilidade absoluta de representar o relógio;
<b>1</b>	O desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuo-espacial grave;
<b>2</b>	Desorganização visuo-espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, faltando, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiro em excesso; números em excesso;
<b>3</b>	Distribuição visuo-espacial correta com marcação errada da hora;
<b>4</b>	Pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos;
<b>5</b>	Relógio perfeito, sem erros

**ANEXO C - Montreal Cognitive Assessment (MOCA)**

**MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)** Nome: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Versão Experimental Brasileira Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

VISUOESPACIAL / EXECUTIVA							Pontos	
<p>Copiar o cubo</p> <p>Desenhar um RELÓGIO (onze horas e dez minutos) (3 pontos)</p>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	___/5	
<p><b>NOMEAÇÃO</b></p>							___/3	
<p><b>MEMÓRIA</b></p> <p>Leia a lista de palavras, o sujeito de repeti-la, faça duas tentativas. Evocar após 5 minutos</p>			Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho	Sem Pontuação
		1ª tentativa						
		2ª tentativa						
<p><b>ATENÇÃO</b></p> <p>Leia a sequência de números (1 número por segundo)</p>		<p>O sujeito deve repetir a sequência em ordem direta [ ] 2 1 8 5 4</p> <p>O sujeito deve repetir a sequência em ordem indireta [ ] 7 4 2</p>					___/2	
<p>Leia a série de letras. O sujeito deve bater com a mão (na mesa) cada vez que ouvir a letra "A". Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros.</p>		<p>[ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B</p>					___/1	
<p>Subtração de 7 começando pelo 100 [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65</p> <p>4 ou 5 subtrações corretas: 3 pontos; 2 ou 3 corretas 2 pontos; 1 correta 1 ponto; 0 correta 0 ponto</p>							___/3	
<p><b>LINGUAGEM</b></p> <p>Repetir: Eu somente sei que é João quem será ajudado hoje. [ ]</p> <p>O gato sempre se esconde embaixo do Sofá quando o cachorro está na sala. [ ]</p>							___/2	
<p>Fluência verbal: dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra F (1 minuto). [ ] _____ (N ≥ 11 palavras)</p>							___/1	
<p><b>ABSTRAÇÃO</b></p> <p>Semelhança p. ex. entre banana e laranja - fruta [ ] trem - bicicleta [ ] relógio - régua</p>							___/2	
<p><b>EVOCAÇÃO TARDIA</b></p> <p>Deve recordar as palavras SEM PISTAS [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]</p>		Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS	___/5
<p><b>OPCIONAL</b></p> <p>Pista de categoria</p> <p>Pista de múltipla escolha</p>								
<p><b>ORIENTAÇÃO</b></p> <p>[ ] Dia do mês [ ] Mês [ ] Ano [ ] Dia da semana [ ] Lugar [ ] Cidade</p>							___/6	
<p>© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org                  Versão experimental Brasileira: Ana Luisa Rosas Sarmento                  Paulo Henrique Ferreira Bertolucci - José Roberto Wajman                  (UNIFESP-SP 2007)</p>							<p><b>TOTAL</b>                  Adicionar 1 pt se ≤ 12 anos de escolaridade ___/30</p>	