

UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO

CARIM FERNANDA FERNANDES

**O LÚDICO NA FACULDADE DA TERCEIRA IDADE: UMA
ABORDAGEM NEUROPSICOLÓGICA**

São Bernardo do Campo

2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CARIM FERNANDA FERNANDES

**O LÚDICO NA FACULDADE DA TERCEIRA IDADE: UMA
ABORDAGEM NEUROPSICOLÓGICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em
Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São
Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de
Mestre em Psicologia da Saúde.

Orientadora: Profª. Dra. Vera Barros de Oliveira

São Bernardo do Campo

2006

**O LÚDICO NA FACULDADE DA TERCEIRA IDADE: UMA ABORDAGEM
NEUROPSICOLÓGICA**

CARIM FERNANDA FERNANDES

BANCA EXAMINADORA

Presidente

1º Examinador

2º Examinador

Dissertação defendida e aprovada em: ___ / ___ / ___

DEDICATÓRIA

À minha mãe Amélia, que iniciou este projeto e que tem todo o meu respeito e admiração por sua força, coragem, luta, profissionalismo, amor e por sua grande lição de “sucesso”. Te amo.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, José Carlos e Amélia, pelo incentivo e paciência;

Aos meus irmãos, Carlinhos e Carla, por sempre se interessarem nos meus estudos;

Ao meu marido, Odilon, pelo interesse e estímulo ao meu crescimento profissional;

À minha sogra, Hebe, pela revisão e valorização ao meu trabalho;

À Dra. Vera de Oliveira Barros pela orientação e por acreditar no meu potencial;

À Dra. Jacqueline Abrisqueta-Gomez, pelas valiosas dicas, e principalmente pela colaboração;

À Dra. Eda Marconi Custódio, onde já no período de qualificação, me fortificou com suas sugestões;

À Teresa Zogaib Bertoncini, por dividir as angústias que passamos durante o processo de construção de nossos projetos;

Às minhas grandes amigas, em especial à Claudia Rodrigues, que me proporcionaram momentos de alegria quando mais me sentia frustrada...

Aos participantes desta pesquisa, sem os quais este estudo não teria sido possível;

À todos aqueles que incentivaram meu estudo, aos que mesmo silenciosos me ajudaram a trilhar este caminho, aos que tiveram consideração a esta pesquisa e confiança ao meu trabalho profissional.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Diferenças entre depressão e demência.....24

Tabela 2 – Critérios para o Comprometimento Cognitivo Leve.....38

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Resultado pontuação total do MEEM.....	75
Gráfico 2 – Resultados dos Subtestes do MEEM.....	75
Gráfico 3 – Desempenho da Amostra no MEEM.....	76
Gráfico 4 – Desempenho da amostra no Subteste Memória Remota do MEEM.....	76
Gráfico 5 – Resultados Fluência Verbal.....	77
Gráfico 6 – Fluência Verbal Semântica da amostra.....	78
Gráfico 7 – Resultados Trail Making A e B.....	79
Gráfico 8 – Erros no desempenho do Trail Making A e B.....	79
Gráfico 9 – Resultados da escala de Depressão.....	80
Gráfico 10 – Resultados da escala de Ansiedade.....	80
Gráfico 11 – Primeira avaliação dos Estados de Humor.....	81
Gráfico 12 – Segunda avaliação das Escalas de Humor.....	82
Gráfico 13 – Condições de saúde da amostra.....	83

RESUMO

Esta pesquisa verifica a contribuição da utilização de estratégias lúdicas frente a manutenção e agilização de processos cognitivos e afetivos-relacionais em uma Faculdade Aberta para a Terceira Idade, em cidade de grande porte, através de 22 sujeitos de ambos os sexos, com idade média de 11 anos, através de estudo Avaliativo-Interventivo Evolutivo. Inicia-se por uma avaliação neuropsicológica abreviada: Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Teste de Fluência Verbal – FV (semântica e fonológica), Teste das Trilhas (A – B), Teste do Relógio, Escala Funcional (Escala AVD) e de Humor (Escala Depressão e Ansiedade). Para a intervenção lúdica utiliza-se de estratégias lúdicas grupais, segundo modelo piagetiano, estimulando processos cognitivos e afetivo-emocionais. Os resultados revelam uma reação muito positiva ao lúdico, com motivação, interesse, envolvimento, ativação de processos associados à memória e à atenção. A reavaliação neuropsicológica feita através da mesma bateria verifica diferença significativa quanto aos estados de humor, com redução dos sintomas depressivos, GDS (de 16% para 9%; $p < 0,01$); e mudança para mais nos índices de ansiedade IDATE (de 36 para 41,2; $p < 0,05$), não foi constatada alteração quanto a fatores cognitivos e de independência funcional. Os dados mostram que a utilização de estratégias lúdicas associada ao programa onde esta pesquisa realizou-se, por se tratar de um curso com duração de quatro semestres favoreceu a manutenção dos processos cognitivos e a queda da depressão. O estudo levanta a hipótese de que o aumento da ansiedade possa estar associado à ampliação da consciência do idoso quanto a suas possibilidades e limitações atuais, sugerindo de sua parte a necessidade de uma nova adaptação, o que necessita de confirmação por meio de pesquisas posteriores.

Palavras-chave: Envelhecimento, Neuropsicologia, Brincar, Faculdade para a terceira idade

ABSTRACT

This research verifies the contribution of ludic strategies to the maintenance and quickening of cognitive and affective-relational processes. The study takes place in a Senior College located in a big city. There are 22 subjects of both genders, with average age of 60 and average eleven years of study, and an Evaluative-Interventive Evolutionary study was conducted. Firstly, there was a shortened neuropsychologic evaluation: Mini Mental State Exam (MMSE), Verbal Fluency Test – FV (semantic and phonologic), Trail Making Test (A – B), Test of the Clock, Functional Scale (AVD Scale) and Humour (Scales of Depression and Anxiety). For ludic intervention group strategies are used, according to piagetian model, stimulating cognitive and affective-emotional processes. The results reveal a very positive reaction to the ludic, with motivation, interest, involvement, activation of processes related to memory and attention. The neuropsychologic re-evaluation, made with the same battery of tests, verifies significant difference on the states of humour, with reduction of the depressive symptoms, GDA (from 16% to 9%; $p \leq 0,01$); and increasing of the anxiety rates IDATE (from 36 to 41,2; $p \leq 0,05$); it was not verified any alteration on cognitive and functional independence factors. The dates show that the use of ludic strategies associated to a program where this research took place, now that it is a four semester course has favoured the maintenance of cognitive processes and reduction of depression. The study hypothesises that the increase in anxiety may be associated with amplification of the elder's consciousness of his or her current possibilities and limitations, springing on his/her part need of a new adaptation. The hypothesis needs confirmation through posterior researches.

Key words: Aging, Neuropsychology, Play, Senior college

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	i
LISTA DE GRÁFICOS.....	ii
RESUMO.....	iii
ABSTRACT.....	iv
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Faculdades Aberta para a Terceira Idade.....	5
1.1.1. Faculdade Aberta para a Terceira Idade de São Bernardo do Campo.....	15
1.2. Envelhecimento Cognitivo.....	19
1.2.1. Envelhecimento Patológico.....	31
1.3. O Lúdico na Terceira Idade.....	40
1.3.1. Analisando o Lúdico Através do Funcionamento Cognitivo.....	47
2. OBJETIVO.....	52
3. MÉTODO.....	54
3.1. Participantes.....	55
3.2. Ambiente.....	55
3.3. Material, Técnica e Instrumentos.....	56
3.4. Procedimento.....	62
3.5. Tratamento dos Dados.....	64
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	66
5. CONCLUSÃO.....	87
6. ANEXOS.....	90
7. REFERÊNCIAS	105

1. INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, vários serviços orientados à população que começa a envelhecer vêm aparecendo; um deles foi o surgimento das faculdades dirigidas à terceira idade. As propostas destas instituições nasceram das abordagens psicológicas e sociais, as quais formularam idéias de melhora na qualidade de vida, valorização e integração desta população em nosso meio. Atualmente, existem inúmeros programas intitulados Faculdades/Universidades Abertas para a Terceira Idade, principalmente porque a estimativa do crescimento de números de idosos no Brasil e no mundo é muito grande. Em 2020 seremos a quinta maior nação em número de idosos no planeta e, no mundo a previsão é que em 2030, uma em cada três pessoas terá mais de 60 anos (MARANHÃO, 1999).

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. No entanto, nos países desenvolvidos o processo se deu ao longo do século, enquanto no Brasil, está ocorrendo a duas décadas. Estudos epidemiológicos na população idosa têm sido realizados em todo o mundo a medida que dados estatísticos apontam para um fenômeno demográfico mundial: o aumento significativo da população de indivíduos com idade acima de 60 anos. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo e, já em 1998, este contingente alcançava 579 milhões de pessoas, um crescimento de quase oito milhões de pessoas idosas por ano (IBGE, 2000).

Segundo dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), foi a partir dos anos 60 que o segmento mais idoso da população brasileira começou a crescer em ritmo acentuado, em confronto com as populações adulta e jovem, caracterizando o envelhecimento populacional. Taxas altas de crescimento como estas levaram praticamente à duplicação da população a cada 30 anos, de 1820 a 1980. No entanto, já a partir da década de 70, a taxa de crescimento mostrou sensível redução, passando a 2,48% ao ano. E na década de 80 reduziu-se mais ainda, chegando a 1,93%, menor que a prevista (2,1%). Ao mesmo tempo, a distribuição etária da população brasileira se alterou. No começo do século XX, 44,4% dos brasileiros estavam na faixa etária de 0 a 14 anos, 52,3% na de 15 a 59 anos e os idosos (60 anos e mais) constituíam apenas, 3,3% da população. Esta proporção de idosos foi aumentando

gradativamente: 4,1% em 1940, 5,1% em 1970, 6,1% em 1980, 7,4% em 1991 e o censo de 2000 mostrou que os idosos brasileiros já eram 7,8% da nossa população.

Durante os últimos seis anos, através das aulas de Psicologia e Memória que a autora deste projeto ministrou na Faculdade Aberta para Terceira Idade de São Bernardo do Campo, se pôde observar, através de relatos orais e escritos, que o envelhecimento faz com que as pessoas que por ela estão passando (ou mesmo se aproximando), se questionem a respeito de suas vidas, reavaliem suas conquistas, suas perdas, seus ganhos e seus fracassos, além de nos últimos anos, haver a preocupação por um envelhecimento bem sucedido.

De acordo com Neri (1999), velhice bem sucedida pode ser entendida como uma condição individual e grupal de bem-estar físico e social, referenciada aos ideais da sociedade, às condições e aos valores existentes no ambiente em que o indivíduo envelhece, e às circunstâncias de sua história pessoal e de seu grupo etário. Finalmente, diz, que para uma velhice bem sucedida há a necessidade da preservação do potencial individual para o desenvolvimento, respeitando os limites da plasticidade de cada um.

Bobbio (1997) diz, que além da reestruturação que começam a fazer as pessoas que estão envelhecendo, enfrentam como barreira não só o peso do “balanço” do que fizeram de suas vidas, mas enfrentam o peso maior do fato de acreditarem não haver mais tempo (o antigo paradigma do envelhecer) e acreditam que ficar velho é perder toda e qualquer oportunidade que possa lhe surgir, que não vale mais a pena qualquer sonho, qualquer realização, pois “não haveria mais tempo”.

Mudar este paradigma de que envelhecer é ter tudo acabado, para realmente acreditar em seu potencial e em seu poder de realização, isto é, em continuar obtendo objetos de investimento (um curso, por exemplo), faz com que as pessoas consigam viver melhor e acima de tudo produtivamente. Desta forma, a identificação com o envelhecimento pode ser positiva e menos repugnante (BEAUVOIR, 1990).

Veras (1994) e Wagner (1989) comentam que é preciso auxiliar a pessoa da terceira idade e o idoso a conservar sua própria estima, estimulá-los a continuar suas atividades costumeiras por

tanto tempo quanto seja possível, dedicar-se a trabalhos úteis e práticos e observam que a maioria dos velhos não tem oportunidade para viver uma feliz vida produtiva.

A proposta deste estudo visa justamente verificar a contribuição da utilização de estratégias lúdicas no envelhecimento cognitivo numa Faculdade Aberta para a Terceira Idade, a fim de incentivar a importância da estimulação das funções cognitivas para um envelhecimento mais saudável.

O lúdico possibilita uma inversão de papéis, faz com que os participantes vivenciem as situações enfrentadas durante o processo de envelhecimento, tornando-os mais flexíveis. Para Oliveira (2000) no brincar, casam-se a espontaneidade e a criatividade com a progressiva aceitação das regras sociais e morais, fazendo com que as pessoas se humanizem, conciliando de forma efetiva a afirmação de si mesmas através do brincar e de vínculos afetivos duradouros, assim como contribui nas habilidades e competências cognitivas e sociais.

Esta pesquisa desenvolveu-se com base nas recentes pesquisas da Neuropsicologia e Envelhecimento que conjugam cognição e emoção, utilizando como referencial teórico Abrisqueta-Gomez (2000), Bertolucci (1998) e Neri (1999), considerando também a visão clássica de Kandel (2000).

Inicia-se, portanto com um referencial a respeito do envelhecimento, enfocando o ambiente das faculdades abertas para a terceira idade, onde e como se iniciaram e principalmente como se deu o seu início no Brasil, passando especificamente para a faculdade aberta para a terceira idade de São Bernardo do Campo, onde esta pesquisa foi realizada, a seguir, nos próximos capítulos, faz um levantamento a respeito dos aspectos biopsicossociais e cognitivos, o envelhecimento patológico e a importância da prevenção ao envelhecimento neuropsicológico, que nesta pesquisa, se faz a partir dos aspectos das estratégias lúdicas, utilizando como referencial teórico Oliveira (2004). Ao estudar os processos mentais o faz levando sempre em conta o processamento mental saudável sugerido por Oliveira (2005), considerando a qualidade de vida das pessoas da terceira idade, como abordado ao longo desta introdução.

1.1. Faculdades Aberta para a Terceira Idade

1.1. Faculdades Aberta para a Terceira Idade

A França e os Estados Unidos foram pioneiros em criar oportunidades educacionais para idosos nos anos 70, coincidindo com a intensificação do seu processo de envelhecimento populacional. Os modelos e denominações criados nesses países difundiram-se em poucos anos por todo o mundo, contribuindo para a institucionalização de uma nova etapa no curso da vida e criando oportunidade para a realização de investigações e experiências de trabalho com adultos mais velhos e idosos. Ambos os países procederam a partir de longa tradição de experiências anteriores, de ordem pública e privada, quanto à educação de adultos principalmente em alfabetização, preparação para o trabalho e educação para a saúde.

A tradição de oferta de programas educativos para adultos nos Estados Unidos, remonta ao século XVIII. O princípio da educação adulta era o desenvolvimento da cidadania. A capacidade para ler e escrever era desenvolvida para que todos os indivíduos adultos pudessem participar das decisões da nação e recebessem orientações religiosas, através da leitura e do entendimento da *Bíblia*. Desse modo, a educação religiosa assumiu uma orientação política e cívica.

O presidente Benjamin Franklin foi um dos precursores na criação de atividades educacionais para adultos e idosos nos Estados Unidos. Na Filadélfia, em 1727, ele formou um grupo composto de 12 pessoas denominado *Junto*. Durante 30 anos esse grupo encontrou-se semanalmente para discutir problemas relacionados à sociedade e à comunidade. A *Junto* liderou a formação de bibliotecas e serviu como estímulo para o estabelecimento de uma organização nacional chamada American Philosophical Society.

Aproximadamente 100 anos após a criação da *Junto*, outro programa de educação para adultos alcançou a aceitação popular, o *Lyceum*, que tinha como objetivo levar conhecimento aos moradores de pequenas cidades rurais, para que fossem aplicados em benefício da própria comunidade. Esse programa, durante mais de 100 anos, foi responsável pelo desenvolvimento intelectual dos moradores rurais.

Posteriormente, foi fundado em 1884, numa assembléia na costa do Lago Chautauqua, Nova York, o *Movimento Chautauqua*, que promovia atividades como música, teatro, conferências e discussões e estudos individuais para membros de diversas igrejas. Apesar de ter sido criado pela Igreja Metodista Episcopal, o programa era basicamente não-denominacional e conseguiu atingir idosos, pois as atividades ocorriam durante o período de verão, atendendo assim uma maioria de pessoas aposentadas.

Os atuais programas educacionais para adultos maduros e idosos nos Estados Unidos refletem a história e a herança desses movimentos pioneiros, principalmente no que se refere a programas destinados aos aposentados, ou a

pessoas que estão em período de aposentadoria. Na década de 1950, as Universidades de Chicago e Michigan uniram-se a empresas desses Estados e investiram em cursos de preparação para a aposentadoria. Esses cursos foram rapidamente difundidos pela América e, nas décadas de 1970 e 1980, desenvolveram-se programas de retreinamento para o trabalhador idoso em muitas empresas. Ainda nessa época, ocorreu um grande número de conferências e publicações na área da Gerontologia, sobre os aspectos do envelhecimento, os interesses educacionais do idoso, sobre planos para a expansão da rede instrucional e o treinamento de profissionais para atuar nos programas educacionais. O interesse pela pesquisa e pelo desenvolvimento de programas orientados para os alunos idosos proliferou por todo o país. Uma rede de instituições de ensino superior e de atividades estava emergindo, enfatizando os resultados positivos da educação de idosos, visando à atualização cultural dessa população.

As instituições educacionais americanas começavam a sentir os efeitos dos movimentos internacionais para promover a educação permanente. O programa Universidade da Terceira Idade criado na França em 1973 inspirou educadores norte-americanos e, logo depois da criação dos franceses, as primeiras instituições desse tipo criadas nos Estados Unidos levaram uma multidão de adultos maduros e idosos às universidades, faculdades e serviços comunitários. Dentre essas instituições, destacaram-se: Institute for Learning in Retirement, New School for Social Research e The Academy of Senior Professionals at Eckert College (DICKERSON *et al.* 1990).

Com o crescimento desses programas, a Gerontologia Educacional se desenvolveu consideravelmente, marcada por uma época de conferências e publicações com um enfoque específico no estudante idoso. A criação do periódico Educacional Gerontology, em 1976, para publicar textos sobre educação de idosos, foi uma decorrência desse desenvolvimento.

A população americana aceitou o fato de estar vivendo numa sociedade na qual pessoas de todas as idades necessitam continuar a expandir seus conhecimentos e habilidades, a fim de sobreviver e prosperar. Os programas educacionais reforçam a capacidade de idosos crescer e se desenvolver valorizando o potencial de cada indivíduo e, em vista do crescimento dessa faixa etária, surge cada vez mais programas educacionais voltados a essa população (PETERSON, 1990).

Na França, nos anos 50 e 60, o aumento da longevidade e da população idosa deu origem a várias alternativas educacionais para pessoas recém-aposentadas. É francesa, inclusive, a denominação *terceira idade*, com referência a uma nova etapa de improdutividade no curso de vida (a primeira é a infância), e essa foi a denominação depois, amplamente adotada para designar um modelo de escola aberta a adultos maduros, criado pela universidade francesa, atendendo a pressões governamentais para que criasse serviços de extensão significativos para adultos.

O modelo precursor das universidades francesas para a terceira idade existia desde os anos 60, envolvendo a oferta de atividades culturais e de incentivo à sociabilidade, tendo como objetivo ocupar o tempo livre dos aposentados e favorecer as relações sociais entre eles. Nessa época, não havia ainda uma preocupação com programas dirigidos à educação permanente,

educação em saúde ou assistência jurídica, e sim, em promover atividades ocupacionais e lúdicas, motivo pelo qual essa primeira geração de universidades da terceira idade foi significativamente denominada Universidade para o Tempo Livre (LEMIEUX, 1995).

No Sudoeste da França, em 1973, foi criada, na Universidade de Ciências Sociais de Toulouse, a primeira universidade da terceira idade. Sua finalidade era atender uma população que passara por duas Grandes Guerras Mundiais (seguramente vivendo-as ativamente, até mesmo em serviços militares) e que, por essa época, usufruía dos benefícios sociais e econômicos do pós-guerra. Entre esses benefícios, ressaltava-se uma disponibilidade socioeconômica de tempo livre maior do que era individual e socialmente possível de suportar. Essa população, que também dispunha de uma esperança de vida maior e de uma qualidade de vida relativamente melhor do que as gerações anteriores, tinha expectativa e necessidade de ocupar o tempo livre, ganho com a aposentadoria, em atividades novas, variadas, desafiadoras e produtivas (LEFÈVRE, 1993).

Com a implantação desse programa, nos anos 70, as universidades da terceira idade entraram na segunda geração. Suas atividades educacionais centraram-se na concepção de participação e desenvolvimento de experiências de vida dos idosos, para prepará-los a intervir nos problemas da sociedade (LEMIEUX, 1995).

Com o crescimento do programa, fruto de uma significativa procura por parte dos idosos, as universidades da terceira idade foram chamadas a desempenhar um outro papel: o de centro de pesquisas gerontológicas. Suas atividades educativas apoiavam-se nos conceitos de participação e desenvolvimento de estudos sobre o envelhecimento; as pesquisas no campo da Gerontologia ganharam suporte institucional e encontraram, nesse espaço privilegiado, um enorme campo de investigação, contribuindo para a elevação dos níveis de vida e saúde não apenas de seus estudantes mas das pessoas idosas de um modo geral (PEIXOTO, 1997).

A terceira geração das universidades francesas da terceira idade emergiu nos anos 80 e preocupou-se em desenvolver um currículo adaptado às necessidades educacionais de um segmento populacional que estava se aposentando cada vez mais cedo. Esses indivíduos possuíam um nível educacional mais elevado, exigindo assim a participação regular em créditos e disciplinas acadêmicas, e não apenas como ouvintes (LEMIEUX, 1995).

Segundo Peixoto (1997), as universidades da terceira idade começaram a elaborar uma programação baseada em três eixos: participação, autonomia e integração. Os estudantes, de simples consumidores, passaram a produtores de conhecimento à medida que participavam das pesquisas universitárias.

Os alunos das universidades da terceira idade passaram, assim, a desempenhar um papel ativo nas pesquisas universitárias. Como exemplo, Peixoto (1997) cita a Universidade da Terceira Idade de Neuchâtel, na Suíça, que criou três modelos de pesquisas concebidos com base em níveis diferenciados de participação dos alunos: pesquisas feitas *para*, *com* e *pelos* estudantes idosos. As pesquisas *para* os idosos são elaboradas por especialistas. São pesquisas aplicadas que tem como objetivo oferecer às pessoas idosas melhores condições de vida. As pesquisas feitas em parceria *com* os idosos têm como objetivo considerar as situações e experiências pessoais dos participantes. As pesquisas feitas *pelos* estudantes idosos são aquelas em que os alunos conquistaram um maior nível de autonomia e independência em relação aos seus professores, tornando-se capazes de produzir um trabalho com todo o rigor científico necessário.

No Brasil, até 1970, a educação sistematizada para adultos se restringia aos programas de alfabetização, originários de movimentos populares, como as comunidades eclesiais de base da Igreja Católica e sindicato dos trabalhadores. Nessa mesma época, o governo militar, que era contrário a esses movimentos, criou o Movimento Nacional de Alfabetização (Mobral), que não atingiu resultados significativos e conseqüentemente não se manteve (WEREBE, 1994).

A possibilidade de cursos especialmente voltados à educação de adultos só surgiu a partir de 1971, com a implementação legal do ensino supletivo (GIUBILEI, 1993). Apesar de o ensino supletivo, em sua origem, ter tido o objetivo de ensinar à população adulta, o programa acabou atingindo também jovens e idosos que ansiavam por uma oportunidade de concluir o ensino formal.

Com o gradativo aumento que já se verificava da população idosa, alguns programas educacionais, voltados principalmente ao lazer começaram a surgir, com o objetivo de atender às necessidades dessa população, levando-se em conta suas características.

A primeira experiência brasileira de educação para os adultos maduros e idosos foi implementada pelo Serviço Social do Comércio (SESC). Os Grupos de Convivência surgiram na década de 1960, com a mesma metodologia de serviço social e desenvolvimento da sociabilidade, que era usada para crianças, jovens e adultos. Sua programação foi elaborada com base nos programas de lazer destinados ao preenchimento do tempo livre. Compreende genericamente: desenvolvimento físico-esportivo, recreação, turismo social, biblioteca, apresentações artísticas, desenvolvimento cultural, cursos supletivos, cursos livres, assistência odontológica, refeições e lanches comunitários, medicina preventiva, educação para a saúde, ação comunitária, trabalhos em grupo e assistência social.

No início da década de 1970, sob a influência dos programas franceses, foram criadas as Escolas Abertas para a Terceira Idade, que exigiam um público com melhor qualificação educacional, tendo a finalidade de oferecer aos idosos informações sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento, programas de preparação para a aposentadoria e atualização cultural. Além desses módulos informativos, as escolas oferecem atividades físicas como ginástica, ioga ou natação, atividades manuais e artísticas como grupos corais e cursos de artes plásticas. Desenvolvem ainda, passeios e festas de confraternização (MAGALHÃES, 1992, SALGADO, 1992). A orientação para o lazer predomina na instituição até hoje e é seguida por vários clubes de convivência, associações de idosos, clubes da maioria e outras instituições que se desenvolveram fora das universidades, e foram inspiradas pela experiência e a ideologia do SESC (NERI, 1997).

Segundo Salgado (1982), o programa de Escola Aberta se constitui numa proposta de educação permanente adequada à terceira idade, contribuindo efetivamente para a descoberta de novos interesses, novas habilidades e abrindo possibilidades para a reformulação de planos de vida, nos quais os idosos se situam como pessoas participantes e capazes de contribuir até mesmo para a solução de alguns problemas no seu grupo familiar e nas comunidades das quais fazem parte.

A partir da década de 80, podemos verificar que as universidades começaram a abrir um espaço educacional, tanto para a população idosa como para profissionais interessados no estudo das questões do envelhecimento. Entre os adultos maduros e idosos predominam a oferta de programas de ensino, saúde e lazer, por meio dos quais, acredita-se que essa população vem

encontrando possibilidades de combinar o desenvolvimento da sociabilidade e a educação permanente.

Em 1982, na Universidade Federal de Santa Catarina, foi criado o Núcleo de Estudos de Terceira Idade – NETI, considerado o primeiro programa de atendimento ao idoso e de formação de recursos humanos na área gerontológica realizado em uma universidade. Seus objetivos são os seguintes: realizar estudos e divulgar conhecimentos técnicos-científicos na área gerontológica; formar recursos humanos em todos os níveis e promover o cidadão idoso. Atualmente, o NETI tem seu trabalho reconhecido pela população em geral, que o procura na busca de orientação, consultoria e assessoria (GUEDES e VAHL, 1992).

A Universidade Estadual do Ceará (UECE), sensibilizada com as necessidades da população idosa do Nordeste, que se encontrava na faixa de 30%, criou a Universidade Sem Fronteiras, em 1988. Seus objetivos são: oferecer às pessoas livres de obrigações profissionais (aposentados) uma formação contínua, mantendo assim o interesse em melhorar os conhecimentos e em conquistar novas experiências; proporcionar às pessoas de qualquer nível cultural ou social, que estejam em processo de envelhecimento, a oportunidade de viver integradas no mundo e com o mundo, visualizando a maturidade e a aposentadoria como etapas de vida plenas de crescimento pessoal e social; possibilitar a convivência permanente de diferentes gerações, visando a integração concreta de jovens e idosos na construção do processo de humanização da nossa realidade.

No final da década de 80, na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), foi criado um grupo interdisciplinar de profissionais interessados nas questões da terceira idade, o Núcleo de Assistência ao Idoso (NAI), que em maio de 1992 deu origem à Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI). Esse programa se divide em três áreas: ensino, extensão e pesquisa. Um de seus objetivos principais é contribuir para a melhoria dos níveis de saúde física, mental e social das pessoas de mais de 60 anos, bem como desenvolver pesquisas no campo gerontológico. O programa UNATI está apoiado em atividades voltadas para assistência médica e jurídica, ensino e formação de recursos humanos, e para pesquisa. A área de ensino é composta por duas sub áreas: a) educação permanente e formação; b) desenvolvimento de recursos humanos em geriatria e gerontologia (VERAS e CAMARGO JUNIOR, 1995, PEIXOTO, 1997).

O Programa da Universidade da Terceira Idade da Pontifícia Universidade Católica de Campinas foi criado pela Faculdade de Serviço Social em 1990. Esse programa é definido como um curso de extensão universitária e de atualização cultural, uma atividade de natureza acadêmica e sociopolítica voltada para um segmento específico da população local e regional: pessoas de meia-idade e da terceira idade. Seus objetivos são: promover, por intermédio da universidade, educação permanente a adultos e idosos, com o intuito de possibilitar sua participação em atividades educativas, socioculturais, organizativas e de ação comunitária; estimular a reinserção social dos idosos, especialmente dos aposentados e das donas de casa, de modo a valorizar sua contribuição efetiva na comunidade local; consolidar os objetivos da PUC-Campinas, realizando um trabalho interdisciplinar, interdepartamental, voltado à comunidade (MARTINS DE SÁ, 1996).

O programa da PUC-Campinas tem sido procurado por pesquisadores de várias áreas, interessados nas questões que envolvem aspectos psicológicos, sociológicos e educacionais desta clientela. Também é o modelo que mais se aproxima da proposta francesa de universidade da terceira idade. A criação desse programa representa um marco na evolução da gerontologia educacional no Brasil, uma vez que serviu de modelo para a criação de muitas outras. Essas universidades estão presentes nos estados de São Paulo, Pará, Rio de Janeiro, Paraná, Ceará, Pernambuco, Goiás, Maranhão, Bahia, Rio Grande do Sul e Distrito Federal. (MARTINS DE SÁ, 1998).

Os programas oferecidos pelas faculdades para a terceira idade são variados. Algumas oferecem iniciativas como viagens, iniciação a hobbies de vários gêneros, outras ampliam a possibilidade de atualização e aquisição de conhecimentos com um programa que atende a interesses específicos desta clientela e, outras ainda, oferecem vagas para a terceira idade em seus cursos regulares levando os idosos a conviver com um público mais jovem (NOVAES, 2000).

O público idoso freqüentador destes cursos têm, muitas vezes, em princípio, a necessidade da ocupação do tempo livre, sendo que, freqüentemente encontram também a possibilidade de valorizar e também qualificar este período de suas vidas (SILVA, 2002).

Desta forma, as Faculdades Abertas para a Terceira Idade, são programas que nasceram com uma proposta de reciclagem cultural e aumento de conhecimento

(FRANCIOLI, 1999). Um local onde se possa discutir e refletir as questões do envelhecimento no que diz respeito aos aspectos biopsicossociais, pois oferecem condições e oportunidades de ressignificar a maneira como cuidam do corpo, da alimentação e dos exercícios, assim como a maneira como se encara o envelhecimento e de que forma a pessoa se relaciona com o seu meio sócio-cultural. Tais questões puderam ser observadas e confirmadas na prática, através da experiência da autora deste projeto como docente em uma instituição para idosos.

Para Neri e Cachioni (1999), a educação para idosos possibilita também a integração das experiências e dos conhecimentos acumulados através do curso de vida, pois com o envelhecimento e tudo o que o acompanha (aposentadoria, filhos e netos criados, etc.), encontra-se com tempo maior para pensar nas questões mais pessoais, é nesta fase que aparece o desejo de reestruturação da sua vida. A maioria das pessoas que procuram os cursos oferecidos pelas Faculdades Aberta para a Terceira Idade são pessoas que estão envelhecendo e encontram-se portanto, exatamente neste momento de mudança em suas vidas e, os trabalhos desenvolvidos nestas faculdades, propiciam um novo olhar para enfrentar estas mudanças.

É, portanto, recente na experiência brasileira, a admissão de adultos maduros e idosos nas universidades, para experiências educacionais desvinculadas de vocações classicamente assumidas por essas instituições: ensino, formação profissional no âmbito do ensino superior, pesquisa e extensão. As universidades da terceira idade exemplificam o exercício de outra importante missão da universidade, que é a prestação de serviços à comunidade a qual está integrada (NERI, 1997).

1.1.1. Faculdade Aberta da Terceira Idade de São Bernardo do Campo

- FATI



1.1.1. Faculdade Aberta para a Terceira Idade de São Bernardo do Campo – FATI

A FATI é um projeto da Secretaria de Desenvolvimento Social e Cidadania (SEDESC) da Prefeitura de São Bernardo do Campo, é uma iniciativa pioneira na cidade e complementa o Programa de Atenção ao Idoso (PAI). Foi inaugurada em agosto de 1998 funcionando no período da tarde nas instalações da Faculdade de Direito de São Bernardo do Campo, que é municipal.

Antes de definir a linha mestra do projeto, ao longo do 1997, foi realizada uma ampla pesquisa entre as faculdades abertas similares e foi ainda sondado o interesse dos munícipes idosos. Para que o projeto fosse viabilizado uma profissional do SEDESC assumiu a coordenação da faculdade, esta, realizou a pesquisa antes de sua inauguração e como coordenadora, atuou na intermediação dos interesses dos alunos e nas reais necessidades dessa faixa etária. Para isso, esta coordenação atuou também como suporte às demandas dos alunos, assessorando o que fosse proposto pelos mesmos, sempre embasada nos objetivos fundamentais do projeto de possibilitar a participação ativa para a Terceira Idade.

A Faculdade Aberta para a Terceira Idade de São Bernardo do Campo, é um curso de atualização, com duração de quatro semestres que oferece atividades variadas às pessoas com idade acima de 45 anos, sem exigência de escolaridade. As classes são bastante heterogêneas, pois seus participantes são de diversos níveis sócio-econômicos e culturais. Ao final do curso, aqueles que obtiverem frequência mínima, recebem em solenidade, um certificado de participação e conclusão de curso.

Atualmente, após a conclusão do curso de quatro semestres, os alunos podem continuar a freqüentar a Faculdade para a Terceira Idade regularmente ou ainda podem fazer parte dos grupos de Coral, Dança ou Teatro.

Os objetivos da Faculdade Aberta para a Terceira Idade são baseados nas diretrizes do Estatuto do Idoso e estão direcionados aos aspectos BIOPSIKOSOCIAL. O objetivo maior é possibilitar uma seria reflexão sobre a questão da Terceira Idade e do aspecto do envelhecimento, a saber:

1. Viver bem a Terceira Idade, aprendendo a conviver com ela.

2. Atitude em relação a velhice: conceitos e preconceitos internalizados.
3. A concretização, mobilização, organização e participação na sociedade.

Seus objetivos baseiam-se na tríade:

a) Aspectos Biológicos:

- São abordados assuntos relativos a área da saúde, refletindo questões como envelhecimento, nutrição, condições de trabalho físico, a auto-medicação, etc., com o objetivo de através do auto-conhecimento levar os alunos a desenvolver atividades mais saudáveis e proporcionadoras de uma velhice mais desfrutável e mais digna.

b) Aspectos Psicológicos

- Reflexão sobre as relações entre o processo de envelhecimento, com as limitações progressivas por ele produzidas e a internalização desses conteúdos para os quais a maioria não está preparada, evitando que as pessoas desenvolvam processos depressivos, com certeza o grande flagelo que acompanha o envelhecer.

c) Aspectos Sociais

- Refletir sobre os estigmas, os direitos e as perspectivas que acompanham o envelhecimento em nossa sociedade, assim como refletir sobre as políticas sociais ligadas à terceira idade, aposentadoria, trabalho e ocupação, cidadania e direitos sociais.

A programação é interdisciplinar, dinâmica e participativa. Todas as matérias são desenvolvidas de maneira bastante prática e dinâmica, com o envolvimento dos participantes. São elas:

- ✧ Biodança (Terapia de Expressão Corporal)
- ✧ Psicologia
- ✧ Memória
- ✧ Direito e Cidadania
- ✧ Literatura
- ✧ Medicina e Saúde

- ✧ Musica e Coral
- ✧ Historia da Arte
- ✧ Sociologia
- ✧ Geopolítica
- ✧ Curso de línguas (Inglês, Espanhol e Italiano)
- ✧ Condicionamento Físico
- ✧ Dança de Salão e Folclóricas
- ✧ Liang Gong
- ✧ Teatro (Arte, Cultura e Oficina)
- ✧ Gastronomia, Nutrição e Etiqueta
- ✧ Informática
- ✧ Voluntariado

1.2. Envelhecimento Cognitivo

1.2. Envelhecimento Cognitivo

Aspectos biopsissociais

O envelhecimento do ser humano pode ser diferenciado por vários fatores. Alguns desde o nascimento (fatores genéticos), outros, que se desenvolvem durante a vida, podendo ser revertidos ou minimizados. Esses fatores envolvem aspectos biopsicossociais que acompanham o homem e o modificam no decorrer da vida. Para um maior entendimento, cabe aqui detalhar cada um deles, segundo Jordão Neto (1997):

- Envelhecimento biológico:

O tempo biológico de vida para cada espécie pode ser contado em horas, dias ou anos, estabelecendo-se dessa maneira uma cronologia para a existência de cada uma delas. Ou seja: determina-se, quantitativamente, a partir de quantas horas, dias ou anos os seres de cada espécie devem ser considerados jovens, adultos ou velhos. No caso do homem, existe hoje, nas sociedades ditas civilizadas, um consenso no sentido de se admitir que a pessoa pode ser considerada velha ou idosa quando atinge o patamar dos 60 ou 65 anos.

- Envelhecimento psicológico:

Conforme sua evolução etária, impõem-se ao ser humano modos de pensar e de agir e assim, somos obrigados a assumir atitudes e comportamentos próprios da infância, da juventude, da maturidade e da velhice, dentro do contexto sociocultural em que vivemos. Criam-se deste modo “modelos” comportamentais para crianças, adultos e velhos, esperando-se que as pessoas conduzam suas ações de acordo com o figurino preestabelecido.

- Envelhecimento social:

Cada sociedade determina, para as diferentes etapas cronológicas dos seus indivíduos, padrões de conduta específicos, impondo, coercitivamente, o seu cumprimento. Ao mesmo tempo, distribui tarefas e obrigações para os diferentes grupos etários, caracterizando-os como grupos infantis, de adolescentes, de adultos e de velhos estabelecendo os valores e normas que devem ser por eles seguidos nas suas relações cotidianas.

Há nos dias de hoje uma tendência a classificar o velho com o termo Terceira Idade, que foi adotado para definir uma categoria etária, cujo início situa-se entre os 60 e os 65 anos de idade, seguindo a terminologia francesa (FRUTUOSO, 1999).

Segundo o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003) Art. 1º: *É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.*

Para Costa (1998), velho, idoso, terceira idade, melhor idade, etc., têm praticamente o mesmo significado. O que parece valer mais é o valor emocional que é atribuído a cada palavra. Ela ressalta, que em nosso meio, a palavra velho carrega o paradigma de inutilidade, enquanto que a palavra idoso, parece um termo mais suave de se chamar o velho e ainda, o termo *terceira idade* pode ser melhor empregado àquelas pessoas que estão envelhecendo, mas que ainda não são velhas.

Segundo Papaléo (2002), o envelhecimento manifesta-se por declínio das funções dos diversos órgãos que, caracteristicamente, tende a ser linear em função do tempo, não se conseguindo definir um ponto exato de transição. Além do declínio funcional, não obrigatoriamente com a mesma intensidade e ritmo, com o envelhecimento ocorrem alterações teciduais, celulares, moleculares e enzimáticas. Assim, são descritas perdas de células em alguns tecidos e desorganização estrutural que aumentam progressivamente com o passar dos anos. A perda das células cerebrais, por exemplo, é de aproximadamente 0,2 % ao ano, somando cerca de 20% em 100 anos de vida.

Aspectos múltiplos podem influenciar na situação social do idoso, principalmente no seu dia a dia. É importante perguntar ao idoso e a seus familiares se têm ocorrido recentes mudanças em sua vida, nas finanças ou nas atividades diárias, para poder providenciar o apoio oportuno, que não o desagregue da rotina. Os estudos de hoje recomendam que os familiares fiquem atentos a qualquer mudança e que os profissionais estimulem treinamentos até em ressuscitação cardiopulmonar (LEBOWITZ, 1997).

Alterações de humor em idosos normais

Apenas uma minoria dos indivíduos têm uma velhice patológica. Estudos em comunidade têm indicado que a prevalência dos transtornos mentais nos idosos varia de 15 a 30%, o que significa que grande parte dessa população é saudável (BLAY, 1989). Dentre os transtornos mais freqüentes no idoso, está a depressão. Estudos epidemiológicos demonstram que os quadros depressivos sofrem aumento de prevalência diretamente proporcional à idade (AGUIAR & DUNNINGHAM, 1993; STOPPE JR. & LOUZÃ-NETO, 1999), o que sugere a importância de se dar atenção a este problema na população idosa.

Os quadros depressivos apresentados por idosos freqüentemente são caracterizados por aspectos clínicos particulares ou incomuns em relação à depressão apresentada por indivíduos jovens. Sintomas somáticos, dores crônicas, distúrbios do sono e apetite são importantes queixas apresentadas por idosos deprimidos. Isto dificulta a definição diagnóstica, já que esses sintomas podem fazer parte da realidade do mundo dos idosos cujo envelhecimento é normal (STOPPE JR., JACOB FILHO & LOUZÃ-NETO, 1994).

Segundo Blazer e Koenig (1999), diversos fatores contribuem para a dificuldade em identificar casos de depressão em pessoas idosas: a depressão pode ser mascarada por alguma doença física ou até mesmo pela pseudodemência; as categorias dos atuais manuais de diagnóstico nem sempre se ajustam aos sintomas exibidos e relatados por pacientes idosos. O fato de algumas queixas comumente atribuídas ao envelhecimento constarem do repertório de sintomas depressivos, pode contribuir para o não reconhecimento de transtornos do humor em idosos. Esta foi uma das hipóteses discutidas por Guimarães, Freire-Neto, Costa, Silva e Moura (1997), para justificar a omissão do diagnóstico de depressão (leve, moderada ou grave) em 40% da amostra de pacientes internados em enfermarias cirúrgicas, que apresentavam sintomas depressivos em grau variado. Costa *et al.* (2001), concordam que os idosos têm maior risco para apresentarem doenças mentais como a depressão e a demência e, confirmam que a depressão na velhice, com freqüência, manifesta-se de maneira atípica, o que dificulta seu reconhecimento.

No que diz respeito à avaliação sintomatológica de depressão no Brasil, Almeida e Almeida (1999) demonstraram que as versões brasileiras da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) de 15 itens oferecem medidas válidas para o diagnóstico de Episódio Depressivo Maior, de acordo com os critérios do DSM-IV (APA, 1994) e CID-10 (WHO, 1992), além de constituírem medidas confiáveis da gravidade do quadro depressivo.

A depressão no idoso, então, é uma doença com importantes repercussões sociais e individuais devido ao fato de afetar não somente o convívio social, impossibilitando uma rotina de vida satisfatória, mas também, pelo risco inerente de morbidade e cronicidade. Além disso, pode ser considerada uma doença potencialmente fatal, desde que há a possibilidade de suicídio em 15% dos casos (PAPALÉO, 2002).

Sabe-se que os distúrbios psiquiátricos mais prevalentes nos idosos são as síndromes depressivas e demenciais. Sendo a epidemiologia, segundo a Organização Mundial da Saúde, o estudo da distribuição de doentes em uma população e dos fatores que a determinam, a análise destes, assume particular importância. Assim, a influência dos fatores psicossociais na origem da depressão desempenha papel mais significativo no idoso do que no jovem. Entre estes, os mais

relevantes parecem ser aos eventos severos da vida, perda de suporte social, ocorrência de doenças físicas do cônjuge ou viuvez recente.

Desta forma, segundo Aguiar e Dunningham (1993), o estado mental pode ter um impacto profundo no paciente ou em sua família, sendo que as duas mudanças mais comuns são o declínio cognitivo e a depressão. Talvez estas sejam um dos maiores problemas que afligem a população idosa. Muitas vezes são sintomas ou queixas que passam despercebidos, com dificuldade diagnóstica, por falta de experiência na área psiquiátrica ou talvez por se estar mais voltado aos problemas clínicos que afligem os pacientes com suas respectivas medicações e doenças associadas, e também, pela ansiedade em querer fazer um diagnóstico clínico rápido, pois o paciente idoso é diferente do paciente adulto comum. Deve-se sempre atentar ao que se refere à demência e depressão (tabela 1), a depressão, ao contrário da demência, é de início relativamente rápido e aumenta os estados de morbidade e mortalidade, sendo que os riscos de suicídio no idoso são muito altos.

Tabela 1 - Diferenças entre depressão e demência (Forlenza e Nitrini, 2001)

Depressão	Demência
Início abrupto	Início insidioso
Duração curta	Duração longa
História psiquiátrica prévia (não inclui depressão prévia)	Nenhuma história psiquiátrica
Queixa de perda da memória	Não percebe a perda de memória
"Eu não sei" responde	Falha nas respostas
Perda cognitiva flutua	Perda cognitiva estável (embora a perda é progressiva)
Perda da memória igual para Eventos recentes ou remotos	Perda da memória menor para Recentes eventos
Humor deprimido ocorre primeiro	Perda da memória ocorre primeiro

Aspectos neuropsicológicos do envelhecimento

Numerosas alterações ocorrem no cérebro nos níveis anatômico, celular e molecular, no curso do envelhecimento normal. Entre as mudanças anatômicas destaca-se a diminuição do volume e peso do cérebro. Essas perdas não são uniformes, havendo regiões em que se apresentam de forma mais pronunciada (lobos frontal e temporal). Essas alterações associadas ao envelhecimento parecem ser devidas à morte celular, atrofia neuronal e perda de substância branca. Estudos recentes, utilizando técnicas mais modernas de avaliação celular, sugerem não haver amplas perdas neuronais associada ao envelhecimento normal. Assim, as mudanças no funcionamento cognitivo resultariam, portanto, de outros fatores.

Por outro lado, observa-se a presença de atrofia dos neurônios corticais com o avançar da idade. A perda de substância branca decorrente da morte de axônios (por desuso ou morte neuronal) e degeneração mielínica parece explicar, em parte, as diferenças observadas na transmissão neuronal no envelhecimento normal. Existem também mudanças na arquitetura, embora uma grande densidade de placas senis no córtex cerebral (estruturas esféricas situadas fora do neurônio, que apresentam um núcleo central constituído de proteína Beta amiloide) e emaranhados neurofibrilares (acúmulos de filamentos helicoidais pareados dentro dos neurônios) estejam relacionada à presença de doenças neurodegenerativas, sobretudo a Doença de Alzheimer (DA), sabe-se que essas alterações são também encontradas, em menores proporções, no cérebro de idosos normais (pertencentes a grupos-controle). Estudos sugerem haver uma diminuição no número e na sensibilidade dos receptores neuronais, com o envelhecimento. São também observados declínios na produção, liberação e metabolismo de neurotransmissores, como acetilcolina, dopamina e norepinefrina (COHEN, 1996).

Segundo Lezak (1995), a capacidade de raciocínio sobre material familiar não se altera com a idade. A exceção seria um leve declínio na resolução de problemas matemáticos, principalmente os que requerem distinção entre informações relevantes e irrelevantes.

As capacidades de abstração e formação de conceitos decaem durante o envelhecimento, os idosos tendem a pensar de maneira mais concreta, principalmente após os 70 anos. A flexibilidade mental e a formação de conceitos só tendem a sofrer alguma alteração após os 80 anos. Com relação à inflexibilidade o que fica visível é a dificuldade de se adaptar a situações, mudanças grandes e problemas novos.

Para avaliar fluência verbal para categoria semântica (neste teste, solicita-se ao indivíduo que diga o maior número de animais no menor tempo possível), que avalia memória semântica, organização, auto-regulação e memória operacional, uma pesquisa envolvendo 635 idosos normais, 155 com DA e 39 com demência vascular (DV), utilizou como teste neuropsicológico o FAS (fluência fonêmica) e categoria animais (fluência semântica). Os idosos normais apresentaram resultados rebaixados em fluência categórica (animais), mas não em fluência fonêmica (FAS). Os outros dois grupos demonstraram prejuízo nos dois testes, com pior desempenho em categoria semântica do que em fonêmica (CROSSLEY & RAWSON, 1997).

Outro estudo realizado por Corey-Bloom *et al.* (1996), foi utilizado o Teste das Trilhas A e B - o Teste de Trilhas consiste em conectar com lápis, no menor tempo possível e em ordem crescente, 25 números (forma A) e números alternados com letras (forma B) – testes utilizados na avaliação da capacidade de flexibilidade mental, rastreamento visual, destreza motora e memória operacional. Neste estudo foram avaliados 243 idosos normais, divididos em dois grupos, um com sujeitos de idades entre 65 e 84 anos, e outro com sujeitos de mais de 84 anos. Os idosos apresentaram desempenho inferior tanto na parte A quanto na B. Neste estudo também se observou pior desempenho do grupo mais velho no desenho do relógio, que avalia, entre outras coisas, planejamento e organização.

Um estudo realizado por Damasceno (1999), quanto aos aspectos neuropsicológicos relevantes, destaca que o padrão de deterioração da memória no velho normal assemelha-se ao

encontrado nas fases iniciais da DA: declínio da memória operacional e da memória secundária (recente) maior que o da memória primária (imediate) e da memória terciária (remota). O aprendizado de situações e informações novas, a evocação retardada e repetição de números em ordem inversa são as funções mnésicas mais alteradas, enquanto o vocabulário, o fundo de informações, a repetição de números em ordem direta e a realização de tarefas rotineiras e automatizadas mantêm-se relativamente intactas.

As dificuldades da memória relacionadas à idade são maiores para a memória episódica (que registra os eventos ao qual assistimos ou participamos e é autobiográfica) do que para a memória semântica (que registra as memórias de conhecimentos gerais, como nossos conhecimentos de português ou de psicologia) e pioram em crescente na seguinte seqüência: memória de procedimento (as memórias de capacidades ou habilidades motoras ou sensoriais - andar de bicicleta ou nadar), reaprendizagem, memória de reconhecimento, evocação baseada em pistas, sobretudo contextuais, evocação livre e memória prospectiva. O envelhecimento afeta, sobretudo a memória prospectiva e a evocação livre e retardada de material verbal aprendido, preservando sua lembrança baseada em pistas contextuais (COHEN, 1996).

Em se tratando de mudanças neuropatológicas, Damasceno (1999) destaca ainda que com o avançar da idade, particularmente após a sexta década, acelera-se o processo de atrofia cerebral, com dilatação de sulcos e ventrículos, perda de neurônios, presença de placas neuríticas (PN) e emaranhados neurofibrilares (ENF), depósitos de proteína beta-amilóide e degeneração granulovacuolar, os quais aparecem precocemente nas regiões temporais mediais e espalham-se por todo o neocórtex..

Existe um consenso de que alguns aspectos da cognição declinam com o envelhecimento, enquanto que outros permanecem preservados. Sem dúvida, queixas relacionadas à dificuldade de memória têm sido apontadas pela maioria das pessoas que estão vivenciando o processo de envelhecimento (BRUCKI, 1994, MINETT, 2000, ABRISQUETA-GOMEZ, 2000).

A memória é uma função do sistema nervoso encarregada de reter informações ou percepções, para que posteriormente possam ser utilizadas (IZQUIERDO, 2002). Pesquisas atuais apontam para o estudo de evidências no envolvimento de diferentes regiões do sistema nervoso nos processos de aquisição e utilização de diferentes tipos de informação. A neuropsicologia atual não raciocina mais em cima de localização e sim com o conceito de circuitos.

Segundo Xavier (1996), a memória compreende um conjunto de habilidades mediadas por diferentes módulos do sistema nervoso que funcionam de forma independente, porém, cooperativa. O processamento de

informações nesses módulos dar-se-ia de forma paralela e distribuída, permitindo que um grande número de unidades de processamento influencie outras em qualquer momento e tempo e, que uma grande quantidade de informações seja processada.

Para Kandel *et al.* (2000), os estudos sobre a memória têm mostrado que existem diferentes tipos de processos de memória. A memória explícita inclui o aprendizado sobre pessoas, lugares e coisas, passível de ser descrito verbalmente, um aprendizado que exige um conhecimento consciente. A memória implícita inclui as formas de aprendizado perceptivo motor, que não exigem o conhecimento consciente.

Mais do que isto, na memória também reside todo nosso potencial de construção pessoal, nosso afeto, aquilo que dá sentido às nossas vidas. Deste modo, a ineficiência das funções mnésicas pode representar para o indivíduo a possibilidade de quebra da sua identidade pessoal, perda da capacidade da rotina da vida diária, dificuldade de administrar sua própria vida, baixa na qualidade de vida e a expressão de um adoecimento biopsicossocial.

A memória compreende três etapas: entrada de informação, armazenamento e evocação (BADDLEY, 1990). Alguns pesquisadores pensam que os problemas de memória estão associados a uma deficiência na entrada da informação ou codificação, outros que, primariamente é um déficit de armazenamento e outros argumentam que é uma deficiência na evocação (ABRISQUETA-GOMEZ, 2004).

Sabe-se da existência de mudanças significativas na atenção no curso do envelhecimento, lapsos de atenção podem ser perigosos. Se, para procurar as placas com nomes de rua, o sujeito deixar de prestar atenção aos movimentos dos pedestres, poderá acontecer um acidente até fatal.

Os problemas no dia-a-dia decorrentes de falta de atenção aumentam com a idade. Assim, torna-se importante a compreensão das mudanças associadas ao envelhecimento, a identificação de fatores interferentes no desempenho dos adultos idosos, o desenvolvimento de técnicas de otimização das capacidades atencionais e o estabelecimento de parâmetros de risco, visando ao desenvolvimento de normas de prevenção de acidentes (GUERREIRO E CALDAS, 2001).

De acordo com Guerreiro e Caldas (2001), não existe uma teoria, que dê conta de explicar as mudanças que ocorrem nos diversos fenômenos que conhecemos como atenção, no curso da vida. Segundo os autores, uma teoria que não é restrita à atenção, mas que consegue em grande parte dar conta desse desafio, sustenta que as diferenças ligadas à idade seriam expressões de uma lentificação global nas operações cognitivas, e justifica outras diferenças observadas como decorrentes de artefatos criados pelos procedimentos de testagem. Uma das versões desta teoria especifica que o mecanismo responsável pela lentificação estaria relacionado à diminuição da velocidade de transmissão sináptica ou perda de informação a cada transmissão.

A avaliação neuropsicológica do idoso se constitui em um dos maiores desafios e demandas dentro da neuropsicologia. Ela tem sido usada desde os anos 40 para o diagnóstico de problemas congênitos que se presume ser o resultado de lesões cerebrais. Como definiu Lezak (1995), a neuropsicologia é a expressão comportamental da disfunção cerebral. As funções cognitivas se organizam como sistemas funcionais complexos ou rede de conexões às quais dependem, para sua realização, da ação conjunta de diversas regiões cerebrais conectadas entre si. Toda função mental complexa é efetuada mediante a atividade combinada de ambos os hemisférios, sendo que cada um deles oferece a contribuição que lhe é peculiar para a construção dos processos mentais. A análise quantitativa e qualitativa destas funções faz parte da neuropsicologia, pois este é o campo da ciência que trata da relação entre a cognição, o comportamento e a atividade do sistema nervoso central em condições normais e patológicas. Com o progresso da medicina e a evolução dos exames de imagem, com melhor visualização das estruturas cerebrais, houve uma mudança no foco da avaliação neuropsicológica do diagnóstico de possível lesão cerebral, para uma compreensão melhor das relações entre o cérebro e o comportamento e as conseqüências psicossociais dessas alterações.

Os instrumentos de rastreio que identificam casos leves de demência têm sido importante objeto de estudo. Pesquisadores sugerem que a combinação de uma escala funcional, que avalia atividades da vida diária e um teste cognitivo (por exemplo, o Mini-Exame do Estado Mental - MEEM) seria complementar em indivíduos com suspeita de síndrome demencial e, como conseqüência, aumentariam a sensibilidade e especificidade para rastrear a doença em uma população não homogênea como a nossa, do ponto de vista cultural e socioeconômico (MACKINNON e MULLIGAN, 1998).

As baterias neuropsicológicas constituem-se em seqüências de testes que avaliam comportamento e cognição. Podem ser padronizadas (compostas pelos mesmos testes) ou flexíveis (compostas por testes agrupados de acordo com a necessidade). São importantes para elaboração de planos de reabilitação e políticas de prevenção de saúde mental (MALLOY-DINIZ e CARVALHO, 2001). Além disso, facilitam o estabelecimento de perfil cognitivo basal antes, durante e depois de tratamentos, bem como colaboram para o diagnóstico diferencial em condições que envolvam prejuízo cognitivo. A bateria CERAD (MORRIS et al.,1993) inclui avaliação da memória (fixação, evocação e reconhecimento), linguagem (nomeação e fluência verbal), praxia (cópia de desenhos geométricos), função executiva (teste das trilhas), além de um teste geral (MEEM).

Em nosso meio, os testes dessa bateria mais sensíveis para o diagnóstico de demência foram o MEEM (97,6%) e fixação da memória verbal (85,7%), e os mais específicos foram nomeação (69,4%) e fixação da memória (87%). O melhor equilíbrio (acima de 75% nos dois aspectos) foi para os testes de fixação e evocação da memória. Estes resultados indicam que a adaptação foi adequada e fornecem um padrão para o desempenho esperado em relação às demências (BERTOLUCCI et al., 2001). Algumas vantagens da bateria CERAD, em relação a outros instrumentos de rastreio são: a possibilidade de comparar resultados entre diferentes grupos e estudos, a alta concordância dos resultados entre os clínicos e a melhor sensibilidade para a detecção de quadros demenciais em quadros iniciais.

1.2.1. Envelhecimento Patológico

1.2.1. Envelhecimento Patológico

Em se tratando de saúde do idoso, muitos estudos têm-se realizado frente ao crescimento populacional desta faixa etária, referindo-se ao envelhecimento como um fenômeno mundial (HERRERA JUNIOR *et al.*, 1998), onde o crescimento da população idosa leva a um aumento das doenças crônicas e degenerativas, acarretando uma incapacidade física e um maior custo-paciente na área da saúde. Salienta-se desta forma a importância do estabelecimento da

prevalência das demências que atingem esta faixa etária, já que este será o grande desafio a ser enfrentado no futuro. Há portanto, a necessidade de se detectar possíveis áreas cerebrais de risco com indicadores de declínio cognitivo, visando um envelhecimento com qualidade de vida.

Atualmente discute-se muito sobre as mudanças cognitivas mais precoces associadas ao início da Doença de Alzheimer (DA) e as mudanças do envelhecimento normal e a importância dos estudos longitudinais e dos testes neuropsicológicos para discriminar pessoas que vão desenvolver DA de sujeitos que têm perda de memória associada à idade, com o objetivo de permitir uma intervenção terapêutica adequada tentando detectar ou retardar a progressão da doença (ABRISQUETA-GOMEZ, 2000).

O idoso é mais vulnerável a doenças degenerativas de começo insidioso, como as cardiovasculares e cerebrovasculares, o câncer, os transtornos mentais, os estados patológicos que afetam o sistema locomotor e os sentidos. Inegavelmente, há uma redução sistemática do grau de interação social como um dos sinais mais evidentes de velhice.

Concorrem para agravar essa situação, vários fatores demográficos, sócio-culturais e epidemiológicos, como aposentadoria, perda de companheiros de trabalho, aumento de tempo livre, mudanças nas normas sociais, impacto da idade sobre o indivíduo, impacto social da velhice, perda de segurança econômica, rejeição pelo grupo, filhos que se afastam, dificuldades citadas pela sociedade industrializada, condução difícil, trânsito congestionado, contaminação do ar afetando a sua saúde, aumento da frequência de determinadas enfermidades, dificuldades de aceitação de novas idéias que se chocam com os modelos tradicionais de conduta, fazendo o velho duvidar do que vem até então seguindo.

Segundo Ávila e Miotto (2003), o diagnóstico diferencial entre uma demência em seu estágio inicial e envelhecimento normal não é tarefa simples. O primeiro motivo é porque nos estágios iniciais da doença, as alterações cognitivas encontradas são muito semelhantes às alterações vividas por um idoso saudável. Entretanto, apesar de esta tarefa ser árdua, é de fundamental importância fazer a distinção entre envelhecimento normal e patológico, para encaminhar a pessoa para o tratamento mais indicado. No caso das demências, tratamento farmacológico, reabilitação neuropsicológica e apoio familiar são indicados. No caso dos idosos saudáveis com queixas quanto à queda na performance de tarefas do dia-a-dia, estes também podem se beneficiar de treinos cognitivos, onde irão usar auxílios internos e externos para otimizar a memória e a atenção, já que estas são as queixas mais comuns.

Demências

Demência é uma síndrome caracterizada pelo declínio progressivo e global das funções cognitivas, na ausência de um comprometimento agudo do estado de consciência, e que seja suficientemente importante para interferir nas atividades sociais e ocupacionais do indivíduo. O diagnóstico de demência exige a constatação de deterioração ou declínio cognitivo em relação à condição prévia do indivíduo (COREY-BLOOM *et al.*, 1995).

Dentre os critérios clínicos mais utilizados para o seu diagnóstico incluem-se o comprometimento da memória e, ao menos, um outro distúrbio como: apraxia, agnosia e afasia. Tal declínio interfere nas atividades da vida diária e, portanto, na autonomia do indivíduo. A abordagem do paciente com demência deve incluir, sempre, a avaliação e monitoramento das habilidades cognitivas, da capacidade para desempenhar atividades da vida diária, do comportamento e da gravidade global do quadro (ALMEIDA e NITRINI, 1998; FORLENZA e CARAMELLI, 2000).

A demência se coloca como uma das maiores causas de morbidade entre idosos e sua prevalência está entre 2% e 25% dos pacientes com 65 anos ou mais (FRATIGLIONI e AMADUCI, 1990). A doença de Alzheimer é a causa mais comum de demência no idoso, com apresentação clínica e patológica bem definidas (MARINHO *et al.*, 1997), afetando pelo menos 5% dos indivíduos com mais de 65 anos e 20% daqueles com mais de 80 anos (JORM e JACOMB, 1989).

O impacto desastroso da doença sobre a vida dos pacientes e de seus familiares é acrescido de enorme custo financeiro para a sociedade (WHO, 1997). Os gastos com serviços de enfermagem nos Estados Unidos chegam a 20 bilhões de dólares anuais com cuidados destinados a pacientes portadores de demência. Além dos gastos relacionados ao tratamento, a importância das demências no contexto farmacoeconômico é ilustrada pelo fato de que mais de 50 milhões de dólares são gastos anualmente em pesquisas sobre demência, apenas nos Estados Unidos (COSTA, 2001).

Doença de Alzheimer (DA)

Os primeiros sintomas da DA aparecem usualmente após os 65 anos. Nos estágios iniciais da doença, o paciente demonstra dificuldade em pensar com clareza, tende a cometer lapsos e a se confundir facilmente, além de apresentar queda em seu rendimento funcional em tarefas complexas. Observa-se tendência ao esquecimento de fatos recentes e dificuldade para registrar novas informações. À medida que a doença progride, o paciente passa a ter dificuldades para desempenhar as tarefas mais simples, como utilizar utensílios domésticos, ou ainda para vestir-se, cuidar da própria higiene e alimentar-se (MARINHO, 1997).

Na doença mais avançada, o indivíduo acaba por perder a capacidade de funcionar de modo independente, tornando-se dependente de um cuidador. O quadro se agrava quando o paciente desenvolve sintomas psicóticos ou alterações comportamentais, muitas vezes disruptivas, impondo grande desgaste para o próprio paciente e sobrecarga ao cuidador. O óbito geralmente advém após dez a 15 anos de evolução, como complicação de comorbidades clínicas ou quadros infecciosos, em indivíduos que se tornaram progressivamente fragilizados pela doença crônica (ENGELHARDT *et al.*, 2001). Em cada uma destas etapas sucessivas, pode-se observar gradativa perda da autonomia, e conseqüente aumento das necessidades de cuidados e supervisão de terceiros para os portadores da doença (LAKS, 1997).

Com o progresso das práticas médicas, levando à maior eficácia das intervenções e tratamentos, a mortalidade populacional tem-se associado, cada vez mais, às condições próprias do envelhecimento e às doenças degenerativas (LEVCOVITZ, 1999). O impacto subjetivo desta relação de frequência e ocorrência gera sentimentos de impotência, desamparo, fragilidade e falta de perspectiva de futuro entre os portadores destes processos degenerativos e seus familiares.

As manifestações e as conseqüências de DA têm sido popularizadas em função do crescente interesse dos veículos de comunicação. Observando-se e escutando os pacientes portadores de doenças degenerativas e seus familiares, encontra-se com frequência a expressão “morte em vida” para definir uma nova modalidade de velhice. Aqui, processos mórbidos degenerativos aceleram a decadência psíquica e funcional do indivíduo, comprometendo sua qualidade de vida.

Outras Demências

É largamente aceito que as doenças cerebrovasculares possam ser responsáveis pelo desenvolvimento de quadros demenciais. As demências vasculares (DV) constituem a segunda maior causa de demência. Entretanto ainda não há consenso sobre os mecanismos fisiopatológicos exatos que levam à demência. Os pacientes com DV tipicamente, apresentam-se

com síndrome demencial do tipo córticosubcortical, na qual os sintomas primários são de déficits nas funções executivas (capacidade de planejar e executar ações) ou focais múltiplos (ROMÁN, 2002).

A apresentação clínica da DV depende da causa e localização do infarto cerebral (ROCKWOOD *et al.*, 1999). Doença de grandes vasos leva comumente a múltiplos infartos corticais (com síndrome demencial cortical multifocal), enquanto uma doença de pequenos vasos, geralmente resultando de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes melito, causa isquemia da substância branca periventricular e infartos lacunares (com demência subcortical, alterações frontais, disfunção executiva, comprometimento de memória, prejuízo atencional, alterações depressivas, lentificação motora, sintomas parkinsonianos, distúrbios urinários e paralisia pseudobulbar) (ROMÁN, 2002).

Apesar do número de similaridades entre DA e DV, tem relativamente função superior a memória verbal de longo prazo e mais comprometimento da função frontal executiva (TIERNEY *et al.*, 2001).

A demência mista é entidade nosológica caracterizada pela ocorrência simultânea de eventos característicos de DA e DV. De acordo com estudos patológicos, estima-se que mais de um terço dos pacientes com DA apresentem também lesões vasculares, e proporção similar de pacientes com DV exibam alterações patológicas características de DA (KALARIA e BALLARD, 1999).

O termo demência frontotemporal (DFT) caracteriza uma síndrome neuropsicológica marcada por disfunção dos lobos frontais e temporais, geralmente associada à atrofia dessas estruturas, e relativa preservação das regiões cerebrais posteriores. Estima-se que a DFT responda por 10% a 15% dos casos de demência degenerativa, ocorrendo principalmente após os 40 anos de idade, com igual incidência em homens e mulheres (MENDEZ *et al.*, 1993).

Os déficits mais característicos da DA envolvem a memória episódica, refletindo o prejuízo funcional nas áreas cerebrais mais susceptíveis à patologia da DA (lobo temporal médio). Na medida em que há progressão para outras regiões cerebrais, os sintomas passam a envolver outros déficits cognitivos, sociais e comportamentais. A DFT, entretanto, tem início seletivo nos lobos frontais e temporais anteriores e os pacientes nos estágios iniciais da doença mostram discreto comprometimento da memória episódica, mas exibem importantes alterações

comportamentais (ROSEN *et al.*, 2002). Tais alterações incluem mudanças precoces na conduta social, desinibição, rigidez e inflexibilidade mentais, hiperoralidade, comportamento estereotipado e perseverante, exploração incontida de objetos no ambiente, distraibilidade, impulsividade, falta de persistência e perda precoce da crítica.

O início dos sintomas antes dos 65 anos de idade, história familiar positiva em parentes de primeiro grau e a presença de paralisia bulbar, acinesia, fraqueza muscular e fasciculações (doença do neurônio motor) dão suporte ao diagnóstico. Na DFT os prejuízos cognitivos começam tipicamente nas funções executivas (PERRY e HODGES, 2000), mas podem também envolver a linguagem. As várias características clínicas associadas à DFT raramente são vistas em pacientes com DA. Baseado nestas características, em 1998, desenvolveu-se consenso para o diagnóstico clínico da DFT (NEARY *et al.*, 1998), dividindo-a em três síndromes clínicas: DFT, afasia progressiva não-fluente e demência semântica.

Tal classificação reflete a heterogeneidade clínica da DFT, mas está embasada nos diferentes acometimentos do lobo frontal e temporal, bem como no envolvimento distinto dos hemisférios cerebrais, e suas respectivas manifestações clínicas. O envolvimento predominante do lobo frontal está associado com alterações comportamentais, incluindo desinibição, apatia, embotamento afetivo e perda da crítica da conduta pessoal. Esta síndrome clínica continua sendo reconhecida como DFT, mas pode ser referida por alguns autores com variante frontal da DFT (HODGES e MILLER, 2001).

Comprometimento Cognitivo Leve (CCL)

O diagnóstico de comprometimento cognitivo é tarefa complexa e ainda não bem sistematizada na população de idosos. Os quadros leves de comprometimento cognitivo são freqüentes, passando muitas vezes despercebidos, e há uma necessidade de se distinguir entre manifestações iniciais da doença de Alzheimer e modificações associadas com o processo de envelhecimento normal (ABRISQUETA-GOMEZ, 2000; CHARCHAT-FICHMAN, 2005).

Assim, tornou-se necessário um termo que melhor caracterizasse esse grupo de indivíduos idosos com problemas somente de memória. Em 1986, publicaram-se os critérios diagnósticos do que se classificou de perda de memória associada à idade. Nestes, a população considerada tem idade superior a 50 anos, com queixas de memória

confirmadas por testes, considerando-se déficit o desempenho abaixo de um desvio-padrão da média estabelecida para adultos jovens (CROOK *et al.*, 1986).

Ao longo das últimas décadas, têm sido formuladas diferentes definições para caracterizar o declínio cognitivo durante o envelhecimento. As primeiras definições propostas, objetivavam caracterizar o declínio cognitivo dentro dos limites do processo fisiológico do envelhecimento normal (LEVY, 1994). Posteriormente, surgiram outros sistemas de classificação diagnóstica para identificar indivíduos com maior risco de desenvolver formas específicas de demência (PETERSEN *et al.*, 2001).

A noção de que o declínio intelectual seja um aspecto inevitável do processo de envelhecimento é aceita, baseada em diversos estudos. Assim, existe diminuição da velocidade de processamento mental, dificuldade de lidar com problemas complexos que aumentam a carga de processamento e comprometimento de aspectos da memória (COHEN, 1986; RABBITT, 1996, STUART-HAMILTON, 1996).

Atualmente, o termo Comprometimento Cognitivo Leve (Mild Cognitive Impairment) tem sido o mais amplamente estudado na literatura internacional. Petersen *et al.* (2001), definiram Comprometimento Cognitivo Leve ao estado crítico de indivíduos que apresentam deficiência de memória mas com outras funções bem preservadas e que não alcançam os critérios para demência (tabela 2).

Tabela 2 – Critérios para o Comprometimento Cognitivo Leve (Petersen *et al.*, 2001)

Queixas de memória, preferencialmente corroboradas por um informante
Deficiência da memória objetiva
Função cognitiva geral normal
Não demenciado

Os estudos mostraram ainda que Comprometimento Cognitivo Leve seria uma entidade heterogênea quanto a sua trajetória clínica, dividindo-se em três categorias diagnósticas:

- 1) CCL amnésico com maior risco de desenvolver DA;
- 2) CCL com comprometimento leve de múltiplos domínios cognitivos com maior risco de desenvolver outras síndromes demenciais, sendo a DA uma trajetória possível,

- 3) CCL com comprometimento de uma única função cognitiva diferente de memória com maior risco de desenvolver demência fronto-temporal e/ou afasia progressiva primária.

Os diagnósticos precoces da Doença de Alzheimer são importantes para iniciar um tratamento sintomático e terão um significado maior se os medicamentos puderem retardar o processo de demência. Além disso, uma melhor identificação com alto risco de futura demência dará aos profissionais oportunidades para aconselhamento e para melhorar o planejamento dos cuidados médicos.

Porém, sabe-se necessário um maior consenso e padronização das definições e metodologia de pesquisa do Comprometimento Cognitivo Leve para que os futuros estudos possam ser comparados e úteis para a elaboração de projetos de estratégias de intervenção.

1.3. O Lúdico na Terceira Idade

1.3. O Lúdico na terceira idade

No Dicionário Escolar da Língua Portuguesa (2002), encontra-se o seguinte: “Lúdico: relativo a brinquedos, jogos, sem mira de resultados materiais”. Neste sentido, consideraremos que jogos, incluem-se, então, na categoria atividades lúdicas, nas quais, numa abordagem piagetiana (OLIVEIRA, 1998), caracterizam-se por serem situações onde é mais prazeroso e mais fácil assimilar, aprender, havendo o predomínio da assimilação sobre a acomodação. Assim sendo, a tensão de vencer o desafio, de controlar a impulsividade, ameniza-se face à alegria, à motivação e ao envolvimento inerentes à situação.

Esta autora ressalta que quando uma pessoa joga com a utilização de regras, as habilidades e competências cognitivas e sociais aí desenvolvidas passam a fazer parte de sua estruturação mental, podendo ser generalizadas para outras situações quaisquer. A resolução de um determinado tipo de problema requer a conjunção de processos cognitivos, afetivo-emocionais e também de muito treino, muita experiência no assunto. Os jogos de regra, de uma maneira geral, contêm regras lógico-matemáticas, mais ou menos explícitas, assim como regras sócio-culturais e morais. Quando jogamos em grupo, precisamos justamente usar nossa criatividade na elaboração de estratégias que nos aproximem da solução do problema, sem desprezar o outro.

Jogar supõe, portanto a atenção, em várias combinações de suas modalidades, dependendo da situação. Supõe sempre um estado de alerta, de ativação, além disso, o jogar demanda uma manutenção da atenção num espaço de tempo, ou seja, a concentração no desenrolar do jogo - atenção sustentada. Ele cria também uma situação extremamente favorável à capacidade de alternar o foco da atenção de um objeto, pessoa, ou situação para o outro e ainda ajuda a selecionar o foco da atenção, mantendo os demais estímulos como pano de fundo para a figura priorizada – seletividade (OLIVEIRA, 2004).

Essa atenção que focaliza, que se mantém, alterna e seleciona, vai possibilitar e facilitar a representação mental do vivido através de imagens, que vão se registrando em cadeias reticulares neuronais, sempre associadas ao já registrado. Desta forma, toda a situação lúdica, concreta, vivenciada, vai também se internalizando via imagética (OLIVEIRA, 1999). Não são apenas os conteúdos assimilados, mas também as formas operacionais, as estratégias, as regras, as opções e seus resultados, assim como todo o contexto afetivo-emocional ali experimentado (DAMASIO, 2000).

O jogar, por sua dinâmica inerente, exige do jogador flexibilidade mental. Tratando-se de um jogo com mais de uma pessoa, essa dinâmica torna-se naturalmente mais complexa, fazendo com que cada um pense não só no que vai fazer, mas nas possíveis estratégias que os parceiros possam vir a criar. Esse deslocamento do próprio pensar

para o dos demais, produz uma descentralização, possibilitando novas perspectivas, quebrando possíveis automatismos, formas rígidas, auto-centradas e estereotipadas de agir.

No brincar a criança e o adulto têm liberdade de criar e recriar algo que possa simbolizar objetos internos e externos de seu convívio. A capacidade de utilizar os símbolos está intimamente ligada à evolução do ser humano, como salienta Oliveira (1998), sendo assim necessário que o indivíduo esteja preparado para fazer uso deste universo simbólico, possibilitando a ele fazer uso da criatividade artística ou lúdica, por exemplo.

Na brincadeira, em qualquer idade, ocorre a utilização de símbolos significativos, sendo que esta vivência é muito importante para que o indivíduo tenha constante movimento interno de forma evolutiva e prazerosa, assim como um desenvolvimento mental melhor, podendo crescer e se desenvolver sem antes adoecer.

Desta forma, o lúdico oferece a resignificação do prazer e este processo faz com que o indivíduo se reequilibre frente a vida, ou seja, combine melhor seus esquemas de assimilação e acomodação. Esse processo de busca de equilíbrio, ocorre no adulto e no velho, exigindo conservação do vivido e criatividade no inovar.

O brincar como ação preventiva, através de atividades lúdicas, pode evitar distúrbios tanto psicológicos como biológicos, pode se dar como recurso utilizado, antecedendo ao momento da terceira idade, porém, quando realizado na terceira idade, o mesmo funcionará como remediador (reabilitador).

Bleger (1984), fala que o psicólogo deve intervir intensamente em todos os aspectos e problemas que concernem a psico-higiene e não esperar que a pessoa adoça para recém intervir.

O brincar pode então, ser visto como ação preventiva, no sentido de lhe oferecer melhores condições de continuar a se desenvolver, para que entre na velhice mais ativo e saudável, sem se sentir excluído do social, se percebendo criativo e produtivo dentro desta fase no ciclo de vida.

Através das considerações feitas, parece ser a estimulação, via lúdico, uma maneira eficaz de se fazer com que aquele que está envelhecendo, tenha mais qualidade de vida, aceitação e inserção na sociedade. O lúdico, via jogos, computador e treinos cognitivos, tendem a excitar, incitar, instigar, animar, criar meios de manter a mente e todo o contexto afetivo-emocional e social em atividade.

Lembrando Oliveira (2004), os jogos são válidos também para fases do ciclo vital em que pelos adiantados anos – como na problemática específica cognitiva da terceira idade - pode surgir a diminuição do nível de atenção e de memória.

Na qualidade de vida do idoso, os espaços lúdicos proporcionam um novo sentido a sua existência, resgatando a auto-estima e o prazer em viver (PIRES DOS SANTOS, 2003).

Cunha (2000), sugere que o brinquedo é fundamental para o desenvolvimento saudável do ser humano, sendo importante que aconteça da maneira mais plena possível, a fim de que o aproveitamento seja o melhor possível. Esta autora acrescenta que a alegria é uma sensação muito saudável, pois o sentimento de felicidade provoca a manifestação de potencialidades, desperta coragem para enfrentar desafios e motivação para criar.

São poucos os estudos que abordam o tema do lúdico no envelhecimento, ou mesmo, do lúdico como estratégia para se trabalhar com aspectos como as funções cognitivas e principalmente a memória, por ser a queixa que mais chega aos consultórios, como já discutido anteriormente. Este dado é corroborado com Negrine (2003), que enfatiza que do ponto de vista científico, muito pouco se sabe sobre as intervenções lúdicas pedagógicas em relação a terceira idade. E este autor acrescenta que é necessário que o adulto reaprenda a brincar, pois brincando torna-se um adulto lúdico.

Menos ainda se trata deste tema em relação aos benefícios das atividades lúdicas, que podem ser oferecidos aos alunos das Faculdades Aberta para a Terceira Idade. Nestes estudos, trata-se sobre a importância de uma mudança de paradigma em relação ao envelhecimento (auto-estima), de uma metodologia de ensino voltada para uma pedagogia para idosos (voltadas para a ordem psicológica e social), onde tenta-se resgatar o sentido da velhice, o seu valor como cidadão, como pessoa (LIMA, 2000; NERI E CACHIONI, 1999).

O presente estudo busca intensificar a importância de se incluir nestes programas um trabalho sistematizado em relação à saúde mental do idoso, que esteja intimamente relacionado à uma melhor qualidade de vida e independência biopsicossocial.

Recentemente, no 10^a International Toy Library Conference, realizado na África, em setembro de 2005, um trabalho sobre jogos e envelhecimento foi apresentado por Imma Marin Santiago, intitulado *“Uma Brinquedoteca para a Terceira Idade”*. Neste trabalho, a autora considera este espaço, um modo de incrementar as possibilidades de envelhecer com saúde, felicidade e desenvolvimento de estratégias que permitem adaptação de maneira gratificante das condições biológicas, psicológicas e sociais de onde vivemos.

Oliveira (1999), numa leitura piagetiana, percebe o brincar como uma forma de a criança refletir sobre sua maneira de pensar e sentir, sendo que através desta ação, a criança se mostra e se conhece, sendo que a ação da pessoa, inclusive o brincar, reflete enfim sua estruturação mental, o nível de seu desenvolvimento cognitivo e afetivo-emocional.

No jogo, as crianças podem experimentar “fazendo de conta”, comportamentos adultos, podem criar histórias e cenas, e dar atributos a personalidades, vida e vozes para bonecas e ursinhos. Porém, isto não é apenas uma questão de diversão, porque é através do jogo que as crianças aprendem sobre o mundo, desenvolvem habilidades e exploram suas necessidades,

esperanças e ansiedades, em outras palavras, eles se transformam e participam do próprio desenvolvimento.

O adulto também pode engajar-se em atividades lúdicas simbólicas, como resultado de suas necessidades de lidar com significados pessoais e emocionais. Para o adulto e a pessoa da terceira idade, pode ser necessário que ele se sinta capaz de brincar, de criar, não ficar estagnado na vida, sem movimento interno e, portanto sem relação sadia consigo mesmo e com o externo. A pessoa, mesmo o velho, precisa acreditar que ainda é capaz de produzir, de criar, de ter confiança em si mesmo e no outro.

Contudo, existem dois aspectos cruciais no emprego dos jogos como instrumentos de aprendizagem significativa. Em primeiro lugar, o jogo ocasional, distante de uma cuidadosa e planejada programação, é tão ineficaz quanto um único momento de exercício aeróbico para quem pretende ganhar maior mobilidade física. E, em segundo lugar, uma certa quantidade de jogos incorporados a uma programação somente tem validade efetiva quando rigorosamente selecionada e subordinada à aprendizagem que se tem como meta. Em síntese, jamais deve-se usar jogos pedagógicos sem rigoroso e cuidadoso planejamento, marcado por etapas muito nítidas e que efetivamente acompanhem o profissional pela quantidade de jogos que emprega, mas sim pela quantidade de jogos que se preocupou em pesquisar e selecionar.

Nem todo jogo, portanto, pode ser visto como material pedagógico. Em geral, o elemento que separa um jogo pedagógico de um outro caráter apenas lúdico é este: desenvolve-se o primeiro com a intenção explícita de provocar aprendizagem significativa, estimular a construção do novo conhecimento e principalmente despertar o desenvolvimento de uma habilidade operatória (aptidão ou capacidade cognitiva e apreciativa específica que possibilita a compreensão e a intervenção do indivíduo nos fenômenos sociais e culturais e que o ajude a construir novas conexões).

Existem quatro elementos que segundo Antunes (2003), justificam e, de uma certa forma, condicionam a aplicação dos jogos. Esses elementos não se graduam pela importância, e independente da ordem que forem apresentados, devem ser levados em conta. São os seguintes:

- 1) Capacidade de se constituir em fator de auto-estima – Jogos extremamente “fáceis” ou cuja solução se coloque acima da capacidade de solução por parte do participante, causam seu desinteresse, e o que é pior, sua baixa estima, associada a uma sensação de incapacidade ou fracasso. Nesse particular, é importante que o profissional possa organizá-los para simbolizarem desafios intrigantes e estimulantes, mas possíveis de serem concretizados,

individualmente ou em grupo. Esse nível de dificuldade ideal não é parte inerente do jogo, mas provém da acuidade e perspicácia de observação do profissional, que pode, aqui e ali, dar algumas “dicas” facilitadoras, se julgar de fácil solução. O reforço positivo expresso em gestos, palavras e outros símbolos, sempre deve encerrar a atividade e ser seguido de entusiástico convite para outro jogo, na próxima vez.

2) Condições psicológicas favoráveis – O jogo jamais pode surgir como “trabalho” ou estar associado a alguma forma de sanção. Ao contrário, é essencial que o profissional dele se utilize como ferramenta de combate à apatia e como instrumento de inserção e desafios grupais. O entusiasmo do profissional e o preparo dos participantes para um “momento especial a ser propiciado pelo jogo”, constituem recursos insubstituíveis no estímulo para que o participante queira jogar. Os jogos devem ser cuidadosamente introduzidos e a posição dos participantes claramente definida.

3) Condições ambientais – A conveniência do ambiente é fundamental para o sucesso no uso dos jogos. O espaço necessário à manipulação das peças é sempre imprescindível, assim como sua cuidadosa embalagem, a organização e higiene da mesa ou mesmo do chão em que o participante usa para essa atividade.

4) Fundamento teórico – Um jogo jamais deve ser interrompido e, sempre que possível, o participante deve ser estimulado para buscar seus próprios caminhos. Além disso, todo jogo sempre precisa ter começo, meio e fim, e não ser rigidamente programado se existirem dúvidas sobre as possibilidades de sua integral consecução.

Portanto, o lúdico seria fundamentalmente experienciável, vivido e, depende de como cada indivíduo o experencia para ser isto ou aquilo. Este é um objetivo possível do trabalho com a terceira idade: aumentar a autonomia dos idosos através do trabalho com o movimento humano, enfocado a partir da perspectiva lúdica (ACOSTA, 2003).

1.3.1. Analisando o Lúdico Através do Funcionamento Cognitivo

1.3.1. Analisando o Lúdico Através do Funcionamento Cognitivo

A resolução de um determinado tipo de problema requer a conjunção de processos cognitivos, afetivo-emocionais e também de treino e experiência no assunto. Neste momento, utilizou-se os passos descritos por Oliveira (2004) para resolução de um problema, que se estende como regra a toda estratégia lúdica utilizada pela autora deste projeto, com a inclusão do processo cognitivo que estará sendo utilizado a cada passo.

Frente a um jogo de regras, seja ele em dupla, em grupos maiores, ou ainda num desafio solitário como na Torre de Hanói, antes de mais nada, configura-se a situação como uma questão a ser pensada para ser resolvida, o que favorece a percepção e o raciocínio e assim, é ativada principalmente a porção frontal do cérebro.

A forma inicial de apropriação do jogo diz respeito ao que ele nos oferece e propõe. Num primeiro momento é preciso ter uma idéia clara do problema a ser resolvido. A definição do fim a ser atingido e das regras estabelecidas pelo jogo, assim nos indagamos sobre qual o objetivo do jogo, quais os meios válidos para atingi-lo, o que pode ser feito, o que é permitido e o que não é, estimulando desta forma as funções executivas.

São as funções executivas ainda que proporcionam uma visão do ambiente que ele se desenvolve e, em alguns casos, dos objetivos que o compõem. Assim, por exemplo questionamos e procuramos saber se há um tabuleiro, se há diversos tipos de peças, se elas têm diferentes propriedades, seus valores e funções. Isto é, para que se comece a jogar é preciso conhecer as características do ambiente físico, com os atributos do material contido, assim como sua operacionalização correta, suas regras e o cérebro busca então, informações já conhecidas por ele – a memória declarativa e semântica.

Essa primeira tomada de consciência do jogo em si já requer atenção, percepção do todo e das partes, inclusive dos detalhes, das especificidades das partes, da compreensão dos deslocamentos especiais permitidos, etc.

O cérebro dá conta de tudo isso, rapidamente, num clima em que predomina o prazer de jogar, trabalha para realizar essa apropriação perceptiva objeto-espaco-temporal, ao mesmo tempo em que faz essa internalização dos fins e regras.

Essa apropriação e a dinâmica do jogo, visto como um todo que se modifica enquanto se desenvolve, se dá através da construção do jogo internamente via representação imagética. Simon (2000), teórico da cognição, especialista na solução de problemas, acredita que, inicialmente, nós construímos um modelo básico interno do jogo, que concilia sua configuração espacial ao problema a ser resolvido, estando assim, retendo informações e percepções para que posteriormente as mesmas possam ser utilizadas, sendo esta uma função do sistema nervoso - a primeira etapa da memória (BADDLEY, 1990).

Por exemplo, no caso da Torre de Hanói, num primeiro contato, apreende-se o material básico de que o jogo é composto: três hastes e diversos discos de tamanho variados. Já nesta fase inicial, não se leva em conta atributos que não são importantes para a solução do problema, como a cor dos discos ou o material de que eles são feitos. Desta forma, o cérebro já faz uma triagem, selecionando desde o começo o que é relevante para chegar à solução final.

O campo perceptivo sofre, a partir do início, uma contínua orientação operativa cognitiva, fazendo a especificação do foco e a pescagem dos aspectos que contam para a solução do problema em questão, desprezando os demais. Os que são selecionados vão sendo necessariamente organizados (SIMON, 2000).

Este autor, diz que a adaptação é ativa e criativa, já que ela busca modificar o meio para que este se enquadre melhor às suas necessidades. Ao se adaptar a um jogo, o indivíduo procura apropriar-se de seus elementos e de suas regras, tirando o melhor proveito, a fim de utilizar-se deles da maneira mais criativa possível, para atingir seus objetivos. Essa percepção vem a ser uma interação efetiva com o meio e é única, original, contextualizada.

Na seleção inicial perceptiva em relação aos jogos, no exemplo dado da Torre de Hanói, nossa atenção focaliza o tamanho dos discos, porque esse atributo em particular é fundamental para resolver o problema em questão, trata-se, portanto, de uma atenção seletiva.

Dá-se com esse processo a elaboração de um constructo interno do jogo, o qual supõe essa apropriação dos dados relevantes para o desenvolvimento da partida. Essa construção é feita através de uma representação mental dos mesmos, organizando-os já como um todo, buscando relacionar suas partes por categorias (classes) e por série (ordem). Os dados pertencem a diversas

categorias, como os relativos aos atributos físicos do jogo, as pessoas que participam, o ambiente, assim como o objetivo do jogo e suas regras.

Esses dados convertem-se em informações justamente quando são representados internamente pelo sujeito, através de imagens mentais, que não são meras cópias da realidade, como reproduções automáticas, xerox, mas supõem a ação mental do sujeito para assimilá-las (Damásio, 2000, Oliveira, 1999). Desta forma, segundo Baddley (1990), a função do sistema nervoso está armazenando tais dados, sendo esta a segunda etapa da memória.

É essa idéia do jogo como um todo, configurado especialmente, com seus elementos relacionados entre si, que vai permitir a reflexão sobre as diferentes possibilidades de mover as peças em pensamento (virtualmente, por simulação mental), até selecionar o melhor passo a dar, estimulando assim o processo de flexibilidade mental. Após a construção interna e a configuração do jogo e tomada de conhecimento de suas regras, tenta-se algumas jogadas, que são selecionadas por se considerar que, na tarefa de atingir os objetivos, são as que apresentam o menor índice de risco, sendo que o processo de memorização atinge seu terceiro passo e então se evoca as informações adquiridas anteriormente.

Trata-se de uma segunda seleção, desta vez relativa à metodologia que vai ser empregada. Esta segunda baseia-se, necessariamente, na primeira, dando-lhe continuidade, tendo-a como fundamento. Nas jogadas selecionadas, já ao executá-las, vamos aprendendo muito sobre elas particularmente e, sobre o jogo como um todo, armazenando novamente tais informações na memória. Se as estratégias dão certo, elas passam a ser registradas como padrões processuais adequados, como procedimentos a serem conservados e oportunamente repetidos em situações similares.

Apesar da grande diferença de nível de complexidade entre os jogos, como mostra Simon (2000), por exemplo, entre o Xadrex, extremamente complexo e em dupla, e a Torre de Hanói, mais simples e solitário -, quando se focaliza uma jogada, pode-se aprender a lidar com regras.

Na Torre de Hanói, o problema a ser resolvido é mover os discos de uma haste para outra, obedecendo algumas regras: onde só se pode mexer um disco de cada vez e não pode pôr um maior sobre um menor. Ao jogar, a percepção que respeitar as regras leva a agilizar o raciocínio,

desenvolvendo a criatividade, no levantamento das várias possibilidades envolvidas, é então adquirido. O caso de um movimento não poder ser realizado leva a pensar em muitos outros possíveis e a ir fazendo a triagem dos mesmos, já pensando numa jogada posterior à atual, sendo para isso necessário a flexibilidade mental.

O caso de um movimento não poder ser realizado pode ser visto ainda como uma impossibilidade, em vez de ser vista como algo negativo, passa a ser percebida como um trampolim, um momento de reflexão para soluções mais criativas e antecipatórias.

A jogada malsucedida passa a ser prevista e evitada, sendo substituída por outra que, sempre que possível, vai, além de ser bem-sucedida, abrir caminho para a execução de uma subsequente, também bem-sucedida, e desta maneira a memória de evocação tem um papel importante na realização das próximas jogadas.

Forma-se assim uma cadeia, em que as jogadas que dão certo, que foram registradas na memória como padrões positivos, passam a ser reutilizadas, virtualmente, na solução do problema atual. No caso de nenhuma delas servir, o cérebro cria novas estratégias, combinando dados, afim de atingir seus fins através de novas relações.

A capacidade de se utilizar bem o cérebro no cotidiano é benéfica para aquele momento em particular, pois é justamente frente a uma situação dada, independentemente de seu nível de complexidade, que pensamos melhor. Contudo, esse benefício não se restringe àquele momento específico, mas passa a ser uma conquista nossa. Toda vez que agimos de forma adaptada e inteligente, tornamo-nos também capazes de sermos pessoas mais adaptadas e inteligentes, de uma forma geral (OLIVEIRA, 2004).

2. OBJETIVO

2. OBJETIVO

- Verificar a contribuição da utilização de estratégias lúdicas no envelhecimento cognitivo em uma Faculdade Aberta para a Terceira Idade.

3. MÉTODO

MÉTODO

3.1. Participantes

Participaram deste estudo alunos iniciantes da Faculdade Aberta da Terceira Idade de São Bernardo do Campo, de ambos os sexos e classe social média, sendo 22 pessoas: 05 homens e 17 mulheres, com escolaridade média de 11 anos \pm 4 e com idade média de 60 anos \pm 8,5, ao final da pesquisa. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 1).

3.2. Ambiente

- **Da avaliação e reavaliação neuropsicológica**

As avaliações foram realizadas no consultório particular da autora do projeto, situado na Avenida Redenção, 592, Jardim do Mar, São Bernardo do Campo, São Paulo. A escolha deste ambiente se deu pela necessidade de um local tranquilo, com boa iluminação e sem a influência de interferências externas, como barulho e interrupção, favorecendo assim, a falta de concentração.

- **Da intervenção**

A intervenção das estratégias lúdicas se deu na própria Faculdade Aberta para a Terceira Idade, localizada na sede da Faculdade de Direito de São Bernardo do Campo, sito à Rua Java, São Bernardo do Campo, São Paulo.

3.3. Material, Técnicas e Instrumentos

- **Da avaliação neuropsicológica**

O processo de Avaliação Neuropsicológica foi realizado através de um protocolo que incluía testes cognitivos de simples aplicação, conjuntamente com uma escala funcional (que examina as atividades da vida diária) e escalas para investigar o estado de humor (depressão e ansiedade).

Os testes e escalas que compreendiam o protocolo, foram:

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO COGNITIVA:

Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

É o teste de rastreio mais utilizado em nossa revisão e elaborado por Folstein *et al.* em 1975. Trata-se de um instrumento de 30 itens (pontuação máxima) e de fácil aplicação traduzido para a Língua Portuguesa por Bertolucci *et al.* (1994). É utilizado como instrumento de “screening” em estudos epidemiológicos e para classificar demência em níveis de gravidade: leve, moderado e grave e avalia: orientação temporal, memória imediata, atenção e cálculo, memória de evocação e linguagem. É um teste que sofre grande influência da escolaridade, tendo de ser adaptado, quanto aos escores, para a população de baixa escolaridade (BRUCKI *et. al.*, 2003).

Fluência Verbal Fonológica (FVF)

O teste de fluência verbal é um instrumento de avaliação simples, usado freqüentemente no estudo da linguagem ou de mudanças de estratégias. Nesta prova, os sujeitos foram solicitados a gerar o máximo possível de palavras iniciando de uma dada letra, em 60 segundos cada uma. Foram realizados testes independentes com as letras F, A e S. O escore final correspondeu à média de palavras geradas, excetuando-se repetições e palavras derivadas (ex: faca, facão) em todas as letras.

Fluência Verbal Semântica (FVS)

O teste de FV mais empregado em estudos brasileiros é o de categoria semântica (animais/minuto). Neste teste solicita-se ao indivíduo que diga o maior número de animais no menor tempo possível. O escore é definido como o número de itens (excluindo-se as repetições) evocados em um minuto (BRUCKI, 1997).

Teste das Trilhas

O Teste das Trilhas ou Trail Making Test, é uma outra forma simples de testar a atenção seletiva, a capacidade de alternância, a velocidade de processamento perceptual e flexibilidade mental. O Teste de Trilhas consiste em conectar com lápis, no menor tempo possível e em ordem crescente, 25 números (forma A) e números alternados com letras (forma B), É levado com conta o tempo que demora para realizar cada forma, sendo que o examinando pode errar até três vezes. (LEZAK, 1995; CHARCHAT-FICHMAN H., 2003).

Teste do Desenho do Relógio

O teste do desenho do relógio (SUNDERLAND *et al.*, 1989), é uma tarefa visuoespacial e construtiva para a investigação clínica. Extremamente rápido para ser aplicado (2 minutos), traduz o padrão de funcionamento frontal e têmporo-parietal.

Os resultados podem sugerir hemianopsias e negligências visuais e é sensível também para desordens visuoespaciais e apraxia construcional. Pede-se ao sujeito para desenhar um relógio despertador (não digital), com os ponteiros marcando quinze para as duas. A pontuação se obtém numa escala de 1 a 4 pontos.

A sensibilidade é maior que 86% e a especificidade superior a 96% quando comparado com outros instrumentos. É um instrumento particularmente útil para ser utilizado no consultório por sua simplicidade e rapidez.

PONTUAÇÃO / ESCORE

Desenho do círculo correto: 1 ponto

Números na posição correta: 1 ponto

Incluiu todos os 12 números: 1 ponto

Os ponteiros estão na posição correta: 1 ponto

INSTRUMENTOS PARA AVALIAR ESTADO DE HUMOR:

Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage Abreviado) - Adaptado de Yesavage

A Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage possui duas versões validadas, uma com quinze itens nos quais o ponto de corte é cinco e outra com trinta itens, com ponto de corte em onze. (YESAVAGE & BRINK, 1983).

A escala utilizada nesta pesquisa está dividida em 15 categorias que avalia estados depressivos, onde o sujeito responde SIM ou NÃO às categorias. Sugere-se estado depressivo a partir de 5 categorias respondidas afirmativa ou negativamente em relação à depressão (Almeida & Almeida, 1999).

PONTUAÇÃO / ESCORE

normal ou sem depressão (N) – inferior a 5 pontos

depressão leve (L) – entre 5 e 10 pontos
depressão grave (G) – acima de 10 pontos

Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado foi desenvolvido por Spielberger *et al.* (1970), para investigar fenômenos de ansiedade em adultos normais, isto é, sem perturbações de ordem patológica.

Este inventário corresponde a escalas de auto-aplicação, que inclui dois conceitos distintos de ansiedade:

- **Ansiedade Traço:** Refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis em propensão à ansiedade, isto é, a diferença na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras, com elevações de intensidade no estado de ansiedade
- **Ansiedade Estado:** Um estado emocional transitório ou condição do organismo humano, que é caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão conscientemente percebidas, e por aumento na atividade do sistema nervoso autônomo.

Foi utilizada nesta pesquisa a escala A-Traço, composto de 20 afirmações que demonstram como o indivíduo geralmente se sente.

PONTUAÇÃO / SCORE

Abaixo de 20 escores: ausência de ansiedade
21 a 39: grau de ansiedade de leve para moderada
40 (mediana): grau de ansiedade moderada
41 a 59: grau de ansiedade de moderada para grave
60 a 80: grau de ansiedade grave

INSTRUMENTO PARA AVALIAR FUNCIONALIDADE:

Escala de Atividades Básicas da Vida Diária (Lawton) - Adaptado de Lawton

As escalas de atividade da vida diária medem a capacidade do idoso para executar atividades que lhe permitem cuidar de si próprio e viver independentemente em seu meio. Esta capacidade é medida por meio de instrumentos que avaliam a capacidade do paciente para executar as Atividades da Vida Diária (AVD - englobam todas as tarefas que uma pessoa precisa realizar para cuidar de si próprio. A incapacidade de executá-las implica em alto grau de dependência) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD - Compreendem a habilidade do idoso para administrar o ambiente onde vive) (COSTA *et al.*, 2001).

Para a avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) usa-se a escala de Lawton, onde a pontuação de máxima independência é 24 pontos e a de máxima dependência é de 8. É conveniente lembrar que, muitas vezes, o paciente é capaz de executar as atividades, mas não as executa por opção, fatores ambientais ou até por questões relacionadas aos papéis assumidos durante a vida, como é o caso de indivíduos do sexo masculino com as tarefas domésticas. Alguns autores já sugeriram que a escala fosse reduzida a cinco itens, eliminando-se “lavar a roupa”, “tarefas domésticas” e “preparar comida”, quando aplicada para o sexo masculino. (LAWTON *et al.*, 1982).

Utilizou-se nesta pesquisa a escala reduzida que avalia o desempenho de sujeitos em atividades habituais, divididas em 7 categorias (uso do telefone, viagens, compras, preparo de refeições, trabalho doméstico, uso de medicações e manuseio de dinheiro), caracterizando-os em: dependência total, dependência parcial e independência.

- **Da intervenção**

As técnicas de intervenção basearam-se na curva evolutiva do brincar segundo a leitura piagetiana descrita por Oliveira (1998; 2002). Foi utilizada como alicerce, a brincadeira simbólica e a partir dela, com predominância, os jogos de regra que realizam de forma significativa a estimulação das funções cognitivas e além disso, uma forma de integração social. Nesse sentido foram selecionados brincadeiras e jogos que contemplam esses momentos:

Brincadeira Simbólica

Também chamadas de “brincadeira de faz de conta” utilizadas em situações onde a atividade lúdica assume a representação da realidade (OLIVEIRA, 2000), ao mesmo tempo exercita a destreza e aperfeiçoa as praxias. As técnicas de representação lúdica foram trabalhadas de forma associada com as representações plásticas e o desenho.

Jogos de Regra

Através de jogos de regras desenvolve-se e fortalece aspectos como a socialização, raciocínio lógico-matemático, organização lógica, organização espaço-temporal, memória, atenção, entre outros. Para estas atividades utilizaram-se jogos de regras, como:

- ◆ de raciocínio lógico-matemático, como por exemplo, Dominó, Senha, O Jantar, A Confusão dos irmãos.
- ◆ de fluência verbal, como por exemplo, A Roda, Piu-piu, A Confusão das pizzas, Palavras Cruzadas.
- ◆ de memória visual e verbal, como por exemplo, Jogo da memória, A Roda, Piu-piu, A última é a primeira, Cinco vogais, Qual é?.
- ◆ gráficos de organização espacial: como por exemplo, A confusão das pizzas, Adivinhação fantasma, Você sabe ler ao contrário?.
- ◆ de azar em circuito, como por exemplo, jogos de baralho, Ludo.

Todas as modalidades de jogos descritos visaram trabalhar processos cognitivos e afetivo-emocionais de forma integrada, criando condições de agilização e flexibilização de aspectos sensorio-motores, simbólicos e sociais. Os jogos mencionados acima se encontram em anexo (anexo2).

As sessões lúdicas foram intercaladas com sessões interativas verbais, sendo que nestes dois momentos foram utilizados os seguintes recursos audiovisuais:

- ◆ retroprojektor,
- ◆ datashow,

- ◆ televisão e vídeo.

- **Da reavaliação neuropsicológica**

Para fins comparativos foi utilizado o mesmo protocolo da avaliação neuropsicológica de entrada.

3.4. Procedimento

- **Da seleção**

Todos os alunos da Faculdade Aberta da Terceira Idade de São Bernardo do Campo, que estavam iniciando o curso, foram informados que se tratava de uma pesquisa que visava verificar a contribuição da utilização de estratégias lúdicas no envelhecimento cognitivo numa Faculdade Aberta para a Terceira Idade. Trinta e três alunos se prontificaram a participar do projeto, sendo que deste total, vinte e dois concluíram o mesmo. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 1).

Critérios de inclusão

- ◆ Estar cursando a Faculdade Aberta para a Terceira Idade de São Bernardo do Campo
- ◆ Foram aceitos sujeitos com doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes melito e cardiopatia, e deficiências sensoriais quando compensadas.

Critérios de exclusão

- ◆ Desistência do curso
- ◆ História de doenças neurológicas, psiquiátricas e abuso de drogas
- ◆ Déficits visuais e auditivos não corrigidos
- ◆ Acometimento das funções motoras por causas ortopédicas ou reumatológicas que prejudicassem o desempenho nos testes

- **Da intervenção**

Esta etapa foi realizada em 18 sessões, sendo que todos os alunos desta disciplina participaram, inclusive os que não aderiram a pesquisa. Os encontros ocorreram uma vez por semana na Faculdade Aberta para a Terceira Idade, durante a disciplina “Memória”, com duração de 1 hora e 30 minutos cada sessão (horário estabelecido pela coordenação pedagógica da instituição para todas as disciplinas).

Os encontros foram feitos segundo duas grandes modalidades:

- ◆ sessões interativas verbais com enfoque ao tema do curso, pré-selecionado.
- ◆ sessões lúdicas através de jogos de regras grupais e individuais.

A primeira sessão foi utilizada para a introdução da disciplina e levantamento de expectativa, visando a criação de vínculo na tríade: aluno – professor – disciplina.

Sete sessões foram utilizadas para apresentação de temas pertinentes à disciplina de com a utilização de textos, além da utilização de outros recursos audiovisuais. A metodologia adotada foi interativa, voltada para as experiências vividas pelos participantes.

Em nove sessões foram realizadas estratégias lúdicas e, finalmente em uma última sessão, foi realizado o fechamento do programa.

As sessões de apresentação dos temas relativos à disciplina foram alternadas com as lúdicas visando a maior integração da teoria com a prática, visando dessa forma, a ampliação do campo de consciência dos participantes sobre suas possibilidades e limitações.

Nas atividades que envolviam estratégias lúdicas grupais com jogos de regras, o grupo foi subdividido em grupos menores (até cinco participantes), sendo que a divisão se deu conforme escolha dos próprios participantes, assim como a escolha dos jogos por interesse comum. Nas atividades individuais, foi dado o mesmo jogo para todos.

Todas as atividades lúdicas foram planejadas anteriormente e os alunos tiveram conhecimento com antecedência de seu transcurso. É importante ressaltar que as sessões contaram com aproximadamente 40 participantes, sendo que apenas 22 sujeitos participavam da pesquisa, assim como, as mesmas foram realizadas na própria sala de aula, sendo que este espaço era bastante familiar para todos os participantes.

A organização do tempo obedeceu três momentos principais:

- ◆ **Momento inicial:** Durante os primeiros 10 minutos de cada atividade, foi relatada a tarefa a ser desenvolvida, assim como também se utilizou este momento para que os participantes se organizassem espacialmente.
- **O jogo em si:** Foi dado um tempo de aproximadamente 50 minutos para a concretização para a concretização das atividades.
- **Momento final:** Nos últimos 20 minutos eram realizadas as conclusões (os alunos faziam seus comentários livremente e quando trabalhavam em grupo, escreviam suas impressões). O fechamento foi seguido de devolutiva dada pela autora deste projeto.

- **Da reavaliação neuropsicológica**

A aplicação da reavaliação neuropsicológica abreviada foi oferecida aos alunos que participaram da primeira aplicação e realizada individualmente, com horário marcado previamente, no consultório particular da autora deste projeto em uma sessão de 45 minutos.

3.5. Tratamento de Dados

- **Quanto à intervenção**

Foi realizada análise qualitativa das atividades lúdicas realizadas no transcurso deste estudo.

- **Quanto à avaliação e reavaliação neuropsicológica**

Foi realizada análise quantitativa e descritiva (expressa em média e desvio padrão) dos resultados da avaliação neuropsicológica e este resultado foi comparado, através do teste estatístico de t pareado, o qual permitiu fazer uma comparação de tendência, seguido da correlação linear de Pearson e do Qui quadrado (comparação de proporções), para tanto, foi utilizado o pacote estatístico SPSS versão 11.0.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dada a abrangência dos resultados relativos à intervenção lúdica, serão apresentadas as análises qualitativas das sessões lúdicas, seguida da análise estatística dos resultados do protocolo

de avaliação neuropsicológica (avaliação inicial e pós intervenção) e por fim, a integração destes dois aspectos.

- **Relativos á intervenção lúdica**

Serão privilegiadas três delas, por se tratarem de estratégias lúdicas significativas, tanto para os participantes, quanto para a leitura dos processos mentais dos mesmos, então estimulados. Devido ao grande número de participantes, houve dificuldade em realizar observação individual do desempenho, nas atividades oferecidas. Nesse sentido, o registro foi feito levando em conta mais a participação grupal.

1ª Sessão selecionada

Justificativa: Esta sessão foi selecionada por conter atividades lúdicas que estimulam os processos de memória declarativa, operacional e semântica, assim como linguagem e cognição e processos de atenção. Deu-se em um primeiro momento, pois, as queixas de memória e suas correlações com os demais processos mentais, são as principais causas de queixa nos idosos (BRUCKI, 1994, MINETT, 2000, ABRISQUETA-GOMEZ, 2000). Assim sendo, as atividades que privilegiavam a memória estiveram entre as primeiras a serem trabalhadas, sendo esta a 3ª sessão.

Os Jogos aplicados nesta sessão estimularam principalmente processos de memória, fluência verbal e processos atencionais, foram eles:

1. A Roda: trata-se de memorizar um trava-línguas durante dois minutos, e em seguida responder a uma pergunta.

Funções cognitivas que são estimuladas nesta atividade:

- Processos de memória declarativa, operacional e de evocação
- Linguagem e cognição

2. Piu-piu: reter um trava-língua e após curto espaço de tempo, responder a uma pergunta.

Funções cognitivas que são estimuladas nesta atividade:

- Processos de memória declarativa, operacional e de evocação
- Linguagem e cognição

3. A última é a primeira: trata-se de encontrar 12 palavras que comecem com a última letra do abecedário e terminem com a primeira.

Funções cognitivas que são estimuladas nesta atividade:

- Processos de memória declarativa e semântica
- Atenção concentrada e sustentada
- Fluência verbal categoria semântica

4. Cinco Vogais: deve-se escrever no mínimo 10 palavras que contenham as cinco vogais de só vez.

Funções cognitivas que são estimuladas nesta atividade:

- Processos de memória declarativa e semântica
- Atenção concentrada e sustentada
- Fluência verbal categoria semântica

No momento inicial:

O fato de os processos de memória serem enfocados, fez com que todos os participantes se mostrassem bastante interessados em realizar as atividades, o que evidencia sua grande preocupação em relação a esse comprometimento. Assim sendo, no momento de apresentação da atividade, todos estiveram atentos e em extremo silêncio (fato raro, pois o que foi observado comumente foi uma agitação geral, com muitas conversas paralelas, como se o grupo sentisse necessidade de comunicação, relatado por eles pelo fato da maioria morar sozinho, ou apenas com o cônjuge, sendo que em casa não conseguem ter a atenção que acreditam ser necessária). Isto foi bastante importante para a realização das atividades já que para as mesmas utiliza-se processos de memória e atenção necessárias para a conclusão de tais atividades (SIMON, 2000).

Durante os primeiros 05 minutos de cada atividade, foi relatada a tarefa a ser desenvolvida, assim como também se utilizou este momento para que os participantes se organizassem espacialmente. Nesse sentido, foi dada orientação específica para que guardassem todo o material trazido por eles, para que deixassem seu espaço livre e organizado para poderem

trabalhar mais livremente. Segundo Oliveira (2004), a organização espaço-temporal é importante para que haja a organização dos processos mentais.

No Jogo em si:

Assim que a primeira atividade (A Roda) foi então projetada, ao mesmo tempo em que era entregue aos participantes o trava-línguas, pelo fato de alguns terem dificuldades de visão, deu-se três minutos para que o memorizassem. Após esse tempo, foi feita a pergunta relativa à tarefa da atividade proposta. Anteriormente havia sido dada a instrução para que respondessem por escrito, dando assim a oportunidade para que todos pensassem a respeito da resposta, sem serem interrompidos por alguns participantes, que eventualmente soubessem da resposta mais rapidamente. Da mesma forma procedeu-se na segunda atividade (Piu-piu) e nas atividades seguintes (A última é a primeira e Cinco vogais), foram dados 10 minutos para a realização de cada tarefa.

No Momento final:

Apesar da instrução para que as respostas fossem realizadas inicialmente por escrito, alguns participantes não conseguiram atendê-la, dando as respostas em voz alta. Outros, no entanto, estavam tão envolvidos que diziam não ter ouvido as respostas dadas pelos outros, antes do tempo. Quando todos diziam ter respondido cada questão, pedia-se para que juntos a respondessem. A maioria afirmou ter encontrado as respostas certas, sendo que poucos relataram que não haviam conseguido memorizar o trava-línguas, ou as palavras pedidas nos exercícios seguintes. Nos últimos 20 minutos da sessão, aqueles que se sentiram a vontade, falaram sobre a experiência vivida, sendo que na sua maioria, tais relatos foram positivos. Os que acreditaram não terem se saído bem nos resultados, julgaram terem tido necessidade de mais tempo para a realização das tarefas propostas, o que pode ser justificado segundo Lezak (1995) em função das capacidades de abstração e formação de conceitos que decaem durante o envelhecimento, os idosos tendem a pensar de maneira mais concreta e ainda, Guerreiro e Caldas (2001) afirmam que uma das versões que especifica o mecanismo responsável pela lentificação estaria relacionado à diminuição da velocidade de transmissão sináptica ou perda de informação a cada transmissão.

2ª Sessão selecionada

Justificativa: esta sessão se deu em um momento intermediário, tendo ocorrido na 11ª sessão e, será descrita por se tratar de um estímulo simbólico que muito interessou aos participantes, assim como utilizou as representações plásticas e o desenho.

O Jogo aplicado nesta sessão estimulou principalmente a memória remota e operacional e a capacidade de observação:

1. Brincadeira simbólica com estimulação da memória: pediu-se aos participantes para tirarem o relógio ou outro objeto pessoal e colocassem em uma mesa. A seguir, foi distribuído folha sulfite e lápis de cor e pedido para que os mesmos desenhassem o seu objeto com o máximo de detalhes.

Funções cognitivas que são estimuladas nesta atividade:

- Desenvolver a memória remota e operacional
- Melhorar a capacidade de observação

No Momento inicial:

Durante os primeiros 10 minutos da atividade, foi relatada a tarefa a ser desenvolvida, assim como também se utilizou este momento para que se organizassem espacialmente, ou seja, foi necessário que guardassem todo o material trazido por eles para que deixassem seu espaço livre e organizado para poderem trabalhar mais livremente. Ainda neste tempo apresentou –se o material a ser utilizado (lápis de cor e papel sulfite).

Todos os participantes se mostraram bastante interessados em realizar a atividade, sendo que, no momento de apresentação da atividade proposta todos estavam atentos, porém, a maioria mostrou-se ansiosa por terem que utilizar um recurso que julgavam serem inaptos – o desenho. Esta ansiedade pode apresentar-se principalmente por estarem frente a um estímulo novo, pois o que se percebe é uma certa inflexibilidade para novos padrões, porém, a medida em que o jogo é introduzido, o que prevalece é, numa abordagem piagetiana (OLIVEIRA, 1998), as situações onde é mais prazeroso e mais fácil assimilar, aprender, havendo o predomínio da assimilação sobre a acomodação. Assim sendo, a tensão de vencer o desafio, de controlar a impulsividade, ameniza-se face à alegria, à motivação e ao envolvimento inerentes à situação.

No Jogo em si:

Foi dado um tempo de aproximadamente 30 minutos para a realização da tarefa, depois que todos os participantes terminaram os desenhos, os mesmos foram misturados e distribuídos aleatoriamente, de forma que ninguém ficasse com o seu próprio. De posse de um desenho com a representação gráfica de um objeto pessoal, os participantes deveriam encontrar o objeto.

No Momento final:

A atividade apresenta desafios do tipo: “O participante conseguiu lembrar-se de seu objeto?” “Foram desenhados os detalhes do objeto?”. Então, o que se observa é que quando o participante conseguiu lembrar-se de seu objeto com alguns detalhes, o outro participante o encontrava com facilidade, ao passo que quando o desenhavam sem detalhes ou mesmo, quando desenhavam outro objeto que não aquele entregue à mesa, o outro participante não conseguia encontrá-lo, poucos não conseguiram desenhar seus objetos sem detalhes.

Nos últimos 20 minutos de discussão, a maioria dos participantes relataram a falta de atenção dada em relação a um objeto, principalmente por este se tratar de um objeto pessoal. Este momento privilegiou o grupo despertando o interesse por se vivenciar as situações com mais atenção, com a utilização da memória explícita.

3ª Sessão selecionada

Justificativa: as sessões de jogos de regras foram realizadas em subgrupos de 05 participantes cada e por este motivo, descreveremos seus resultados. Estes jogos foram aplicados nas sessões 12ª, 13ª, 16ª e 17ª.

Os Jogos aplicados nesta sessão estimularam principalmente com aspectos como a socialização, raciocínio lógico-matemático, organização lógica, organização espaço-temporal, memória, atenção, entre outros:

1. Dominó (jogo de regras - raciocínio lógico matemático)
2. Palavras Cruzadas (jogo de regras - fluência verbal)
3. Ludo (jogo de regra - circuito)
4. Jogo da Memória (jogo de regras - fluência verbal)

5. Baralho (jogo de regras – raciocínio lógico)
6. Senha (jogo de regras – raciocínio lógico matemático)

No Momento inicial:

Os jogos foram expostos inicialmente em uma mesa, de modo que todos pudessem visualizá-los. Quando do enunciado da atividade, a coordenadora da sessão e autora desta pesquisa, realizou uma breve descrição de cada um dos jogos, assim como informou que as regras de cada um deles, encontrava-se junto ao jogo.

Nesta sessão o grupo foi subdividido em grupos menores (até cinco participantes), a divisão dos grupos se deu conforme escolha dos próprios participantes, sendo que os participantes procuraram se juntar àqueles aos quais possuíam mais intimidade, nenhum dos participantes se disponibilizou a entrar em um subgrupo onde não haviam pessoas conhecidas por ele, assim como a escolha dos jogos foi aleatória e/ou por interesse comum, a maioria dos subgrupos elegeu um participante para ir até a mesa onde estavam expostos os jogos e estes escolhiam aquele que lhe era mais familiar, mais uma vez aqui, evidenciando a utilização de padrões já conhecidos por eles, neste momento, porém, o intuito era o de deixá-los trabalhar livremente e apenas observar os padrões, não interferindo então, na escolha dos grupos.

No Jogo em si:

A maioria dos participantes mostraram-se à vontade com o enunciado da atividade, porém, alguns relataram que não eram adeptos aos jogos, neste momento, os outros os incentivavam para que tentassem jogar naquele momento, criando desta forma, um clima de total descontração.

Alguns subgrupos realizaram a atividade mecanicamente, ou seja, jogaram uma partida do jogo de dominó (por exemplo) e encerraram a atividade, mesmo com a sessão ainda em andamento, porém, relataram que uma única rodada do jogo os fez se lembrarem de situações passadas, onde se abriu então, um espaço para que trouxessem à tona algumas histórias do passado (positivas ou negativas) onde houvesse o jogo envolvido, trabalhando-se desta forma com a memória explícita e episódica. Esta “roda de conversa” foi incentivada e os grupos trabalharam livremente, outros grupos criaram um clima de competição entre eles e repetiram várias jogadas, sendo que o que se observou foi que a tensão de vencer o desafio, de controlar a impulsividade, amenizou-se face à alegria, à motivação e ao envolvimento inerentes à situação.

No Momento final:

Da mesma forma que anteriormente, nos últimos 20 minutos foi realizada as conclusões, sendo que os participantes fizeram seus comentários livremente e também em grupo escreveram suas impressões. De uma forma geral, os participantes relataram sentirem-se estimulados pelos jogos, pois conforme viam os jogos na mesa, comentavam sobre eles envolvendo situações vividas anteriormente, tendo sido desta maneira despertado o interesse e a atenção para os jogos.

Observa-se, portanto, através do exemplo dado nas três sessões descritas, que este estudo buscou diversificar os jogos a fim de estimular, através de estratégias diversas os processos cognitivos relacionados a memória, atenção, fluência verbal e flexibilidade mental, assim como buscou estimular também, aspectos afetivo-emocionais. Em todos eles, foi dada especial atenção à participação efetiva do maior número de participantes, favorecendo inclusões e negociações.

Em todas as sessões foi possível resgatar aspectos da vida diária de cada um deles, tais aspectos emergiram durante os jogos, sendo que eles se lembraram de situações vividas na infância, trazendo inclusive alguns jogos e brinquedos da época (como o peão, por exemplo) e situações atuais (mostrando entusiasmo quando já conheciam o jogo e contando, inclusive a participação de campeonatos com a família ou mesmo com grupo de amigos). A mudança de paradigma em relação aos jogos também foi observada, quando uma das participantes se negava a se juntar ao grupo para a realização dos jogos de regra (como dominó, por exemplo), dizendo que tinha apenas recordações ruins a respeito dos jogos, devido a brigas ocorridas na família, porém, quando trabalhamos a questão da estimulação através dos jogos, a mesma se disponibilizou, mostrando inclusive um certo entusiasmo já nas sessões seguintes.

- **Relativos à avaliação e reavaliação**

Embora houve um acréscimo na pontuação total do MEEM, este não alcançou níveis de significância ($t = 1,80$; $p = 0,86$) (gráficos 1 e 2). Contudo, é importante ressaltar que houve uma quantidade maior de sujeitos na segunda avaliação, que atingiram pontuações mais elevadas no resultado total do MEEM, conforme pode ser observado no gráfico 3.

Quando fazemos uma análise de quais foram os subtestes que mais se favoreceram, encontramos que uma maior quantidade de sujeitos atingiram pontuações mais elevadas em tarefas de memória remota (gráfico 4).

Gráfico 1 – Resultado pontuação total do MEEM

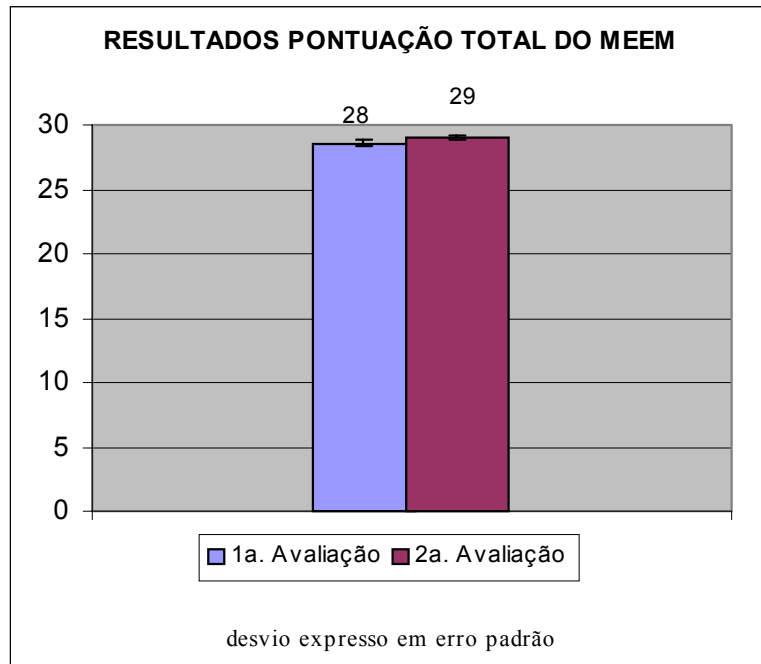


Gráfico 2 – Resultados dos Subtestes do MEEM

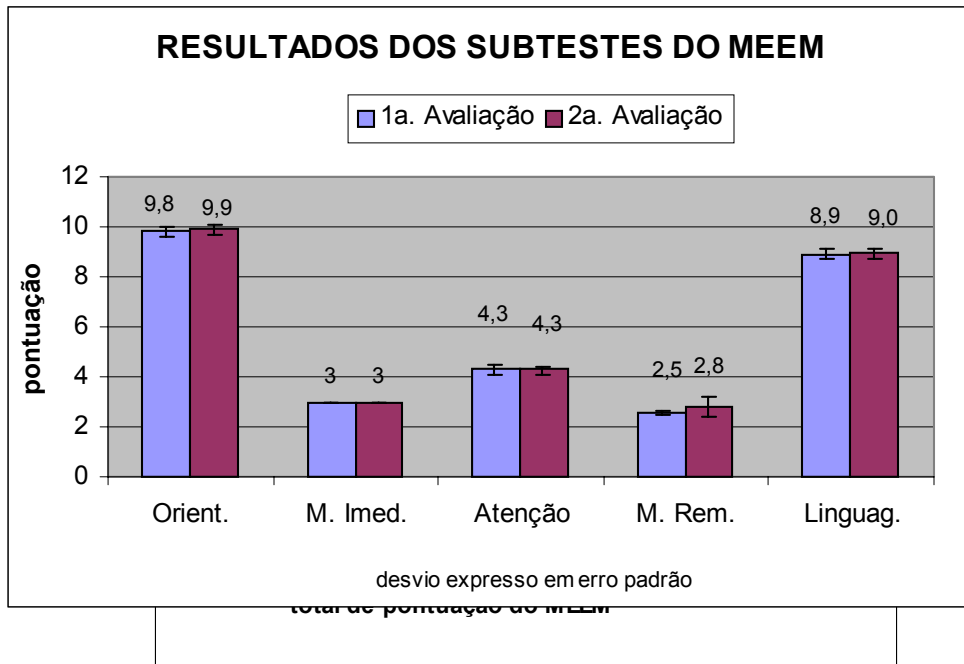
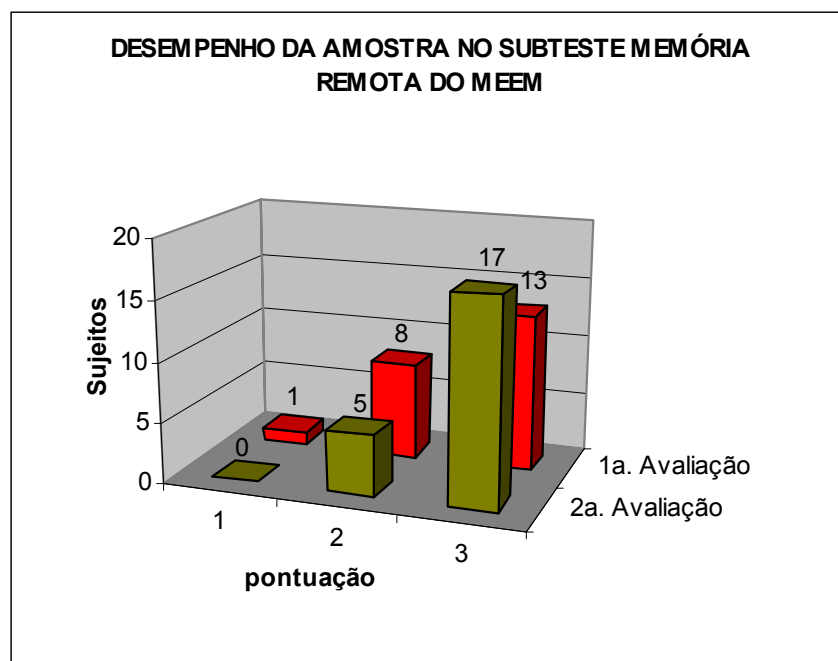


Gráfico 3 – Desempenho da Amostra no MEEM

Gráfico 4 – Desempenho da amostra no Subteste Memória Remota do MEEM



Nos testes de fluência verbal não foram evidenciadas diferenças na evocação de animais (fluência verbal semântica = $t = 0,125$; $p = 0,90$) nem de palavras (fluência verbal fonológica = $t = -0,156$; $p = 0,87$) conforme pode ser observado no gráfico 5. Porém, quando analisamos a quantidade de animais evocados pelo total da amostra, observamos que uma maior quantidade de sujeitos evocou mais de 15 animais, na segunda avaliação (gráfico 6). Também, dois sujeitos conseguiram evocar até 50 palavras no total da fluência verbal fonológica. O mesmo perfil entre a primeira e segunda avaliação foi observada no teste do relógio onde não houve mudanças em relação a sua produção ($t = -1,000$; $p = 0,32$).

Gráfico 5 – Resultados Fluência Verbal

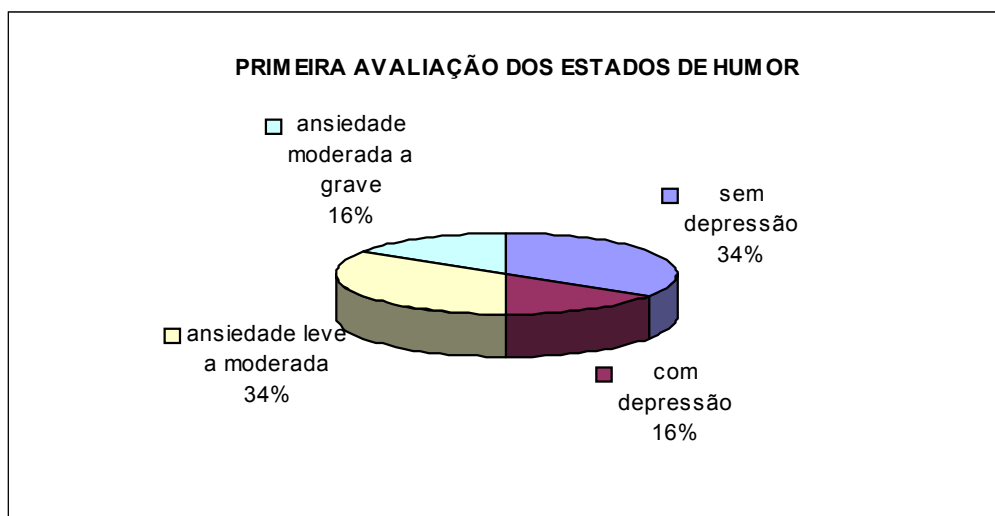
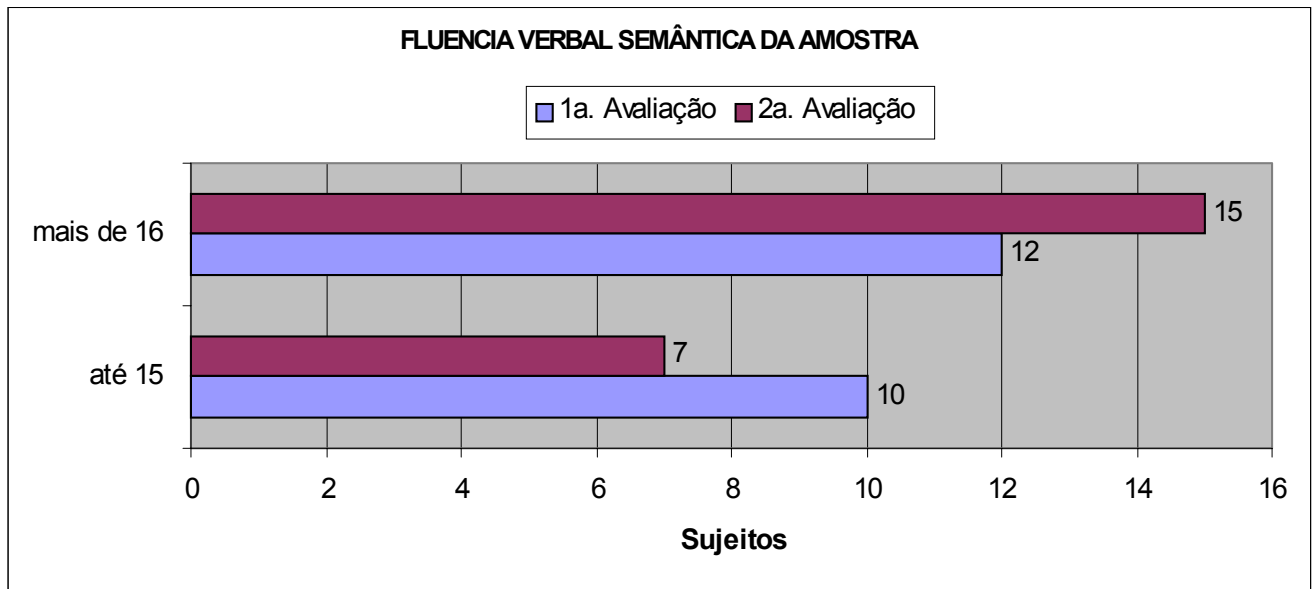


Gráfico 6 – Fluência Verbal Semântica da amostra



Entretanto, os resultados da segunda avaliação do teste Trail Making, apontaram um aumento no tempo de execução da forma A - juntar números - ($t = -1,204$; $p = 0,32$) e uma diminuição de tempo na forma B - juntar números e letras - ($t = 1,291$; $p = 0,21$), conforme gráfico 7. Contudo, conforme pode ser observado, ambas não atingiram níveis de significância. Também a quantidade de sujeitos que apresentaram erros na execução da tarefa na forma A diminuiu, enquanto houveram mais sujeitos que erraram na tarefa B (ver gráfico 8).

Gráfico 7 – Resultados Trail Making A e B

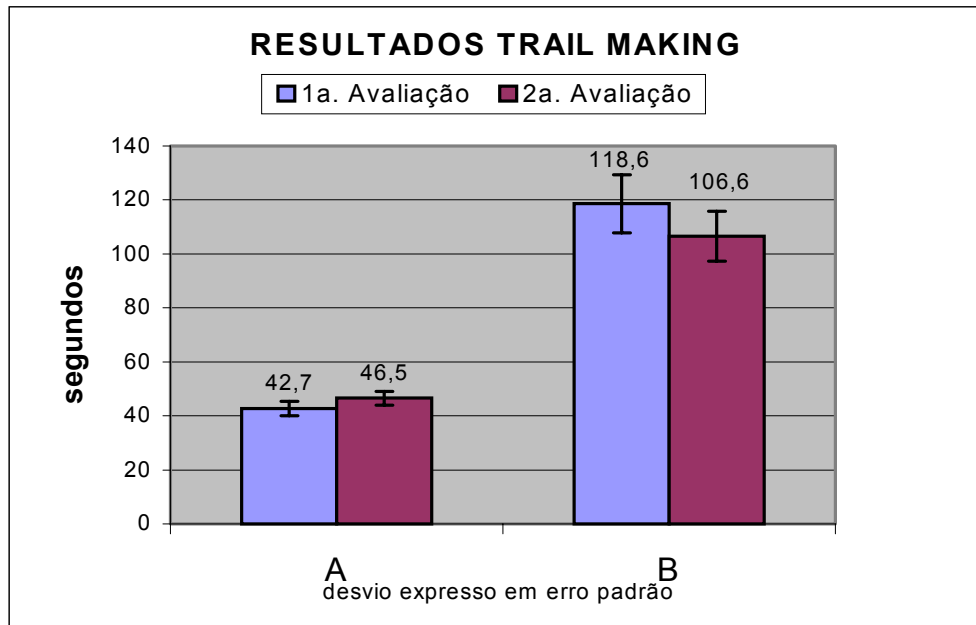
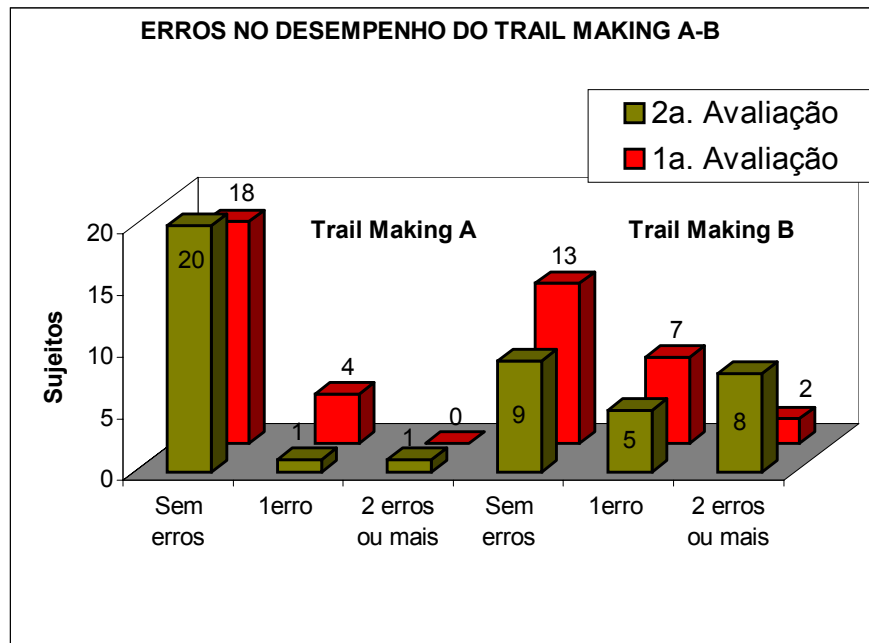


Gráfico 8 – Erros no desempenho do Trail Making A e B



Os resultados encontrados na escala que examina as atividades da vida diária, não mostraram diferença na segunda aplicação. Os resultados das escalas que avaliaram os estados de humor, mostraram uma diferença significativa entre a primeira e segunda aplicação, observando-se uma redução dos sintomas depressivos, GDS ($t = 2,88$; $p = < 0,01$), com mudanças nos índices de ansiedade IDATE ($t = 2,62$; $p = < 0,05$) (gráficos 9 e 10).

Gráfico 9 – Resultados da escala de Depressão

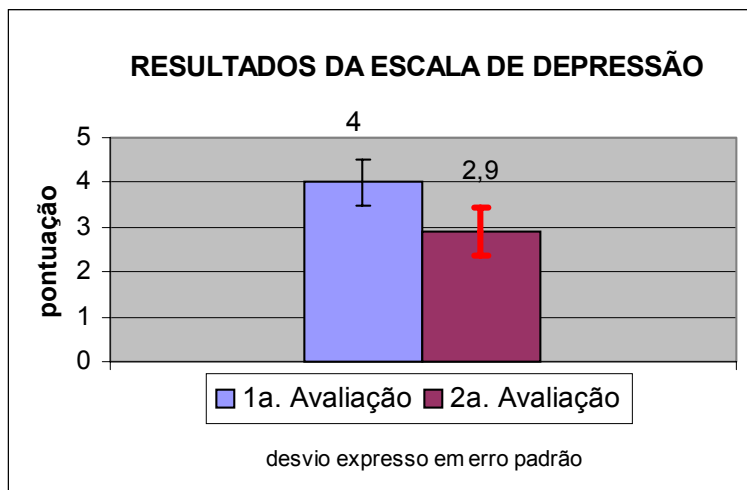
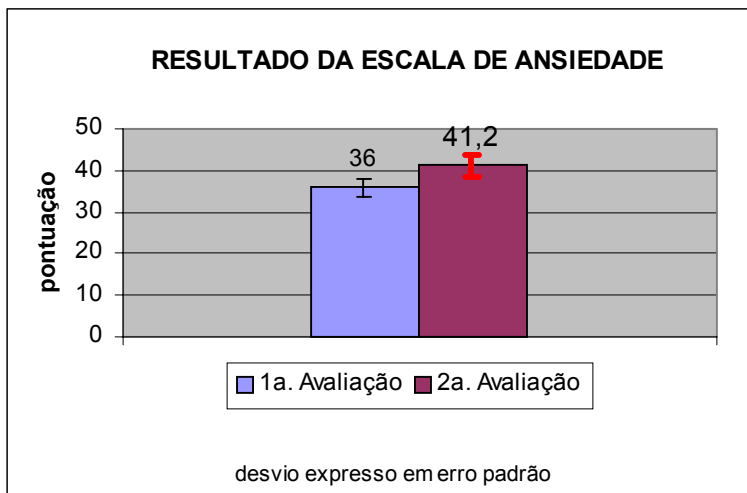


Gráfico 10 – Resultados da escala de Ansiedade



Quando realizamos a correlação dessas variáveis encontramos que na primeira aplicação a maioria da amostra apresentou índices de depressão baixos e graus de ansiedade leves a moderados ($r = 0,534$; $p \leq 0,05$), já na segunda aplicação observamos uma correlação entre o grau de ansiedade (com diminuição do grau leve a moderado) e de depressão (diminuição de sintomas depressivos) ($r = 0,708$; $p \leq 0,01$). Contudo, é importante salientar que 7% da população apresentou um grau de ansiedade grave, o que não aconteceu na primeira aplicação (ver gráficos 11 e 12).

Gráfico 11 – Primeira avaliação dos Estados de Humor

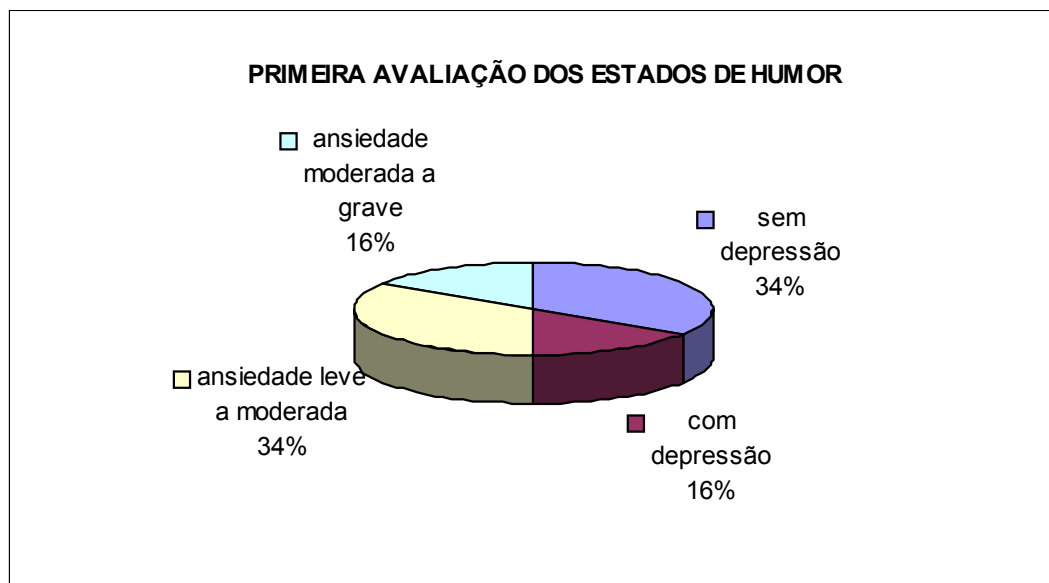
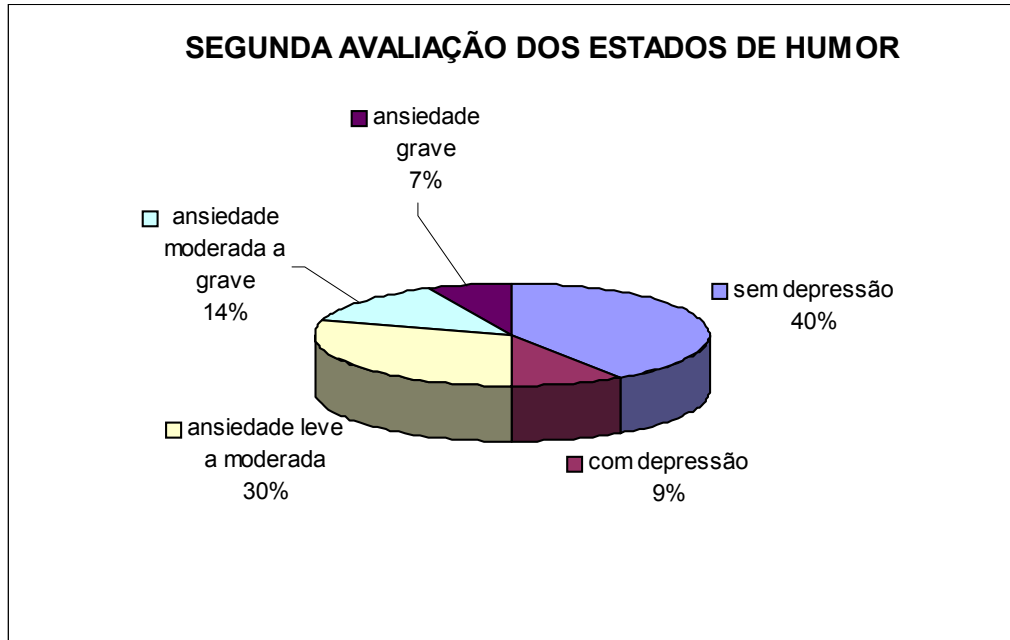


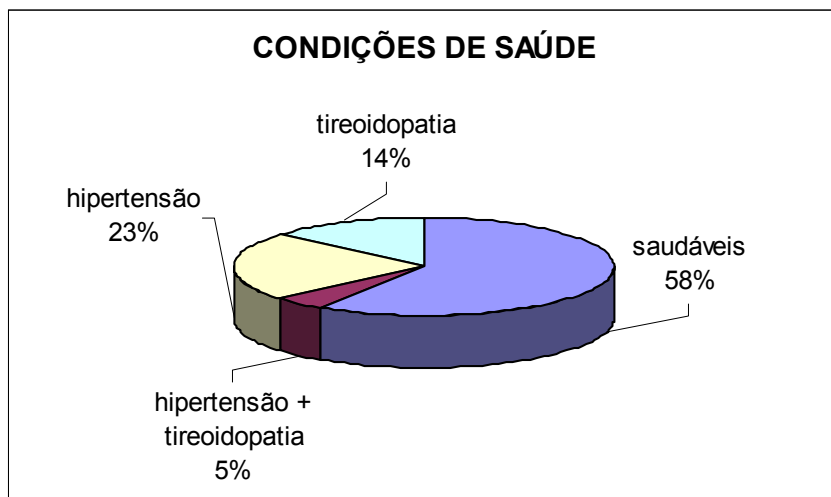
Gráfico 12 – Segunda avaliação dos Estados de Humor



Existiu ainda uma correlação negativa na segunda aplicação, onde os indivíduos mais ansiosos tiveram pior resultado na fluência verbal semântica ($r = -0,602$; $p \leq 0,01$). Ainda em relação à segunda aplicação, quanto maior o resultado no grau de ansiedade, maior lentidão na execução do teste das Trilhas A ($r = 0,591$; $p \leq 0,01$).

É importante salientar ainda, que na amostra deste estudo, também existiam sujeitos com riscos de saúde para desenvolver doenças neurológicas ou cardiovasculares (gráfico 13).

Gráfico 13 – Condições de saúde da amostra



Os resultados relativos a primeira e segunda avaliação mostraram diferenças significativas em relação aos estados de humor em idosos (depressão). Os dados deste estudo comprovam a visão de que a influência dos fatores psicossociais interferem diretamente nestes transtornos, e desempenham um papel significativo na vida do idoso, sendo que os principais fatores parecem ser os eventos severos da vida, perda de suporte social, ocorrência de doenças físicas do cônjuge ou viuvez recente, tendo um impacto profundo no paciente ou em sua família (COSTA, 2001). A partir desta abordagem, verifica-se como a participação em uma faculdade aberta para a terceira idade é benéfica, pois são espaços onde os idosos passam a ter um compromisso semanal, muitas vezes mais de três vezes por semana, interagindo com um grupo, tendo a possibilidade de receber informações sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento, atualização cultural, além de participação em atividades físicas como ginástica, ioga ou natação, atividades manuais e artísticas como grupos corais e cursos de artes plásticas, participam ainda, de passeios e festas de confraternização.

Em relação a este transtorno depressivo, observou-se que as intervenções lúdicas tiveram, importante papel para a melhora significativa dos resultados na escala de depressão, este fato pode ter se dado, principalmente pela participação nas atividades lúdicas, pois as mesmas oferecem a resignificação do prazer, processo este que faz com que o indivíduo se reequilibre

frente a vida e, combine melhor seus esquemas de assimilação e acomodação. E ainda, segundo Oliveira (1998), caracterizam-se por serem situações onde é mais prazeroso e mais fácil assimilar, aprender, havendo o predomínio da assimilação sobre a acomodação. Assim sendo, a tensão de vencer o desafio, de controlar a impulsividade, ameniza-se face à alegria, à motivação e ao envolvimento inerentes à situação.

É importante ressaltar, que as intervenções lúdicas, com duração de 18 sessões, que ocorreram por um semestre, apesar de terem importante relação com os resultados obtidos da primeira para a segunda avaliação, está associada ao programa onde esta pesquisa realizou-se, por se tratar de um curso com duração de quatro semestres e ter a participação dos sujeitos em diversas disciplinas, como descrito no capítulo “Faculdade Aberta para a Terceira Idade de São Bernardo do Campo”.

Os dados deste estudo são compatíveis com os obtidos em outros (LOURES, 2001; LEITE, 2002) sobre melhora da depressão em idosos que freqüentam as Faculdades Aberta para a Terceira Idade, mostrando, desta forma, que a atividade social desenvolvida por esses programas, é associado às diferença encontradas nos processos cognitivos e estados de humor. Sendo assim, há a necessidade de se verificar a real influência das atividades lúdicas nos resultados. Este poderia ser motivo de outro estudo, onde seria importante a introdução de um grupo-controle.

De forma inversa ao quadro depressivo, os resultados apontaram para um aumento na tendência aos transtornos de ansiedade nos idosos, resultado este, obtidos através de uma escala de ansiedade, onde os sujeitos fazem uma auto-avaliação, em relação a questões de seu cotidiano. Estudos (GALDINO, 2000; VENTURA e BOTTINO, 2002; BYRNE, 2002), associam esta tendência ao processo de envelhecimento e o aparecimento de queixas relacionadas a distúrbios da memória, causadas por múltiplas doenças, desde estresse, ansiedade e depressão, até as chamadas demências; outra justificativa associa o transtorno de ansiedade aos transtornos depressivos e à doença física. Os dados encontrados nesta pesquisa sugerem que o aumento da ansiedade possa estar relacionado a uma ampliação do campo da consciência dos participantes, sobre suas possibilidades e limitações, assim como sobre o processo de envelhecimento, como um todo (ganhos e perdas, acentuados através do curso todo) sendo, portanto, uma ansiedade voltada para uma transformação em seus hábito e costumes. Os resultados ainda estão de acordo

com a literatura, que diz que, sendo a depressão uma alteração de humor, esta pode vir associada à ansiedade (WHO, 1992).

A falta de mudanças significativa nos testes cognitivos pode também ter se dado como relativo ao processo de envelhecimento cognitivo, especialmente no que se refere às tarefas de flexibilidade mental, pois, é esperado, segundo a literatura que o desempenho no teste das trilhas (A e B), que avalia velocidade de processamento perceptual e flexibilidade mental, decaia com o envelhecimento (COREY-BLOOM *et al.*, 1996). Nesta pesquisa, observou-se a queda de desempenho significativo apenas quando comparados os resultados dos indivíduos com a apresentação de grau de ansiedade (leve a moderado, moderado a grave e grave).

Mais uma vez, este estudo aponta para a hipótese de que a introdução de um grupo controle pudesse responder a pergunta de que as estratégias lúdicas, desenvolvidas para estes idosos, contribuíram para o desempenho cognitivo, atrasando assim, a tendência ao rebaixamento na flexibilidade cognitiva, sendo assim, nos idosos que não participariam de atividades lúdicas (grupo controle) se encontraria piores resultados. Neste estudo, a produção de um número maior de palavras nos testes de fluência verbal, pode estar relacionada a um melhor funcionamento da flexibilidade cognitiva, já que a intervenção lúdica, privilegiou esta função no desenvolvimento das sessões.

Outra característica importante diz respeito aos sujeitos com riscos de saúde para desenvolver doenças neurológicas ou cardiovasculares (ROMÁN, 2002). Talvez, a participação destes sujeitos nos programas oferecidos à população que começa a envelhecer, seja um fator preventivo no aparecimento destas desordens, pois os resultados encontrados mostram uma estabilização das funções cognitivas da primeira para a segunda avaliação. De acordo com a literatura, existem perdas no envelhecimento cognitivo (COHEN, 1996; DAMASCENO, 1999), contudo, neste trabalho não foram observadas estas perdas. Uma das razões pode estar relacionada à estimulação cognitiva que estes sujeitos sofreram durante a participação do programa oferecido pela Faculdade Aberta para a Terceira Idade de São Bernardo do Campo, ou ainda, aos efeitos de prática que a exposição prévia aos estímulos e procedimentos dos testes, pode causar de influência no desempenho, interferindo na medida dos resultados finais. Essa interferência é ressaltada por (COLLIE *et al.*, 2003; FERRER *et al.*, 2004), embora estes efeitos sejam menores após dois anos de retestagem, como o ocorrido neste estudo.

Também, precisa-se ressaltar que os instrumentos de avaliação utilizados neste estudo, não foram tão sensíveis para detectar sutis mudanças cognitivas em sujeitos saudáveis, uma vez que são mais utilizados para a detecção do envelhecimento cognitivo patológico, desta forma, talvez uma bateria neuropsicológica mais ampla tivesse sido melhor para o estudo desta amostra.

O presente estudo buscou ressaltar a importância de se incluir nestes programas um trabalho sistematizado em relação à saúde mental do idoso, que esteja intimamente relacionado a uma melhor qualidade de vida e independência biopsicossocial, aqui, esta sistematização se deu através das atividades lúdicas, que podem ser oferecidas aos alunos das Faculdades Aberta para a Terceira Idade, pois, nos estudos relativos a estas faculdades, trata-se principalmente sobre a importância de uma mudança de paradigma em relação ao envelhecimento (auto-estima), de uma metodologia de ensino voltada para uma pedagogia para idosos (voltadas para a ordem psicológica e social), onde se tenta resgatar o sentido da velhice, o seu valor como cidadão, como pessoa. (LIMA, 2000; NERI E CACHIONI, 1999).

Desta forma, as Faculdades Aberta para a Terceira Idade são programas orientados à esta população que está envelhecendo e que oferecem diversos serviços aos mesmo, desde atividades de reciclagem cultural e aumento de conhecimento como também a inserção do idoso com o seu meio sociocultural. Assim, através desta pesquisa, verificou-se a escassez de trabalhos publicados que conjugue os serviços oferecidos pelas denominadas Faculdades para a Terceira Idade, com a importância da prevenção dos processos cognitivos, ou ainda, com um trabalho que sistematize esta prevenção.

6. CONCLUSÃO

5. CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos no presente trabalho, conclui-se que a participação de idosos em atividades lúdicas, as quais estimulam processos de socialização e cognição,

promovem uma melhora significativa em estados depressivos, uma vez que amenizam a tensão de vencer desafios, de controlar a impulsividade, e favorecem a alegria, a motivação e o envolvimento inerentes à situação. Este resultado é bastante expressivo, pois se sabe que a depressão no idoso é uma doença com importantes repercussões sociais e individuais devido ao fato de afetar não somente o convívio social, impossibilitando uma rotina de vida satisfatória, mas também pelo risco inerente de morbidade e cronicidade. Além disso, pode ser considerada uma doença potencialmente fatal, desde que há a possibilidade de suicídio em 15% dos casos, sendo também um dos distúrbios psiquiátricos mais prevalentes nos idosos.

Não foram constatadas neste estudo, diferenças estatisticamente significativas quanto aos fatores cognitivos, relativos à memória, atenção, fluência verbal e flexibilidade mental, verifica-se, contudo que os resultados encontrados significam uma estabilização dos processos cognitivos, sem o decréscimo esperado pela idade, podendo ser desta forma considerados benéficos para o envelhecimento, associando-se principalmente à estimulação cognitiva que estes sujeitos sofreram durante a participação no programa oferecido pela Faculdade Abertas para a Terceira Idade de São Bernardo do Campo. Esses resultados indicam, contudo, que novos estudos devem ser realizados, com a introdução de um grupo controle, aumentando o número de participantes e a escolhas dos testes, selecionando àqueles que avaliam funções cognitivas mais sensíveis para a população estudada (idosos saudáveis).

O presente estudo buscou intensificar a importância de se incluir nestes programas um trabalho sistematizado em relação à saúde mental do idoso, que esteja intimamente relacionado à uma melhor qualidade de vida e independência biopsicossocial, o que aqui se deu através das atividades lúdicas, que puderam ser oferecidas e desenvolvidas de forma muito satisfatória junto aos alunos da Faculdade Aberta para a Terceira Idade de São Bernardo do Campo, os quais reagiram com interesse e envolvimento frente às mesmas. A proposta metodológica de intercalar e relacionar os conteúdos temáticos relacionados ao envelhecer, com seus ganhos e riscos de perda, às atividades lúdicas surtiram resultados muito positivos, pois favoreceram à melhor compreensão e vivência dos assuntos tratados, assim como, promoveram uma forma de encarar o envelhecimento de forma mais realista e positiva.

Desta forma, as Faculdades Aberta para a Terceira Idade são programas orientados à esta população que está envelhecendo e que oferecem diversos serviços aos mesmo, desde

atividades de reciclagem cultural e aumento de conhecimento como também a inserção do idoso com o seu meio sociocultural. Assim, através desta pesquisa, verificou-se a escassez de trabalhos publicados que conjugue os serviços oferecidos pelas denominadas Faculdades para a Terceira Idade, com a importância da prevenção dos processos cognitivos, ou ainda, com um trabalho que sistematize esta prevenção.

Os dados obtidos mostram que a sistematização do programa da instituição pesquisada, associada a uma disciplina que dê conta dos processos mentais e cognitivos, com a utilização de estratégias lúdicas no envelhecimento é benéfico para o envelhecimento cognitivo e dos estados de humor.

7. ANEXOS

6. ANEXOS

(anexo 1)

UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, _____
consinto em participar do estudo: *“O Lúdico na Faculdade da Terceira Idade - Uma Abordagem Neuropsicológica”*, que tem por objetivo *“verificar a contribuição da utilização de*

estratégias lúdicas no envelhecimento cognitivo numa Faculdade Aberta para a Terceira Idade

Fui informado(a) que será utilizado para a coleta de dados “*o próprio espaço das aulas ou o consultório particular da autora deste projeto para aplicação dos testes neuropsicológicos*” e que este estudo tem caráter acadêmico e será coordenado pela “*Prof.ª Dr.ª Vera Maria Barros de Oliveira*” professora da Universidade Metodista de São Paulo.

Declaro, ainda, ter compreendido que não sofrerei nenhum tipo de prejuízo de ordem psicológica ou física e que minha privacidade será preservada. Concordo que os dados sejam publicados para fins acadêmicos ou científicos, desde que seja mantido o sigilo sobre minha participação. Estou também ciente de que poderei, a qualquer momento, comunicar minha desistência em participar do estudo.

(Local e data)

(Assinatura do participante da pesquisa ou responsável)

(Documento de Identificação)

(Assinatura do coordenador da pesquisa)

(anexo 2)

SESSÕES LÚDICAS

1ª sessão

Introdução ao tema da disciplina “Memória” para que todos os participantes pudessem estabelecer vínculo entre eles, a docente e a própria disciplina, no sentido de expor com clareza suas necessidades e expectativas.

Foi realizado um questionário aberto para que os alunos fizessem suas colocações:

- Qual a importância de sua participação nestas aulas

- O que você espera ver/ouvir nestas aulas
- Cite alguns episódios que você tenha vivenciado onde tenha percebido que sua memória tenha sido falha (consigo próprio ou com alguém que você conheça)

A partir destas colocações, as pessoas puderam falar livremente sobre suas respostas de modo que todos participassem.

2ª sessão

Sessão interativa verbal sobre o funcionamento dos processos da memória, ressaltando a importância da qualidade de vida nos fatores biopsicossocial e os benefícios da estimulação das funções cognitivas.

3ª sessão

Em função do tema abordado foi realizada uma sessão prática com a execução de algumas atividades lúdicas individuais, através de jogos verbais de memória, associados a ritmo, rimas e dificuldades articulatórias, como descrito abaixo (BATLLORI, 2001):

1. A Roda

Funções cognitivas que são estimuladas nesta atividade:

- Processos de memória declarativa, operacional e de evocação
- Linguagem e cognição

Desenvolvimento:

- Entrega-se um trava-língua para ser memorizado em dois minutos ou mais, sem indicar o que deverá ser feito a seguir. Depois desse tempo, pede-se ao aluno para escreve-lo (ou recitá-lo). Se não conseguir da primeira vez, repete-se o exercício.

Tarefa:

- “Quantas vezes aparece a letra R no trava-língua?”.

MEMORIZAR O TRAVA-LÍNGUAS DURANTE DOIS MINUTOS. DEPOIS DISSO, FAZER O QUE É PEDIDO.

*“RODO E RODO COM A RODA,
SE A RODA TOMBO,
QUEBRO O OMBRO.”*

2. Piu-piu

Funções cognitivas que são estimuladas nesta atividade:

- Processos de memória declarativa, operacional e de evocação
- Linguagem e cognição

Desenvolvimento:

- Entrega-se um trava-língua para que o aluno memorize em três minutos ou mais. Depois desse tempo, ele terá que responder uma pergunta.

Tarefa:

- Quantas vezes repete-se a palavra “passarinheiro” no texto que você acaba de ler?

EM TRÊS MINUTOS TENTAR LEMBRAR O SEGUINTE TRAVA-LÍNGUA. DEPOIS DESSE TEMPO, RESPONDER À PERGUNTA.

*PIU, PIU PASSARINHEIRO.
PASSARINHOS, PIU, PIU
PIAM, PIAM, PASSARINHOS
PIU, PIU, PASSARINHEIRO.
PASSARINHEIRO, PASSARINHOS,
PASSARINHOS, PASSARINHEIRO*

3. A última é a primeira

Funções cognitivas que são estimuladas nesta atividade:

- Processos de memória declarativa e semântica
- Atenção concentrada e sustentada
- Fluência verbal categoria semântica

Desenvolvimento:

- Escrever em um papel o que é pedido no enunciado, embora, de acordo com os conhecimentos dos alunos, possa ser ampliado o número de palavras. No final, cada um lerá o que escreveu e os outros escreverão embaixo de seu trabalho os nomes que não aparecerem em sua lista.

ENCONTRAR 12 PALAVRAS QUE COMEÇEM COM Z E TERMINEM COM A, ISTO É, QUE COMECEM COM A ÚLTIMA LETRA DO ABECEDÁRIO E TERMINEM COM A PRIMEIRA.

4. Cinco vogais

Funções cognitivas que são estimuladas nesta atividade:

- Processos de memória declarativa e semântica
- Atenção concentrada e sustentada
- Fluência verbal categoria semântica

Desenvolvimento:

- Escreva em um papel o que é pedido. Sabendo que sem esforço podemos encontrar facilmente uma centena de palavras com as características que são pedidas, podemos solicitar mais do que cinco, dependendo da idade e do conhecimento dos alunos

ESCREVER NO MÍNIMO 10 PALAVRAS QUE CONTENHAM AS CINCO VOGAIS DE
SÓ VEZ.

4ª sessão

Sessão interativa verbal sobre a importância da auto-estima e dos contatos efetivos sociais na preservação do envelhecimento cognitivo saudável e na prevenção do envelhecimento patológico.

5ª sessão

Em função do tema abordado foi realizada uma sessão prática com a execução de algumas atividades lúdicas, através de jogos que estimularam principalmente aspectos de flexibilidade mental e funções executivas, como descrito abaixo (BATLLORI, 2001):

1. O Jantar

Funções cognitivas que são estimuladas nesta atividade:

- Flexibilidade mental
- Capacidade lógica
- Função executiva

Desenvolvimento:

- Deve-se resolver o seguinte problema, exigindo a justificativa da resposta e, se não for correta, devolver o problema para ser feito novamente; se for oportuno, pode ser dada alguma dica como, por exemplo, mostrar onde está o erro da dedução.

RESOLVER ESTE PEQUENO ENIGMA FAMILIAR:

“MEU TIO ORGANIZOU UM JANTAR E CONVIDOU O CUNHADO DE SEU PAI, O SOGRO DE SEU IRMÃO, O IRMÃO DE SEU SOGRO E O PAI DE SEU CUNHADO”

VOCÊ SABERIA DIZER QUANTAS PESSOAS SENTARAM-SE À MESA?

2. A confusão dos irmãos

Funções cognitivas que são estimuladas nesta atividade:

- Flexibilidade mental
- Capacidade lógica
- Função executiva

Desenvolvimento:

- Resolver o problema seguinte em três minutos ou mais, se a solução não for correta podem ser usados lápis e papel e pedir para desenhar, facilitando a solução

RESOLVER ESTE PEQUENO ENIGMA FAMILIAR:

“VOCÊ PODE DIZER QUAL É A RELAÇÃO QUE TEM COMIGO O FILHO DO ÚNICO IRMÃO DA ÚNICA IRMÃ DE MEU PAI, QUE TEM UM SÓ FILHO?”

6ª sessão

1. A confusão das pizzas

Funções cognitivas que são estimuladas nesta atividade:

- Flexibilidade mental
- Capacidade lógica
- Função executiva

Desenvolvimento:

- Deve-se resolver o seguinte problema, exigindo a justificativa da resposta e, se não for correta, devolver o problema para ser feito novamente; se for oportuno, pode ser dada alguma dica como, por exemplo, mostrar onde está o erro da dedução.

PARA UM LANCHE APÓS O CINEMA, CINCO CASAIS - OS CASTRO, OS LIMEIRA, OS MORAES, OS NUNES E OS FIGUEIREDO - DECIDIRAM COMER UMA PIZZA NA CANTINA ITALIANA. CADA UM DOS CASAIS PEDIU UM TIPO DIFERENTE DE PIZZA (SEM ORDEM ESPECÍFICA): DE ANCHOVAS, DE MILHO VERDE, DE COGUMELO, DE CEBOLA E DE LINGÜIÇA CALABRESA; E UM TAMANHO DIFERENTE DE PIZZA, QUE VARIOU ENTRE 40, 35, 30, 25 E 20 CENTÍMETROS DE DIÂMETRO. QUANDO VIERAM AS CONTAS, CADA CASAL DEVERIA UMA QUANTIA DIFERENTE DE DINHEIRO POR SUA PIZZA, VARIANDO ENTRE 7,50; 7,00; 6,75; 6,25 E 6,00 REAIS. PELAS DICAS ABAIXO, VOCÊ PODERÁ DEDUZIR O TIPO E O TAMANHO DE PIZZA QUE CADA PAR ORDENOU, E O PREÇO PAGO:

1. A PIZZA QUE OS MORAIS PEDIRAM CUSTOU MAIS DE 6,00 REAIS.
2. A PIZZA DE 30 CM DE DIÂMETRO CUSTOU 0,50 CENTAVOS A MENOS DO QUE A PIZZA DE COGUMELO E A PIZZA DE COGUMELO CUSTOU MENOS QUE A PIZZA DE LINGÜIÇA CALABRESA.
3. A PIZZA DOS CASTRO CUSTOU MAIS DO QUE A PIZZA DE 35 CM DE DIÂMETRO.
4. A DOS LIMEIRA CUSTOU 0,75 CENTAVOS A MAIS DO QUE A PIZZA DE 25 CM DE DIÂMETRO.
5. A PIZZA DE ANCHOVAS CUSTOU 0,75 CENTAVOS A MAIS DO QUE A PIZZA DE 20 CM DE DIÂMETRO.
6. A DOS FIGUEIREDO CUSTOU 0,75 CENTAVOS A MAIS DO QUE A PIZZA DE CEBOLA, QUE NÃO ERA A MAIS BARATA.

7ª sessão

Sessão interativa verbal sobre a importância dos aspectos cognitivos como atenção e flexibilidade mental e, principalmente a respeito de como cada um de nós podemos desenvolver atitudes positivas e conscientes frente ao envelhecimento e suas conseqüências.

8ª sessão

Em função do tema abordado foi realizada uma sessão prática com a execução de algumas atividades lúdicas, através de jogos que visavam estimular processos atencionais, como descrito abaixo (BATLLORI, 2001)

1. Adivinhação fantasma

Funções cognitivas que são estimuladas nesta atividade:

- Desenvolver a atenção concentrada e sustentada
- Função executiva

Desenvolvimento:

- Acertar uma adivinhação em que primeiro devem ser colocadas as vogais que faltam e que estão marcadas com um asterisco (*)

RESOLVER A ADIVINHAÇÃO COLOCANDO AS VOGAIS QUE FALTAM E QUE ESTÃO MARCADAS COM UM * CADA UMA.

Q**m s*r*, q**m s*r*,

Q** d* n**t* *s v*z*s *p*r*c* * d* d** v** *mb*r*?

2. Qual é?

Funções cognitivas que são estimuladas nesta atividade:

- Processos de memória declarativa e operacional
- Desenvolver a atenção sustentada
- Fluência verbal fonológica

Desenvolvimento:

- Expor o enunciado e dar dois minutos ou mais para pensar no nome pedido. Pode-se também, depois de expor o enunciado, ir para outro jogo e dar o resultado depois.

LEMBRAR E ANOTAR NOMES MASCULINO QUE NÃO TENHA NENHUMA DAS LETRAS DA PALAVRA CARLOS.

3. Você sabe ler ao contrário?

Funções cognitivas que são estimuladas nesta atividade:

- Flexibilidade mental
- Capacidade de observação
- Atenção concentrada

Desenvolvimento:

- Ler o que está escrito, só que ao contrário, isto é, começando pela última palavra e lendo da direita para a esquerda. Enquanto faz a leitura pode-se recitar oralmente ou ir escrevendo. Depois deve-se explicar o que é perguntado.

LER O TEXTO EM VOZ ALTA, COMEÇANDO PELA ÚLTIMA PALAVRA (PARTE INFERIOR DIREIRA DO TEXTO). DEVE-SE IR LENDO AO CONTRÁRIO AS PALAVRAS COMPLETAS, COMO SE FAZ NORMALMENTE. QUANDO TERMINAR DE LER, REPONDER À PERGUNTA.

INUNDADOS CAMPOS EM PLANTAM O POR QUE? ARROZ PLANTAREM JAPONESES OU CHINESES, INDONÉSIOS TELEVISÃO NA VIU VOCÊ CERTEZA COM.

9ª sessão

Apresentação em vídeo: “Funcionamento da Memória” - Globo Repórter (1988)

Após a apresentação do vídeo, abre-se espaço para comentários, dúvidas e relatos pessoais, permitindo dessa forma uma participação efetiva.

10ª sessão

Apresentação em vídeo: Parkinson – Vídeos Saúde Brasil (2001)

Após a apresentação do vídeo, abre-se espaço para comentários, dúvidas e relatos pessoais, permitindo dessa forma uma participação efetiva.

11ª sessão

1. Brincadeira simbólica com estimulação da memória

Funções cognitivas que são estimuladas nesta atividade:

- Desenvolver a memória remota e operacional
- Melhorar a capacidade de observação

Desenvolvimento:

- Pediu-se aos participantes para tirarem o relógio ou outro objeto pessoal e colocassem em uma mesa. A seguir, foi distribuído folha sulfite e lápis de cor e pedido para que os mesmos desenhassem o seu objeto com o máximo de detalhes, depois os desenhos foram misturados e distribuídos aleatoriamente, de forma que ninguém ficasse com o seu próprio. De posse de um desenho com a representação gráfica de um objeto pessoal, os participantes deveriam encontrar o objeto. A atividade apresenta desafios do tipo: “O participante conseguiu lembrar-se de seu objeto?” “Foram desenhados os detalhes do objeto?”.

12ª sessão

1. Jogos de regra

Funções cognitivas que são estimuladas nesta atividade:

- Através de jogos de regras desenvolve-se e fortalece aspectos como a socialização, raciocínio lógico-matemático, organização lógica, organização espaço-temporal, memória, atenção, entre outros. Para estas atividades utilizaram-se jogos como Dominó,

Senha, Jogo da Memória, jogos de circuito tipo Ludo, Palavras Cruzadas (jogos tradicionais).

Desenvolvimento:

- *Será dado aqui como exemplo o Jogo de Dominó: É apresentado aos alunos, em grupos de quatro participantes, este jogo de regra denominado como Dominó, fazendo-os com que lembrem as regras originais explorando desta forma a evocação da memória a longo prazo. (regras: 7 pedras para cada participante, começa o jogador que tem a pedra dupla maior, o adversário deve continuar fazendo par através da combinação dos números - emparelhamento correspondência biunívoca - ganha quem descartar todas as pedras primeiro). Abre-se também um espaço para que tragam à tona algumas histórias do passado (positivas ou negativas) onde há o jogo do Dominó envolvido, trabalhando-se desta forma com a memória explícita e episódica. Além disso, em uma partida de Dominó estamos privilegiando o processamento mental em atenção, concentração e raciocínio.*

13ª sessão

1. Jogos de regra

Funções cognitivas que são estimuladas nesta atividade:

- Através de jogos de regras desenvolve-se e fortalece aspectos como a socialização, raciocínio lógico-matemático, organização lógica, organização espaço-temporal, memória, atenção, entre outros. Para estas atividades utilizaram-se jogos como Dominó, Senha, Jogo da Memória, jogos de circuito tipo Ludo, Palavras Cruzadas (jogos tradicionais).

Desenvolvimento:

- Aqui, sugeriu-se aos mesmos grupos, que “inventassem” uma nova regra para o jogo, ou seja, que utilizassem as pedras do jogo, com novas regras, desenvolvendo assim, a *memória prospectiva* (planejamento, organização e monitoração de informações) além de privilegiar a *flexibilidade mental*.

14ª sessão

Apresentação em vídeo: “Memória” - Globo Repórter (2002)

Após a apresentação do vídeo, abre-se espaço para comentários, dúvidas e relatos pessoais, permitindo dessa forma uma participação efetiva.

15ª sessão

Apresentação em vídeo: Doença de Alzheimer – Vídeos Saúde Brasil (1997)

Após a apresentação do vídeo, abre-se espaço para comentários, dúvidas e relatos pessoais, permitindo dessa forma uma participação efetiva.

16ª sessão

1. Jogos de regra

Funções cognitivas que são estimuladas nesta atividade:

- Através de jogos de regras desenvolve-se e fortalece aspectos como a socialização, raciocínio lógico-matemático, organização lógica, organização espaço-temporal, memória, atenção, entre outros. Para estas atividades utilizaram-se jogos como Dominó, Senha, Jogo da Memória, jogos de circuito tipo Ludo, Palavras Cruzadas (jogos tradicionais).

Desenvolvimento:

- Nesta aula foi solicitado que os alunos em grupo, escolhessem um jogo diferente que o escolhido na primeira apresentação dos jogos (11ª sessão).

17ª sessão

1. Jogos de regra

Funções cognitivas que são estimuladas nesta atividade:

- Através de jogos de regras desenvolve-se e fortalece aspectos como a socialização, raciocínio lógico-matemático, organização lógica, organização espaço-temporal, memória, atenção, entre outros. Para estas atividades utilizaram-se jogos como Dominó,

Senha, Jogo da Memória, jogos de circuito tipo Ludo, Palavras Cruzadas (jogos tradicionais).

Desenvolvimento:

- Aqui, sugeriu-se aos mesmos grupos, que “inventassem” uma nova regra para o jogo, ou seja, que utilizassem o jogo, com novas regras, desenvolvendo assim, a *memória prospectiva* (planejamento, organização e monitoração de informações) além de privilegiar a *flexibilidade mental*.

18ª sessão

Nesta sessão foi realizado o encerramento do processo das intervenções lúdicas, onde foi pedido para que os alunos pensassem e a seguir escrevessem suas impressões a respeito das sessões, jogos e exercícios realizados de acordo com a disciplina “Memória”. As sugestões e comentários foram discutidas dentro do grupo.

8. REFERÊNCIAS

6. REFERÊNCIAS

- ABRISQUETA-GOMEZ, J. Reabilitação da Memória no Idoso não Demenciado. In. SBNp. *Tecnologia em (Re) Habilitação Cognitiva*. São Paulo: SBNp., p. 309 – 315, 2000.
- ABRISQUETA-GOMEZ, J. *Comprometimento Cognitivo Leve*. Alzheimer Hoje. São Paulo, v. I, n. 2, p. 5-7, 2000.
- ABRISQUETA-GOMEZ, J. *Reabilitação da Memória*. In. Neuro Psicologia & Aprendizagem. São Paulo: TecMedd. p. 439 – 450, 2004.
- ACOSTA, M. A. F. A ludicidade na terceira idade. In: PIRES DOS SANTOS, S. M. (org.) *Brinquedoteca: A criança, o adulto e o lúdico*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- AGUIAR, W. M.; DUNNINGHAM, W. *Depressão geriátrica: Aspectos clínicos e terapêuticos* (Boletim CBPTD). Arquivos Brasileiros de Medicina, v. 67 (Suplemento), p. 297-298, 1993.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. *Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS): Versão reduzida*. Arquivos de Neuropsiquiatria, v. 57, p. 421-426, 1999.
- ALMEIDA, O. P.; NITRINI, R. *Demência*. São Paulo: Fundação Byk, 1998.
- ANTUNES, C. O jogo e o brinquedo na escola. In: PIRES DOS SANTOS, S. M. (org.) *Brinquedoteca: A criança, o adulto e o lúdico*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais* (4ª Ed.). Washington, DC.: APA, 1994.
- ÁVILA, R.; MIOTTO, E. C. *Funções executivas no envelhecimento normal e na doença de Alzheimer*. Jornal Bras. Psiquiatr. v. 52, n. 1, p. 53-63, 2003.
- BADDELEY, A. D. *Human Memory: theory and practice*. Hillsdale N. J.: Lawrence Erlbaum Associates, 1990.
- BATLLORI, J. *Jogos para treinar o cérebro: Desenvolvimento das Habilidades Cognitivas e Sociais*. São Paulo: Madras, 2001.
- BEAUVOIR, S. *A Velhice*. São Paulo: Nova Fronteira, 1990.

BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.* *O Mini-Exame do Estado Mental em uma população Geral: Impacto da Escolaridade.* Arq. Neuropsiquiat. São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BERTOLUCCI, P. H. F. *et.al.* *Desempenho da população brasileira na bateria neuropsicológica do Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD).* Arq Neuropsiquiat. São Paulo, v. 25, n. 2, p. 80-83, 1998.

BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.* *Applicability of the CERAD neuropsychological battery to brazilian elderly.* Separata. Arq Neuropsiquiatria, v. 59, n.. 3-A, p. 532-536, 2001.

BLAZER, D. G.; KOENING, H. G. Transtornos do humor. In: BLAZER, D. G. & BUSSE, W. (orgs.), *Psiquiatria geriátrica.* Porto Alegre: Artmed, 1999.

BLAY, S. L. *Distúrbios psiquiátricos no idoso: Extensão do problema, fatores associados e questões assistenciais.* Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 38, 53-54, 1989.

BLEGER, J. *Psico-Higiene e Psicologia Institucional.* Trad. Emília de Oliveira Diehl. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

BOBBIO, N. *O tempo da memória: De senectude e outros aspectos autobiográficos.* Rio de Janeiro: Campus, 1997.

BRUCKI, S. M. D. *et al.* *Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease.* In. Aspectos Epidemiológicos. Arq. Neuropsiquiat. vol. 52 (Sup), 1994.

BRUCKI S. M. D.; MALHEIROS S. M. F.; OKAMOTO I. H.; BERTOLUCCI P. H. F. *Dados normativos para o uso do teste de fluência verbal categoria animais em nosso meio.* Arq Neuropsiquiatr v. 55, p. 56-61, 1997.

BRUCKI, S. M. D. *et al.* *Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil.* Arq. Neuropsiquiatr. v. 61, a. 3 B, p. 777-781, 2003.

BYRNE, G. J. A. *Que ocorre com os transtornos da ansiedade na terceira idade?* Rev. Bras. Psiquiat, v. 24, p. 74 – 80, abr., 2002.

CHARCHAT-FICHMAN H. *Heterogeneidade neuropsicológica no processo de envelhecimento: transição do normal aos estágios iniciais da doença de Alzheimer.* Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.

CHARCHAT-FICHMAN H.; CARAMELLI P.; SAMESHIMA, K.; NITRINI, R. *Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento.* Ver. Bras. Psiquiatr. v.27, n. 12, p. 79-82, 2005.

COHEN, G. Memory and Learning in Normal Ageing. In: *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing*. Ed. Woods RT, John Wiley & Sons, New York, p 43-58, 1996.

COLLIE, A. *et al.* *The Effects of practice on the cognitive test performance of neurologically normal individuals assessed at brief test-retest intervals*. Journal of the International Neuropsychological Society, v. 9, p. 419-428, 2003.

COREY-BLOOM, J. *et al.* *Diagnosis and evaluation of dementia*. Neurology; v. 45, p. 211-218, 1995.

COREY-BLOOM, J. *et al.* *Cognitive and functional status of the oldest old*. Journal of the American Geriatric Society, v. 44, p. 671-674, 1996.

COSTA, L. V. A. *Política nacional do idoso: perspectiva governamental*. Anais do I Seminário Internacional do Envelhecimento Populacional: Uma agenda para o fim do século. MPAS, Brasília, 1988.

COSTA, E. M. S. *Gerontodrama: A velhice em cena*, Ágora, São Paulo, 1998.

COSTA, E. F. A; PORTO, C. C; ALMEIDA, J. C *et al.* *Semiologia do Idoso*. In: PORTO, C.C. (ed). *Semiologia médica* . 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, v. 9, p.165-197, 2001.

CROOK, T.; BARTUS, R. T., FERRIS, S. H. *et al.* *Age-associated memory impairment: proposed diagnostic criteria and measures of clinical change – report of a National Institute of Mental Health work Group*. Dev. Neuropsychol, v. 2, p. 261-276, 1986.

CROSSLEY, M. D.C. & RAWSON, N. S. B. *Latter and category fluency in community-dwelling Canadian seniors: a comparison of normal participants to those with dementia of the Alzheimer or vascular type*. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, v. 19, p. 52-62, 1997.

CUNHA, N. H. S. *O brincar e as necessidades especiais*. In: PIRES DOS SANTOS, S. M. (org.) *Brinquedoteca: A criança, o adulto e o lúdico*. Petrópolis: Vozes, 2003.

DAMASCENO, B. P. *Envelhecimento Cerebral: O problema dos limites entre o normal e o patológico*, Arq. Neuropsiquiatr, v. 57, ano 1, p. 78-83, 1999.

DAMASIO, A. R. *O mistério da consciência: do corpo e das emoções ao conhecimento de si*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

DICIONÁRIO da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.

DICKERSON, B. E. *et al.* *A 21st century challenge to higher education: Integrating the older person into academia*. In: SHERROM, R. H. e LUMSDEN, D. B. (org.) *Introduction to educational gerontology*. Nova York: Hemisphere, 1990.

DOENÇA de Alzheimer. Série Saúde Brasil. Realização Aguilla Comunicação, 1997. 1 fita de vídeo (30 min.) VHS, son., color.

ENGELHARDT, E. *et al.* Galantamina no tratamento da DA: da pesquisa ao paciente. Revista brasileira de Neurologia. v. 37, n. 2, p. 6-16, 2001.

ESTATUTO DO IDOSO, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.

FERRER, E. *et al.* Modeling age and retes processes in longitudinal studies of cognitive abilities. Psychology and Aging, v. 19, n. 2, p. 243-259, 2004.

FOLSTEIN, M. F. *et al.* Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinical. J. Psychiatr. v. 12, p. 189-198, 1975.

FORLENZA, O. V.; CARAMELLI, P. *Neuropsiquiatria Geriátrica*. São Paulo: Atheneu, 2000.

FORLENZA, O. V.; NITRINI, R. Doença de Alzheimer. In: FRÁGUAS, R. Jr.; FIGUEIRÓ J.A.B. (eds). *Depressões Secundárias: Depressões associadas a condições médicas e medicamentos*. Rio de Janeiro: Atheneu, p.109-118, 2001.

FRATIGLIONI, L.; AMADUCI, L. An epidemiological survey of Alzheimer disease. In: BATTISTIN, L.; GESTERBRAND, F. (Eds.). *Aging brain and dementia*. New York: Wiley-Liss, p.16-29, 1990.

FRANCIOLI, L. L. *O papel da universidade na reinserção social do idoso*. A Terceira Idade: São Paulo, v. 10, n. 18, p. 59-67, 1999.

FRUTUOSO, D. *A Terceira Idade na Universidade: Relacionamento entre Gerações no 3º milênio*. Rio de Janeiro: Ágora da Ilha, 1999.

FUNCIONAMENTO da Memória. Videoteca Global. Globo Repórter, 1988. 1 fita de vídeo (1 h.), VHS, son., color.

GALDINO, J. M. S. Ansiedade, depressão e coping em idosos. Tese (Mestrado) Universidade São Paulo, Escola de Enfermagem, 2000.

GIUBILEI, S. *Trabalhando com adultos, formando professores*. Tese (Doutorado). Unicamp, Faculdade de Educação, Campinas: 1993.

GUIMARÃES R. M. *et al.* Depressão: A morbidade oculta em pacientes idosos cirúrgicos. Brasília: Brasília Médica, v. 34, p. 5-14, 1997.

GUEDES, N. M. e VAHL, I. A. C. O despertar de uma força: Experiência da Universidade Federal de Santa Catarina com a população idosa. In: *A população idosa no Brasil*. I Seminário Nacional de Especialistas Multidisciplinares em Terceira Idade. Belo Horizonte, Fundação João Pinheiro, 1992.

- GUERREIRO, T.; CALDAS, C. P. *Memória e Demência: (re) conhecimento e cuidado*, Rio de Janeiro: UnATI, 2001.
- HERRERA Jr.; E.; CARAMELLI P.; NITRINI R. *Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva – estado de São Paulo – Brasil*. Revista de Psiquiatria Clínica. São Paulo, v. 25, n. 2, p. 70-73, 1998.
- HODGES, J. R.; MILLER, B. *The Classification, Genetics and Neuropathology of Frontotemporal Dementia: Introduction to the Special Topic Papers: Part I*. Neurocase v. 7, p. 31-35, 2001.
- IBGE Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil*. Rio de Janeiro, 2000.
- IZQUIERDO, I. *Memória*. Porto Alegre: ArtMed, 2002.
- JORDÃO NETTO, A. *Gerontologia Básica*, São Paulo: Lemos, 1997.
- JORM, A. F.; JACOMB, P. A. *The informant questionnaire on cognitive decline in the elderly (IQCODE): Sociodemographic correlates, reliability, validity and some norms*. Psychol Med. v.19, p. 1015-1022, 1989.
- KALARIA, R. N.; BALLARD, C. *Overlap Between Pathology of the Alzheimer Disease and Vascular Dementia*. Alzheimer Dis Assoc Disord v. 13 (Supl. 3), p. 115-123, 1999.
- KANDEL, E. R.; SCHWARTZ, J. H.; JESSELL T. M. Aging of brain and dementia of the Alzheimer type. In: KANDEL, E. R.; SCHWARTZ, J. H.; JESSELL T. M. *Principles of the neural science* 4^a ed. New York: Mc Graw-Hill Company, 2000.
- LAKS, J. *et al*. *Idosos Jovens*. Revista Brasileira de Neurologia. v. 33, n. 5, p. 241-247, 1997.
- LAWTON, M. P.; MOSS, M.; FULCOMER, M. *et al*. *A Research and service-oriented multilevel assessment instrument*. J Gerontol, v. 37, p. 91-99, 1982.
- LEBOWITZ B. D.; PEARSON J. L.; SCHNEIDER L.S., *et al*. *Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update*. JAMA, v. 278, p. 1186-1190, 1997.
- LEFÈVRE, J. *Association Internationale des Universités du Troisième Âge*. Bélgica: Louvain-la-Neuve, 1993.
- LEITE, V. M. M. *Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI/UFPE)*. Tese (Mestrado). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife, 2002.
- LEMIEUX, A. *The university of the third age: Role of senior citizens*. Education Gerontology, v. 21, p. 337-344, 1995.
- LEVCOVITZ, E. C. *Morte do corpo e morte do eu: a interdição da morte na doença de Alzheimer*. Tese (Mestrado) Psicanálise. Rio de Janeiro: IPUB, 1999.

- LEVY, R. *Aging-associated cognitive decline*. Working Party of the International Psychogeriatric Association in collaboration with the World Health Organization. *Int Psychogeriatr.* v. 6, p. 63-68, 1994.
- LEZAK, M. D. *Neuropsychological Assessment*, 3^a ed., New York: Oxford University Press, 1995.
- LIMA, M. P. *Gerontologia Educacional*. São Paulo: Ltr, 2000.
- LOURES, M. C. *Avaliação da depressão, do estresse e da qualidade de vida em alunos no início e final do curso da Universidade Aberta da Terceira Idade (UCG)*. Tese (Mestrado). Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde. Goiás, 2001.
- LURIA, A. R. *Fundamentos da Neuropsicologia*. São Paulo: USP, 1981.
- MACKINNON, A.; MULLIGAN, R. *Combining cognitive testing and informant report to increase accuracy in screening for dementia*. *Am J Psychiatry.* v. 155, p. 1529-1535, 1998.
- MAGALHÃES, D. N. Criação dos programas de convivência e produção e dos programas de preparação para a aposentadoria. In: *A população idosa no Brasil*. I Seminário Nacional de Especialistas Multidisciplinares em Terceira Idade. Belo Horizonte, Fundação João Pinheiro, 1992.
- MALLOY-DINIZ, L. F.; CARVALHO, A. M. *O exame neuropsicológico e suas contribuições à psiquiatria*. *Psiquiatria Biológica.* v. 9, n. 2, p. 66-77, 2001.
- MARANHÃO, M. A. *A terceira idade e a universidade*. *Rev. Educação*, v. 13, n. 148, p. 4-5, out. 1999.
- MARINHO, V.; LAKS, J.; ENGELHARDT, E. *Aspectos neuropsiquiátricos das demências degenerativas não-Alzheimer*. *Revista Brasileira de Neuropsicologia*, v. 33, n. 1, p. 31-37, 1997.
- MARTINS DE SÁ, J. L. M. *Dos Fundamentos educacionais, filosóficos e epistemológicos à configuração do nível de totalidade de um currículo inovador – A universidade da terceira idade*. Campinas: PUC, 1996.
- MARTINS DE SÁ, J. L. M. *Comunicação pessoal*. Campinas: Unicamp, 1998.
- MEMÓRIA. Videoteca Global. Globo Repórter, 2002.
- MENDEZ, M. F.; SELWOOD, A.; MASTRI, A. R.; FREY, W. H. *Pick's Disease Versus Alzheimer's Disease: a Comparison of Clinical, Neuropsychological, and SPECT Characteristics*. *Neurology.* v. 41, p. 1374-1382, 1993.

MORRIS C.; HEYMAN, A.; MOHS, R. C. *et al.* *The consortium to establish a registry for Alzheimer's disease. Part IV. Rates of cognitive change in the longitudinal assessment of probable Alzheimer's disease.* *Neurology.* v. 43, p. 2457-2465, 1993.

MINETT, T. *Alterações da memória no envelhecimento normal e declínio cognitivo leve,* In: SBNp. *Tecnologia em (Re) Habilitação Cognitiva.* São Paulo: SBNp., 2000.

NEARY, D.; SNOWDEN, J. S.; GUSTAFSON, L. *et al.* *Frontotemporal Lobar Regeneration: a Consensus on Clinical Diagnostic Criteria.* *Neurology.* v. 51, p. 1546-1554, 1998.

NEGRINE, A. O lúdico no contexto da vida humana: Da primeira infância à terceira idade. In: PIRES DOS SANTOS, S. M. (org.) *Brinquedoteca: A criança, o adulto e o lúdico.*, Petrópolis: Vozes, 2003.

NERI, A. L. *Qualidade de vida e educação.* Texto não publicado. Campinas: Unicamp, Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia do Envelhecimento, 1997.

NERI, A. L.; DEBERT, G. G. (orgs.) *Velhice e Sociedade.* Campinas: Papirus, 1999.

NERI, A. L.; CACHIONI, M. Velhice bem sucedida e educação. In: NERI, A. L.; DEBERT, G. G. (orgs.) *Velhice e Sociedade.* Campinas: Papirus, 1999.

NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (orgs.). *E por falar em boa velhice.* Campinas: Papirus, 2000.
São Paulo: Atheneu, 2002.

NOVAES, M. H. *Psicologia da Terceira Idade: Conquistas possíveis e rupturas necessárias.* Rio de Janeiro: Nau, 2000.

OLIVEIRA, V.B. *O símbolo e o brinquedo.* 2^a ed.. Petrópolis: Vozes, 1998.

OLIVEIRA, V. B. A Brincadeira e o Desenho da Criança de 0 a 6 anos: uma avaliação psicopedagógica. In: OLIVEIRA, V. B. & BOSSA N. A. (orgs.) *Avaliação Psicopedagógica da criança de zero a seis anos.* Petrópolis: Vozes, 1999.

OLIVEIRA, V. B. *O brincar e a criança do nascimento aos seis anos.* Petrópolis: Vozes, 2000.

OLIVEIRA, V. B. *Jogos de Regras e a Resolução de Problemas.* Petrópolis: Vozes, 2004.

OLIVEIRA, V. B. *Aprendizagem e Desenvolvimento Neuropsicológico Via Jogos de Regra.* In: *Neuro Psicologia & Aprendizagem.* São Paulo: TecMedd. p. 127 – 131, 2004.

- OLIVEIRA, V. B. & YAMAMOTO, K. *Psicologia da Saúde: Tema de saúde: reflexão e prática*. São Bernardo do Campo, UMESP, 2005.
- PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia: A Velhice e o envelhecimento em visão globalizada*, São Paulo: Atheneu, 2002.
- PARKINSON. Série Saúde Brasil. Realização Aguilla Comunicação, 2001. 1 fita de vídeo (30 min.) VHS, son., color.
- PEIXOTO, C. De volta às aulas ou de como ser estudante aos 60 anos. In: VERAS, R. P. (org.) *Terceira Idade: Desafios para o terceiro Milênio*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, Unati, 1997.
- PERRY, R. J.; HODGES, J. R. - *Differentiating Frontal and Temporal Variant Frontotemporal Dementia from Alzheimer's Disease*. *Neurology*. v. 54, p. 2277-2284, 2000.
- PETERSEN, R. C.; DOODY, R.; KURZ, A. *Current Concepts in Mild Cognitive Impairment*. *Arch Neurol*. v. 58, p. 1985-1992, 2001.
- PETERSEN, R. C.; STEVENS, J. C.; GANGULI, M. *et al. Practice parameter : early detection of dementia: mild cognitive impairment (na evidence-based review)*. Report of the Quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, v. 56, p. 1133-1142, 2001.
- PETERSON, D. A. A history of the education of the older learning. In: SHERRON, R. H. e LUMSDEN, D. B. (org.) *Introduction to educational gerontology*. Nova York: Hemisphere, 1990.
- PIRES DOS SANTOS, S. M. Espaços lúdicos: Brinquedoteca. In: PIRES DOS SANTOS, S. M. (org.) *Brinquedoteca: A criança, o adulto e o lúdico*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- RABBITT, P. Speed of Processing and Ageing. In: *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing*. Ed. Woods RT, John Wiley & Sons, New York, p 59-72, 1996.
- ROCKWOOD, K.; BOWLER, J.; ERKINJUNTTI, T.; HACHINSKI, V.; WAALIN, A. *Subtypes of Vascular Dementia*. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. v. 13 (Suppl. 3), p. 59-65, 1999.
- ROMÁN, G. C. *Defining Dementia: Clinical Criteria for the Diagnosis of Vascular Dementia*. *Acta Neurol Scand*. v. 106 (Suppl. 178), p. 6-9, 2002.
- ROSEN, H. J.; HARTIKAINEN, K. M.; JAGUST, W. *et al. Utility of Clinical Criteria in Differentiating Frontotemporal Lobar Degeneration (FTLD) from AD*. *Neurology* v. 58, p. 1608-1015, 2002.

SALGADO, M. A. *Velhice, uma nova questão social*. Estudos da Terceira Idade, São Paulo: Sesc, 1982.

SALGADO, M. A. Mitos e preconceitos socioculturais com a velhice: Responsabilidades do Trabalho Social. In: *A população idosa no Brasil*. I Seminário Nacional de Especialistas Multidisciplinares em Terceira Idade. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 1992.

SANTIAGO, I. M. *Uma Brinquedoteca para a Terceira Idade*. 10^a International Toy Library Conference, África, 2005.

SANTOS, A.T.; SÁ, M. A. Á. S. De volta às aulas: Ensino e Aprendizagem na Terceira Idade. In. NERI, A. L. ; FREIRE, S. A. (orgs.). *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus, 2000.

SCHON, C. R.; PALMA, L. T. S. (orgs.) *Conversando com Nara Costa Rodrigues sobre gerontologia social*. UPF e SBGG, 2000.

SILVA, T. M. N. *A construção de uma pedagogia para o Idoso*. A Terceira Idade, São Paulo, v. 13, n.25, p. 62-75, ago. 2002.

SIMON, H. Problem Solvers. In. LEVY, B. & SCHREIBER, E. S. *Secrets of the Mind*. CD-Rom Montparnasse Multimedia, Ubi Soft Hyperminf, 2000.

SPIELBERGER, C. *et al. Inventário de Ansiedade Traço – Estado*. Trad. e Adap. de Angela Biaggio e Luiz Natalício. Rio de Janeiro: CEPAC, 1970.

STOPPE Jr., A., JACOB FILHO, W. & LOUZÃ NETO, M. *Avaliação de depressão em idosos através da Escala de Depressão em Geriatria*: Resultados preliminares. Revista ABP-APAL, v. 16, p. 149-153, 1994.

STOPPE Jr., A. & LOUZÃ NETO, M. *Depressão na terceira idade: Apresentação clínica e abordagem terapêutica*. São Paulo: Lemos, 1999.

STUART-HAMILTON, I. *Intellectual Changes in Late Life*. In: *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing*. New York: Wiley, John Wiley & Sons, p. 23-41, 1996.

SUNDERLAND, T. *et al. Clock Drawing in Alzheimer disease: a novel measure of dementia severity*, JAGS, v. 37, p. 725-739, 1989.

TIERNEY, M. C.; BLACK, S. E.; SZALAI, J. P. *et al. Recognition Memory and Verbal Fluency Differentiate Probable Alzheimer Disease from Subcortical Ischemic Vascular Dementia*. Arch Neurol v. 58, p.164-169, 2001.

VENTURA, M. M.; BOTTINO, C. M. C. *Avaliação cognitiva em pacientes idosos*. In. NETTO, M. P. *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*, São Paulo: Atheneu, 2002.

VERAS, R. P. Pais jovens com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994

VERAS, R. P. e CAMARGO JUNIOR, K. P. Idosos e Universidade: Parceria para a qualidade. In: VERAS, R. P. (org.) *Terceira Idade: Um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, Unati, 1995.

XAVIER, G. F. Memória: correlatos anátomos funcionais. In: NITRINI, R. e col. (eds.) *Neuropsicologia: das bases anatômicas à reabilitação*. Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1996.

YESAVAGE, J. A.; BRINK, T. L. *Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report*. J Psychiatr Res, v. 17, p. 37-49, 1983.

WAGNER, E. C. A. M. *Amor, sexo e morte no entardecer da vida*. São Paulo: Caiçara, 1989.

WEREBE, M. J. G. *30 anos depois: Grandezas e misérias do ensino superior*, São Paulo: Ática, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: Clinical Descriptions and diagnostic headlines*. Geneve: WHO, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Organization of care in psychiatry of the elderly – a technical consensus statement* – Programme on mental health, World Psychiatric Association, Geneva, 1997.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)